Kein Suizid wegen Tinnitus

von PD Dr. med. Dr. h. c. Andreas Schapowal

Bei einer schwergradigen Betroffenheit durch Tinnitus ist immer nach einer psychischen Komorbidität (Begleiterkrankung) zu suchen. Besteht als Komorbidität eine schwere Depression gilt es, gegebenenfalls vorhandene Suizidgedanken zu erkennen. Niemand muss wegen Tinnitus seinem Leben selbst ein Ende setzen. Es ist Aufgabe der behandelnden Ärztinnen und Ärzte, die Ursachen der schwergradigen Belastung, gegebenenfalls die Ursachen der schweren depressiven Episode, aufzudecken sowie durch Psychotherapie und geeignete Medikamente zu helfen.

Bei schwergradiger Betroffenheit durch Tinnitus finde ich fast immer eine psychische Komorbidität, am häufigsten Angststörungen, Depressionen oder posttraumatische Belastungsstörungen. Jacobsen und McCaslin haben in ihrer 2001 publizierten Übersichtsarbeit in drei Studien keine Hinweise für einen kausalen Zusammenhang zwischen Tinnitus und Depression gefunden (J Am Acad Audiol 2001; 12(10): 493 – 496). In meiner langjährigen Praxis habe ich jedoch immer wieder Fälle gesehen, in denen die depressive Verstimmung erst durch das Leiden am Tinnitus bewusst wurde und in denen in der Regel ohne eine Aufdeckung der psychischen Ursachen der Depression eine Heilung nicht möglich gewesen wäre.

Im Fluss des Lebens bleiben. Foto: Rachel Sdovc.

Depressionen werden im ICD-10 in leichte, mittelschwere und schwere Episoden unterteilt. Bei depressiven Patientinnen und Patienten ist die Stimmung traurig, gedrückt, der Antrieb und die Lebensfreude sind vermindert. Aktivitäten, die früher Freude bereitet haben, werden vernachlässigt, vermindert, aufgegeben. Das Interesse an den Mitmenschen, auch an Familie und Freunden, lässt nach. Man zieht sich zurück, grübelt, leidet unter wiederkehrenden negativen Gedanken. Die Konzentration lässt nach, auch Alltägliches zu bewältigen fällt schwerer. Trotz der häufig bestehenden Müdigkeit kommt es zu Schlafstörungen. Das Selbstwertgefühl sinkt, oft auch das Interesse an partnerschaftlicher Nähe beziehungsweise Sexualität. Appetit- und Gewichtsverlust kommen hinzu. Oft erwacht man morgens zu früh, ist nicht ausgeschlafen und so fängt der Tag schon schlecht an. Bei einer schweren depressiven Episode (F32.2) sind Suizidgedanken und suizidale Handlungen häufig. Aus dem Gefühl der Wertlosigkeit, der Schuld, des Leidens ohne einen Ausweg in diesem Leben zu sehen, kann der Wunsch entstehen, das Leiden durch den Suizid zu beenden. Wichtig ist es, diese schweren depressiven Episoden ohne Wahnvorstellungen von jenen mit psychotischen Symptomen (F32.3) abzugrenzen. Es gilt zu klären, ob wahnhafte Ideen, optische oder akustische Halluzinationen bestehen oder ein Orientierungsverlust hinsichtlich von Person, Ort und Zeit. Es gilt einerseits abzuklären, ob Suizidgedanken bestehen. Andererseits muss beurteilt werden, ob der Aktivitätsverlust bei wachem Bewusstsein (Stupor) so ausgeprägt ist, dass (fast) alle alltäglichen sozialen Aktivitäten unmöglich sind. Dann besteht mitunter Lebensgefahr durch mangelnde Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme.

Bei schwergradiger depressiver Episode ohne und mit psychotischen Symptomen ist die stationäre psychiatrische Therapie indiziert, bei bestehender Suizidalität gegebenenfalls

unverzüglich. Akute Selbst- oder Fremdgefährdung rechtfertigen eine fürsorgerische Unterbringung, die in Art. 426 ff. ZGB geregelt ist. Selbstverständlich strebe ich immer das Einverständnis der Patientin oder des Patienten für eine stationäre psychiatrische Therapie an. Bei bestehender Suizidalität ist es mein Ziel, dass sich die Patientin oder der Patient während der Therapiestunde von Suizidgedanken distanzieren kann. Bei Einverständnis zur stationären Therapie setze ich dann die Psychotherapie ambulant bis zur Klinikaufnahme fort. Es kommt mitunter vor, dass nach einigen Therapiestunden die stationäre Therapie nicht mehr notwendig ist.

Fallbericht

Ein 73-jähriger Patient wird mir von seinem Hausarzt wegen seit 33 Jahren bestehender chronischer, beidseitiger pfeifender Ohrgeräusche überwiesen. Die Belastung durch den Tinnitus sei so stark, dass der Patient deswegen sein Leben beenden wolle. Gleichzeitig mit dem Tinnitus trat eine Geräuschüberempfindlichkeit auf und besteht seitdem. Wegen zunehmender Schwerhörigkeit trägt er seit drei Jahren beidseits Hinter-dem-Ohr-Hörgeräte. In letzter Zeit würden die Hörgeräte nichts mehr nützen, obwohl er sie beim Hörgeräteakustiker überprüfen ließ.

Bei der Untersuchung sehe ich zunächst durch Zerumen (Ohrenschmalz) verlegte Gehörgänge. Nach Entfernen des Zerumens sehe ich das Trommelfell beidseits reizlos und geschlossen. Nun können die Hörgeräte ihre Funktion wieder erfüllen. Die Tympanometrie zeigt normale Druckverhältnisse in den Mittelohren. Im Reintonaudiogramm messe ich eine Schallempfindungsschwerhörigkeit mit einem steilen Hochtonabfall rechts ab 3000 Hz, links ab 2000 Hz. Der Hörverlust beträgt in der CPT-AMA-Tabelle rechts 13,7 Prozent, links 21,9 Prozent. Der Tinnitus ist beidseits mit 5 dB Schmalbandrauschen über der Hörschwelle bei 6000 Hz maskierbar. Die Unbehaglichkeitsschwelle liegt rechts zwischen 70 bis 100 dB, links zwischen 65 bis 100 dB. Die psychometrischen Tests zeigen folgende Scores: Tinnitus-Fragebogen nach Goebel und Hiller mit zwölf Items: 18 Punkte von maximal 24; Geräuschüberempfindlichkeitsfragebogen nach Nelting: 25 Punkte von maximal 45; GAD-7-Fragebogen: 15 Punkte von maximal 21; BDI (Beck-Depressions-Inventar): 38 Punkte von maximal 63.

Das Erscheinungsbild des Patienten ist gepflegt. Er ist mitteilsam und klagt offen über sein Leben, das von Beginn an freudlos und hart gewesen sei. Seine Mutter sei gestorben, als er ein Jahr alt war. Er habe zehn Geschwister gehabt und die Familie habe in Armut gelebt. Den frühen Tod seiner Mutter, an die er keine Erinnerung habe, habe er nie verkraftet, sei noch heute sehr traurig darüber und vermisse sie. Der Tinnitus belaste ihn so, dass er nicht mehr leben wolle. Die Beendigung seines Lebens hat er schon konkret geplant. Seiner Familie habe er bereits alles erklärt und sich verabschiedet. Wir sprechen dann über seine Familie, seine Frau, die Kinder und Enkelkinder in allen Einzelheiten. Ich spüre die Liebe zu seiner Familie und lasse ihn dies auch erfahren. Wie mag sich seine Mutter über ihr jüngstes Kind gefreut haben? Wie mag sie sich gefühlt haben, als sie das Baby stillte und umsorgte?

Bis auf einen gut therapierten Bluthochdruck ist der Patient körperlich gesund, für sein Lebensalter überdurchschnittlich fit. Könnte er seiner großen Familie nicht noch viel geben, Freude an ihrer Entwicklung haben? Kann nicht diese Liebe zu seinen Angehörigen ein guter Grund sein, weiter mit ihnen und für sie leben zu wollen? Wir sprechen anschließend über seine Religion. Er ist römisch-katholisch, habe früher viel gebetet und regelmäßig die Messe besucht und gebeichtet. Er ist der Meinung, dass der gnädige Gott ihm den Suizid sicher verzeihen wird. Wir sprechen über die Haltung der katholischen Kirche, die sich nachdrücklich gegen alle Formen der aktiven Sterbehilfe und der Beihilfe zur Selbsttötung ausspricht. Als guter Katholik möchte der Patient natürlich ins Paradies kommen. Ist er sich sicher, dass dies nach dem Suizid passieren wird? Ist der Suizid wirklich die richtige Fahrkarte für die Reise ins Paradies, für das Ende allen Leidens und den Beginn unendlicher himmlischer Freuden?

Am Ende der Therapiestunde distanziert sich der Patient von seinen Suizidgedanken. Er ist mit einem letzten Therapieversuch, nämlich der stationären Therapie in der psychiatrischen Klinik einverstanden. Die Einweisungsdiagnosen lauten: Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (F33.2), schwergradiger Tinnitus aurium (H93.1), schwergradige Hyperakusis (H93.2), Schallempfindungsschwerhörigkeit beidseits (H90.5). Die stationäre Aufnahme erfolgt sechs Tage nach unserem Gespräch und der Aufenthalt dauert zweieinhalb Monate.

In der Klinik erfolgt die antidepressive Therapie mit Mirtazapin und Venlafaxin, anfangs auch mit Spravato Nasenspray, das als Wirkstoff Esketamin enthält und für schwere, bislang therapieresistente Depressionen zugelassen ist. Psychotherapeutische Gespräche finden im Einzel- und Gruppensetting statt. Bei Austritt aus der Klinik ist der Patient bewusstseinsklar; Gedächtnis und Konzentration haben sich deutlich verbessert. Er hat keine Störungen im formalen Denken. Spezifische Ängste und Befürchtungen sind nicht vorhanden. Es bestehen keine Ich-Störungen, Sinnestäuschungen oder inhaltlichen Denkstörungen. Er ist schwingungsfähig und die beim Eintritt in die Klinik vorhandene Hoffnungs- und Freudlosigkeit bestehen nicht mehr. Die Antriebsstörungen haben sich ebenfalls verbessert. Der Schlaf ist ausgeglichener geworden; Ein- und Durchschlafstörungen sind nicht mehr vorhanden. Der Appetit ist gut. Suizidalität besteht nicht mehr. Fremdaggressive Impulse sind nicht zu spüren. Die Belastung durch den Tinnitus ist nur noch leichtgradig. Der Patient freut sich auf die Silvesterfeier mit seiner großen Familie und das neue Jahr 2023.

Das stationäre Therapieangebot der Psychiatrischen Dienste Graubünden für schwergradig von Tinnitus, Hyperakusis, Misophonie, Phonophobie und Morbus Menière betroffene Patientinnen und Patienten mit psychischer Komorbidität hat sich in den letzten 17 Jahren immer wieder als sehr wertvoll erwiesen. Ich danke den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der PDGR ganz herzlich für die großartige Zusammenarbeit.

Kontakt zum Autor:

PD Dr. med. Dr. h. c.
Andreas Schapowal
Hochwangstr. 3
CH-7302 Landquart

Für die Inhalte dieser Doppelseite ist ausschließlich die Schweizerische Tinnitus-Liga (STL) verantwortlich.