

Tinnitus – Diagnostik und Therapie

Komorbidität bei Tinnitus – „Fallen“ für den HNO-Arzt

von Prof. Dr. med. Dr. med. habil. Gerhard Goebel, Prien

Autor: Prof. Dr. med. Dr. med. habil. Gerhard Goebel, Schön Klinik Roseneck Prien, D 83209 Prien
E-Mail: Ggoebel@schoen-kliniken.de

Einleitung: Nach repräsentativen Erhebungen der Deutschen Tinnitus-Liga DTL (Pilgramm et al. 1999) kennen etwa 10 Millionen erwachsene Bundesbürger zumindest längeranhaltende, wenig störende Ohrgeräusche. Etwa eine Million Erwachsene leidet unter einem quälenden chronischen Tinnitus. Hauptursache des Tinnitus sind Funktionsstörungen des Innenohrs und zentraler Hörbahnabschnitte. Zusammenhänge mit Innenohrschwerhörigkeit als chronisch-fortschreitende Form oder als Lärmschwerhörigkeit, gefolgt von Morbus Menière und Hörsturz machen mehr als zwei Drittel der Tinnitusursachen aus.

Methode: Nach monatelangen frustranen Behandlungsversuchen verlieren viele Patienten und oft auch die Ärzte zunehmend die Zuversicht, den Tinnitus „in den Griff“ zu bekommen: Die Patienten fühlen sich nachts und zunehmend auch tags ihrem Tinnitus ausgeliefert, werden depressiv und ängstlich und überfordern oft das Familiensystem und die sie behandelnden Ärzte. Deutlich belastet fühlen sich die Mitglieder der *Deutschen Tinnitus-Liga*: 50% klagen über erhebliche Schlafprobleme und fühlen sich lustlos und bedrückt. Etwa ein Drittel leidet unter Antriebsschwäche und jeder fünfte bemerkt eine starke Vergesslichkeit, die mit dem Tinnitus in Zusammenhang gebracht wird. Knapp jedes zweite Mitglied der DTL leidet vermutlich unter einem komplexen, d. h. quälenden chronischen Tinnitus: Die Ohrgeräusche lassen sich nur schwer ignorieren, die Betroffenen fühlen sich in ihrem Leiden nicht verstanden und fürchten ein dauerhaftes Fortbestehen der Ohrgeräusche. Für viele wird der Tinnitus deutlich schlimmer, wenn sie sich niedergeschlagen fühlen und die Lebensqualität ist deutlich reduziert.

Da mit den psychoakustischen Parametern (Audiometrie) sich die Tinnitusbelastung nicht einschätzen lässt, stellt sich für wissenschaftliche Fragestellungen das Problem, wie sich die Tinnitusbelastung erfassen lässt (Psychometrie). Eine differenzierte Möglichkeit bietet hier der die allgemeinen Testgütekriterien erfüllende „Tinnitus-Fragebogen“ (TF) bzw. „Mini-TF12“..

Ergebnisse: Faßt man die Ergebnisse sorgfältiger Tinnitusforschungsarbeiten zusammen, werden als häufigste psychische Probleme sich rasch entwickelnde Depressive Episoden

(*Major Depression*: 33-67%), längeranhaltende und wechselhafte depressive Störungen (*Dysthyme Störung*: 15-21%), *Angststörungen* (Phobien und ausgeprägte allgemeine Ängste; 29-31%) sowie Somatoforme Störungen (bis 32%) gefunden. Angaben zu sexuellen Störungen sind doppelt so hoch wie die der Durchschnittspopulation. Eine zusätzliche Hörminderung kann das Risiko der Entwicklung psychischer Erkrankungen erhöhen. Die Gefahr eines Suizids besteht vor allem im ersten Tinnitusjahr. Risikofaktor hierfür ist ein hoher Angstpegel gepaart mit einer schweren Depression und labilen Persönlichkeitsprofilen.

Diskussion: Besonders bei der mit Ängsten und Depressionen einhergehenden Chronifizierung des Tinnitus sowie die zunehmend beachtete Hyperakusis ist eine psychosomatische Therapie effektiv. Für den HNO-Arzt ist der Umgang mit den teils komplexen Komorbiditäten mittels einer Zusatzausbildung in „Psychosomatische Grundversorgung“ unterstützend.

Fazit: Ziel der Behandlung des chronischen Tinnitus ist nicht die Beseitigung des Tinnitus, sondern die Reduktion der Tinnitusunannehmlichkeit über zentrale Wege. Hierzu gehören eine fundierte Erklärung des Krankheitsgeschehens (*Counseling*) mit Abbau ungünstiger Befürchtungen und Beratung bezüglich gangbarer Wege, die Motivierung, auch nicht im direkten Zusammenhang stehende psychische Beschwerden zu reduzieren, die Hyperakusis mittels Exposition (Hörtherapie) anzugehen und die Ermutigung, sich an den Tinnitus zu gewöhnen (*Habituation*), um schließlich auf das Tinnitusgeräusch mehr oder weniger gleichgültig zu reagieren, und ihn schließlich immer öfters zu überhören, was einem „Vergessen“ gleichkommt.

Literatur: Goebel,G (2010): Epidemiologie des Tinnitus. In: Kröner-Herwig,B., Jäger, Goebel,G. (Hrs.): Tinnitus. Kognitiv-verhaltenstherapeutisches Behandlungsmanual. Beltz-Verlag Stuttgart:12-21

Goebel,G. (2010): Psychische Komorbidität bei Tinnitus. *Psychiatrie und Psychotherapie up2date* 4: 389- 409

Goebel, G. (2009): Prospektive longitudinal-Studie (15 Jahres-Katamnese) bei einer großen Stichprobe von Patienten mit chronischem Tinnitus nach kognitiver Verhaltenstherapie- *Z.Audiol* 2009; 48 (1): 58-62

Goebel, G. (2008): Aktuelle Pharmastudien bei Tinnitus. In: Hesse,G. (Hrsg.) Tinnitus Thieme, Stuttgart: 133- 141

Goebel,G. (1997): Retraining-Therapie bei Tinnitus: Paradigmenwechsel oder alter Wein in neuen Schläuchen? *Editorial HNO* 9: 664- 667

Hiller,W. & Goebel,G. (2004):Rapid assessment of tinnitus-related psychological distress using the Mini-TQ. *International Journal of Audiology* 43: 600-604

Zirke,N., Goebel,G., Mazurek,B. (2010): Tinnitus und psychische Komorbiditäten *HNO* 58: 726- 732