

Tinnitus und Depression

von Dr. med. Matthias Rudolph, Mittelrhein-Klinik Bad Salzig, Boppard

Kennen Sie das? Sie sitzen da, der Tinnitus quält Sie wieder einmal ganz besonders und Sie grübeln, wie es so nur weitergehen soll. Sie können nicht einschlafen und wenn Sie es doch geschafft haben, wachen Sie auf und können nicht wiedereinschlafen oder Sie wachen gegen 4:00 Uhr auf und wälzen sich bis zum Klingeln des Weckers im Bett. Sie haben kaum noch Appetit, fühlen sich niedergeschlagen, Ihr Selbstbewusstsein ist auf dem Tiefpunkt, Sie haben an nichts mehr Interesse, können sich nicht mehr richtig konzentrieren und es macht auch nichts mehr so richtig Freude?

Die oben genannten Symptome sind typisch für eine depressive Störung!

Unter dem Schlagwort „Depression“ finden wir die weltweit häufigste seelische Erkrankung überhaupt. Das Risiko, irgendwann im Leben daran zu erkranken beträgt zwischen 7-18%. Untersucht man die Bevölkerung zu einem bestimmten Stichtag, so finden sich vom Jugendlichen bis zum Greis ca. 10% mit einer depressiven Störung.

Lassen Sie uns gemeinsam auf einen kurzen Ausflug in die Medizingeschichte gehen, um klar zu machen, dass seelische Erkrankungen keine „Modeerscheinungen“ sind. Sogenannte „**Affektive Erkrankungen**“ (Störungen des Gefühls-er-lebens) wurden schon in der Antike beschrieben. Z.B. von Hippokrates als **Melancholie** und **Manie**. Seit Mitte des 19. Jh. wurden dann alle Erkrankungen der Stimmung als „**affektive Psychosen**“ bezeichnet, unabhängig vom Schweregrad. Im weiteren Verlauf erfolgte die **Abgrenzung** gegenüber den **Schizophrenen** Psychosen nur durch die „**restitutio ad integrum**“ (Heilung = Wiederherstellung der Ausgangslage).

Sowohl das „**manisch-depressive-Irresein**“ als auch die Schizophrenie wurden als „**endogene Psychosen**“ bezeichnet. Damit wurde eine gemeinsame konstitutionelle Ursache postuliert. Anfang des 20. Jh., vor allem durch den Einfluss von **Freud**, kam dann der **Neurosen**-Begriff auf. Mitte des 20. Jh. erfolgte die Einführung des Begriffes der „**Störung**“ als rein deskriptives (beschreibendes) und damit auch **vorläufiges Modell** seelischer Erkrankungen.

Das erste Auftreten der Erkrankung finden wir meistens im dritten bis vierten Lebensjahrzehnt. Die Depression verläuft in der Regel in Form von **Episoden**, also einzelnen, abgegrenzten Abschnitten im Wechsel mit zwischenzeitlichen Phasen völliger Gesundheit. Die **Episodendauer beträgt** Wochen bis Monate, bei 15-20% sogar über 12 Monate.

Es gibt viele verschiedene Modelle und Erklärungen über die Ursachen von Depressionen. Das sog. „**Kindling-Modell**“ beschreibt, dass **belastende Lebensereignisse** („life events“) zu **neurobiologischen Veränderungen (Störungen im Gehirnstoffwechsel)** führen, die sich dann selbst fortsetzen. Daraus folgt eine verstärkte Vulnerabilität (Empfindlichkeit) gegenüber psychosozialen Stress, so dass dieser schneller als bei anderen Menschen zu Depressionen führt.

Die Prognose der einzelnen Phasen ist gut, die Mehrzahl aller Fälle endet in der **Vollremission (verschwinden der Krankheitssymptome)**. **Betrachtet man den Langzeitverlauf, beträgt das** Wiedererkrankungsrisiko allerdings immerhin ca. 50-75 % nach einer depressiven Episode, bei 5-10% der Patienten kommt es zu einem chronifizierten Verlauf und bis zu 30% behalten einen **Restzustand** mit verminderter Belastbarkeit. Das größte Problem bei Depressionen ist nach wie vor die Suizidgefahr (Selbstmordgefahr).

In der Diagnostik und Therapie von Depressiven Störungen kann man verschiedene Krankheitsbilder beschreiben:

Das sogenannte **gehemmt-depressive** (oder apathische) Syndrom mit vorwiegender Antriebs- und Denkhemmung. Als zweites das **melancholische Syndrom** (oder **endogen-depressives Syndrom**) mit den **Symptomen**: Antriebshemmung, Tagesschwankungen, Durchschlafstörungen mit Früherwachen, Appetitmangel und Vitalstörungen. **Dann das melancholisch-wahnhaftes Syndrom** mit Melancholie und Schuld-, Verarmungs- oder Hypochondrischem Wahn. **Beim somatisch-depressiven** (oder **larviert-depressiven Syndrom**) stehen vorwiegend körperliche Beschwerden oder Schmerzen im Mittelpunkt des Krankheitserlebens. Und schließlich kennen wir auch das sog. agitiert-depressive Syndrom oder „**Sissi**“-**Syndrom**“. Die Patienten zeigen in diesem Fall eher eine ausgeprägte psychomotorische Unruhe und Erregung.

In den folgenden vier Situationen können Depressionen besonders leicht auftreten:

1. Bei „**Verlusten**“ von nahen Bezugspersonen als verzögerte oder verzerrte Trauerreaktion.
2. Bei ausgeprägten zwischenmenschlichen **Auseinandersetzungen** (wenn der Patient und eine Bezugsperson unterschiedliche Erwartungen hinsichtlich der Beziehung haben).
3. Wenn es zu einem **Rollenwechsel** kommt (Schwierigkeiten mit Veränderungen hinsichtlich einer gewohnten beruflichen oder privaten Rolle) und wenn
4. bei Menschen sog. **interpersonelle Defizite** vorliegen (Schwierigkeiten, Beziehungen aufzubauen und aufrechtzuerhalten).

Behandlungsziele:

Depressive Störungen sind heute, in den Händen von Spezialisten, sehr gut behandelbar. Als Ziele der Behandlung können gelten:

1. **Überwindung der akuten Symptomatik**
2. **Vorbeugung von Rückfällen** bzw. Wiedererkrankungen und
3. Aufstellung eines **Behandlungsplanes**

Gerade dabei ist es **wichtig, alle Behandlungsschritte gemeinsam** und in **Ab-sprache** mit dem **Patienten** und seinen **Angehörigen** zu planen.

Dabei gilt es in der **Therapie affektiver Erkrankungen** zwischen **drei Stadien** zu unterscheiden:

Zunächst erfolgt die Akutbehandlung (möglichst **rasches Nachlassen** der depressiven Symptomatik durch Pharmako- und / oder Psychotherapie sowie evtl. weitere therapeutische Maßnahmen). Dann die **Erhaltungstherapie**, um nach Abklingen der akuten Störung einen Rückfall zu verhindern (**ca. 6 Monate bis zur Gesundung / Wiederherstellung**) und schließlich die **Prophylaxe**, um Neuerkrankungen zu vermeiden.

Es gilt eine Reihe von allgemeinen Therapieprinzipien zu beachten:

Wesentliche Elemente des **Behandlungsplanes** und des „therapeutischen Managements“ sind der Aufbau eines Therapeutischen Bündnisses, die umfangreiche Aufklärung des Patienten über seine Erkrankung und die Vermittlung von Hoffnung und Entlastung. Die Förderung der Compliance (das Mitmachen in der Therapie) erfolgt besonders durch die gemeinsame Entwicklung von Bewältigungsstrategien. Zunächst steht der Aufbau eines geregelten Ruhe- / Aktivitätsrhythmus an, gleichzeitig

aber auch die Verhinderung krankheitsbedingter voreiliger Aktivitäten zur Veränderung der Lebenssituation.

Grundsätzlich kann die **Behandlung ambulant, teilstationär** und **vollstationär** erfolgen.

Indikationen zur **stationären** Behandlung (z. B. in einer Psychosomatischen Fachklinik):

- Selbstmordgefährdung
- Drohende Verwahrlosung durch mangelnde häusliche Pflegemöglichkeit
- Behandlungsgefährdende psychosoziale Probleme

Indikationen zur **teilstationären** Behandlung (z. B. in einer Tagesklinik)

- Fehlen eines tragfähigen sozialen Netzwerkes
- Mangelnde Gewährleistung ausreichend frequenter ambulanter Versorgung

Indikationen zur Überweisung an den **niedergelassenen Facharzt** (z. B. Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychotherapeutische Medizin):

- Mittelschwere bis schwere depressive Symptomatik
- Suizidale Gefährdung**
- Ausbleibender Therapieerfolg

Wahl eines geeigneten Behandlungsverfahrens bei depressiver Störung:

Leider gibt es bei vielen Menschen immer noch große Vorbehalte gegen sogenannte „**Psychopharmaka**“. Immer wieder geäußerte Ängste gelten einer „Persönlichkeitsveränderung“ oder einer „Abhängigkeit“. Beides kommt bei modernen Antidepressiva nicht vor! Eine **Therapie mit einem Antidepressivum muss immer erfolgen bei:**

- Schwerer** depressiver Episode
- Chronisch** depressiver Episode
- Früherem schlechtem Ansprechen auf alleinige Psychotherapie**

Patienten mit einer **mittelschweren bis schweren Depression** sollten medikamentös behandelt werden, **unabhängig** davon ob **gleichzeitig** eine **Psychotherapie** erfolgt. Patienten mit einer **leichten bis mittelschweren Depression**, die eine **alleinige Psychotherapie** als erste Behandlung bevorzugen, können auch mit dieser Option behandelt werden.

Eine **alleinige psychotherapeutische Behandlung** bei ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten ist z. B. zu diskutieren bei:

- Leichter bis mittelschwerer** Symptomatik
- Gegenanzeigen** gegen antidepressive Pharmakotherapie
- Ablehnung** medikamentöser Therapie durch den Patienten

Eine **Kombination** von **Psychotherapie** und **Antidepressiva** sollte erwogen werden bei:

- Fehlendem** oder nicht ausreichendem Ansprechen auf alleinige medikamentöse oder psychotherapeutische Behandlung
- Ausgeprägten psychosozialen** Problemen
- Zusätzlichem Vorliegen** von Persönlichkeitsstörungen, Angststörungen, Essstörungen, Zwangsstörungen oder einer Suchterkrankung
- Auf **Wunsch** des **Patienten**

Wie sieht nun eine Psychotherapie bei depressiven Störungen aus?

Wir können zwischen der **psychotherapeutischen Basisbehandlung** mit den Elementen:

- Psychoedukation (ausführliche Information über die Erkrankung),
- Aufbau eines vertrauensvollen Arzt-Patienten-Verhältnisses,
- Veränderung im Denken und Verhalten erarbeiten,
- Aufbau sogenannter positiver Verstärker (angenehme Aktivitäten, Hobbies, Unternehmungen mit Freunden, etc.),
- Aufbau und Förderung der Compliance (Willen und Fähigkeit zum Mitmachen), etc.

und den **spezifischen Psychotherapieverfahren wie z. B. :**

- Kognitive Psychotherapie (legt den Schwerpunkt auf die Veränderung von Gedanken / Bewertungen)
- Verhaltenstherapie (legt den Schwerpunkt auf die Veränderung von Verhaltensmustern)
- Interpersonelle Psychotherapie (legt den Schwerpunkt auf die Veränderung von zwischenmenschlichen Beziehungen)
- Psychodynamisch orientierte Kurzzeittherapie (legt den Schwerpunkt auf die Bearbeitung von Konflikten)
- Gesprächspsychotherapie

unterscheiden.

Fazit:

Aus den Ergebnissen der modernen Hirnforschung wissen wir, dass es bei depressiven Erkrankungen zu Veränderungen in der Wahrnehmung von Sinnesinformationen (z. B. Höreindrücken) kommen kann. Insbesondere bei Patienten mit dekompenziertem Tinnitus finden wir sehr häufig eine relevante depressive Störung. Es ist also sehr wichtig, diese zu diagnostizieren und gut zu behandeln, weil eine alleinige Behandlung des Tinnitus sonst keinen Erfolg verspricht.

Veröffentlicht in unserer Mitgliederzeitschrift Tinnitus-Forum 3/20