

H. Schaaf: Schlafstörungen bei Tinnitus –

Etwa 3 Millionen Erwachsene in Deutschland, also 4 % der Bevölkerung, sind von einem chronischem Tinnitus betroffen, ca. 10 - 20 % davon leiden dabei erheblich unter ihrem Tinnitus (21). Eines der häufigsten Probleme sind dabei Ein- und Durchschlafstörungen, die subjektiv meist dem Tinnitus angelastet werden (20).

Darüber hinaus werden relevante Schlafstörungen in der Bevölkerung der Bundesrepublik auf immerhin 20 – 30 % geschätzt (22, 28, 29;). Sie werden zu einem hohem Anteil - oft unkontrolliert - mit rezeptpflichtigen Medikamenten „behandelt“.

Die häufigsten Ursachen auf somatischer Seite stellen im HNO-Bereich obstruktive Erkrankungen dar. Diese lassen sich mit körperlicher Untersuchung und ggf. im Schlaflabor erfassen. Gesucht werden hier etwa Anzeichen von Erkrankungen mit Schlafapnoe. Allerdings sind derartige Untersuchungen wegen der real äußerst geringen Inzidenz bei Tinnitus in der ambulanten Behandlung nur bei begründetem klinischem Verdacht zu empfehlen (13).

So wies auch bei den Patienten der Tinnitus Klinik Arolsen die weitaus überwiegende Zahl der Tinnitus-Erkrankten mit Schlafbeschwerden eine nicht-organische Insomnie ICD 10 F. 51 auf (14). Am häufigsten finden sich dabei Krankheitsbilder des depressiven Formenkreises, insbesondere lavierte Depressionen, aber auch Angsterkrankungen (12, 15). Dies deckt sich mit den Untersuchungen von Goebel und Fichter 1998, die beim Leiden am Tinnitus meist deutliche psychische Störungen wie Major Depression (33 – 67 %), Dysthyme Störungen (11 – 21 %), Angststörungen, die nicht selten durch Suchtmedikationen kompliziert werden (29 – 47 %) und bis 42 % somatoforme Störungen gefunden haben (10,11).

Der enge Zusammenhang zwischen einem dekompensierten Tinnitus und einer depressiven Erkrankung wird deutlich, wenn man – wie Jäger, Malewski und Lamprecht (17,18) - die Kernsymptome der Depression und des dekompensierten Tinnitus-Leidens vergleicht:

Bei der Depression stehen klinisch im Vordergrund:

- der Verlust von freudvollen Erlebnissen,
- Antriebsstörungen,
- emotionale Verflachung,
- Schlafstörungen,
- kognitive Einengung,
- sozialer Rückzug,
- Verlust sexueller Interessen,
- Appetitverlust.

Jäger et al (18) haben dann die Symptomatik der am chronisch komplexen Tinnitus Leidenden erfasst und finden praktisch die gleichen Merkmale, allerdings in einer anderen Reihenfolge, in der die Schlafstörungen ganz oben stehen.

Umgekehrt erweist sich, dass eine chronische Insomnie ein wichtiger Indikator für ein erhöhtes Risiko ist, später an einer Depression, Angststörung oder Alkoholabhängigkeit zu erkranken (9).

Es erstaunt deshalb kaum, dass in den Untersuchungen Olderogs (20) die auf den Tinnitus attribuierte Schlafstörung als ein wichtiger Prädiktor für eine ungünstige Krankheitsentwicklung identifiziert werden kann. So unterstützen die Ergebnisse Olderogs die Modellvorstellung, dass sich die Ohrgeräusche bei den später dekompenzierten Patienten auf der Grundlage einer erhöhten psychopathologischen Anspannung ausbilden und sich im weiteren Krankheitsverlauf mehr und mehr zum „Kondensationskern“ der bereits vorbestehenden psychischen Belastungen entwickeln.

Schlaflos durch Tinnitus?

Was ist nun das Besondere, bei den Menschen, die am Tinnitus verzweifelnd nicht schlafen können?

Die Patienten gehen subjektiv davon aus, dass sie einen besonders lauten oder besonders „gearteten“ Tinnitus hätten, wie Folmer und Griest (7) aufgrund subjektiver Lautheitsbeschreibungen berichteten.

Die gängigen Meßverfahren sprechen dagegen: So lag bei den von uns untersuchten schlafgestörten Patienten die vergleichend bestimmte Tinnitus-Lautheit auch nicht höher als bei maximal 15 dB über der Hörschwelle wie bei den anderen Tinnitus-Betroffenen auch (15). Ausnahme in 12 Jahren waren bei uns zwei aufzufindende objektive Tinnitus bei Gefäßanomalien. Hier hatte die erhöhte Tinnituslautheit einen hohen diagnostischen Wert.

Im Weiteren zeigt sich die Hörwahrnehmung als äußerst komplexes System, bei der der Bedeutungsinhalt und die subjektive Bewertung des Gehörten wichtiger ist als die objektive Lautstärke – solange sie nicht eine deutliche Grenzschwelle überschreitet.

So ist es in der Regel möglich, dass eine sich immer wieder einstellende Geräuschquelle wie z.B. eine Straßenbahn, die am Haus vorbeifährt, und zunächst durchaus als störend empfunden wird, mit der Zeit einfach nicht mehr wahrgenommen wird.

Auch registriert eine - etwa an einer Bundesstraße wohnende - Mutter schon lange nicht mehr die vorbeirasenden Autos, sie vernimmt aber sehr wohl das Seufzen und Schluchzen ihres Kindes, das im Nebenzimmer schläft, obwohl es viel leiser ist.

Bei andauernden - äußeren - Schallpegeln über 85 dB sind vor allem vegetative Dauerschäden zu erwarten (3, 8).

Sichtet man nun – wie dies Backhaus und Riemann in ihrem Manual zu Schlafstörungen (1) ausführlich durchgeführt haben - die gängigen Störungstheorien und Modelle der primären Insomnie, so wird an erster Stelle ein erhöhtes, physiologisches Aktivierungsniveau vermutet. Dabei ist allerdings unklar, ob es sich bei dem festzustellenden „Hyperarousal“ um die Ursache oder die Folge der Insomnie handelt.

Betrachtet man unter diesem Gesichtspunkt das Erleben des Tinnitus, so erscheint es verständlich und nahezu als eine evolutionäre Notwendigkeit, dass ein akuter Tinnitus als neuer, unbekannter und negativ bewerteter Reiz bei seinem Auftreten ein beunruhigendes, zu Handlungen anforderndes Ereignis ist (25) und diese Beunruhigung mit Erhöhung des Aktivitätsniveaus zu Schlaflosigkeit führen kann.

Um dieses Aktivitätsniveau senken zu können, bedarf es einer Entängstigung mit einer auf den Betroffenen zugeschnittenen stimmigen Information über den Tinnitus. Dies soll und muss ein „Sich-Vertraut-Machen“ mit den Ursachen und Auswirkungen des Tinnitus beinhalten und ist damit auch Teil der Retraining-Therapie (4, 10, 14, 25).

Im einfacheren Fall ist dann erklärbar und vermittelbar, dass gerade nachts ein Tinnitus lauter wahrgenommen wird, weil - in der Regel - die Überdeckung durch All-TAGS-Geräusche und die Ablenkung etwa durch die Arbeit wegfällt. Dann kann schon die Empfehlung eines Springbrunnens neben dem Bett oder einer anderen Maskierungshilfe wie eine Entspannungs-CD (16) genügen, um die Schlafstörung zu bessern.

Wenn dies so nicht ausreicht, kann ein den Rahmen der Kassenpraxis oft stark beanspruchender, ausführlicherer Einstieg mit einer Vermittlung des wichtigsten Wissens über den normalen Schlaf und eine Abgleichung mit dem vom Patienten vorgetragenen Verhalten notwendig werden. Dies kann ggf. auch Teil psychotherapeutischer Arbeit sein oder werden.

Zu den wichtigsten wissenswerten Fakten, die den Patienten auch als Faltblatt mitgegeben werden können, gehören:

1. Schlaf findet in verschiedenen Rhythmen statt, bei denen leichter und tiefer Schlaf sowie Traum- und Nicht-Traum-Phasen unterschieden werden. Jede der meist vier Phasen dauert ca. 90 Minuten.
2. Die Tiefschlafphasen werden im Wesentlichen schon rasch während des ersten und zweiten Schlafzyklus durchlaufen. So ist auch bei einem nur zweistündigen Schlaf gesichert, dass der wichtigste Teil des Schlafes vorrangig und schon relativ früh in der Nacht gewährleistet ist.
3. Die Nicht-Traum-Phasen sind ohne Schaden auch durch Dösen oder entspanntes Liegen, Tagträumen etc. ersetzbar.
4. Alle Schlafzeiten, auch der Mittagsschlaf, müssen zusammengezählt werden, wenn über ausreichende oder unzureichende Schlafzeiten gesprochen wird. Dabei mindert sich das Schlafbedürfnis im Laufe des Lebens auf wenige Stunden im hohen Alter.
5. Die sicherste Methode, Schlaflosigkeit zu erreichen, ist unbedingt schlafen zu wollen!
6. Tranquilizer, Alkohol und Appetitzügler zerstören die Traumphasen, und so den Nutzen des Schlafes. Sie führen schnell in die körperliche und seelische Sucht. Damit wird der Lösungsansatz zum größten Problem.

Als Konsequenz daraus besprechen wir mit unseren Patienten die nachfolgenden „Schlafanleitungen“ und geben diese als Handlungsanweisung mit.



Schlaf-Anleitungen



Der Tag sollte wach gestaltet werden:

Sowohl vom Mittagsschlaf als auch vom Schlaf vor dem Fernseher soll Abstand genommen werden.

Das Bett soll als alleiniger Ort des Schlafes genutzt und erst aufgesucht werden, wenn wirkliche Müdigkeit vorliegt.

Es sollen zwei bis drei angenehme Dinge ausgeführt werden, ehe das Bett aufgesucht wird:

- z.B. eine Runde im Park spazierengehen,
- ein schönes Buch (eher keinen „spannenden“ Krimi) lesen
- und/oder ein Bad nehmen

Es soll kein Alkohol oder ein als „Schlaf“mittel ausgegebenes Betäubungsmittel eingenommen werden, da diese die Traumphasen zerstören.

Ebenso verbieten sich Kaffee oder schwarzer Tee 4 - 6 Stunden vor der gewünschten Einschlafzeit.

Bei Durchschlafstörungen und Aufwachen in der Nacht, sollte nicht „auf den Schlaf gewartet, sonder aufgestanden und die Zeit genutzt werden, etwa mit Lesen, Spazierengehen oder einem Entspannungsverfahren.

Das Bett soll erst wieder aufgesucht werden, wenn wieder Müdigkeit eingetreten ist.

Um die eigene Schlafzeit zu überprüfen, kann es für manche nützlich sein, ein großes Blatt Papier neben das Bett zu legen und in der Zeit der Schlaflosigkeit alle 15 Minuten ein Kreuzchen zu machen. Nicht geraten werden kann dies bei Menschen, die dann nur noch warten müssen, bis die 15 Minuten wieder abgelaufen sind.

Bei den Meisten ist es sinnvoll, morgens zur gleichen Zeit aufzustehen, unabhängig von der vorher geschlafenen Zeit – auch am Wochenende.



Im engen Kontakt mit dem Therapeuten können diese Schlafanleitungen konkret ausgestaltet werden. Unterstützt werden kann dies durch

- regelmäßige körperliche Aktivität,
- Verzicht auf schwere Mahlzeiten am Abend,
- eine allmähliche Verringerung geistiger und körperlicher Anstrengung vor dem zu Bett gehen,
- die Schaffung einer angenehmen Atmosphäre im Schlafzimmer,
- das Vermeiden von Zeitkontrolle während des Schlafes selber,
- das Erlernen eines Entspannungsverfahrens, etwa der progressiven Muskelrelaxation,

Meistens führt dies, auch unterstützt durch Selbsthilferatgeber (etwa 16), oft schon innerhalb einer Woche zum Erfolg.

Wichtig ist darüber hinaus, dass der Schlaf wieder als etwas Natürliches und Regelmäßiges erlebt werden kann. Dazu kann eine kognitive Bearbeitung der schlaferschwerenden Faktoren sowohl hinsichtlich des Tinnituserebens, wie aber auch hinsichtlich der auf den Tinnitus projizierten Faktoren notwendig sein.

Im Anschluß kann dann überlegt werden, den Tinnitus positiv umzubewerten, wenn er als „chronisch“ bemerkbarer Höreindruck ein Stück des Erlebens bleibt. So kann ein summender Tinnitus als Bachrauschen und das häufige hochfrequente Pfeifen durchaus als Grillenzirpen vorgestellt werden. Zusammen mit der Assoziation einer blühenden Wiese oder Erinnerungen an einen sonnigen Abend im Urlaub kann der Tinnitus sogar beim Einschlafen helfen.

Nicht erfolgreich kann dieser Ansatz sein, wenn hinter der Schlaflosigkeit andere oder darüber hinaus gehende Probleme verborgen sind.

Dies gilt für ernsthafte depressive Episoden, die typischerweise Schlafstörungen beinhalten ebenso wie für massive Konflikte, die das Einschlafen verhindern, ob mit oder ohne Tinnitus. Wichtige Fragen sind dabei:

- Gibt es außer dem Tinnitus noch andere schlafraubende Faktoren?
- Wie war die Schlafsituation vor dem Tinnituseintritt ?
- Was hat sich auf den Tinnitus aufgeladen?
- Gibt es etwas, das den Tinnitus zum Sündenbock für alle anderen Probleme macht?

Kasuistische Beispiele:

Herr A. war 20 Jahre beruflich unter Tage tätig. Seit drei Jahren leidet er unter einem hochfrequenten Tinnitus beidseits, der sich bei 6000 Hz auf die durch Lärmschäden verursachte Hörschädigung aufgesetzt hat. Er wurde bei einer Lautheit von 79 dB gemessen, 14 dB über der Hörschwelle. Er gibt an, dass sein Tinnitus tagsüber gut maskierbar sei. Sein Problem sei das Geräusch in Ruhe. Wenn es ihm schlecht gehe, fahre er stundenlang Auto. Dann sei der Tinnitus nicht mehr wahrnehmbar.

Zu seinem Schlafverhalten gibt er an, dass er beim Fernsehen regelmäßig problemlos einschlafe. Wenn er aber ins Bett gehe, habe er Schlafstörungen, die durch den Tinnitus massiv verstärkt würden.

Bei Herrn A. konnte schon das erste Gespräch unter Erläuterung der oben skizzierten Inhalte zum Einstieg in ein verändertes Schlafverhalten dienen. Nachdem alle Schlafzeiten vom Mittagsschlaf über die Einschlafzeiten vor dem Fernseher bis zu den noch verbliebenen Stunden im Bett zusammengezählt waren, ergaben sich gut sieben Stunden effektive Schlafzeit, ein für einen 69-jährigen Rentner „objektiv“ ausreichendes Schlafpensum.

So führte die konsequente Beachtung der Schlafrituale innerhalb von einer Woche zu einem Schlafverhalten, das er als befriedigend empfand. Seine Hauptschwierigkeit, die er auf den Tinnitus projiziert hatte, wurde zurückgedrängt.

Bienenschwärme im Kopf

Herr N. ist seit neun Jahren im Vorruhestand. Sein Tinnitus trat allmählich links auf. Er beschreibt dies als ein Rauschen wie ein Bienenschwarm. Dies habe sich zunehmend seit 5 Jahren verstärkt. Allmählich sei auch eine Hörminderung, vor allem links, aufgetreten. Vor 2 Jahren wurde dem Patienten deshalb ein Hörgerät angepaßt, das er aber nicht lange trug. Inzwischen ist Herr N, ebenso wie seine Ehefrau, beidseits mittelgradig schwerhörig. Beide tragen kein Hörgerät, er berichtet aber, dass er sich mit seiner Frau „blind“ verstehe. Nachts kann er nicht schlafen, der Tinnitus mache ihn verrückt.

Bei Herrn N. stellte sich das Problem hartnäckiger dar. Zum einen mussten erst die Diazepam, die er seit einigen Jahren nahm, ausgeschlichen werden, und zum anderen die Schwerhörigkeit durch Hörgeräte ausgeglichen werden.

Erst nach der erneuten Anpassung von Hörgeräten und einem Hörtraining wurde der Tinnitus tagsüber durch die vermehrt wahrgenommenen Außengeräusche langsam in den Hintergrund gestellt, und eine bessere Kommunikation möglich. Dennoch blieb die subjektiv empfundene Lautheit nachts bestehen sowie das Gefühl, nicht geschlafen zu haben.

Hier half erst ein scheinbares Paradoxon zum Erfolg: Wir forderten Herrn N. auf, eine ganze Nacht mit offenen Augen im Bett zu liegen und sie keinesfalls zu schließen, bevor sie nicht müde geworden waren.

Dies war allerdings erst möglich, nachdem sich mit dem Patienten eine tragfähige therapeutische Beziehung etablieren konnte. Als Haupteffekt fielen Herrn N. nach kaum einer Stunde die Augen zu und leiteten einen befriedigenden Schlaf ein.

Als „Nebeneffekt“ trat auch wieder eine neue Kommunikation mit der Ehefrau ein, nachdem diese sich, angeregt durch die Veränderungen bei ihrem Mann, ebenfalls zum Tragen ihrer beiden Hörgeräte entschloss.

Auf der Flucht

Frau W. leidet seit ca. 10 Jahren unter einem pfeifenden Tinnitus beidseits. Sie habe enorme Sehnsucht nach Ruhe, „nach einer Ruhe, die nicht verrückt macht“ und sei extrem geräuschempfindlich geworden. Sie wäre gespannt wie ein Flitzebogen, und der Tinnitus wecke sie jedes Mal, wenn sie einschlummere.

Bei Frau W. griffen die oben aufgeführten Schlafrituale schon – auffällig schnell - innerhalb weniger Tage und immer wenn Durchschlafstörungen auftraten, konnte sie sich mit einem immer vertrauteren Entspannungsverfahren wieder in den Schlaf begeben. Aber gegen Ende des Aufenthaltes traten die Schlafprobleme in alter Heftigkeit wieder auf.

In der Psychotherapie konnte Frau W. dann von ihrer angespannten Situation mit ihrem Ehepartner erzählen, die sie nachts dazu brachte, auf jede feinste Regung zu achten, um

nicht überrascht zu werden. Hier konnte das ausgetüfteltste Schlafritual nicht helfen, da es an den Ursachen vorbei gehen musste. Es standen mindestens räumliche, wenn nicht weitergreifende Maßnahmen an.

Einstieg in den Ausstieg

Frau B. bemerkte vor etwa zehn Jahren einen Pfeifton beidseits von wechselnder Intensität, der allmählich begonnen habe. Dieser nahm bei Streßbelastung zu. Frau B. berichtet vor allem über Durchschlafstörungen. Zusätzlich leide sie seit zehn Jahren unter Ängsten. Sie habe dann das Gefühl, „ein Gürtel sei ihr um die Brust geschnallt, alles ist wie gelähmt“. Vor drei Jahren erfolgte ein Selbstmordversuch „mit Tabletten“. Wenn sie nur schlafen könne, wäre alles gut, so aber verhindere der Tinnitus alles.

Bei Frau B. stand im Vordergrund eine - für Außenstehende - auch mit Tranquilizern kaum zu kaschierende Depression. Hier halfen die Schlafanleitungen selbst bei guten therapeutischen Beziehungen und der Unterstützung durch Entspannungsverfahren nicht. Erst ein Einstieg mit schlafanstoßenden Antidepressiva führte - nach drei Wochen - zur antidepressiven Wirkung und zum Schlaf.

HNO-Ärzte und Psychopharmaka

Bei Depressionen können Psychotherapie und Antidepressiva helfen. Die statistisch größten Erfolge hat das aufeinander abgestimmte Vorgehen mit beiden Möglichkeiten (5). Während der psychotherapeutische Zugang in die Hand des Psychotherapeuten gehört, ist es auch HNO-Ärzten möglich, Psychopharmaka zu verschreiben.

Dabei ist die Möglichkeit, psychische Probleme medikamentös beeinflussen zu können, oft segensreich und gleichzeitig verführerisch: Als Arzt kann man der nach eigenem Verständnis oft scheinbar unaushaltbaren Situation, so gar nichts - Handfestes - tun zu können, entfliehen. Zugleich entspricht man dabei meistens den Erwartungen vieler Patienten, die davon ausgehen, dass der Arzt für alles eine Pille haben muss. Der Preis dafür ist oft hoch. Es ist kaum abzuschätzen, wie viele Patienten, meist mit Benzodiazepinen oder Barbituraten, schlecht bedacht oder gar in eine Sucht geschickt werden. So ist Vorsicht vor allem bei Diazepam und Barbituraten notwendig.

Antidepressive Medikamente haben durchaus ihre Berechtigung, wenn sich bei oder durch den Tinnitus eine ernsthafte behindernde Depression einstellt. Manchmal sind sie dann nötig, um überhaupt erst therapeutisch in Kontakt kommen zu können.

Die Befürchtung, dass durch Antidepressiva der Tinnitus lauter werden könnte, wird durch die meisten Beipackzettel genährt. Richtig daran ist, dass Antidepressiva Empfindungen verändern können, und damit auch die subjektive Tinnitus-Lautheit. Richtig ist aber auch, dass Antidepressiva etwas dickhäutiger gegenüber seelischen Verletzlichkeiten machen und mehr Stütze im Außen geben. So nutzen nach unserer Erfahrung bei sorgfältiger Diagnose und Indikationsstellung Antidepressiva mehr als sie schaden - und dabei wird dann auch der Tinnitus leiser empfunden.

Ob die Behandlung mit inzwischen immer differenzierter werdender Psychopharmakotherapie an den dafür ausgebildeten Psychiater oder Psychotherapeuten übergeben wird oder initial selbst durchgeführt wird, hängt sicher von den Möglichkeiten, aber auch vom Arzt - Patienten Verhältnis ab.

Für die Auswahl von Antidepressiva ist es erforderlich, Fachkompetenz zu haben oder zu erwerben (2, 5, 27). Psychopharmaka sind „richtige Medikamente“ mit Wirkungen und teilweise ernstesten Nebenwirkungen. Dazu zählt nicht nur die Suchtgefahr bei Barbituraten und Diazepamabkömmlingen, sondern auch evtl. Blutbildveränderungen u. a bei Antidepressiva sowie dysphorische Stimmungsänderung oder Antriebssteigerung, teil-

weise noch vor der erwünschten Stimmungsaufhellung, die dann eine eventuelle Suizidgefahr erhöht.

So ist es sinnvoll, sich bei Angst- und Depressionsstörungen auf wenige Psychopharmaka zu beschränken, deren Wirkungsspektrum bekannt ist.

Trizyklische Antidepressiva: klassisch – sedierend – schlafanstoßend

In der Tinnitus-Klinik Bad Arolsen nutzen wir hauptsächlich die älteren, bewährten und kostengünstigen trizyklischen Antidepressiva wie Doxepin und Trimipramin (19, 27). Diese haben einen schlafanstoßenden und eher sedierenden Effekt und sind vor allem günstig, wenn zum Tinnitus Schlafstörungen beklagt werden.

Problematisch werden manchmal die anticholinergen Komponenten wie:

- Mundtrockenheit
- Obstipation
- Harnverhalt bei Prostataerkrankung
- Orthostatische Dysregulation
- Gewichtszunahme
- Erektile Funktionsstörung
- Erhöhung des Augeninnendrucks

Diese werden als besonders unangenehm erlebt, sind aber meistens vorübergehender Natur und werden umso eher toleriert, je besser die Patienten darüber aufgeklärt sind.

Relative Kontraindikationen für trizyklische Antidepressiva sind:

- AV-Überleitungsstörungen zweiten und dritten Grades
- Prostathyperthrophie
- erhöhter Augeninnendruck
- und etwaige Epilepsien.

Beachtet werden sollten regelmäßig durchzuführende Kontrollen auf EKG- und Blutbildveränderungen sowie ggf. gesteigerte Krampfneigungen.

Angesprochen werden muss die Potenzierungsgefahr bei Alkohol. Bei einer Neueinstellung mit sedierenden Antidepressiva sollte in den ersten 2 bis 3 Wochen das Autofahren möglichst vermieden werden.

Schlafanstoßend kann mit 10 mg bis 25 mg abends einsteigend begonnen werden. Die mittlere antidepressive Dosierung beträgt 150 mg, etwa 3 x 50 mg über den Tag verteilt. Wichtig ist es auch, eine tatsächliche Wirkdosis zu erreichen.

Vermittelt werden muss, dass Antidepressiva in der Regel ihre Hauptwirkung mit einer Zeitverzögerung von 2 bis 3 Wochen entfalten. Das unterscheidet sie von den Diazepam und ist der Preis dafür, dass Antidepressiva eben nicht abhängig machen.

SSRIs: „modern“ – antriebssteigernd – nicht müde machend

Kommen – etwa aus oben genannten Gründen - trizyklische Antidepressiva nicht in Frage, geben wir als Selektiv Serotonin Reuptake Inhibitor (SSRI) hauptsächlich Citalopram, wenn ein verbesserter Antrieb morgens erreicht werden soll. Wenn dann die Depression als solche den Schlaf verhinderte, kann sogar über die antidepressive Wirkung abends wieder eine Schlaffähigkeit erzielt werden.

Als Nebenwirkungen können bei den SSRI Hyperhidrosis, Übelkeit, Schwindel, Unruhe, Schlafstörungen, Erbrechen, Tremor sowie Ejakulationsverzögerungen auftreten.

Die mittlere Dosierung beträgt zwischen 10 mg (einstehend) bis 40 mg morgens.

Mirtazapin: antidepressiv – und schlafanstoßend

Wenn das Medikament aber schlafanstoßend wirken soll und die klassischen Antidepressiva nicht in Frage kommen, kann als neueres Antidepressivum Mirtazapin eingesetzt werden. Es hat sowohl anxiolytische als auch sedierende Effekte wie einen relativ schnellen Wirkungseintritt. Neben sedierenden und anticholinergen Nebenwirkungen ist auch eine Appetit- und Gewichtszunahme sowie Schwindel und ein Restless-legs-Syndrom möglich.

Die mittlere Dosierung beträgt zwischen 7,5 mg (einstehend) über 15 und 30 mg bis zu 60 mg (abends).

Schnelle Hilfe ist manchmal gefährliche Hilfe

Nur wenn es hinsichtlich der Angst, der Unruhe und des Schlafes „ganz schnell gehen muss“ sollten direkte „Beruhigungs- und Schlafmittel“ erwogen werden. Dann ist bei Schlafstörungen ein Medikament wie Zopiclon® (Ximovan) aus der Gruppe der Benzodiazepin– Rezeptor- Agonisten wegen seiner geringeren Suchtgefährdung eher geeignet als ein Benzodiazepin oder Barbiturat.

Bei „frei flottierender“ Angst hat Lorazepam (Tavor®) expidet als Anxiolytikum vom Benzodiazepin-Typ einen guten Soforteffekt. Problematisch ist dabei, dass das Benzodiazepin ein hohes Suchtpotential hat und ein Vermeidungsverhalten unterstützt.

„Sicherer“ im Sinne der Vermeidung der Abhängigkeit ist es, Unruhe- und Erregungszustände, aber auch leichte Schlafstörungen mit Atosil® oder Dipiperon, zwei relativ gut verträglichen niederpotenten Neuroleptika, zu vermindern.

Noch sicherer ist es, einen Fachkollegen hinzuziehen und mit diesem zusammen den Patienten zur (zusätzlichen) Psychotherapie zu motivieren, was beim komplexen Tinnitus auch in der Zusammenarbeit schwierig genug sein kann (26).

Literatur:

1. Backhaus, J, Riemann, D. (1999) Schlafstörungen. Hogrefe, 1999, Göttingen, S. 83
2. Benkert, O., Hippus, H. (2003) Kompendium der Psychiatrischen Pharmakotherapie. Heidelberg, Springer 4. Aufl. S. 464
3. Berger R. (2002) Lärmschäden Medizinische Aspekte zur Lärmbelastung. Der Internist 43, 7. 828 - 832
4. Biesinger, E, Heiden C (1999) Die Bedeutung der Retraining Therapie bei Tinnitus. Dt Ärzteblatt 96 A 2817-2825
5. Calatzis, A., Loew, Th. (2003) Weniger ist mehr: Auswahlkriterien für Psychopharmaka, Zeitschrift für Psychodynamische Psychotherapie, 2: 33 – 42
6. Dobie RA (2003) Depression and tinnitus. Otolaryngol Clin North Am (United States), Apr 2003, 36(2) p383-8
7. Folmer RL, Griest SE (2000) Tinnitus and insomnia. Am J Otolaryngol (United States), Sep-Oct, 21(5) p287-93
8. Fleischer, G. (1990) Lärm. Der tägliche Terror. Trias. 224
9. Ford D.E, Kamerow D. B (1989) Epidemiologic study of sleep disturbances and psychiatric disorders. Jour of Am Medical Ass. 262.,11.1479-1484

10. Goebel G (Hg) (2001): Ohrgeräusche. Psychosomatische Aspekte des komplexen chronischen Tinnitus. Quintessenz, München
11. Goebel G, Fichter M. (1998): Depression beim chronischen Tinnitus. MMW 41, 557-562
12. Hesse G, Rienhoff NK, Nelting M, Laubert, A. (2001) Ergebnisse stationärer Therapie bei Patienten mit chronisch komplexem Tinnitus. Laryngol Rhinol Otol 80, 503-508
13. Hesse G., Almeling M., Nelting, M. (1995) Nocturnal Oxygen Saturation with Tinnitus Patients. In: Reich, Gloria E., Vernon, Jack A. (Ed.) Proceedings of the Fifth International Tinnitus-Seminar, 1995 Portland Oregon USA, 90-91
14. Hesse, G. (Hg.) (1999) Retraining und Tinnitustherapie. Zur ambulanten Behandlung des chronisch komplexen Tinnitus und der Hyperakusis. Stuttgart, Thieme S. 109
15. Hesse, G., Laubert, A. (2001) Tinnitus-Retraining-Therapie. HNO 49, 764-779
16. Holst, S (2004) Der große TRIAS-Ratgeber Gesunder Schlaf. Trias. Stuttgart, S. 203 S.,
17. Jäger B, Lamprecht F (2001) Die Bedeutung der Krankheitsbewältigung bei der psychosomatischen Begutachtung am Beispiel des dekompensierten Tinnitus. In: Schneider W. (Hg.): Psychosomatische Begutachtung. Bern: Hans Huber, S. 108-121.
18. Jäger B, Malewski P (2003) Gibt es Ursachen für die Dekompensation eines chronischen Tinnitus? audio logisch.; 2: 6-9
19. Märtner, M (2002) Psychopharmaka bei Tinnitus. In : Medikamentöse Behandlung von Tinnitus und Schwerhörigkeit. Möglichkeiten und Grenzen. Arolser Schriften VI. S. 39 - 48
20. Olderog M, Langenbach M, Michel O, Brusis T, Köhle K (2004) Prädiktoren und Mechanismen der ausbleibenden Tinnitus-Toleranzentwicklung – eine Längsschnittstudie. Laryngo Rhino Otol 83, 5-13.
21. Pilgramm M; Rychlik R., Lebisch H., Siedentop H., Goebel, G. Kirchoff D (1999) Tinnitus in der Bundesrepublik Deutschland. Eine repräsentative epidemiologische Studie. HNO aktuell 7. 261-265.
22. Riemann D., Voderholzer U. , Berger M. (2003) Nichterholsamer Schlaf und Insomnie Diagnostische und therapeutische Optionen für Psychiatrie und Psychotherapie Der Nervenarzt 74, 5 450 - 469
23. Schaaf, H., Doelberg, D., Seling, B, Märtner, M. (2003): Komorbidität von Tinnituserkrankungen und psychiatrischen Störungen. Der Nervenarzt.
24. Schaaf, H., Hesse (2004) Tinnitus Leiden und Chance. 2. Aufl. Profil München, Wien. 150
25. Schaaf, H., Holtmann, H. (2002): Psychotherapie bei Tinnitus. Schattauer. Stuttgart S. 142
26. Schaaf, H., Hesse, G. Nelting, M (2002) Die Zusammenarbeit im TRT Team. Möglichkeiten und Gefahren. HNO (50) 572 -577
27. Seling, B (2005) Vorgehen und Behandlungsmaßnahmen bei psychiatrischer Co-Morbidität. In Biesinger, E. (2005) HNO-Praxis heute, Band 25; Schwerpunktthema: „Tinnitus im ambulanten Bereich“ – Im Druck
28. Sturm, Alexander, P. Clarenbach (1997) Checkliste - Schlafstörungen, Stuttgart: Thieme , S. 301
29. Weyerer, S., Dilling H. (1991) Prevalence and Treatment of insomnia in the community. Sleep, 14, 5 392 – 398.

Ausgewählte Medikamente zur Psychopharmakotherapie und ihre Wirkung

Modifiziert nach Calatzis, A., Loew, Th. (2003) Weniger ist mehr: Auswahlkriterien für Psychopharmaka, Zeitschrift für Psychodynamische Psychotherapie, 2: 33 – 42

Gruppe	Medikament Dosierung	Wirkung und Zielsymptomatik	Nebenwirkungen (wichtige)	Besonderheit
Sedierende Antidepressiva	Doxepin (Trizk- lisch) z.B. Aponal , Generika) (5 mg) 25 - 150 mg	Depressive Zustände mit den Leitsympto- men Schlafstörungen, Angst, innere Unruhe,	Mundtrockenheit, Obstipation, orthostatische Dysregulation, Müdigkeit, Benommenheit, orthostatischer Schwindel, Ak- komodationsstörungen, Arrhyth- mien, Tremor, Unruhe, Harnver- halt, Verwirrheitszustände	„Klassisch“, preisgünstig Vorsicht bei kardial vorge- schädigten oder Patienten mit kognitiven Abbauprozessen. Gutes Medikament zur Lang- zeitbehandlung.
aktivierendes Antidepressi- vum	Citalopram (Handelsname: z.B. Cipramil) Dosierung (10 mg) 20 - 60 mg	Depressive Erkran- kung und Panikstö- rungen mit und ohne Agoraphobie - insbe- sondere bei Antriebs- minderung. Zwangsstörungen, posttraumatischen Belastungsstörungen, Begleitmedikation zu Schmerzsyndromen	Unruhe 10 %, Angst 4 %, Tremor 8 %, Übelkeit 10-20%, Erbrechen 4 %, Diarrhoe 8 %, Obstipation 13 %, Mundtrocken- heit 17-20 %, Hyperhidrosis 11- 18 %, Sexuelle Funktionsstörungen etwa als Ejakulationsverzöge- rung (6 % Männer)	niedrigstes Wechsel- wirkungspotential niedrigstes Potential für Un- ruhe und Angst. Gutes Medikament zur Lang- zeitbehandlung.
sedierendes Antidepressi- vum	Mirtazapin (Re- mergil) Dosierung: (15 mg) 30 - 45 mg	vorwiegend bei ängstlich-agitierter depressiver Sympto- matik, Schlafstörungen	Sedierung, Schläfrigkeit 50-60%, Mundtrockenheit 25 %, Appetit- steigerung 17 %, Gewichtszu- nahme 12 %, Schwindel 7 %	Schnellster Wirkungs- eintritt aller Antidepressiva gutes Medikament zur Lang- zeitbehandlung
Benzodiaze- pin als Anxiolyti- ka/ Sedativa	Lorazepam (Ta- vor, Generika) Dosierung 0,5-5 mg)	Behandlung akuter Angst-, Spannungs- und Erregungszustän- de und ggf. dadurch bedingter Schlafstö- rungen	Sedierung (ca. 16 % dosisab- hängig!), Schwindel 7 %, Verlän- gerte Reaktionszeit, Ataxie, Verwirrtheit, Abhängigkeit nach längerer Einnahme, dann auch Entzugssyndrom.	Eines der stärksten angst- lösenden Medikamente. Langzeitbehandlung (über 4 Wochen) nur in Ausnahme- fällen sinnvoll.
Benzodiaze- pin- antagonist als Anxiolyti- kum/ Sedativum	Zopiclon (Ximo- van, Generika) Dosierung 7,5 mg zur Nacht	Kurzzeitbehandlung von Schlafstörungen	Geschmacksstörungen 15-30 % (zunächst) anhaltende Müdigkeit mit psychomotorischer Hem- mung, Mundtrockenheit, Ver- wirrtheit	1. Wahl bei der Kurzzeitbe- handlung von Schlafstörun- gen (langfristig: Doxepin), nicht länger als 4 Wochen
Niederpotente Neuroleptika	Promethazin (Atosil, Generi- ka) Dosierung 12,5-50 mg (max. 200 mg Tagesdosis)	Unruhe- und Erre- gungszustände im Rahmen psychiatri- scher Grunderkran- kungen	Sedierung, Mundtrockenheit, Blutbildstörungen, Funktionsstö- rung d. Magen-Darm-Systems, Akkomodationsstörungen, orthostatische Dysregulation, Herzrasen, Hautreaktionen, Pho- tosensibilisierung, Provokation epileptischer Anfälle, Gewichtszu- nahme, Störung der Schweiß- drüsenfunktion und der Tempera- turregulierung, sexuelle Funkti- onsstörung, Galaktorrhoe, extra- pyramidaler Symptomatik (Par- kinson)	Gutes Akutmedikament, Langzeitbehandlungen sind möglich; es sollte aber ge- prüft werden, ob Anti- Depressiva besser geeignet sind. Vorsicht bei kardial vorgeschiedigten Patienten z. B. in der Geriat- rie. Bei Langzeitbehandlung ist eine sorgfältige Überwachung der Herzleistung und des Blutbildes notwendig.