

1/2006 Februar

C 51932

forum

Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

Wechsel

Transformation

Veränderung

Symbol der

Harmonie

Transformation

Veränderung

Wechsel

CHANGE

Veränderung

Transformation

Symbol des Ungleichs

Wechsel

Veränderung

Transformation

Yin Yang

Veränderung

CHANGE

Tinnitus-Therapie – wann ambulant/stationär, wann psychosomatisch/psychiatrisch?

H. Schaaf¹, B. Klofat¹, D. Doelberg²,
G. Hesse¹

Einleitung

Tinnitus bezeichnet alle Formen nicht durch äußere Schallquellen bedingter Hörwahrnehmungen («Ohrgeräusche»). Das zunehmende Auftreten dieses Symptoms in der Bevölkerung und die damit steigenden Relevanz für die (HNO-) ärztliche Praxis dürfte unter anderem mit der rasanten industriellen und technischen, aber auch gesellschaftlichen Entwicklung der letzten 50 Jahre in Zusammenhang stehen.

So finden sich Ohrgeräusche bei etwa 15% des Patientenguts deutscher Allgemeinarztpraxen, in HNO-Praxen sogar bei zirka 25% (8).

Nach einer 1998 durchgeführten repräsentativen Erhebung der Deutschen Tinnitus-Liga kommt es jährlich bei zirka 10 Millionen Deutschen zu Tinnitus-Neuerkrankungen, die bei etwa 340.000 in eine chronische Form münden.

Etwa drei Millionen Erwachsene in Deutschland, also 4% der Bevölkerung, sind von chronischem Tinnitus betroffen (Punktprävalenz), etwa 10–20% davon leiden erheblich darunter (21).

Diese Patienten (knapp 1 Million Erwachsene in Deutschland) klagen über die Unerträglichkeit ihrer Ohrgeräusche, über Hoffnungslosigkeit und Ängste, über Konzentrationsstörungen und zudem oft eng mit dem Tinnitus assoziierte Schlafstörungen. Bei genaue-

rer Exploration zeigen sich in fast 90% der Fälle psychische Störungen, allem voran aus dem depressiven Formenkreis, wie »Major Depression« (depressive Episoden, 33–67%), dysthyme Störungen (11–21%), aber auch Angststörungen (29–47%), die nicht selten durch suchthaften Medikamentengebrauch verkompliziert werden, sowie bis zu 42% somatoforme Störungen (9).

Pathogenetisch für den organischen Anteil des Tinnitus können sowohl kochleäre wie zentral auditive Prozesse sein. Bei über 90% der Tinnituspatienten besteht ein kochleärer Hörverlust, wobei die subjektiv wahrgenommene und audiometrisch bestimmbare Tinnitusfrequenz meist der Frequenz mit dem maximalen Hörverlust entspricht (28).

Aber es scheinen auch vor allem psychische Faktoren wesentlich an einer nicht gelingenden Kompensation eines Tinnitus als zunächst organischem Defizit, zum Beispiel aufgrund eines Knalltraumas, eines Hörsturzes oder degenerativer Prozesse im Zuge einer Altersschwerhörigkeit, beteiligt zu sein – angesichts der oft für den Einzelnen überhöhten alltäglichen Anforderungen, lebensgeschichtlicher Veränderungen und Brüche nicht verwunderlich. Umgekehrt kann ein oft schon jahrelang bestehender, aber bislang nicht als quälend empfundener (kompensierter) Tinnitus deutlicher in die Wahrnehmung rücken und in den Vordergrund des Beschwerdebildes treten – auch bei (weitestgehend) normalhörigen Tinnitus-Betroffenen (6).

Die häufigen psychischen Komorbiditäten sind sicherlich bei einem Teil der Patienten als dem Tinnitus vorangegangen und eine adäquate Kompensation verhindernd, teils als durch den

Tinnitus ausgelöst zu verstehen – wobei sekundär häufig ungünstige aufrechterhaltende Wechselwirkungen und verschlimmernde teufelskreisartige Entwicklungen zu beobachten sind.

Eine kürzlich publizierte Studie (20), bei der psychische Belastungen zum Zeitpunkt des ersten Auftretens der Ohrgeräusche als Prädiktoren für eine spätere Tinnitusdekomensation identifiziert werden konnten, stützt diese Annahme.

Klassifikation nach Stadium und Schweregrad

Im Praxisalltag des Allgemeinmediziners, noch mehr des HNO-Arztes, präsentieren sich die unterschiedlichsten klinischen Bilder unter dem Etikett des »Tinnitus-Patienten«. Beim einen mögen die Ohrgeräusche zwar vorhanden und auch bestimmbar, aber für den Patienten »nicht der Rede wert« sein, sogar nur zufällig bei genauer Exploration zu Tage kommen, da die Ohrgeräusche so gut kompensiert und ausgeblendet werden, dass der Betroffene sich in keinerlei Weise durch sie beeinträchtigt fühlt und nicht von sich aus als Symptom äußert.

Das andere Extrem stellt der vom Tinnitus Tag und Nacht gequälte Patient dar, der sich kaum mehr ein lebenswertes Leben mit dem Ohrgeräusch vorstellen kann und aufgrund seines Leidens am Tinnitus massiv in seiner Arbeitsfähigkeit und Alltagstauglichkeit eingeschränkt ist.

Dementsprechend macht es Sinn, beim Tinnitus zum einen nach Stadien zu unterscheiden und zum anderen die Belastung in verschiedene Schweregrade einzuteilen. Danach richtet sich

¹ Tinnitus-Klinik Bad Arolsen

² Tagesklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des St. Georg Klinikums Eisenach

auch der jeweils notwendige Behandlungsansatz.

Akuter, subakuter und chronischer Tinnitus

Ist der Tinnitus frisch aufgetreten, besteht erst seit einigen Tagen, wenigen Wochen oder bis zu drei Monaten, spricht man von akutem Tinnitus. In dieser Anfangsphase ist eine genaue diagnostische Abklärung wichtig, um medizinisch noch ursächlich eingreifen zu können und gegebenenfalls sogar eine Heilung im Sinne einer Tinnitusbeseitigung zu ermöglichen.

Angesichts des in der Literatur variabel gefassten Beginns der Chronizität wurde als Begriff für das Zwischenstadium der des »subakuten Tinnitus« zwischen drei bis 12 Monaten nach Erstmanifestation eingeführt.

Persistieren die Ohrgeräusche bereits seit einem Jahr oder länger, gilt der Tinnitus als chronisch. Akute, insbesondere peripher greifende Behandlungsmaßnahmen wie im Anfangsstadium sind nicht mehr indiziert, ein Wechsel der Behandlungsstrategie, die nun auf die zentrale und psychische Verarbeitung abzielen muss, wird notwendig.

Tinnitus-Schweregrade

Nach der »Leitlinie Tinnitus« der Deutschen Gesellschaft für HNO-Heilkunde, Kopf- und Halschirurgie (DG-HNO 1997) (1) wird je nach Schweregrad der Tinnitus in mehrere Kategorien unterteilt:

Kompensiert

Der Patient registriert das Ohrgeräusch, kann jedoch so damit umgehen, dass keine Sekundärsymptomatik auftritt.

Grad I: Kein Leidensdruck.

Grad II: Hauptsächlich bei Stille wahrnehmbar, stört bei Stress und psychischer Belastung.

Dekompensiert

Der Tinnitus hat massive Auswirkung auf alle Lebensbereiche und führt zur Entwicklung einer Sekundärsymptomatik mit hohem Leidensdruck.

Grad III: Der Tinnitus führt zur dauernden Beeinträchtigung im privaten und beruflichen Leben mit Störungen im emotionalen, kognitiven und körperlichen Bereich.

Grad IV: Der Tinnitus führt zur völligen Dekompensation im privaten Bereich und zur Berufsunfähigkeit.

Parallel zu dieser Einteilung sind auch die Schweregrad-Bereiche des Tinnitus-Fragebogens nach *Goebel* und *Hiller* (10) zu verstehen, der als Selbstbeurteilungsfragebogen für Patienten eine einfache und gute Ergänzung zur Exploration darstellt.

Ätiologische Einordnungsversuche

Aus der Sicht psychotherapeutischer Fachliteratur wird das Leiden am Tinnitus entsprechend der vielfältigen Ätiologie beziehungsweise Ätiologiemodelle unterschiedlich zu klassifizieren versucht.

Hoffmann und *Hochapfel* (16) ordnen den Tinnitus den funktionellen und/oder psychovegetativen Symptomen zu. Dabei verstehen sie unter einem funktionellen Syndrom ein »von Fall zu Fall nach Zusammensetzung und Intensität wechselndes Bild körperlicher Beschwerden an vegetativ versorgten Organen ohne organisches Substrat«. Die Beschwerden gehen ohne feste Grenzen in rein psychisch empfundene Spannungszustände wie Angst, Unruhe oder Unlust über.

Sicherlich lassen sich ähnlich auch Parallelen zwischen einem dekompenzierten Tinnitus und chronischen Schmerzsyndromen beziehungsweise somatoformen Schmerzstörungen ziehen.

Lamparter und *Schmidt* (18) ordnen das Leiden am Tinnitus den psychosomatischen Störungen zu. Definiert werden diese im engeren Sinne als Krankheiten, bei denen ein psychischer Einfluss auf Entstehung und Verlauf der Erkrankung angenommen wird oder die organdestruktiv verlaufen. In diesem pathomorphologischen Sinne grenzen sie sich von den funktionellen Störungen ab, die ohne Schädigung am Organ ablaufen.

Die Brücke zwischen »organisch bedingtem Tinnitus« und dem im Wesentlichen psychisch zu verstehenden Leiden am Tinnitus schufen *Jastreboff* und *Hazell* (17). Sie entwickelten ein neurophysiologisches Modell, das Tinnitus – unabhängig vom Generator – als Folge einer Fehlschaltung im neuronalen Netzwerk erklärt. Dazu konnten sie anhand von Tiermodellen zeigen, dass Erhöhungen der Spontanentladungsrate im auditorischen Kortex als Geräusch interpretiert werden.

Zur objektiven Realität beim Tinnitusgeschehen gehört, dass sich die »Tinnitus-Lautheit« – außer bei den seltenen objektiven Tinnitus-Formen (»somatosounds«) – vergleichend immer zwischen 5 und maximal 15 dB über der Hörschwelle bestimmen lässt (12, 28). Das entspricht in etwa einem Blätterrascheln oder Computergeräusch. Zur subjektiven Realität gehört, dass die Betroffenen »ihren« Tinnitus oft als sehr viel lauter empfinden und in der Regel – subjektiv stimmig – für die entscheidende Ursache ihrer psychischen Beschwerden (s. o.) halten.

An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass, wie mehrfach belegt werden konnte, das Ausmaß des Leidens beziehungsweise der Belastung, Wahrscheinlichkeit einer Dekompensation wie auch die Erfolgsprognose unabhängig sind von psychoakustischen Parametern wie etwa der bestimmbaren Tinnituslautstärke des Patienten in dB.

Unabhängig von ätiologischen oder klassifikatorischen Einordnungsversu-

chen in bestehende Systematiken psychischer Störungen, die jeweils in den Begriffsbereich der »neurotischen« Störungen fallen, hat Tinnitus nun auch als »Deckthema« bei Erkrankungen des schizophrenen Formenkreises Einzug gehalten (23).

Therapeutische Ansätze

Angesichts der geschilderten Bandbreite des klinischen Bilds stellt sich dem Behandler die in der Praxis oft nicht einfache Wahl des optimalen Therapieansatzes, der von einem minimalen »Counseling«, bis zur umfassenden, intensiven und längerfristig angelegten HNO-medicinischen und/oder psychosomatischen Behandlung reichen kann. Die Frage, ob das Indizierte noch im Rahmen der ambulanten Versorgung – zum Beispiel in der HNO-Praxis – zu leisten ist, oder doch eine stationäre Aufnahme notwendig ist, ist dabei nicht immer leicht zu beantworten.

Zumeist lassen sich jedoch die jeweils notwendigen und sinnvollen Behandlungsmaßnahmen entsprechend des vorliegenden Stadiums und abhängig vom Schweregrad des Tinnitus ableiten.

Der akute, also frisch aufgetretene Tinnitus wird, ebenso wie ein akuter Hörsturz, in der Bundesrepublik in aller Regel entsprechend den ADANO-Leitlinien (1) als Eilfall (nicht als Notfall) HNO-ärztlich behandelt.

Zeigen sich Anhaltspunkte für einen Hörsturz oder einen akuten Lärmschaden, so wird zu einer rheologischen Infusionsbehandlung geraten. Dies erfolgt in der Vorstellung, die Durchblutungssituation beziehungsweise die Versorgung mit Sauerstoff/Nährstoffen im akut geschädigten Innenohr auf Haarzellniveau zu verbessern.

Die Infusionsbehandlung kann ambulant erfolgen – ein Vorgehen, in dessen Richtung viele Krankenkassen drängen. Gestützt wird dies oft durch die Vorstellung von Patienten, wenn sie

glauben, sie wären zu Hause oder am Arbeitsplatz unentbehrlich. Damit ist die Therapie aber meist zum Misserfolg verbannt. Gleiches gilt, wenn die Infusionslösung (in der Regel 500 ml) in 20 Minuten verabreicht wird, zum Beispiel aufgrund organisatorischer Praxisgegebenheiten.

HNO-ärztlich kann eine stationäre Aufnahme indiziert sein, wenn der Hörschaden des Patienten gravierend ist und/oder aus psychosomatischen Gründen, wenn der Patient aus seinem Alltag, sei es dem Arbeits- oder familiären Umfeld, heraustreten muss. Kontraproduktiv kann dabei allerdings wiederum eine Akuttherapie im 4-Bettzimmer, etwa mit frischoperierten Tumorpatienten einer HNO-Abteilung, sein.

Hat sich innerhalb von zwei bis drei Wochen der Hörschaden oder der Tinnitus nicht befriedigend zurückgebildet, so kann – auch im Sinne der neuesten ADANO-Leitlinie Hörsturz (März 2003) (1) – überlegt werden, ob eine hyperbare Sauerstofftherapie (HBO) einzuleiten ist. Letztere kann jedoch nicht zum Erfolg führen, wenn andere Mechanismen als ein reversibel erachtetes Sauerstoffdefizit maßgeblich für das Tinnitus-Geschehen oder den Hörverlust sind.

Was kann ambulant – auch im Rahmen einer Kassenpraxis – geleistet werden?

Sind die Behandlungsmaßnahmen im akuten Stadium wirkungslos geblieben, zeigt sich im chronischen Stadium dann oft, dass jedes weitere Bemühen, den Tinnitus doch zu »beseitigen«, das Leiden an den Ohrgeräuschen eher steigert als lindert. Auf der Grundlage einer suffizienten neurootologischen Diagnostik muss nun eine Aufklärung (»Counseling«) des Patienten im Vordergrund stehen, die ihn kognitiv und emotional in seinem berechtigten Informationsbedürfnis erreicht (25).

In diesem Sinne hat sich in den letzten Jahren die so genannte Tinnitus-Retraining-

Therapie (TRT) (z.B. 14) etabliert. Diese wird von der ADANO als Konzept definiert, das auf der Basis »umfassender Diagnostik durch HNO-Ärzte und Psychotherapeuten« auf Grundlage der Modellvorstellungen von *Jastreboff* und *Hazell* (17) eine interdisziplinäre Therapie einleitet, welche den Patienten unter Zuhilfenahme akustisch-apparativer Behandlungsmaßnahmen (»Rauscher«, Hörgeräte) in enger Anbindung weiter betreut.

Die Indikation zur Retraining-Therapie wird gesehen, wenn

- der Tinnitus zu einer Beeinträchtigung des Erlebens und/oder des Verhaltens des Patienten führt,
- andere kausale Behandlungsmaßnahmen ausgeschlossen oder nicht indiziert sind,
- eine durch einen Psychotherapeuten nach Exploration festgestellte Bestätigung der Behandlungsbedürftigkeit vorliegt,
- ein leichter bis maximal mittelschwerer Grad des Tinnitus-Leidens erreicht wird – erhoben zum Beispiel mit dem Tinnitus-Fragebogen nach *Goebel* und *Hiller*, der sich zur Beurteilung des Schweregrads etabliert hat.

Die Tinnitus-Retraining-Therapie setzt – idealtypisch – einen aktiven, zugewandten, reflektions- und introspektionsfähigen Patienten voraus und benötigt ein Behandlungs-Team (26) aus einem aufklärenden, kundigen und verständnisvollen HNO-Arzt und einem auch in der Tinnitus-Problematik bewanderten Psychotherapeuten. Hilfreich (wenn auch zumeist nicht zu realisieren) sind ein kooperierender Akustiker sowie ein im Team arbeitender Hörtherapeut.

In einem solchen »Arbeitsbündnis« kann auch im Rahmen einer HNO-Praxis effektiv gearbeitet werden, unter anderem, wenn wichtige Momente (neurootologische und psychosomatische Aufklärung, z.B. in der Gruppe) im Behandlungskonzept integriert sind, aber aus dem engen Praxisablauf ausgelagert werden können.

Apparative Hilfen (Hörgeräte) werden insbesondere dann notwendig, wenn eine relevante Schwerhörigkeit vorliegt. Dann kann das Ohrgeräusch oft schon allein durch die verbesserte Hörwahrnehmung nahezu komplett in den Hintergrund gedrängt werden.

»Rauscher« sind als unterstützende apparative akustische Maßnahme sinnvoll, sofern insbesondere keine versorgungspflichtigen Formen von Schwerhörigkeit oder sonstige Kontraindikationen vorliegen.

Wichtig ist in jedem Fall, die an den Tinnitus gekoppelten Klagen des Patienten ernst zu nehmen – auch und gerade wenn man scheinbar »nichts machen kann«. Das Zuhören der Arztes, mit der Aussicht, etwa quartalsweise wiederkommen zu dürfen, hilft, erst recht, wenn die Symptomatik des Patienten »psychisch überlagert« erscheint. Die eigene Gesprächskompetenz kann dabei umso wirksamer sein, je sicherer der HNO-Arzt des emotionalen Gehalts der Arzt-Patienten-Interaktion ist.

Unterstützung für den Behandler können dabei so genannte Balintgruppen sein, in denen Ärzte fallzentriert auch die eigene emotionale Komponente der Begegnung mit Patienten spiegeln können. Über ein darin geübtes psychosomatisches Verständnis wird es dann auch möglich, sich selbst nicht »zugedröhnt« zu fühlen, wenn Patienten den – für Außenstehende – offensichtlichen Sachverhalt noch nicht verstehen oder gar umsetzen können.

Zwei bis drei Minuten eines solchen »wirklichen« Zuhörens können schon die Grundlage für eine tragende Arzt-Patienten-Beziehung und therapeutisch wirksam sein.

Manchmal hilft darauf basierend bereits die Arbeit mit einfach gehaltenen Ratgebern (24). Nützlich ist darüber hinaus meist der Verweis auf Selbsthilfegruppen, zu denen über die Deutsche Tinnitus Liga Kontakt aufgenommen werden kann.

Wenn die Arzt-Patienten-Beziehung tragfähig erscheint, besteht eine Möglichkeit des Ansprechens und des Verstehens darin, die vom Patienten vortragenen subjektiven Kausalzusammenhänge einmal in ihrer umgekehrten Wirkung aussprechen zu lassen:

Aus einem »Weil mein Tinnitus laut ist, bin ich zuhause ständig genervt« könnte dann »Ich bin zuhause ständig genervt, sodass mir mein Tinnitus besonders laut vorkommt« werden. Ähnlich umkehrbar sind auch typische Aussagen wie »Seitdem ich Tinnitus habe, schaffe ich meine Arbeit nicht mehr« oder »Ich kann nicht schlafen, weil ich dauernd auf meinen Tinnitus hören muss.«

Mittels solcher minimaler Interventionen können gegebenenfalls festgefahrene Überzeugungen des Patienten über sein scheinbar hilf- und sinnloses »dem Tinnitus-ausgeliefert-Sein« in Frage gestellt werden.

Bisweilen hilft auch Zeit, Beharrlichkeit, Vermittlung von Zuversicht und die Perspektive, sich in drei Monaten dazu erneut »sehen und hören« zu können. Wenn psychotherapeutische Fachkompetenz hinzukommt, lassen sich in dem Indikationsgebiet deutliche Erfolge sehen (15).

Ihre Grenzen können ambulante HNO-ärztliche Bemühungen finden

– bei wenig(er) aktiven bis passiven, nicht zugewandten, sowie (noch) nicht introspektionsfähigen Patienten,

– ab einem Schweregrad III und IV (vgl. oben) (2),

– bei bedeutender psychischer Komorbidität,

– bei Vorliegen einer Psychodynamik, bei welcher der Tinnitus überwiegend als somatischer Kristallisationspunkt einer psycho-pathologischen Entwicklung zu verstehen ist, eine hohe Funktionalität besitzt oder einfach die Lebensumstände des Patienten pathogen beziehungsweise sehr verfahren sind.

Prototypisch hierfür sind Patienten mit einer so genannten Somatisierungsstörung oder einer (larvierten) Depression mit somatischer Überlagerung.

Indikationen zur stationären Krankenhaus-Behandlung

Sind ambulante Therapieansätze ausgeschöpft und verschlechtert sich das Krankheitsgeschehen zunehmend, kann bei einem chronischen dekompensierten Tinnitus-Leiden eine Therapie mit den Möglichkeiten eines psychosomatischen Krankenhauses notwendig werden. Oft werden solche Kliniken in ihrer Kompetenz akzeptiert, gerade wenn beziehungsweise weil man hier nichts direkt »Psychotherapeutisches« vermutet.

Die Indikation für eine stationäre Versorgung besteht nach der Leitlinie »Tinnitus« der Deutschen Gesellschaft für HNO-Heilkunde, Kopf- und Halschirurgie (DG-HNO 1997 [1]), wenn der Tinnitus massive Auswirkungen auf alle Lebensbereiche hat und zur Entwicklung einer Sekundärsymptomatik mit hohem Leidensdruck führt.

Dies wird gesehen, wenn bei

- Grad III der Tinnitus zu einer dauernden Beeinträchtigung im privaten und beruflichen Bereich (mit emotionalen, kognitiven und körperlichen Auswirkungen) führt,
- Grad IV der Tinnitus zur völligen Dekompensation im privaten Bereich und zur Berufsunfähigkeit führt.

Da sich das Leiden am Tinnitus in der Regel psychisch äußert, stellt sich – auch versicherungsrechtlich – die Indikation für eine stationäre psychosomatische Behandlung psychotherapeutisch wie folgt (22):

- wenn ein multimodales therapeutisches Vorgehen erforderlich ist (z.B. eine eng abgestimmte medizinische und psychotherapeutische Behandlung, ein verbales und ein körperorientiertes Verfahren);

– bei Vorliegen einer erheblichen psychischen Komorbidität (z.B. Persönlichkeitsstörung) oder einer die somatoforme Störung (bzw. den Tinnitus) komplizierenden körperlichen Erkrankung;

– bei Erkrankungen primär somatischer Genese (hier: etwa M. Menière, Endolymphschwankungen, Vestibularis ausfall), bei denen eine bis dahin latente neurotische Konfliktsituation oder eine relativ stabil kompensierte Persönlichkeitsstörung dekompenziert und zu psychischer beziehungsweise psychosomatischer Destabilisierung und/oder zur Verstärkung der primär körperlichen Symptomatik führt;

– bei Patienten mit schweren neurotischen oder Persönlichkeitsstörungen, die nicht in der Lage sind, im ambulanten Rahmen eine therapeutische Beziehung aufzunehmen und aufrecht zu erhalten oder die zu schwereren Formen des Agierens neigen und eines stabilen therapeutischen Rahmens bedürfen, der ambulant nicht aufrecht zu erhalten ist;

– bei Patienten, deren neurotische oder Persönlichkeitsstörung mit schwerwiegenden sozialen Folgeerscheinungen einhergeht, die des Rahmens einer psychosomatischen/psychotherapeutischen Klinik bedürfen, um unterbrochen werden zu können;

– bei einer akuten Dekompensation neurotischer oder Persönlichkeitsstörungen, wobei die stationäre Behandlung im Sinne einer Krisenintervention die Fortführung einer bereits begonnenen ambulanten Behandlung oder den Schritt gewährleisten soll;

– wenn durch eine stationäre Therapie eine hinreichende Motivation für eine indizierte ambulante Psychotherapie erzielt werden kann;

– wenn sich nach sechs Monaten ambulanter Psychotherapie keine symptombezogene Besserung erkennen lässt;

– wenn es zu Krankschreibungen über drei Monate hinaus gekommen ist

oder bei anderen Gefährdungen der Berufs- und Erwerbsfähigkeit;

– zur Herauslösung aus einem pathogenen Milieu, um die Voraussetzungen für einen potenziell Erfolg versprechenden Behandlungsprozess zu schaffen.

Aspekte stationärer Tinnitus-Therapie

Eine stationäre Therapie beim Leiden am Tinnitus sollte im Wesentlichen folgende Behandlungselemente zusammenführen:

1. eine umfassende neurootologische und psychologische Diagnostik;

2. eine intensive Aufklärung des Patienten (»Counseling«), bei der es insbesondere darum geht, ein individuell stimmiges Störungsmodell zu vermitteln und die Schnittstellen zwischen Tinnitus als organischem Geschehen und dem Leiden am Tinnitus als psychisch zu verstehende Anpassungsstörung beziehungsweise psychosomatische Reaktion zu erarbeiten;

3. zentral eine darauf aufbauende einzel- und gruppenpsychotherapeutische Bearbeitung der psychosomatisch verstandenen Symptomatik und deren Hintergründe;

4. eine intensive Hörtherapie (als Habituationstraining und zur Förderung der Aufmerksamkeitsumlenkung) mit gegebenenfalls apparativer Versorgung durch Hörgerät oder Rauscher als Lernen in vivo und in situ;

5. Körperarbeit und Entspannungsverfahren, welche Sinneseindrücke, eben auch den Tinnitus und Wahrnehmungen von Körperempfinden verändernd zusammenführt.

Zumeist ist hierfür – je nach Störungskonstellation, Schweregrad, Motivation/Motivierbarkeit, Mitarbeit, Festhalten an einem rein somatischen Verständnis etc. – eine Behandlungsdauer von 3–6 Wochen ausreichend.

Dabei lassen sich die Therapieerfolge solcher stationären Behandlungsmaßnahmen als gelungene Bewältigung und Akzeptanz beziehungsweise Toleranz des Tinnitus durchaus sehen (7, 11, 13, 19).

Nichtsdestotrotz zeigen sich, wohl auch hier zunehmend, Patienten, die – meist aus der Gesundheit entgegenstehenden, aber subjektiv wenig steuerbaren Gründen – trotz ausgeschöpfter stationärer psychosomatischer Behandlung im Leiden am Tinnitus fixiert bleiben und teilweise psychiatrisch weiterversorgt werden müssen.

Ausschlusskriterien für psychosomatische Kliniken

Auch der breite Rahmen einer psychosomatischen Klinik kann in manchen Fällen an seine Grenzen geraten und keine ausreichende Versorgung (oder Weiterversorgung) mehr bieten. Dies gilt für Patienten, die

- akut psychotisch erkrankt sind,
- als akut suizidal beziehungsweise selbstgefährdend einzustufen sind (nicht jedoch Patienten mit chronischer Suizidalität, ein bei schwereren Persönlichkeitsstörungen häufiges Phänomen),
- eine akute Fremdgefährdung darstellen,
- nicht kontrollierbares Sucht-Verhalten aufweisen,
- in jedem Fall für Patienten, die dringend somatisch behandelt werden müssen.

Abgesehen vom letztgenannten sind bei den angeführten Konstellationen in der Regel psychiatrische Kliniken Behandlungsstätte der Wahl.

Psychiatrische Therapie und Tinnitus

Psychiatrie behandelt allgemein Menschen, deren »Gebrechen« sich in gravierenden Veränderungen des Denkens, des Fühlens und des Antriebs

äußert. Insbesondere Psychosen stellen dabei Krankheitsbilder dar, »bei denen die Beeinträchtigung der psychischen Funktionen ein so großes Ausmaß erreicht hat, dass dadurch Einsicht und die Fähigkeit, einigen der üblichen Lebensanforderungen zu entsprechen, oder der Realitätsbezug erheblich gestört sind« (4). Es handelt sich keineswegs nur um Schizophrenie, Manie oder schwere Depressionen, sondern es können dabei auch körperlich begründbare und oft auch gut therapierbare Störungen sein. Sie gehen oft einher mit einer generellen »Dünnhäutigkeit« (Vulnerabilität) gegenüber Belastungen und entsprechender Heftigkeit in ihren Reaktionen. Eine solche Belastung kann zum Beispiel ein neu auftretender Tinnitus sein, der nicht adäquat kompensierbar ist.

Psychische Erkrankungen, die von einer fachgerechten psychiatrischen Behandlung profitieren würden, sind viel häufiger, als im Allgemeinen angenommen. Repräsentative Bevölkerungsstudien lassen vermuten, dass immerhin rund ein Viertel der erwachsenen Menschen im Laufe ihres Lebens von einer psychischen Störung mit Krankheitswert betroffen ist. Zirka 6% – und das scheint weltweit zu gelten, bedürften einer psychiatrischen Hilfe, um fachgerecht behandelt zu werden (5). Einen Teil davon decken psychosomatische Kliniken ab, die über somatische, psychotherapeutische aber auch fachpsychiatrische Kompetenz verfügen. Diese haben aber in dem ihnen möglichen Setting ihre oben genannten Grenzen, etwa bei nicht gut medikamentös eingestellten affektiven Störungen, floriden Psychosen, Suchterkrankungen und schweren Persönlichkeitsstörungen. Bei solchen Fällen kann dann durchaus der Versorgungsrahmen einer psychosomatisch orientierten oder speziell auf Tinnitus ausgerichteten Einrichtung gesprengt werden.

Tinnitus und Psychopharmaka

Psychiatrische Behandlung meint dabei nicht nur die Verabreichung von

Psychopharmaka, aber eben auch das. So haben antidepressive Medikamente durchaus ihren wichtigen Stellenwert, wenn sich bei oder durch den Tinnitus eine schwere, Leidensdruck erzeugende Depression einstellt. Manchmal ist auch eine Medikation nötig, um überhaupt erst (psycho-) therapeutisch in Kontakt kommen zu können.

Die Befürchtung, dass ein Tinnitus durch Antidepressiva lauter werden könnte, wird durch die meisten Beipackzettel genährt. Richtig ist, dass Antidepressiva Empfindungen verändern können und damit auch die subjektive Tinnitus-Lautheit. Richtig ist aber auch, dass Antidepressiva etwas dickhäutiger gegenüber psychischen Verletzlichkeiten machen und mehr emotionale Stütze geben. Wenn (in sehr seltenen Fällen) Ohrgeräusche tatsächlich durch Psychopharmaka auftreten oder verstärkt werden, sind diese in aller Regel vollständig reversibel bei Absetzen des entsprechenden Präparats.

Nach unseren Erfahrungen nützen bei sorgfältiger Diagnose und Indikationsstellung Antidepressiva mehr als sie potenziell schaden – zum Teil wird hierunter dann auch der Tinnitus leiser empfunden. Dennoch (außer bei den so genannten »endogenen« Depressionen) ändern Psychopharmaka nicht »wirklich« etwas. So sei geraten, Psychopharmaka nur unter Anleitung eines Facharztes und möglichst bei begleitender Psychotherapie zu verwenden.

Psychiatrische Hilfe bei Tinnitus

Psychiatrische Hilfe kann notwendig werden beim komplexen Tinnitusleiden mit massiver depressiver Dekompensation, Angstentwicklung und natürlich originär psychiatrischen Erkrankungen.

So hat Tinnitus als »Deckthema« auch Einzug bei Menschen gefunden, die von Erkrankungen des schizophrenen

Formenkreises mit unter anderem wahnhafter paranoid-halluzinatorischer Symptomatik (Verarbeitung) betroffen sind.

Nach einer Veröffentlichung zur Retraining-Therapie in einer Publikumszeitschrift (Apothekenumschau) erreichte uns ein Brief, der dringend darauf aufmerksam machen wollte, »dass den Bürgern hinterlistig Funk in den Ohren angelegt wird und diese dadurch hinterlistig beeinflusst, nahezu hypnotisiert werden. (...) Wispernde Funk-Gespräche sind deutlich zu vernehmen. (...) Zugleich handelt es sich bei diesem Piepsen, Pfeifen und Rauschen um Funkgeräte. Auf diese Weise ist es zu erklären, dass nach dem Weglegen des Maskengerätes, der angebliche Tinnitus, eben die Funkverbindung, unverändert vorhanden ist. Es handelt sich dabei um unaufhörliche Funk-Belästigungen. Die Bürger bringt man um die Gesundheit, Ruhe, Nervenkraft und Arbeitsplatz. Durch die Dauer-Funk-Gespräche wird auch der Schlaf geraubt, der Kreislauf wird in Mitleidsenschaft gezogen. Bitte suchen Sie in den Ohren nach Funk-Anlagen. Bitte kontrollieren sie in Ihrem eigenen Interesse auch Ihre Ohren; wegen gefährlichen Funkterroristen und Versicherungsschwindlern. Bitte denken Sie an die vielen Selbstmorde (...)«

Dieser Patient bedürfte sicherlich einer fachpsychiatrischen Behandlung, wobei wohl davon ausgegangen werden kann, dass er bereits manche HNO-Ärzte und andere Spezialisten aufgesucht hat, die ihm verständlicherweise nicht in seiner Not helfen konnten.

Patienten mit einer schizophrenen Erkrankung können unabhängig davon – aber anders – unter Tinnitus leiden, der dann eben nicht neuroleptisch behandelt werden sollte. Bei diesen zeigt sich nun im Unterschied zu den akustischen Halluzinationen eine klare neurootologische Konstellation, bei welcher der Tinnitus in seiner Frequenz und Lautheit, bestimmt als Verdeckbarkeit über der Hörschwelle, reproduzierbare und von außen

nachvollziehbare Wahrscheinlichkeiten zeigt.

Von Tinnitus zu unterscheidende akustische Halluzinationen, die nach der Einteilung *Bleulers* (3) zu den so genannten akzessorischen (sekundären) Symptomen schizophrener Störungen gehören, zählen Gedankenlautwerden (Hören der eigenen Gedanken), interpretierende, dialogische oder imperative Stimmen. Akoasmen (ungeformte elementare, nicht in Form von Stimmen auftretende akustische Sinnestäuschungen, z.B. Knallen, Klirren, Sausen, Zischen, Trommeln, Heulen) – als Einzelsymptom schwerer von Tinnitus zu differenzieren – gelten als Symptome 2. Rangs.

Patienten mit akustischen Halluzinationen profitieren sicher von einer adäquaten Behandlung durch psychiatrisch versierte Ärzte, bei Gewährleistung einer eben oft nur in der psychiatrischen Fachklinik aufrecht zu erhaltenden Struktur im Sinne *Tölles* (27). Dabei sollen

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

Problematisch ist allerdings, dass psychiatrische Kliniken für Somatisierungsstörungen, Hörgeschädigte und speziell für Tinnitus-Patienten nicht immer so eingerichtet sind, wie es oft in psychosomatischen Kliniken der Fall ist.

Es kommt zu generellen Zweifeln der Patienten, überhaupt psychisch oder psychiatrisch krank zu sein, da bei Tinnitusbeschwerden oft die HNO-Kompetenz fehlt, was eine adäquate Behandlung erschwert.

Von daher wird es weiter von jedem Patienten, dem Schweregrad der psychischen Störungskomponente und

nicht zuletzt den infrastrukturellen Möglichkeiten vor Ort abhängen, welche Behandlungsform hilfreich (angeboten) werden kann.

Literatur

1. Arbeitsgemeinschaft Deutschsprachiger Audiologen und Neurootologen (ADANO): Leitlinie Tinnitus. www.hno.org/leitl.htm
2. Biesinger E, Heiden C (1999): Die Bedeutung der Retraining Therapie bei Tinnitus. *Dt Ärzteblatt* 96 A, 2817–2825
3. Bleuler E (1930): Primäre und sekundäre Symptome der Schizophrenie. *Z Ges Neuroloc Psychiatr* 124, 607
4. Ebert D (1995): *Psychiatrie Systematisch*. Uni-med, Lorch
5. Ernst K (1998): Psychiatrische Versorgung heute. Konzepte, Konflikte, Konsequenzen. Kohlhammer, Stuttgart
6. Goebel G (Hrsg) (2001): *Ohrgeräusche. Psychosomatische Aspekte des komplexen chronischen Tinnitus*. Quintessenz, München
7. Goebel G (2001): Studien zur Wirksamkeit psychologischer Therapien beim chronischen Tinnitus – Eine Übersicht. In: Goebel G: *Ohrgeräusche – Psychosomatische Aspekte des komplexen chronischen Tinnitus*. Quintessenz, München, 87–102
8. Goebel G (2003): Tinnitus und Hyperakusis. Fortschritte der Psychotherapie. Manuale für die Praxis. Bd 20. Hogrefe, Göttingen
9. Goebel G, Fichter M. (1998): Depression beim chronischen Tinnitus. *MMW* 41, 557–562
10. Goebel G, Hiller W (1998): Tinnitus-Fragebogen. Ein Instrument zur Erfassung von Belastung und Schweregrad bei Tinnitus (Manual). Hogrefe, Göttingen
11. Graul J, Klinger R, Greimel KV, Rustenbach S, Nutzinger DO (2004): Differenzielle Effekte eines multimodalen verhaltensmedizinischen Behandlungskonzeptes bei Erwachsenen mit chronisch komplexem Tinnitus (in Vorbereitung)
12. Hesse G (Hrsg) (1999): Retraining und Tinnitustherapie. Zur ambulanten Behandlung des chronisch komplexen Tinnitus und der Hyperakusis. Thieme, Stuttgart
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, Laubert A (2001): Tinnitus-Retraining-Therapie. *HNO* 49, 764–779
15. Hiller W (2003): Möglichkeiten und Ergebnisse ambulanter psychosomatischer Behandlungen. Vortrag in Bad Meinberg, 18./19.7.
16. Hoffmann SO, Hochapfel G (1999): *Neurosenlehre, Psychotherapeutische und Psychosomatische Medizin*. Schattauer, Stuttgart
17. Jastreboff PJ, Hazell JWP (1993). A neurophysiological approach to tinnitus: Clinical implications. *Br J Audiol*, 7–17
18. Lamparter U, Schmidt HS (2001): Hörsturz und Tinnitus. In: Ahrens S, Schneider W (Hrsg): *Lehrbuch der psychotherapeutischen Medizin*. Schattauer, Stuttgart

19. Nelting M, Schaaf H, Rienhoff NK, Hesse G (1999): Katamnesis-study 1 or 2 years after in-patient treatment. In: Hazell J 1999 (ed): *Proceedings of the sixth international Tinnitus Seminar*, Cambridge, 558f
20. Olderog M, Langenbach M, Michel O, Brusic 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. Reimer C, Eckert J, Hautzinger M, Wilke E (2000): Indikationen für stationäre Psychotherapie. In: Reimer C, Eckert J, Hautzinger M, Wilke E (2000): *Psychotherapie. Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen*. Springer, Berlin
23. Schaaf H, Doelberg D, Seling B, Märtner M (2003): Komorbidität von Tinnituserkrankungen und psychiatrischen Störungen. *Nervenarzt* 74, 72–75
24. Schaaf H, Hesse G (2002): *Gesundheitsratgeber Tinnitus aurium*. Midenä, München
25. Schaaf H, Hesse G (2003): Tinnitus und das Leiden am Tinnitus. Ansätze für einen pragmatischen Umgang mit den Möglichkeiten einer hausärztlichen Praxis. *Z All Med* 79, 389–393
26. Schaaf H, Hesse G, Nelting M (2002): Die Zusammenarbeit im TRT-Team. Möglichkeiten und Gefahren. *HNO* 50, 572–577
27. Tölle R (2000): *Psychiatrie*. Springer, Berlin
28. Zenner HP (1998): Eine Systematik für Entstehungsmechanismen von Tinnitus. *HNO* 46, 699–711

Weitere Literaturangaben und Hinweise zum Vorgehen zum Beispiel bei Beantragung einer stationären Behandlung können beim korrespondierenden Erstautor angefragt werden.

Anschrift für die Verfasser:

Dr. Helmut Schaaf
Tinnitus Klinik Arolsen
Psychotherapie
Große Allee 3
34454 Bad Arolsen
E-Mail hschaaf@tinnitus-klinik.de
www.tinnitus-klinik.de

