

## **Tinnitus, følgerikninger og behandling**

Af Grethe Drejer

Jeg har i flere år arbejdet på en offentlig hørelinik, først med en baggrund som speciallæreruddannet tale- og hørepedagog og siden med en tillægsuddannelse som psykolog (Cand. Pæd. Psyk.). Jeg har beskæftiget mig med tinnitus på både et teoretisk og et praktisk plan. Under psykologuddannelsen tog jeg i mine studier ofte afsæt i de tinnitusramte, og de seneste år har jeg varetaget rehabiliteringen af de tinnitusramte i mit Amt på den offentlige Hørelinik. I Høreundervisningens regi holder jeg kurser for de tinnitusramte i et forsøg på at give dem redskaber til at få en bedre mestring. Kurserne er af korte og længere varighed afhængig af kursusedtagerne. Privat tilbyder jeg foredragsvirksomhed samt terapi, rådgivning og vejledning på individ- og gruppeniveau. Denne artikel bygger på de erfaringer, jeg har høstet i årenes løb og omhandler beskrivelse af tinnitus, årsager, omfang, behandling og overvejelser herom.

### **Hvad er tinnitus?**

Tinnitus eller øresusen er en lyd, som opleves i øret eller i hovedet på en person. De fleste af os har oplevet kortvarig susen, ringen, brummen eller hylen for ørerne; men hos nogle mennesker forsvinder lyden ikke, eller også kommer den tilbage med mellemrum i længere perioder. Især i starten kan tinnitus komme til at dominere den tinnitusramtes hverdag i en sådan grad, at personen eksempelvis har svært ved at passe arbejde og andre daglige gøremål. Personen er ofte konstant opmærksom på, hvordan lyden er lige netop nu, om den er svagere eller kraftigere, end den plejer at være. Det er ikke alle, der har tinnitus, som generes, og oplevelsen af sværhedsgrad er subjektiv, og tinnitus lydstyrke korrelerer ikke med niveauet af lidelsen (Axelsson og Schenkmanis 2000). Med andre ord lider alle ikke lige meget af den samme mængde tinnitus. For mange medfører tinnitus i en periode uro og angst, men de fleste tinnitusramte lærer efterhånden at leve med lyden og glemmer til sidst eller accepterer, at den er der. For en restgruppe bliver tinnitus ved med at have en indgribende effekt, og forringer personens livskvalitet i væsentlig grad. Tinnitus opståen kan ofte henføres til en anden stærk følelsesladet oplevelse, hvilket kan bekræfte hypotesen om, »att en intrapsykisk konflikt kan spela en viktig roll i utvecklingen av symptomet« (Erlandsson 2000 s.108). Det kan være anden sygdom, skilsmisse, tab af forskellig karakter, krise og lignende.

### **Årsager til tinnitus**

Tinnitus kan have flere årsager, men 75% af al tinnitus forårsages af sygdomme i øret. En meget almindelig årsag findes i det indre øre, hvor høresansecellerne kan være beskadiget eksempelvis grundet støj. Andre årsager findes i det resterende høresystem, og der kan være neurologiske, fysiske og psykiske årsager (Axelsson og Schenkmanis 2000). Tinnitus er almindeligt forekommende blandt alle grupper af mennesker; men især personer med høretab får tinnitus. I Danmark regner man med, at omkring 500.000 mennesker har tinnitus, heraf vil omkring 50.000 opleve, at det i perioder forringer livskvaliteten (MTF 2002). Antallet af diagnosticerede patienter med tinnitus er stigende, hvilket helt sikkert kan henføres til den merstøj, vi befinder os i på arbejde og i fritiden. Selvom arbejdsstøjen er indenfor de tilladte 85 decibel, er den i længden belastende, og i fritiden omgiver vi os med lyd fra legesager, værktøj, musik, sport med mere. Impulslyd er lyd af superkort tid, og vi kan ikke nå »at fange skadeligheden«, men toplydniveauet kan være overraskende højt. Tinnitus har ofte en række ledsagesymptomer som lydoverfølsomhed, nervøsitet, angst,

depression, koncentrations- og hukommelsesbesvær samt spændingsproblemer i kæbe-, nakke- og skulderregion. Lydoverfølsomheden består i ikke at kunne tolerere almindelige dagligdags lyde i samme frekvensområde, som tinnitus ligger på (Axelsson og Schenkmanis 2000, Kellerhals og Zog 1999).

### **Neurofysiologisk beskrivelse af tinnitus**

Lyden perciperes eller sanses ikke i det indre øre, selvom den kan opstå her, og i centre under hjernebarken mærkes tinnitus kun, når der lyttes efter den. På dette hjerneniveau er personens bevidsthed om tinnitus endnu lav. I hørecentret og andre hjernecentre kan tinnitus også opstå, og der kan blive meget høj bevidsthed om lyden, ligesom den vurderes. I det limbiske system kommer de følelsesmæssige reaktioner frem. Personen kan føle sig forstyrret og uretfærdigt ramt, hvilket medfører negative følelser, og den stadige fokus på tinnitus blandet med de følelsesmæssige reaktioner gør lyden uudholdelig. I det autonome nervesystem kan komme ufrivillige kropslige reaktioner som hjertebanken, sveden, hovedpine og spændinger (Axelsson og Schenkmanis 2000). Tinnitus har altså en række ledsagesymptomer af fysiologisk og psykologisk karakter, men alle er ikke lige hårdt ramt.

### **Sværhedsgrader af tinnitus**

Grad 1: Tinnitus er der af og til og høres næsten udelukkende i rolige omgivelser. Den kan være besværlig i forbindelse med koncentration og ved indsovning. Man regner med, at gruppen er i størrelsesordenen 5%, og gruppen søger sjældent hjælp for at håndtere problemet.

Grad 2: Tinnitus er der altid; men i løbet af dagen kan den tinnitusramte i reglen glemme den, når andet optager interessen. Hvis den tinnitusramte lytter efter sin tinnitus, er den der, og den kan påvirke koncentrationen eksempelvis ved læsning, og den kan hindre indsovningen. Her findes den store gruppe af tinnitusramte (75-80%).

Grad 3: Tinnitus er hele tiden langt fremme i bevidstheden og er svær at glemme eller fortrænge. Den forhindrer intellektuelt arbejde, besværliggør indsovningen, og den tinnitusramte vågner ofte om natten. Personen kan ikke koncentrere sig om at læse og glemmer hurtigt igen, hvad der er læst. Det går ud over livskvaliteten. Heldigvis er det kun 10-15% af alle tinnitusramte, der har det så svært (Axelsson og Schenkmanis 2000).

Tinnitusramte med tinnitus i grad 2 og grad 3 har behov for at fortælle om problemet til en fagperson. Desuden har de behov for at blive mødt på det følelsesmæssige plan. Nogle får det bedre efter grundig information om tinnitus og dens følgevirkninger; men gruppen af grad 3 er dybt urolige og forpinte, og det går ud over søvnen, koncentrationen, hukommelsen, stressniveauet, og forholdet til familie og venner. De kan muligvis ikke passe job eller fungere normalt psykisk eller socialt, og de må lægge deres liv om. Børn og unge mennesker har svært ved at passe skole og uddannelse. Voksne kan miste job og ende i det offentlige system med alt, hvad det indebærer af arbejdsprøvninger og foranstaltninger. Rigtig mange ser den periode som noget af det værste, de har oplevet, med usikkerhed, mistro og trækken i langdrag, og eksistentielt kommer en del tinnitusramte temmelig »langt ud i tovene«. Med arbejde følger

ofte identitet, som med et er væk, når arbejdet mistes. Der skal findes en mening med tilværelsen efter dette tab, ligesom der skal findes mening ved eventuelle andre tab. I knap så svære tilfælde skal der justeres til, idet de eksistentielle vilkår kan være uproportionale med den faktiske kunnen eller kræfter, den tinnitusramte har. Til tider kan man glemme, at man er blevet ældre, eller man fortrænger hverdagens stress og jag, og holdbarheden i handling, coping eller mestrings er urealistisk. Der skal en opvågnen til eller en kvalitativ ny livsforståelse for at klare eksistensen (Jacobsen 2000).

### **Tilgang til den tinnitusramte**

Det er bedst, at den tinnitusramte får hurtig hjælp og finder ud af, at der er noget at gøre. Dermed opstår almindeligvis også færre ledsagesymptomer. For at få de menneskelige aspekter af symptomet frem, skal forståelsen og angrebsættet bygge på kundskaber fra andre områder end de rent medicinske (Erlandsson 2000). Der skal dog en medicinsk udredning til, som bør foretages af en ørespecialist. Derudover kan der arbejdes ud fra et eksistentielt grundlag, som bliver på basis af en konkret menneskelig virkelighed, hvor den tinnitusramtes oplevelser med tinnitus er i centrum. Senere i fasen kan inddrages kognitive og kropsorienterede metoder. Ved den første samtale tilvejebringes hidtil ukendt viden både for terapeuten og den tinnitusramte om dennes måde at være til på med tinnitus. Den tinnitusramte skal have mulighed for at reflektere over det, han eller hun selv fortæller, og terapeutens tilbagemelding herpå. Intentionen er, at begge rækker ud efter hinanden, den ene for at hjælpe, og den anden for at blive hjulpet. Ved at blive erfaret af en anden, i dette tilfælde en fagperson, kan den tinnitusramtes erfaringer ikke reduceres til deres blotte »mig væren« (Zahavi 2001), men der er accept af, at sådan kan man have det med tinnitus. Det giver mulighed for at få en selvforståelse, der kan bruges konstruktivt i fremtiden.

Tinnitusramte kan føle sig så trængte, inden de kommer i den rette behandling, at nogle er parate til ekstreme handlinger, når tinnitus er værst og ikke lader sig aflede. Udtalelser som: »Nu kan jeg bare ikke klare mere, og jeg er parat til hvad som helst«, er ikke helt ualmindelige. Nogle sammenligner tinnitus med tortur eller en gentagen stressor, som »en vattendroppe mot ansigtet« (Erlandsson 2000, s. 111). Før i tiden fik de tinnitusramte besked om, at de måtte lære at leve med tinnitus, når de prøvede at få hjælp og dele deres erfaringer med en læge eller ørelæge. Bliver opfordringen om »objektiv gyldighed« (Zahavi 2001, s. 172), altså forståelse og accept af problematikken, ikke indfriet, står den tinnitusramte med et forhold til sig selv, der er svært at forholde sig til. Den tinnitusramte kan jo netop ikke selv lære at leve med tinnitus og kan ved manglende accept føle sig uduelig og anderledes. Dette kan afstedkomme endda dybe eksistentielle problemstillinger. Sandheden er den tinnitusramtes oplevelse af en smerte, fysisk og psykisk, som typisk først en læge eller ørelæge skal forstå og kunne hjælpe den ramte med. Oplevelsen af »væren i verden« er jo selvsagt præget af tinnitusproblematikken med lyden i øret eller i hovedet, og måske angst for lyden, fysiske spændinger, søvnproblemer, stress og depressivitet. Det kan føre til krisetilstand, hvor den tinnitusramte kan få svært ved at klare det, han eller hun normalt har kunnet klare, og den selektive opmærksomhed mod tinnitus fylder alt for meget. De forskellige symptomer kan muligvis sammenlignes med en tilstand af smerte (Erlandsson 2000), som stresser personen.

### **Tinnitus og smerte**

Hvis vi antager, at tinnitus medfører en smerteoplevelse, er det ikke en smerte på et fysisk grundlag men »smerter på et overvejende psykosocialt grundlag« (Bech & Raabæk Olsen i Arendt-Nielsen, Dahl & Jensen, 2003, s. 293). Tinnitus giver ikke smerte i fysiologisk forstand; lyden stresser, og den tinnitusramte kan blive

bange og ked af det og få ufrivillige kropslige reaktioner som hjertebanken, sveden, hovedpine og spændinger. James-Lange teorien, om »det psykosomatiske årsagsforhold« (ibid), omhandler denne tilstand. Den tinnitusramte bliver bange for tinnituslyden, hjertet begynder at slå hurtigere, og så bliver han eller hun mere bange. Herefter kommer de følelsesprægede negative tanker som eksempelvis: »Mit liv er uudholdeligt! Jeg er uretfærdigt ramt! Hvorfor kan jeg ikke koncentrere mig længere? Er jeg ved at blive alvorligt syg? Jeg kan ikke klare det mere! Skal jeg have det sådan resten af mit liv?...« .. Det, som den tinnitusramte gør i forhold til tinnitus, farves af følelserne og kommer til udtryk i den sociale sammenhæng. Familie, venner og arbejdskolleger kan måske ikke genkende den tinnitusramte, og den normalt friske og glade person fra før bliver måske indadvendt, træt og kedelig. Den tinnitusramtes mestring af tinnitus og smerten, der er forbundet hermed, er præget af den sociale og kulturelle baggrund, i hvilken den tinnitusramte oprindeligt har fået grundlagt sin smerteadfærd. Derfor er der forskel på, hvordan tinnitusramte mestrer problematikken. Ubehaget ved tinnitus er, som ved former for smerte, præget af »komplekse interaktioner mellem biologiske, psykologiske og socio-kulturelle faktorer« (Jones & Zachariae i Arendt-Nielsen, Dahl & Jensen, 2003, s. 130), og adfærden ved smerte kan arves eller læres i den sociokulturelle kontekst. Dette kan have betydning for, hvordan tinnitusproblematikken tackles, og bevisliggøre det faktum, at nogle kan have tinnitus uden at være lidende.

Den tinnitusramte skal få kursen ændret, få homøostase i kroppen og få bilagt angsten og depressionen. Her spiller personlig robusthed og integritet en vigtig rolle, og den sårbare personlighed kan via terapi opnå mere robusthed. Smerten ved tinnitus lader sig ikke dulme ved indtag af en smertestillende pille, og opmærksomheden mod den kommer af sig selv. Mange tinnitusramte udvikler, i lighed med smertepatienter (Jones & Zachariae i Arendt-Nielsen, Dahl & Jensen, 2003), en udpræget selektiv opmærksomhed på tinnitus (grad 2 og grad 3), og opmærksomhedskapaciteten bruges helt automatisk på tinnitus, hvis smerte formentlig derved forværres. Dermed kan den tinnitusramtes ressourcer blive opbrugt, og der er ikke kræfter tilbage til at kunne koncentrere sig om for eksempel at læse eller foretage andre kognitive gøremål. Mange tinnitusramte udvikler i lighed med smerteplagede, en overopmærksomhed på potentielle sygdomme i organismen, svulst på hjernen eller anden svær sygdom, og denne forøgede vagtsomhed vedligeholder og forstærker angsten og smerten (Jones & Zachariae i Arendt-Nielsen, Dahl & Jensen, 2003). Der kan være behov for yderligere medicinske undersøgelser for at aflive den forøgede vagtsomhed.

Mestringen af problemerne kan, set i en systemisk ramme, afhænge af psykologiske, sociale og kulturelle faktorer, og især er der forsket omkring negative emotionelle tilstandes (angst og depression) indvirkning på smerteoplevelse, hvor kombinationen angst og depression påvirker i negativ retning og påvirkes selv af smerte (ibid). Det kan, som ved stress, medføre forøget hjertefrekvens og blodtryk, give muskelspændinger med videre og frigøre noradrenalin; kroppen kommer i ubalance. Mange tinnitusramte er præget af andre bio-psyko-sociale problematikker, som på forhånd kan tænkes at give mere sårbarhed og forhindre en sund mestring. Mestringsmuligheder er individuelle men af betydning for grad af oplevet smerte (ibid).

## **Mestring**

Hvis tilstanden føles ude af kontrol, er det svært at bevare en sund mestring, og den ydre kontrol tager over, hvor den indre har givet op. Ydre kontrol er afhængig af ydre omstændigheder eller styring, hvor den indre kontrol er afhængig af personen selv, som tager styringen med ansvar for sig selv. Personen med indre kontrol har vist sig bedre til at kunne mestre smerte end personen, som er afhængig af ydre styring,

og sidstnævntes tænkning bliver nemmere præget af katastrofe og oplevet hjælpeløshed (ibid). Mange tinnitusramte har arbejdet i støj, som de ikke har kunnet undvige fra. Miljøet bliver dermed disharmonisk, uforudsigeligt og afvisende og kan føre til ansvarsundvigelse og ydre kontrol (Yalom 2001). Støjen kan give psykisk vantrivsel, øge graden af stressbetingede sygdomme og medføre forstyrrelser med skelneproblemer til følge (Forskningsnyt 2005). Tinnitus er et skjult symptom, hvilket i sig selv kan være et problem, som kommer til udtryk i sociale sammenhænge. Den tinnitusramte kan komme i konflikt med sine omgivelser, idet »ingen förstår hur dette är att tvingas lyssna till det här ljudet dag och nat« (Erlandsson 2000, s. 111). Familie og venner kan eksempelvis konfrontere den tinnitusramte med, at de også sommetider har tinnitus. Det er ikke ualmindeligt, at den tinnitusramte kan føle sig mistroet og stigmatiseret. Vi er ikke alle lige hårdføre eller stærke, hvilket kan antages at bero på »en grundläggande biologisk struktur, som samverkar med tidig omvårdnad, modelindlæring och traumatiska händelser i livet« (Erlandsson 2000, s. 112). I »The hardy personality« teorien (Wolfe & Dryden 1996) indgår tre egenskaber, som for det første går ud på at tro på sig selv, og det man gør og involverer sig i »work, family, relationship and social institutions« (ibid, s. 536). For det andet skal man tro på, at man selv har indflydelse på begivenhedernes gang og søge forklaring på, hvorfor noget sker og ens egen indflydelse herpå. Sidst skal der være en tro på, at forandring er det normale ved livet (Wolfe & Dryden 1996). Hvis den tinnitusramte har disse egenskaber, har han eller hun indre kontrol og vil bedre kunne hamle op med den frustrerende situation. Behandlersystemets afmagt eller mangel på specifik viden om problemet og heraf følgende manglende forståelse og hjælp øger følelsen af mistro og stigmatisering. Samtidig forøges den stress, som er en følge af tinnitus.

## **Stress**

Lyden i hovedet eller i øret stresser, angsten for, hvad det er, stresser, negative tanker stresser, spændingen i kroppen stresser, søvnproblemer stresser, og man kan fortsætte rækken af stressende faktorer. Ved stress mobiliserer det autonome nervesystem energi, for at kroppen og hjernen skal kunne klare opgaven. Personen kommer i alarmberedskab, og det er en ond cirkel at havne i en kronisk stresstilstand, distress (Selye 1980), da forlænget stress nedslider kroppen og sænker modstanden. Uoverkommelighedsfølelse kan blive dominerende. Når den tinnitusramte kommer til behandling første gang, ser han eller hun ofte udmattet og træt ud. Den tinnitusramte er ofte i en tilstand af »væren på vagt« [...] »fornemmelse af depersonalisering« (Isager 2001, s. 151), og har oftest forstyrrelser i sanseindtryk, herunder hørelsen. »Det er helt sikkert, min tinnitus bliver værre i den situation, hvor jeg skal tage referat. Jeg kan ikke skelne, hvad der siges, og lyden bliver helt tosset« (40-årig kvindelig tinnitusramt). I stresstilstanden reagerer det autonome nervesystem med muskelspændinger, som ofte ses i ansigts-, nakke- og skuldermuskler. Den tinnitusramte har mistet stilheden og måske evner og kunnen, og psykologisk set er tinnitus ligeledes en stressor. Trussel kan opstå direkte på grund af tinnitus, som hele tiden følger med overalt, og ved indsovningen kan denne trussel være særdeles markant, idet den tinnitusramte ikke kan falde til ro på grund af lyden og får en afbrudt søvn. Tilstanden er generelt præget af anspændthed og ophidselse. Den tinnitusramte oplever selv at høre dårligt, selvom en høreprøve viser normal hørelse. Samtidig med at tinnitus har fået megen opmærksomhed, har problemet vokset sig stort, og det løses ikke på en direkte og håndgribelig måde. Det er bedre at fokusere på noget andet end tinnitus; men hjernen fokuserer automatisk på lyden, ufrivillig opmærksomhed, og tinnitus bliver mere og mere negativt ladet. Den negative kobling til tinnitus gør den sværere at håndtere, og angsten for at få det værre

forstærkes (Kaldo & Andersson, 2004). Stresstilstanden kan få personen til at give op, og intervention er stærkt påkrævet. Interventionen skal tilgodese faktorer i høresystemet og de andre nævnte implikationer.

## **Intervention**

Ved den første konsultation, hvor den tinnitusramte er udredt medicinsk, skal interventionen også rette sig mod lyden, som er ophav til problemet. Den tinnitusramte kan låne et eller to desensibiliseringsapparater, afhængigt af, om tinnitus er i en eller begge sider. Apparatet sender en lyd, frekvensmæssigt bredt dækkende, i øret, hvorved stressniveauet i reglen nedsættes, da den tinnitusramte som regel får mere ro i hovedet. Desensibiliseringsapparatet må ikke overstige den subjektive lyd, altså tinnitus, for den må ikke blive endnu en stressfaktor. Apparatet skal tage den tinnitusramtes fokus væk fra tinnitus, hvorefter roen kan give overskud til at kunne gøre noget ved den fysiske og psykiske indvirkning. Der vil over tid, 1 - 2 år, ske en habituering, tilvænning til tinnitus. Det er en, for den tinnitusramte, passiv behandling efter metoden Tinnitus Retraining Therapy, som er udviklet af Pawel Jastreboff, USA og Jonathan Hazell, England i 1990'erne.

Har den tinnitusramte hørenedsættelse, skal der tilbydes høreapparatbehandling, som i reglen også virker afdæmpende på den subjektive lyd. Men interventionen skal også rette sig aktivt mod kognitionen, de negative tanker om tinnitus, og en forbedring af den fysiske og psykiske tilstand. Musikerhøreværn kan være gode at bruge i nogle situationer for at undgå den daglige støj, som en person med tinnitus og medfølgende lydoverfølsomhed har svært ved at klare. Der skal dog passes meget på ikke at overforbruge høreværnet, da den tinnitusramte kan blive vænnet fra at høre almindelig dagligdags støj/lyd. Det fysiske besvær består ofte, som ved anden smerte, i »øget arousal eller spænding, spændingstilstand i muskulaturen og tilbageholdt respiration« (Thøgersen & Lindahl i Arendt-Nielsen, Dahl & Jensen, 2003, s. 99). Problematikken varetages bedst ved, at den tinnitusramte får lært afspænding og en sund vejtrækning, som skal praktiseres dagligt. Afspænding skal løse op for de kropslige følgevirkninger som spændinger i skulder-, kæbe- og nakkeregion. Den naturlige respiration skal fremmes, og i det hele taget skal der bibringes en forståelse for den kropslige indflydelse. Smerten ved tinnitus vil blive mindre og resultere i følelse af mere kontrol over egen situation, som igen kan føre til udvikling af aktive og sunde mestringsstrategier. Råd og vejledning om ovennævnte samt undervisning i afspænding og åndedrætsøvelser kan udmærket foregå på gruppeniveau. En generel fysisk forbedring kan være nødvendig (ibid). Psykoedukative programmer kan ligeledes foregå på gruppeniveau (Frølich i Arendt-Nielsen, Dahl & Jensen, 2003, s. 339), og her skal de tinnitusramte lære om sammenhængen tinnitus, dårlig koncentration, angst, depression og fysiske spændinger og få en selvforståelse og -sikkerhed, der gør det nemmere for den enkelte at se tinnitus i øjnene.

## **Kognitiv terapi og psykoterapi**

Interventionen kan foregå ved kognitiv terapi, som Kaldo & Andersson (2004) lægger op til i deres bog. Her føres den tinnitusramte trin for trin igennem afspænding, brug af baggrundslid, visualisering, fokusering, tankers betydning, omtolkning af tinnitus, eksponering, søvnråd og høretaktik. Et omfattende værktøj, som en stresset, angst og måske kriseramte tinnitusramte vil få svært ved at gennemføre. Der kan hentes gode informationer i bogen både for den ramte, pårørende og fagpersoner. Traditionel kognitiv behandling, som ved angst og depression, hvor der anvendes en kombination af »stress-kontrolmetoder, afspændingstræning og kognitiv omstrukturering« (Hougaard 2004, s. 335) er en effektiv brugbar metode.

Men hvis der er tale om en tinnitusramt person i egentlig livskrise, er den kognitive tilgang muligvis ikke tilstrækkelig. At van Gogh skar sit øre af, er der kommet mange forklaringer på (Runyan 1981); men hvis han havde en lidelse i det indre øre med efterfølgende hørenedsættelse og tinnitus, ja så er det nemmere at forstå denne helt ekstreme handling foretaget i affekt. Hvis Van Gogh havde det, som en tinnitusramt har udtalt sig om sin væren, »det er ikke til at være i sit eget hoved«, har selvforholdet for ham været svært at udholde. En terapeut med en eksistentiel fænomenologisk tilgang og viden om tinnitus kunne have reddet Van Goghs øre! Van Goghs væren ville være blevet forstået direkte uden omsvøb, og han havde fået objektiv gyldighed eller accept af sin tilstand. Derefter kunne man være gået i gang med Tinnitus Retraining Therapy samt eventuel kognitiv terapi.

## Konklusion

- Tinnitus er et udbredt fænomen, og der er gode muligheder for at hjælpe den tinnitusramte. Hjælpen skal være holistisk, og de fysiske og psykiske faktoreres indflydelse i form af forhøjet arousal, angst og depression må ikke nedprioriteres.
- Hjælpen må ikke være for lang tid undervejs, da en depressionstilstand kan blive følgen af den kroniske smertetilstand, som den tinnitusramte oplever. Den tinnitusramte skal finde »objektiv gyldighed« og accept i behandlingsregi, for at få et selvforhold, der er til at holde ud. Der skal rådgives og vejledes om symptomet for at den tinnitusramte kan bilægge angsten og overopmærksomheden på potentielle fysiske sygdomme.
- Den tinnitusramte skal medicinsk udredes, og der kan være behov for specielle undersøgelser for at kunne udelukke sygdomme.
- Den personlige robusthed og integritet er afgørende for, hvordan problematikken mestres af den enkelte; om der er indre eller ydre kontrol.
- De tinnitusramte, der er mindre robuste, har størst behov for hjælp.
- Tinnitus kan ikke dulmes ved indtag af en smertestillende pille; men følgerne ved tinnitus ligner følgerne ved kronisk smerte.
- Tinnitus er, på linje med andre skjulte symptomer, svære for familie, venner og i visse tilfælde også lægeverdenen at forstå, hvilket kan gøre den tinnitusramte usikker på sig selv, og personen kan føle sig stigmatiseret og forkert.
- Tinnitus er en stressfaktor, og en eventuel teknisk behandling efter TRT- metoden kan være beroligende og på sigt minimere tinnitusgenerne. Høreapparatbehandling tilbydes til de tinnitusramte, der er hørehæmmede.
- Bio-psyko-socialt har den tinnitusramte det svært og risikerer at komme ind i en ond cirkel, hvor smerte og negative tanker plus smerte og angst medfører mere smerte og negativ affekt.
- Det er ikke givet, at den tinnitusramte henvises til en psykolog; men denne kan bibringe den tinnitusramte den forståelse, læring og terapi, der skal til for at komme til at leve godt med tinnitus og

bilægge angsten og stressen. Behandleren skal have kendskab til kroppens og psykens reaktion på tinnitus og tage afsæt heri under interventionen.

- At have tinnitus er en ren subjektiv oplevelse. Når den tinnitusramte ikke længere fokuserer på lyden, minimeres den.

Psykolog Grethe Drejer, Høreklubben, Sygehus Viborg + privat praksis. 2006.

#### **Referenceliste:**

- Axelsson, A. & Schenkmanis, U. (2000): Tinnitus – när örat fylls av ljud. Gothia
- Bech & Raabæk Olsen (2003): Smerte og depression i Jensen, Dahl & Arendt – Nielsen (red.) Smerter, Kbh. FADL, s. 291 – 302
- Erlandsson, S. (2000): Tinnitus: Ljud som bärare av psykisk smärte i: Carlsson, Hjelmquist & Lundberg. Delaktig eller utanför, Psykologiska perspektiv på hälsa och handicap. Borèa s. 105 – 127
- Forskningsnyt fra PSYKOLOGI, nr. 2 april 2005. 14. årgang
- Frølich, S. (2003): Psykologi og smertebehandling i Jensen, Dahl & Arendt – Nielsen (red.) Smerter, Kbh. FADL, s. 333 – 340
- Hougaard, E. (2004): Psykoterapi: Teori og forskning. Kbh. Dansk Psykologisk Forlag s. 321 – 365 • Isager, H. (2001): Stress og udstødelse. Hovedland 2001
- Jakobsen, B. (2000): Den helbredende sygdom. Dansk Psykologisk Forlag
- Jones & Zachariae (2003): Psykologiske processers betydning for smerteoplevelsen i Jensen, Dahl & Arendt – Nielsen (red.) Smerter, Kbh. FADL, s. 129 – 140
- Kaldo & Andersson (2004): Kognitiv beteendeterapi vid tinnitus.
- Studenterlitteratur • Kellerhals, B. & Zogg, R. (1999): Tinnitus Rehabilitation by Retraining. Karger
- Ménière og Tinnitus Foreningen (2002): Spørgsmål og svar
- Runyan, W. M. (1981): Why did Van Gogh cut off his ear? Journal of Personality and Social Psychology, 40 (6), s. 1070 – 1077
- Selye, H. (1980): Stress uden angst. Gyldendal
- Thøgersen & Lindahl (2003): Fysioterapi til kroniske smertepatienter i Jensen, Dahl & Arendt – Nielsen (red.) Smerter, Kbh. FADL, s. 99 – 115
- Woolfe, R. & Dryden, W. (1998): Developing Stress Management Programmes i: Counselling Psychology. Sage, s- 528-553
- Yalom, I. (1980, 1998, 2001): Eksistentiel Psykoterapi. Hans Reitzels Forlag



- Zahavi, D. (2001): Husserls fænomenologi. Filosofi Gyldendal

DANSK AUDIOLOGOPÆDI - OKTOBER 2006