

Redaktion

E. Biesinger, Traunstein

D. Dölberg¹ · H. Schaaf² · G. Hesse²

¹ Zentrum für Soziale Psychiatrie Rheinblick, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Eichberg, Eltville

² Psychosomatische Klinik Bad Arolsen/Tinnitus-Klinik, Bad Arolsen

Tinnitus bei schizophren vorerkrankten Patienten

Der Fachbegriff Tinnitus bezeichnet Hör-Wahrnehmungen, die nicht durch Laute von außen bedingt sind. Das Leiden am Tinnitus hat insbesondere in den letzten Jahren progressiv zugenommen. Nach einer repräsentativen Erhebung der Deutschen Tinnitus-Liga für die Bundesrepublik Deutschland kommt es jährlich bei etwa 10 Mio. Deutschen zur Tinnituswahrnehmung, die bei etwa 340.000 Betroffenen chronifiziert. Etwa 3 Mio. Erwachsene in Deutschland, also etwa 4% der Bevölkerung, sind vom chronischen Tinnitus betroffen (Punktprävalenz), 10–20% davon leiden erheblich darunter [23]. So finden sich Klagen über einen Tinnitus bei etwa 15% des Patientenguts in deutschen Allgemeinarzt- und etwa 25% in HNO-Praxen [9].

Gesichert ist eine hohe psychische Komorbidität bei stationär behandelten Patienten mit dekompenziertem Tinnitus (was allerdings auch die Bedingung dafür darstellt, dass sie stationär psychotherapeutisch aufgenommen wurden). Bei diesen finden sich in fast 90% der Fälle psychische Störungen wie Major Depression (bis 67%), dysthyme Störungen (bis 21%), Angststörungen (bis 31%) und somatoforme Störungen (bis 32%) [7, 10]. Hingegen zeigen sich bei einem ambulanten Patientengut [18] und [27] bei subakuten und chronischen Tinnituspatienten deutlich mehr Patienten ohne psychosomatische oder psychiatrische Komorbidität. Der Tinnitus als „Deckthema“ hat aber auch Einzug bei Menschen gefunden, die von Erkrankungen des schizophrenen Formenkreises

mit u. a. wahnhafter Symptomatik betroffen sind [17, 22, 25].

Nach der internationalen Übereinkunft der ICD-10 gelten folgende allgemeine Kriterien zur Diagnosestellung einer Schizophrenie, wenn folgende Symptome/Syndrome während der meisten Zeit innerhalb eines Zeitraums von mindestens einem Monat (oder während einiger Zeit an den meisten Tagen) bestehen:

- entweder mindestens eines der folgenden Merkmale:
 - Gedankenlautwerden, Gedanken- eingebung, Gedankenentzug oder Gedankenausbreitung;
 - Kontrollwahn, Beeinflussungs- wahn, Gefühl des Gemachten, deutlich bezogen auf Körper- oder Gliederbewegungen oder
 - bestimmte Gedanken, Tätigkeiten, Empfindungen;
 - Wahnwahrnehmungen;
 - kommentierende oder dialogische Stimmen, die über den Patienten und sein Verhalten sprechen, oder andere Stimmen, die aus einem Teil des Körpers kommen;
 - anhaltender, kulturell unangemessener oder völlig unrealistischer (bizarrer) Wahn, wie der, eine religiöse oder politische Persönlichkeit zu sein, übermenschliche Kräfte und Fähigkeiten zu besitzen (z. B. das Wetter kontrollieren zu können oder im Kontakt mit Außerirdischen zu sein),
- oder mindestens 2 der folgenden Merkmale:
 - anhaltende Halluzination jeder Sinnesmodalität, begleitet entwe-

der von flüchtigen oder undeutlich ausgebildeten Wahngedanken ohne deutliche affektive Beteiligung

- oder begleitet von anhaltenden überwertigen Ideen, täglich über Wochen oder Monate auftretend;
- Gedankenabreißen oder Einschleusen in den Gedankenfluss, was zu Zerfahrenheit, Danebenreden oder Neologismen führt;
- katatone Symptome wie Erregung, Haltungsstereotypien oder wächserne Biegsamkeit (Flexibilitas cerea), Negativismus, Mutismus und Stupor;
- negative Symptome wie auffällige Apathie, Sprachverarmung, verflachte oder inadäquate Affekte, zu meist mit sozialem Rückzug und verminderter sozialer Leistungsfähigkeit.

Die in Abgrenzung zu dem Höreindruck Tinnitus wichtigen akustischen Halluzinationen gehören nach der Einteilung Bleulers [5, 6] zu den sog. akzessorischen (Sekundär)symptomen. Hingegen zählen Gedankenlautwerden (Hören der eigenen Gedanken), interpretierende Stimmen, Stimmen in Form von Rede und Gegenrede (dialogische Stimmen) und imperative Stimmen nach Kurt Schneider [28] zu den Symptomen 1. Ranges. Akoasmen, (ungeformte elementare, nicht in Form von Stimmen auftretende akustische Sinnes täuschungen, z. B. Knallen, Klirren, Sausen, Zischen, Trommeln, Heulen) und sonstige akustische Halluzinationen wiederum sind Symptome 2. Ranges.

Nach einer Veröffentlichung zur Re-training-Therapie in einer Publikumszeit-

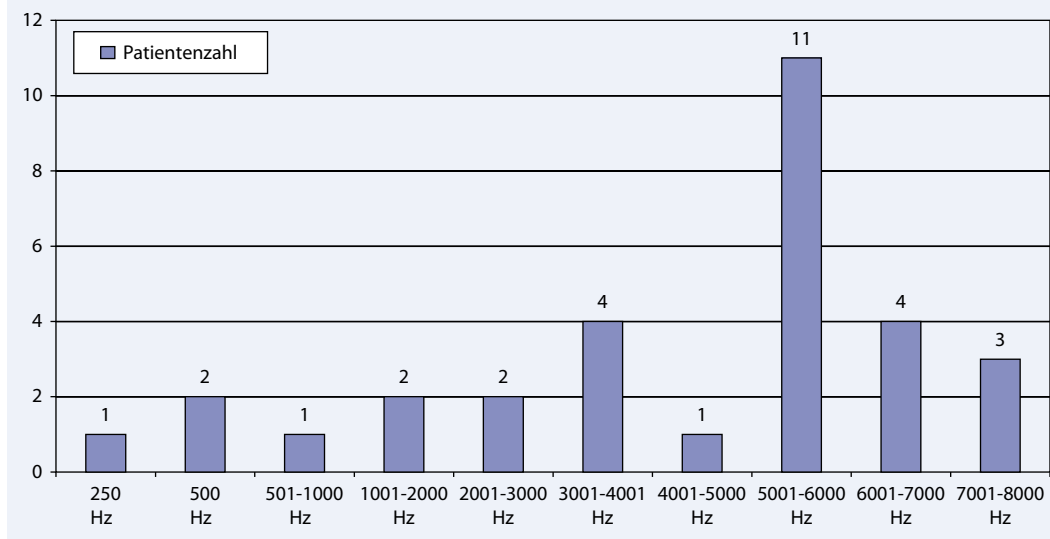


Abb. 1 ◀ Verteilung der Tinnitusfrequenz

schrift (Apothekenumschau) erreichte uns ein Brief, der uns „dringend darauf aufmerksam machen“ wollte, „dass den Bürgern hinterlistig Funk in den Ohren angelegt wird und diese dadurch hinterlistig beeinflusst, nahezu hypnotisiert werden. Die Bürger werden auch über Ohren beobachtet und ebenso ausgefragt. Wispernde Funk-Gespräche sind deutlich zu vernehmen. So darf es nach dem Wortlaut nicht verharmlost werden. Zugleich handelt es sich bei diesem Piepsen, Pfeifen und Rauschen um Funkgeräte. Auf diese(r) Weise ist es zu erklären, dass nach dem Weglegen des Maskengeräts, der angebliche Tinnitus, eben die Funkverbindung, unverändert vorhanden ist. Es handelt sich dabei um unaufhörliche Funk-Belästigungen.... Bitte suchen Sie in den Ohren nach Funk-Anlagen. Bitte kontrollieren sie in ihrem eigenen Interesse auch ihre Ohren; wegen gefährlichen Funkterroristen und Versicherungsschwindlern...“

Dieser Patient bedürfte der fachpsychiatrischen Behandlung, wobei davon ausgegangen werden kann, dass er sicherlich bereits manche HNO-Ärzte und viele andere Spezialisten aufgesucht hat, die ihm verständlicherweise nicht in seiner Not helfen konnten. Im Gegensatz dazu waren die nun vorzustellenden Patienten bereits psychiatrisch bekannt und behandelt und wiesen zusätzlich einen noch zu behandelnden Tinnitus auf.

Material und Methoden

In der Zeit von Oktober 1999 bis Oktober 2004 wurden insgesamt 31 Patienten untersucht. 11 davon wurden primär wegen ihres im Vordergrund stehenden Leidens am Tinnitus stationär in der neurootologisch psychotherapeutischen Klinik Bad Arolsen behandelt. Weitere 11 Patienten wurden in der psychiatrischen Abteilung des Bad Salzunger Klinikums und 9 Patienten in der Tagesklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des St.-Georg-Klinikums Eisenach behandelt.

Alle 31 untersuchten Patienten waren oder wurden neuroleptisch eingestellt. Neuroleptika werden in der Therapie und Rezidivprophylaxe schizophrener Psychosen eingesetzt.

Alle Patienten wurden psychiatrisch und neurootologisch untersucht und diagnostiziert. Die neurootologische Untersuchung beinhaltete für alle

- die genaue medizinische Anamnese,
- audiometrische Untersuchungen mit Ton- und Sprachaudiometrie
- sowie die Tinnitusbestimmung und
- die Ableitung der Hirnstammpotenziale (BERA).

In der Tinnitus-Klinik Bad Arolsen wurden zusätzlich otoakustische Emissionen abgeleitet. Wenn indiziert (bei auffälliger oder nicht durchführbarer BERA), wurde bei den Patienten ein CCT oder MRT zum Ausschluss retrokochleärer oder zentraler Prozesse durchgeführt. Allen Pati-

enten wurde der Tinnitus-Fragebogen nach Goebel u. Hiller [8] bei der Aufnahme und der Entlassung angeboten.

Für die Diagnose eines Tinnitus im Unterschied zu akustischen Halluzinationen forderten wir eine klare neurootologische Konstellation, in denen der Tinnitus in seiner Frequenz und Lautheit, bestimmt als Verdeckbarkeit über der Hörschwelle, reproduzierbare und von außen nachvollziehbare Wahrscheinlichkeiten zeigte. Dabei gehen wir davon aus, dass der Tinnitus in der Regel in seiner Frequenz dort zu finden ist, wo der größte Hörverlust nachgewiesen werden kann. Ebenso gilt für nahezu alle subjektiven Tinnitusformen, dass sich die Tinnituslautheit bei den subjektiven Tinnitusarten in einem Rahmen von 5–15 dB über der Hörschwelle bestimmen lässt [12, 13, 14].

Es müssen für den Tinnitus – im Gegensatz zu den akustischen Halluzinationen – fehlen:

- kommentierende oder dialogisierende Stimmen, die über den Patienten und sein Verhalten sprechen,
- imperative Stimmen,
- Gedankenlautwerden,
- als Stimmen empfundene Informationen, die aus einem Teil des Körpers kommen.

Hypothesen

- An Schizophrenie erkrankte Patienten können unabhängig von akustischen Halluzinationen einen Tinnitus entwickeln.

D. Dölberg · H. Schaaf · G. Hesse

Tinnitus bei schizophren vorerkrankten Patienten

Zusammenfassung

Hintergrund. Tinnitus als ein nur für den Betroffenen subjektiv wahrnehmbares Geräusch kommt nicht nur in der Normalbevölkerung häufig vor, sondern auch bei schizophren erkrankten Patienten. Solche Patienten suchen in Verkennung ihrer schizophrenen Erkrankung bevorzugt einen Hausarzt oder HNO-Arzt auf, wenn sie ihre Symptomatik mit akustischen Halluzinationen als Tinnitus fehldeuten. Umgekehrt kann es bei bereits schizophren Erkrankten dazu kommen, dass ein neu aufgetretener Tinnitus als akustische Halluzination verkannt wird und eher neuroleptisch statt symptomorientiert behandelt wird. Ziel der Arbeit ist es, Behandlungsansätze und Kriterien zur Unterscheidung zwischen den bei Schizophrenien häufig vorkommenden akustischen Halluzinati-

onen und den davon abgrenzbaren Konstellationen bei Tinnitus aufzuzeigen.

Patienten/Methoden. Zwischen 10/1999 und 10/2004 wurden 31 [17 m. (55%), 14 w. (45%)] schizophren vorerkrankte Patienten von 29–60 Jahren (Durchschnitt: 44 Jahre) mit Tinnitus psychiatrisch und neurootologisch untersucht. Davon wurden 11 primär wegen Tinnitus in einer neurootologisch-psychotherapeutischen Klinik behandelt, 11 stationär psychiatrisch und 9 in einer psychiatrischen Tagesklinik.

Ergebnisse. Tinnitus lässt sich audiometrisch und anamnestisch von akustischen Halluzinationen unterscheiden. Anders als bei akustischen Halluzinationen kann die Tinnitusfrequenz reproduzierbar meist dem größten Hörverlust, zumeist im Hochtonbereich, zugeordnet werden. Die mittlere Tinnitus-

verdeckbarkeit betrug 9,3 dB, maximal aber 15 dB über der Hörschwelle. Sechs Patienten (19%) waren normalhörend, bei 10 (32%) lag eine unilaterale und bei 15 ein bilaterale Hörminderung vor. Ein Hörgerät war bei 14 Patienten indiziert und wurde in 5 Fällen dauerhaft akzeptiert.

Fazit. Bei prinzipiell gleicher Therapie wie bei nicht psychotisch erkrankten Tinnituspatienten sollten die oft notwendige medikamentöse Behandlung ebenso wie die psychoedukativen Elemente hinsichtlich der Schizophrenie durch psychiatrische Fachkollegen geleistet werden.

Schlüsselwörter

Tinnitus · Schizophrenie · Psychiatrische Behandlung · Akustische Halluzinationen · Unterscheidung

Tinnitus in primarily schizophrenic patients

Abstract

Background. Tinnitus, a ringing in the ear perceived only by the person concerned, occurs not only in the general population but also among patients suffering from schizophrenia. They may be afflicted by tinnitus and acoustic hallucinations at the same time. Misinterpreting their schizophrenic illness, patients prefer to consult a family doctor or an ear, nose and throat (ENT) specialist rather than a psychiatrist if they mistake their acoustic hallucinations for tinnitus. Conversely, in schizophrenia patients, tinnitus of recent onset can be mistaken for acoustic hallucination and may be treated with neuroleptics rather than by a symptom-oriented management approach. This paper aims to present treatment approaches and criteria for distinguishing between acoustic hallucinations, which

occur often in schizophrenia, and tinnitus, and to highlight treatment options.

Patients and methods. From October 1999 to October 2004, we investigated 31 schizophrenic inpatients (17 men [55%], 14 women [45%] aged between 29 and 60 years, mean: 44 years) suffering from tinnitus. A total of 11 patients were treated mainly for tinnitus in a specialized neurootological clinic, 11 were treated in a psychiatric clinic, and 9 patients were treated in a psychiatric day center. All patients were examined using psychiatric and neurootological standards.

Results. Differences were found between tinnitus and acoustic hallucinations in the patients' descriptions and the audiometric outcomes. Tinnitus was mainly found in higher frequencies ranging from 4000 to 8000 Hz. Tinnitus was masked at an average of 9.3 dB

and a maximum of 15 dB above the auditory threshold. Six patients (19%) had normal hearing, while ten patients (32%) had unilateral hearing loss and 15 patients had bilateral hearing loss. Hearing aids were indicated in 14 patients, but only five patients accepted them.

Conclusion. Schizophrenic patients suffering from tinnitus benefit from basic standards of tinnitus treatment. However, psychiatric specialists should also provide the drug treatment that is often necessary as well as psychoeducation for schizophrenia.

Keywords

Tinnitus · Schizophrenia · Psychiatric treatment · Acoustic hallucinations · Differentiation

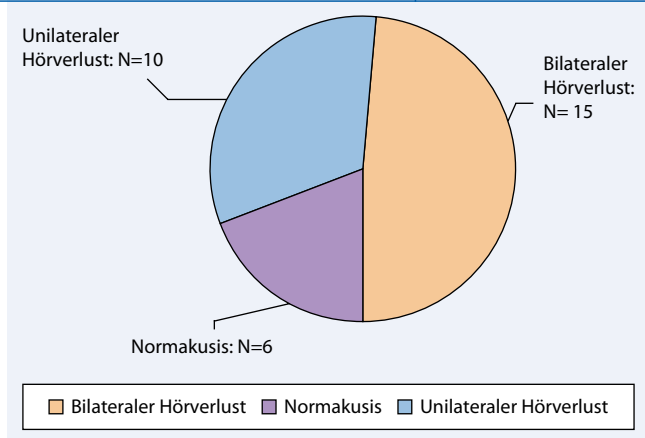


Abb. 2 ◀ Hörvermögen

- Der Tinnitus lässt sich von akustischen Halluzinationen abgrenzen und behandeln.
- Die Elemente der Tinnitus-Retraining-Therapie sind auch auf Schizophrenie erkrankte Patienten anwendbar und entsprechen in ihrer Methodik denen der Psychoedukation.

Ergebnisse

Geschlechts- und Altersverteilung

Von den 31 Patienten fanden sich 17 Männer (55%) und 14 Frauen (45%) im Alter von 29 bis 60 Jahren. Der Altersdurchschnitt lag bei 44 Jahren (Standardabweichung: 8).

Tinnituslokalisation

17 Patienten (55%) zeigten den Tinnitus beidseits. Rechtsseitig konnte 6-mal (19%) der Tinnitus bestimmt werden, 8-mal (26%) linksseitig.

Tinnitusfrequenz

Bei der Bestimmung der Tinnitusfrequenz ergab sich die in **Abb. 1** dargestellte Verteilung. Am häufigsten wurde der Tinnitus im Hochtonbereich bestimmt.

Tinnitusverdeckbarkeit

Die mittlere Tinnitusverdeckbarkeit betrug 9,3 dB über der Hörschwelle. Die Verteilung ergab sich, wie folgt:

- bis 5 dB über der Hörschwelle: 5 Patienten (16%),

- bis 10 dB über der Hörschwelle: 16 Patienten (52%),
- bis 15 dB über der Hörschwelle: 10 Patienten (32%).

Hörvermögen

Bei insgesamt 31 Patienten zeigte sich in 6 (19%) Fällen beidseits eine Normakusis (**Abb. 2**). In 10 (32%) Fällen zeigte sich ein unilateraler Hörverlust. In 5 Fällen zeigte sich das kontralaterale Geschehen tieftontbetont, 4-mal mit Hörverlusten bis zu 40 dB Hörverlust, einmal mit 60 dB. In 5 Fällen zeigte sich das kontralaterale Geschehen hochtonbetont, einmal bis 40 dB Hörverlust, 4-mal mit Hörverlust bis 60 dB, wobei sich in 2 Fällen auch ein Hörverlust im Mitteltonbereich zwischen 25 und 40 dB zeigte.

In 15 (49%) Fällen lag eine beidseitige Einschränkung des Hörvermögens vor gemäß den Kriterien zur Hörgeräteindikation. Zweimal konnte ein beidseitiger Mitteltonverlust im Sinne eines hereditären Geschehens beobachtet werden, einmal bis 40 dB und einmal bis 60 dB Hochtonverlust. Bei 13 Patienten zeigte sich das Hörverlustgeschehen überwiegend hochtonbetont: In 3 Fällen fand sich ein beidseitiger Hochtonverlust bis 40 dB, in weiteren 3 Fällen fand sich ein isolierter Hochtonverlust bis 60 dB sowie 3-mal ein Hochtonverlust bis 60 dB plus einer Einschränkung des Hörvermögens im Mitteltonbereich zwischen 25 und 60 dB. Ein Hochtonverlust über 60 dB lag in 4 Fällen vor.

Tinnitus-Fragebogen nach Goebel-Hiller

In der Tinnitus-Klinik wurde allen Patienten beim Anschreiben zur Aufnahme in die Klinik, am Anfang und am Ende des stationären Aufenthalts dieser Fragebogen ausgehändigt. Nur 4 Patienten waren in der Lage, diesen Bogen auswertungsrelevant auszufüllen. Für diese fanden sich die in **Tab. 1** dargestellten Werte.

Hörgeräteverordnung

Nach den Hilfsmittelrichtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen können Hörgeräte dann verschrieben werden [18], wenn

- bei beidseitiger Schwerhörigkeit der (tonaudiometrische) Hörverlust auf dem besseren Ohr 30 dB oder mehr in mindestens einer der Frequenzen zwischen 500 und 3000 Hz beträgt und die Verstehensquote für einsilbige Worte auf dem besseren Ohr bei 65 dB nicht größer als 80% ist;
- bei einer einseitigen Schwerhörigkeit muss der tonaudiometrische Hörverlust bei 2000 Hz oder mindestens bei 2 Prüffrequenzen zwischen 500 und 3000 Hz 30 dB erreichen.

Voraussetzung ist, dass der Patient motiviert und in der Lage ist, ein Hörgerät zu bedienen, eine Bedingung, die bei manchen schizophren Erkrankten mit zu berücksichtigen ist. Indiziert war ein Hörgerät gemäß den Kriterien der Hörgeräteverordnung bei 14 Patienten. In 5 Fällen wurde das Hörgerät dauerhaft akzeptiert.

OAEs

Durchgeführt werden konnten die OAEs nur bei den 11 Patienten der Tinnitus-Klinik Bad Arolsen. Zweimal lagen beidseitig normale OAEs vor. Weitere 2 Patienten hatten eine Hypofunktion auf einem Ohr bei normalen OAEs auf dem kontralateralen Ohr. Eine Hypofunktion auf beiden Ohren zeigten 7 Patienten. Alle OAE-Befunde entsprachen den Hörbefunden aus den zuvor erstellten Audiogrammen.

BERA (Brainstem-evoked-response-Audiometrie)

Bei der Untersuchung der akustisch evozierten Potenziale (BERA) wurde kein pathologischer Befund erhoben.

Magnetresonanztomographie

Bei insgesamt 12 Patienten musste wegen der primär schlechten Hörschwelle und der daraus sich ableitbaren BERA eine Magnetresonanztomographie angeschlossen werden. Diese blieb ohne Hinweis auf eine Kleinhirn-Brückenwinkel-Tumor oder eine multiple Sklerose.

Verläufe der Therapie

Alle Patienten wurden fachpsychiatrisch initial, im Verlauf und zum Abschluss eingeschätzt. Bei den weitestgehend stabilisierten und sich – hinsichtlich der Schizophrenie in Remission befindlichen – Patienten der Tinnitus-Klinik konnte in 6 von 11 Fällen ein guter Behandlungserfolg hinsichtlich der Tinnitusakzeptanz erreicht werden, was in 2 Fällen durch den Tinnitus-Fragebogen nach Goebel gestützt wird. Viermal war das – aus psychiatrischer Sicht eingeschränkte – Setting der Tinnitus-Klinik für diese Patientenklintel nicht ausreichend, so dass im Laufe der Behandlung, aufgrund psychotischer Dekompensation, eine Rückverlegung in die Psychiatrie notwendig wurde oder es zur Symptomverstärkung kam.

Von den 11 Patienten, die primär wegen ihres psychotischen Leidens in einem stationär psychiatrischen Rahmen behandelt wurden, zeigten hinsichtlich der Tinnitusbewältigung 5 ebenfalls gute Ergebnisse. Es konnten über die notwendig gewordene psychiatrische Behandlung eine gute Grundlage für die anschließende Begleitbehandlung der Tinnitusproblematik geschaffen werden, die sich neben der Gestaltungstherapie und einem Entspannungsverfahren aus psychoedukativen Elementen, ähnlich dem Counseling zusammensetzte. In 4 Fällen zeigte sich ein nur mäßiges oder gar ein erfolgloses Vorgehen hinsichtlich der Tinnitusproblematik. Bei 3 Patienten konnte eine Hörgerätakzeptanz erreicht werden.

Tab. 1 Beurteilung der Erkrankung im Tinnitus-Fragebogen nach Goebel-Hiller (n=4)

Ausprägung	Zu Anfang	Zur Entlassung
Leicht	0	1
Mittelgradig	0	1
Schwer	3	2
Sehr schwer	1	0

Im Rahmen der tagesklinischen Behandlung zeigten sich 5-mal gute Ergebnisse und nur ein erfolgloses Ergebnis.

Diskussion

Jahrzehntlang behinderte viele Tinnituspatienten die meist irrationale Furcht vor einer Schizophrenie, ihr Leiden ihrem Umfeld oder ihrem Arzt mitzuteilen. Dies war u. a. dadurch begründet, dass bis in die 1990er-Jahre hinein die Wahrnehmung subjektiver akustischer Phänomene überwiegend psychiatrischen Erkrankungen, speziell aus dem schizophrenen Formenkreis, zugeordnet wurde. Dabei hätten Tinnituspatienten oft wegen ihrer psychischen und psychiatrischen Komorbidität von fachpsychiatrischer Hilfe profitieren können [7, 9, 10, 11, 26, 29].

In den letzten 15 Jahren änderte sich die Situation deutlich. Tinnitusbetroffene können sich inzwischen u. a. mit Hilfe der weltweit größten Selbsthilfebewegung, der Deutschen Tinnitus-Liga, zu ihrer Erkrankung bekennen. Mit der Tinnitus-Retraining-Therapie [16] in der von der ADANO [1] empfohlenen Form hat sich ein sinnvoller psychosomatischer Behandlungsansatz entwickeln lassen [4, 7, 12, 13, 14, 15, 20].

Das daraus entstandene öffentliche Wissen hat aber dazu beigetragen, dass einige (meist noch nicht oder insuffizient behandelte) an schizophrener Psychose Erkrankte den Tinnitus als „Deckphänomen“ gefunden haben, um ihre z. T. quälenden akustischen Halluzinationen sich selbst und ihrer Umwelt erklärbar zu machen.

Zusätzlich können an Schizophrenie Erkrankte – unabhängig von ihrer Grunderkrankung – auch unter Tinnitus leiden. Die Wahrscheinlichkeit aber, dass der Tinnitus im gegenseitigen Nichtverständnis zwischen Betroffenen und Behandler als zusätzliche akustische Halluzination verkannt wird, ist groß. Dar-

aus kann resultieren, dass diese Patienten dann medikamentös antipsychotisch inadäquat hinsichtlich ihres Tinnitus aufdosiert werden.

Die in dieser Studie untersuchten 31 Patienten mit schizophrener Erkrankung, die zusätzlich unter einem Tinnitus litten, waren fachpsychiatrisch bekannt. Bei einem Geschlechterverhältnis von 17 Männern und 14 Frauen ergab sich ein leichtes Übergewicht des männlichen Geschlechts. Dies entspricht ebenfalls den epidemiologischen Daten für die Bundesrepublik, die hinsichtlich der Häufigkeit ein leichtes Übergewicht für das männliche Geschlecht feststellt [23].

Das Durchschnittsalter der 31 Patienten betrug geschlechtsunabhängig 44 Jahre (Standardabweichung: 8). Das ist vergleichsweise jünger als die Patienten der bundesweiten Studie Pilgramms [23], nach der die meisten Betroffenen über 60 Jahre alt sind [23].

Das Überwiegen der Hochtonverluste bei 18 von 31 Patienten (58%) entspricht wieder der epidemiologischen Lage in Deutschland [23]. Ebenso zeigt sich dazu passend bei der Tinnitusfrequenz ein Überwiegen der hohen Töne entlang des organisch ursächlichen Hochtonschadens. Dies entspricht auch den Vergleichswerten in der Gesamtbevölkerung. So fanden Pilgramm et al. 1999 „hohe Töne“ bei über der Hälfte der nach Ohrgeräuschen Befragten [23].

Die Tinnitusintensität der 31 betroffenen Patienten wurde seitenunabhängig mit durchschnittlich 9 dB (HL) über der Hörschwelle bestimmt und überschritt nur bei 10 Patienten (32%) die Hörschwelle um mehr als 10 dB, maximal aber bis 15 dB. So finden sich auch bei an Schizophrenie Erkrankten keine höheren Tinnituslautheiten als bei nicht schizophren erkrankten Tinnituspatienten [12, 20, 32].

Der von Goebel u. Hiller 1998 publizierte, aus 52 Punkten bestehende Tin-

nitus-Fragebogen [8] ist wissenschaftlich evaluiert und stellt bei nichtpsychotischen Patienten die Methode der Wahl zur Bestimmung des Tinnitusseheweregrads dar. Die allermeisten Schizophreniepatienten „scheiterten“ allerdings mindestens einmal bei der Ausfüllung des Tinnitus-Fragebogens. Es gelang nur 4 Patienten, beide Messpunkte einzuhalten. Dabei zeigen alle 4 eine deutliche Besserung in der Tinnitusbewertung, wobei bei 3 Patienten das Leiden mittelgradig bis schwer blieb.

Das uneindeutige und letztlich testpsychologisch nicht valide Ergebnis der untersuchten 31 Schizophrenieerkrankten ist verstehbar aufgrund der Grunderkrankung und der oft vorhandenen kognitiven Einbußen. Ambivalentes und parathymes Erleben führt dazu, dass sich die Patienten nicht gut zwischen verschiedenen Antwortmöglichkeiten entscheiden können und die Angabe genauerer Differenzierungen oft sehr erschwert ist. So schlussfolgern wir, dass die sonst bei Tinnituspatienten übliche Diagnostik bei den meisten akut schizophren erkrankten Patienten keine validen Ergebnisse bringt. Hier könnte der 2003 auf 10 Items reduzierte Mini-Tinnitus-Fragebogen bessere Ergebnisse erzielen helfen [9].

Dagegen war es möglich, bei allen 31 Patienten mit entsprechender Geduld tatsächlich den Tinnitus valide zu bestimmen und so von akustischen Halluzinationen abzugrenzen. Entscheidend war hierbei die im Unterschied zu den akustischen Halluzinationen klare neurootologische Konstellation, bei denen der Tinnitus in seiner Frequenz und Lautheit, bestimmt als Verdeckbarkeit über der Hörschwelle, reproduzierbare und von außen nachvollziehbare Wahrscheinlichkeiten zeigte und darüber hinaus auch keinerlei imperativen Charakter zeigte.

Therapiemöglichkeiten

Die Therapie des Tinnitusleidens sollte nach den Empfehlungen der ADANO [1] im Wesentlichen zusammenführen:

- eine umfassende neurootologische und psychologische Diagnostik,
- eine genaue Aufklärung des Patienten (Counseling), bei der es insbesondere darum geht, die Grundlagen des somatisch empfundenen Gesche-

hens im Sinne eines Störungsmodells zu vermitteln; dabei besteht im Gegensatz zu nicht psychotisch erkrankten Patienten bei den schizophren Erkrankten die Gefahr, durch „Reizüberflutung“ einen schizophrenen Erkrankungsschub auszulösen, was entsprechend real eingeschätzt und beachtet werden sollte,

- eine psychotherapeutische Unterstützung,
- eine Hörtherapie (Habituationstraining) mit ggf. apparativer Versorgung durch Hörgerät oder Rauschgenerator/Masker als Lernen in situ und in vivo.

Die Relevanz der für den Patienten angemessenen Aufklärung und Führung wird in einer der wenigen vergleichbaren Untersuchungen unterstrichen. Johns et al. [17] untersuchten 16 Tinnituspatienten mit zusätzlichen, vom Tinnitus abgrenzenden akustischen Halluzinationen gegenüber 14 Schizophreniepatienten [17]. Beide Gruppen hatten das Bedürfnis, eine Erklärung zu finden. Die Tinnituspatienten waren aber überwiegend nach außen orientiert und suchten reale Ursachen für ihre akustischen Empfindungen und aktiv einen Expertenrat. Schizophreniepatienten litten mehr unter ihren akustischen Halluzinationen. Sie hatten zwar auch ein Erklärungsbedürfnis, konfrontierten damit aber nicht Experten und hatten auch, wie zu erwarten, keinen realen Bezug. Deutlich wurde auch, dass hier der Tinnitus von den zusätzlichen akustischen Halluzinationen abgegrenzt werden konnte.

Dabei sollte bei schizophrenen Patienten [3, 30]

- die Information einfach und übersichtlich gehalten werden,
- der Kommunikationsstil eindeutig sein,
- Verantwortlichkeit transparent gemacht werden,
- die Bezugspersonen speziell für diese Patienten konstant bleiben.

Schizophren erkrankte Patienten, v. a. Patienten ohne Krankheitseinsicht, benötigen oft aber zusätzlich zum Tinnitus-Counseling eine adäquate Behandlung durch psychiatrisch versierte Ärzte. Dass

aber auch Schizophreniepatienten Ressourcen haben [21] und neben der Medikation auch von Psychotherapie profitieren können, zeigen zahlreiche Studien [31]. Untersuchungen über Effekte kognitiv-behavioraler Therapieprogramme zur Verbesserung spezifischer sozialer Fertigkeiten bei schizophren Erkrankten belegen deren Erfolg [24].

Versorgung mit einem Hörgerät

Als eine wichtige therapeutische Konsequenz zeigt sich bei entsprechender Indikation die Erweiterung des Hörvermögens durch die Versorgung mit Hörgeräten. Ein Hörgerät entlastet, und der von Tinnitus betroffene Schwerhörige muss sich nicht mehr so stark konzentrieren, um etwa Unterhaltungen folgen zu können. Das bei herkömmlichen Hörgeräten meist unvermeidliche Grundrauschen kann dabei die Habituation fördern. Bemerkenswerterweise gelang es im psychiatrischen Rahmen öfters, bei entsprechender Indikation zum Tragen eines Hörgeräts zu motivieren, was vermuten lässt, dass der entsprechend strukturierte Rahmen zur entsprechenden Compliance beiträgt.

So wurde in der Tinnitus-Klinik 6 von insgesamt 11 Patienten ein Hörgerät angeordnet, wobei es dennoch nur 2-mal gelang, eine entsprechende Akzeptanz hinsichtlich der weiteren Hörgeräteversorgung zu erzielen. Bei den in der psychiatrischen Klinik verordneten 6 Hörgeräten wurde 3-mal eine dauerhafte Akzeptanz erzielt, und in der Tagesklinik gab es 2-mal eine derartige Indikation, leider ohne entsprechende Akzeptanz.

Auf die sonst in der Tinnitus-Retraining-Therapie eingesetzten Rauscher wurde bei den wenigen normakusden Patienten verzichtet, da bei der betroffenen Patienten Klientel eine möglicherweise wahnhafte Verarbeitung des „von außen gemachten“ Geräusches besteht und sich damit die Habituationshilfe in ihr Gegenteil verkehren würde.

Für eine Tinnitus-Klinik wird die Begrenztheit der symptomatischen Versorgung von Patienten mit diesem oft schweren und mitunter nur teilemittierten Krankheitsbild deutlich.

Überprüfung der Eingangshypothesen

Überprüft man die eingangs gestellten Hypothesen an den 31 Patienten, die unter verschiedenen klinischen Bedingungen behandelt worden sind, so zeigt sich Folgendes:

- Auch an schizophrener Psychose erkrankte Patienten können einen Tinnitus haben und an diesem leiden.
- Dieser lässt sich, wie bei nicht schizophren erkrankten Patienten, mit den üblichen Methoden bestimmen, d. h. nach einem Hörtest kann eine Tinnitusbestimmung erfolgen.
- Als nicht durchführbar erwies sich die testpsychologische Bestimmung des Tinnitus, da die Patienten im produktiv psychotischen Zustand und somit kognitiv beeinträchtigt mit dem Ausfüllen der Antwortbögen meist überfordert waren und die Auswertung der Bögen keine sinnvollen Ergebnisse erbrachte.
- An Tinnitus erkrankte Schizophreniepatienten, die aufgrund produktiver und/oder negativer Symptomatik oder zur Phasenprophylaxe neuroleptisch medikamentös eingestellt sind, benötigen wegen des Tinnitus keine gesteigerte oder zusätzliche Neuroleptikagabe, sondern als zusätzlichen Behandlungsbaustein eine Aufklärung mit den Mitteln des Tinnitus-Retrainings und ggf. eine Versorgung mit Hörgeräten.

Fazit für die Praxis

Auch bei an einer schizophrenen Psychose erkrankten Patienten, die unter einem Tinnitus leiden, ist vom Grundprinzip her eine Tinnitus-Habituationstherapie als Behandlung sinnvoll. Zu beachten sind hierbei die erkrankungs- und oft auch medikamentös bedingten Besonderheiten. Die HNO-Arzt-Kompetenz ist hinsichtlich der Erkennung, der Diagnostik und der Versorgung von Schwerhörigkeit und Tinnitus ebenso wichtig wie die enge Zusammenarbeit mit dem Psychiater, der die Hauptkrankheit behandeln muss, ohne die zusätzlichen Phänomene und Symptome der Komorbidität aus dem Blick zu verlieren. Die ärztliche Führung

dieser Patienten erfordert neben einer gewissen klinischen Erfahrung Empathie und Einfühlungsvermögen, um sich auf die „Gedankenwelt“ dieser Patienten einzustellen.

Bei der Hörgeräteversorgung ist ein dem Erkrankungsbild angepasstes Vorgehen möglich, welches auf die kognitiven und affektiven Beeinträchtigungen der Patienten besonders eingeht. Beachtenswert ist hierbei, dass das Hörgerät ebenso wie ein Rauscher mitunter als Quelle externer Beeinflussung erlebt werden kann. Beim psychotischen Patienten sollte daher bewusst und aktiv danach gefragt werden, um einer möglicherweise paranoiden Entwicklung adäquat begegnen zu können.

Korrespondenzadresse

D. Dölberg

Zentrum für Soziale Psychiatrie Rheinblick, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Eichberg Kloster-Eberbach-Straße 4, 65346 Eltville info@zsp-rheinblick.de

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Arbeitsgemeinschaft Deutschsprachiger Audiologen und Neurootologen (ADANO) (2004) Leitlinie Tinnitus: www.hno.org/leitl.htm
2. Bäuml J, Kissling W, Pitschel-Walz G (1996) Psychoedukative Gruppen für schizophrene Patienten. Ergebnisse der Münchener PIP-Studie. Nervenheilkunde 15(3): 145–150
3. Bäuml J, Pitschel-Walz G (2003) Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen. Schattauer, Stuttgart, S 376
4. Biesinger E, Heiden C (1999) Die Bedeutung der Retraining-Therapie bei Tinnitus. Dtsch Ärztebl 96A: 2817–2825
5. Bleuler E (1911) Dementia praecox oder die Gruppe der Schizophrenien. Deuticke, Leipzig
6. Bleuler E (1930) Primäre und sekundäre Symptome der Schizophrenie. Z Ges Neurol Psychiatr 124: 607
7. Goebel G (Hg) (2001) Ohrgeräusche. Psychosomatische Aspekte des komplexen chronischen Tinnitus. Quintessenz, München
8. Goebel G, Hiller W (1998) Tinnitus-Fragebogen (TF) Handanweisung. Hogrefe, Göttingen
9. Goebel G (2003) Tinnitus und Hyperakusis. In: Fortschritte der Psychotherapie. Manual für die Praxis, Bd 20. Hogrefe, Göttingen, S 117
10. Goebel G. (2004) Verhaltensmedizinische Aspekte und Therapie des chronischen Tinnitus. Psychoneuro 30: 330–336
11. Goebel G, Fichter M (2005): Psychiatrische Co-Morbidität bei Tinnitus. In: Biesinger E, Iro H (Hrsg): HNO-Praxis heute, Bd 25: Tinnitus. Springer, Berlin Heidelberg New York

12. Hesse G (2007) Tinnitus. Med Welt 4: 156–163
13. Hesse G, Rienhoff NK, Nelting M, Laubert A (2001) Ergebnisse stationärer Therapie bei Patienten mit chronisch komplexem Tinnitus. Laryngol Rhinol Otol 80: 503–508
14. Hesse G (Hrsg) (1999) Retraining und Tinnitusstherapie. Zur ambulanten Behandlung des chronisch komplexen Tinnitus und der Hyperakusis. Thieme, Stuttgart, S 109
15. Hesse G, Laubert A (2001). Tinnitus-Retraining-Therapie – Indikationen und Behandlungsziele. HNO 49: 764–779
16. Jastreboff PJ, Hazell JWP (1993) A neurophysiological approach to tinnitus. Br J Audiol 27: 7–17
17. Johns LC, Hemsley D, Kuipers E (2002) A comparison of auditory hallucinations in a psychiatric and non-psychiatric group. Br J Clin Psychol (England), 41(Pt 1): 81–86
18. Kießling J, Kollmeier B, Diller G (1997) Versorgung und Rehabilitation mit Hörgeräten. Thieme, Stuttgart
19. Konzag TA, Rubler D, Bandemer-Greulich U, Frommer J, Fikentscher E (2005) Tinnitusbelastung und psychische Komorbidität bei ambulanten subakuten und chronischen Tinnituspatienten. Z Psychosom Med Psychother 51: 247–260
20. Lenarz T (1998) Diagnostik und Therapie des Tinnitus. Laryngol Rhinol Otol 77: 54–60
21. Meister SD, Haug HJ (2004) Ressourcen schizophrener Patienten. Validitätsprüfung des Erhebungsbogens zur Erfassung gesunder Anteile. Nervenarzt 75: 467–474
22. Nam EC (2005) Is it necessary to differentiate tinnitus from auditory hallucination in schizophrenic patients? J Laryngol Otol 119: 352–355
23. Pilgramm M, Rychlik R, Lebisch H et al. (1999) Tinnitus in der Bundesrepublik Deutschland. Eine repräsentative epidemiologische Studie. HNO aktuell 7: 261–265
24. Roder V, Brenner HD, Muller D et al. (2001) Effekte neuer kognitiv-behavioraler Therapieprogramme zur Verbesserung spezifischer sozialer Fertigkeiten bei schizophrenen Erkrankten. Eine kontrollierte Studie. Nervenarzt 72: 709–716
25. Schaaf H, Doelberg D, Selting B, Märtner M (2003) Komorbidität von Tinnitusserkrankungen und psychiatrischen Störungen. Nervenarzt 74: 72–75
26. Schaaf H, Holtmann H (2001) Psychotherapie bei Tinnitus. Schattauer, Stuttgart, S 142
27. Schmidt A, Lins U, Wetscher I (2004) Counselling versus Gruppentherapie beim chronischem Tinnitus. HNO 52: 242–247
28. Schneider K (1967) Klinische Psychopathologie, 8. Aufl. Thieme, Stuttgart
29. Selting B (2005): Vorgehen und Behandlungsmaßnahmen bei psychiatrischer Co-Morbidität. In Biesinger E, Iro H (Hrsg) HNO-Praxis heute, Bd 25: Tinnitus. Springer, Berlin Heidelberg New York
30. Tölle R (1996) Psychiatrie. Springer, Berlin Heidelberg
31. Wiedemann G, Klingberg S (2003): Psychotherapie produktiver Symptomatik bei Patienten mit schizophrener Psychose. Nervenarzt 74: 76–84
32. Zenner H P (1998) Eine Systematik für Entstehungsmechanismen von Tinnitus. HNO 46: 699–711