

Akustische Halluzinationen



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

Eine wichtige Differentialdiagnose zu Tinnitus sind akustische Halluzinationen. Diese können Symptome einer psychischen Krankheit wie zum Beispiel einer wahnhaften Störung, Schizophrenie oder anderer nicht-organischer Psychosen oder einer organischen Psychose sein, zum Beispiel bei einer Hirnerkrankung. Sie können aber auch Folge von hochgradiger Schwerhörigkeit sein. Eine Kombination von Tinnitus und akustischen Halluzinationen ist möglich.

Es kommt vor, dass mir von Hausärzten Patienten unter der Diagnose Tinnitus überwiesen werden, die in Wirklichkeit akustische Halluzinationen haben. Die subtile Anamnese ist der Schlüssel zu dieser Differentialdiagnose. Audiologische, psychiatrische und gegebenenfalls auch neurologische und internistische Abklärungen sind notwendig.

Fallbericht 1: Akustische Halluzinationen und Tinnitus bei hochgradiger Schwerhörigkeit

Eine 61-jährige Patientin wird mir vom Hausarzt zur Tinnitus-Abklärung überwiesen. Seit 1993 ist eine Otoklerose mit Innenohrbeteiligung und zunehmender Schwerhörigkeit bekannt. Gehörverbessernde Operationen wurden bisher abgelehnt. Die angepassten Hörgeräte werden nicht getragen. Seit 2000 hört sie beidseits hochfrequente Ohrgeräusche, die sie zunehmend belasten. Seit 2014 hört sie zusätzlich schreiende Stimmen, Weinen, Opernmusik und Volksmusik aus ihrer jugoslawischen Heimat. MRI-Untersuchungen von Schädel und Halswirbelsäule waren unauffällig, ebenso eine neurologische Untersuchung inklusive EEG.

Otoskopisch sehe ich das Trommelfell beidseits reizlos und geschlossen. Die Tympanometrie zeigt normale Druckverhältnisse in den Mittelohren. Die Stapediusreflexe sind beidseits nicht auslösbar. Im Reintonaudiogramm messe ich Hörreste rechts von 95–100 dB bei 2000–4000 Hz, links eine hochgradige, kombinierte Schallleitungs-Schallempfindungsschwerhörigkeit (Abb. 1). Nach der CPT-AMA-Tabelle beträgt der Hörverlust rechts 100 Prozent, links 99 Prozent. Die hochfrequenten Ohrgeräusche sind mit Schmalbandrauschen nicht maskierbar. Im

Tinnitusfragebogen nach Goebel und Hiller mit zwölf Items wird die maximale Punktzahl von 24 erreicht.

Rechts liegt de facto eine Gehörlosigkeit vor, links eine hochgradige Schwerhörigkeit. Die ohrenärztliche Therapie der Wahl wäre das Cochlea-Implantat (CI). Dies lehnt die Patientin jedoch genauso kategorisch ab, wie sie früher gehörverbessernde Mittelohroperationen (Stapesplastik) abgelehnt hat. Das Hörgerät links soll die Patientin wieder konsequent täglich von morgens bis abends tragen, womit sie einverstanden ist. Eine CROS-Versorgung, das heißt die Übertragung des Schalls von rechts nach links, wünscht die Patientin hingegen nicht. Die Patientin ist jedoch einverstanden, ein Ablestraining zu beginnen. Sie versteht und akzeptiert, dass das Hören von Stimmen und Musik kein Tinnitus ist. Akustische Halluzinationen können bei Menschen mit hochgradiger Schwer-

hörigkeit oder Gehörlosigkeit aufgrund der ungenügenden oder fehlenden Aktivierung des primären Hörkortex auftreten. Allerdings gehört dazu die Prädisposition eines niedrigen Schwellenwerts für Aktivierungen in den sekundären Hörarealen. Akustische Halluzinationen können spontan oder induziert sein. Dabei sind dann in der Regel auch die Hirnzentren für Sprechen und Gedächtnis beteiligt, zum Beispiel bei Volksliedern aus der Kindheit in der Muttersprache. Davon abzugrenzen sind die wahnhafte Störung, die Schizophrenie und Gehirnerkrankungen.

Die Patientin trägt ihr Hörgerät links konsequent und ist in psychiatrischer Psychotherapie. Sie profitiert dort auch von Entspannungs- und Achtsamkeitstraining. Die Psychiaterin schloss eine wahnhafte Störung, eine Schizophrenie oder eine andere nicht-organische Psychose aus. Ein CI lehnt die Patientin weiterhin ab.

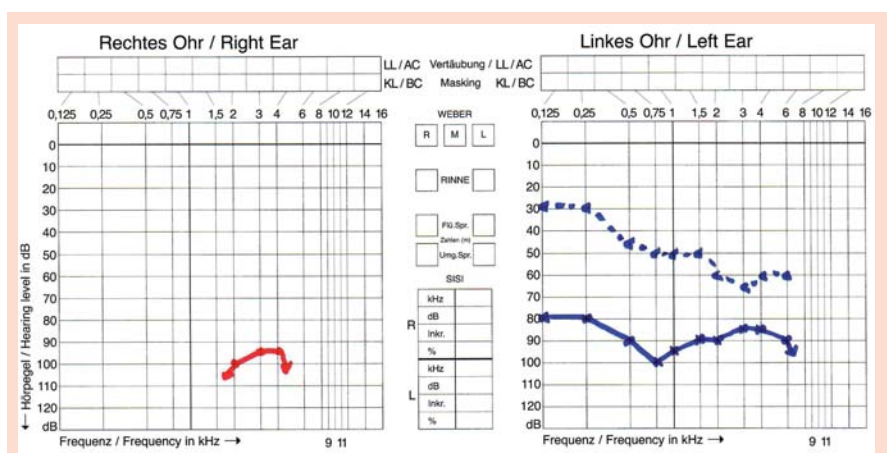


Abb. 1: Reintonaudiogramm von Patientin 1.

Fallbericht 2: Akustische Halluzinationen bei wahnhafter Störung

Eine 63-jährige Patientin wird mir vom Hausarzt zur Tinnitus-Abklärung überwiesen. Sie leidet seit fünf Jahren unter einer Geräuschüberempfindlichkeit, die begonnen habe, als ein neuer Nachbar in der Wohnung unter ihr eingezogen sei. Seit einem halben Jahr hört sie wiederkehrend ein Pfeifen und Brummen, habe seitdem auch eine Einschlafstörung. Die subtile Anamnese zeigt, dass dieses Pfeifen und Brummen nur wahrgenommen wird, wenn sie in ihrer Wohnung ist. Es wird von keinem anderen Bewohner im Haus gehört, auch nicht von ihrem Ehemann und ihren drei erwachsenen Kindern, die gelegentlich zu Besuch kommen. Sie meint bei genauer Befragung, dass diese Geräusche aus der unteren Wohnung kämen. Sie wisse nicht, was der junge Mann, der ihr unsympathisch sei und vor dem sie Angst habe, dort veranstalte. Das Hausmeisterehepaar würde sich „weigern, diese Geräusche zu hören“ und nichts dagegen unternehmen. In Bezug auf die Hyperakusis nennt sie folgende Geräusche als besonders störend: Kindergeschrei – sie ist seit Jahrzehnten Spielgruppenleiterin und wird bald pensioniert, ferner Geräusche von Lüftungen.

Otoskopie und Tympanometrie sind unauffällig, die Stapediusreflexe seitengleich auslösbar. Im Reintonaudiogramm messe ich eine leichtgradige Schallempfindungsschwerhörigkeit beidseits (Abb. 2). Nach der CPT-AMA-Tabelle beträgt der Hörverlust rechts 5,2 Prozent, links 13,2 Prozent. In der Hörprüfkabine hört die Patientin keine Ohrgeräusche. Die Unbehaglichkeitsschwelle ist beidseits bis auf 70 dB abgesunken. Die psychometrischen Tests ergeben folgende Scores: Tinnitusfragebogen nach Goebel und Hiller: 17 Punkte von maximal 24 (schwergradig), Geräuschüberempfindlichkeits-Fragebogen nach Nelting: 13 Punkte von 45 (mittelgradig), GAD-7-Fragebogen: zehn Punkte von 21 (Hinweis auf mittelgradige Angststörung), BDI: elf Punkte von 63 (Hinweis auf minimale Depression). Bei den Laboruntersuchungen fällt ein moderater Vitamin-D-Mangel auf mit 44 nmol/l.

Die leichtgradige Schallempfindungsschwerhörigkeit ist altersentsprechend. Es besteht eine mittelgradige Hyperakusis und es gibt in den Selbstbeurteilungsfragebögen Hinweise auf eine gemischte Angst- und

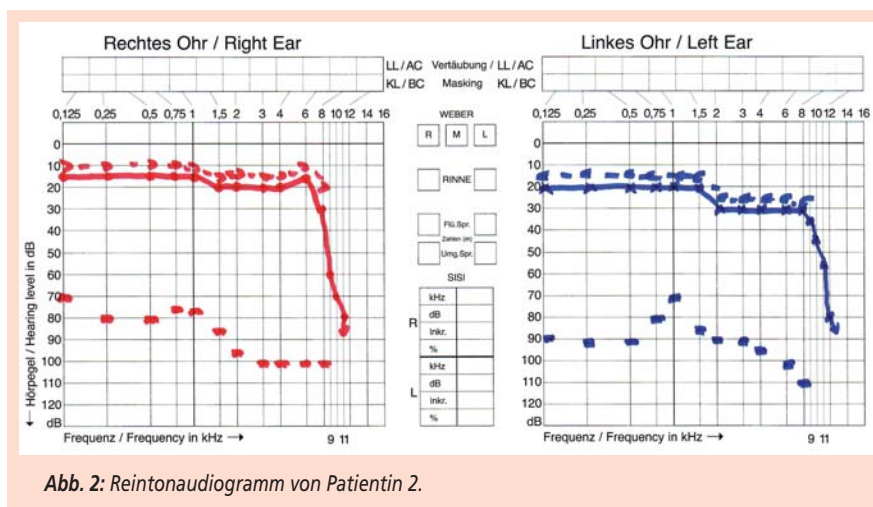


Abb. 2: Reintonaudiogramm von Patientin 2.

depressive Störung. Ich erkläre der Patientin die Befunde und sie kann meine Vermutung akzeptieren, dass es sich bei ihr nicht um Tinnitus, sondern um eine wahnhafte Störung handelt. Ich verordne eine Substitution mit Vitamin D und das pflanzliche Arzneimittel Relaxane® (Kombinationspräparat aus Baldrian, Melisse, Passionsblumen- und Pestwurz-Extrakt) zur Beruhigung und Entspannung 3 x 1 Tablette, ferner zum Einschlafen Redormin® 500 (500 mg Baldrian- und 120 mg Hopfenextrakt) eine Tablette eine Stunde vor dem Einschlafen. Ich zeige ihr als bewährte Entspannungsmethode das Autogene Training. Ferner überweise ich die Patientin zur Psychiaterin. Diese bestätigt meine Verdachtsdiagnose und schließt eine Schizophrenie aus. Sie verordnet als Psychopharmakon mit beruhigender, angstlösender und stimmungsaufhellender Wirkung niedrig dosiert Trittico® 50 mg abends und beginnt eine Psychotherapie. Der Patientin geht es bereits nach zwei Wochen wesentlich besser. Sie hat allerdings die Wohnung nach 30 Jahren gekündigt und wird mit ihrem Mann umziehen. Die Psychotherapie wird fortgesetzt.

Bei akustischen Halluzinationen ist die Zusammenarbeit zwischen HNO-Arzt und Psychiater unbedingt notwendig. Die korrekte Diagnose einer Schizophrenie, einer wahnhaften Störung oder einer anderen nicht-organischen Psychose erfordert die psychiatrische Ausbildung und Erfahrung. Gegebenenfalls sind organische Psychosen durch Erkrankungen des zentralen Nervensystems, Hirntumoren, Demenz, Stoffwechsel- oder Durchblutungsstörungen, aber auch durch äußere Ursachen wie Drogen oder bestimm-

te Medikamente auszuschließen. Bei den nicht-organischen Psychosen ist die psychiatrische Psychotherapie, gegebenenfalls in Kombination mit Psychopharmaka, die Therapie der Wahl. Wenn bei hochgradiger Schwerhörigkeit durch Hörgeräte nicht mehr geholfen werden kann, ist wie bei innenohrbedingter Gehörlosigkeit das Cochlea-Implantat die otologische Therapie der Wahl – vorausgesetzt, dass der Hörnerv intakt ist.

Kontakt zum Autor:



PD Dr. med. Dr. h. c.
Andreas Schapowal
Hochwangstr. 3
CH-7302 Landquart
E-Mail: andreas@schapowal.ch