

Depressionen nach Tinnitus und Tinnitus bei Depressionen

von Dr. med. Helmut Schaaf

[Impressum](#), [LÄK Hessen](#), [die Berufsordnung](#) und das [Hessische Heilberufsgesetz](#)
Datenschutz-Erklärung:

Ich sammle KEINE Daten und verwende keine Cookies ([Ausführliche Datenschutzerklärung](#)).
Die Hinweise auf meiner Internet-Seite können **keine** ärztliche Beratung ersetzen.

Es kann auch keine Beratung per email erfolgen.

Bitte wenden Sie sich an Therapeuten Ihres Vertrauens und /
oder an das [Ohr- und Hörinstitut bzw. das Gleichgewichtsinstitut Hesse\(n\)](#)

Depressionen gehören, wie die Angststörungen, zu den verbreitetsten seelischen Erkrankungen unserer Zeit. Dabei können Depressionen vielfältige seelische, aber auch körperliche Ursachen zugrunde liegen. Hier soll skizziert werden, daß und wie Tinnitus zu depressiven Entwicklungen führen kann. Aber es soll auch darüber berichtet werden, daß depressive Erkrankungen einen möglicherweise schon vorhandenen Tinnitus deutlicher in die Wahrnehmung rücken können.

Depressionen im Gefolge des Leidens am Tinnitus

Betrachtet man die **Wirk**-lichkeit des Hörens, so ist es nicht erstaunlich, daß unbekannte neue Hör-**Eindrücke** so lange keine Ruhe geben dürfen, bis eine beruhigende Kenntnisnahme über die Art und Weise des Geräusches erreicht wurde. Entwicklungsgeschichtlich ergab sich mit Hilfe der Fernsinne Geruch, Augen und Ohren die lebensrettende Chance, gefährliche Situationen wahrnehmen zu können, ehe die Situation ausweglos wurde. In diesem Sinne hat sich in unseren vererbten biologischen Programmen festgesetzt, sich neu auftretenden Geräuschen sofort und in höchster Alarmbereitschaft zuzuwenden. So war es für Menschen, die vor noch gar nicht allzu langer Zeit in einer Welt voller Gefahren um ein Lagerfeuer saßen, überlebenswichtig, beim Knacken eines Astes sofort hin-zuhören. Je nach der Ursache des Geräusches waren dann die drei wichtigsten Reaktionen: angreifen, fliehen, oder wenn alles nicht mehr möglich war, sich tot stellen. Nur wenn etwas Bekanntes oder Vertrautes identifiziert werden konnte, durfte sofort Entspannung einkehren.

Dies gilt natürlich auch für den Höreindruck Tinnitus, der ja in aller Regel unbekannt und negativ bewertet wird. Dabei kann bis zu einer – für den Betroffenen!!! - stimmigen Aufklärung so viel angespannte Aufmerksamkeit nötig werden, daß über eine rastlose, zu Handlungen anfordernde Unruhe mit Erhöhung des Aktivitätsniveaus

- Nervosität
- Konzentrationsstörungen
- Schlafstörungen
- und eben darüber hinaus auch eine depressive Entwicklung

ausgelöst werden können.

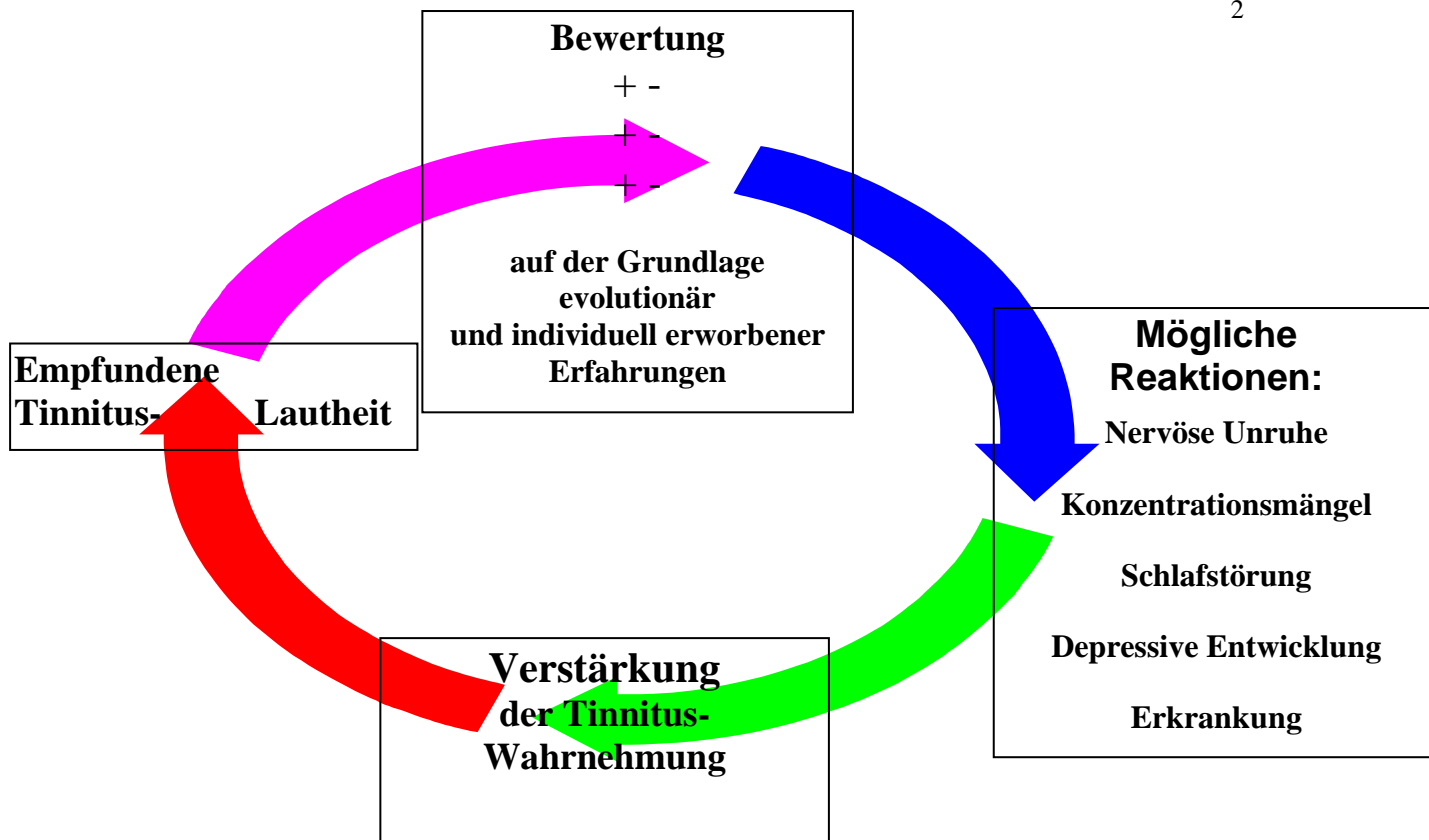


Abb1. : ABC der Tinnitusverarbeitung

Dabei können sich Reaktionen und Verhaltensmuster einstellen, in denen sich viele Anteile des Musters: Angriff (etwa bei der „agitierten“ Depression), Flucht (etwa bei der erlernten Hilflosigkeit) oder Totstellen (bei der schweren depressiven Episode F.32.0) wiederfinden lassen. Wird dieser Prozess weder bewußt noch unbewußt durchbrochen, *kann* dies in der totalen Erschöpfung enden. Der die „Notwendende“ Einstieg in die Behandlung ist das „sich vertraut machen“ mit den Ursachen und Auswirkungen des Tinnitus, um den aufreibenden Kreislauf zwischen Tinnitus und Aufmerksamkeit beenden zu können. Dazu dienen nach sorgfältiger Diagnostik ein - möglicherweise wiederholtes - Gespräch mit einem kundigen Experten und inzwischen zahlreiche – auch gut verständliche Bücher.

Der Tinnitus kann auch eine seelische Not (er)hörbar machen

Der Tinnitus kann aber auch das erste, für den Patienten hörbare! Zeichen einer seelischen Not oder Krise sein. Dann zeigt er oft die seelische Angst und/oder wird zum ersten - körperlich empfundenen - Zeichen einer Bedrohung des seelischen Gleichgewichtes. Oft, aber nicht notwendigerweise, liegen bereits organische Vorschädigungen (etwa einer vorbestehenden Lärmschädigung) vor, meist auch ein bis dahin erträglicher oder gar unbedeutender Tinnitus. Wenn der Tinnitus derart in einer krisenhaften Situation in die Wahrnehmung gerückt ist, vermuten wir als Ursache der verstärkten Tinnitus-Wahrnehmung eine Schwächung der Hörfilter.

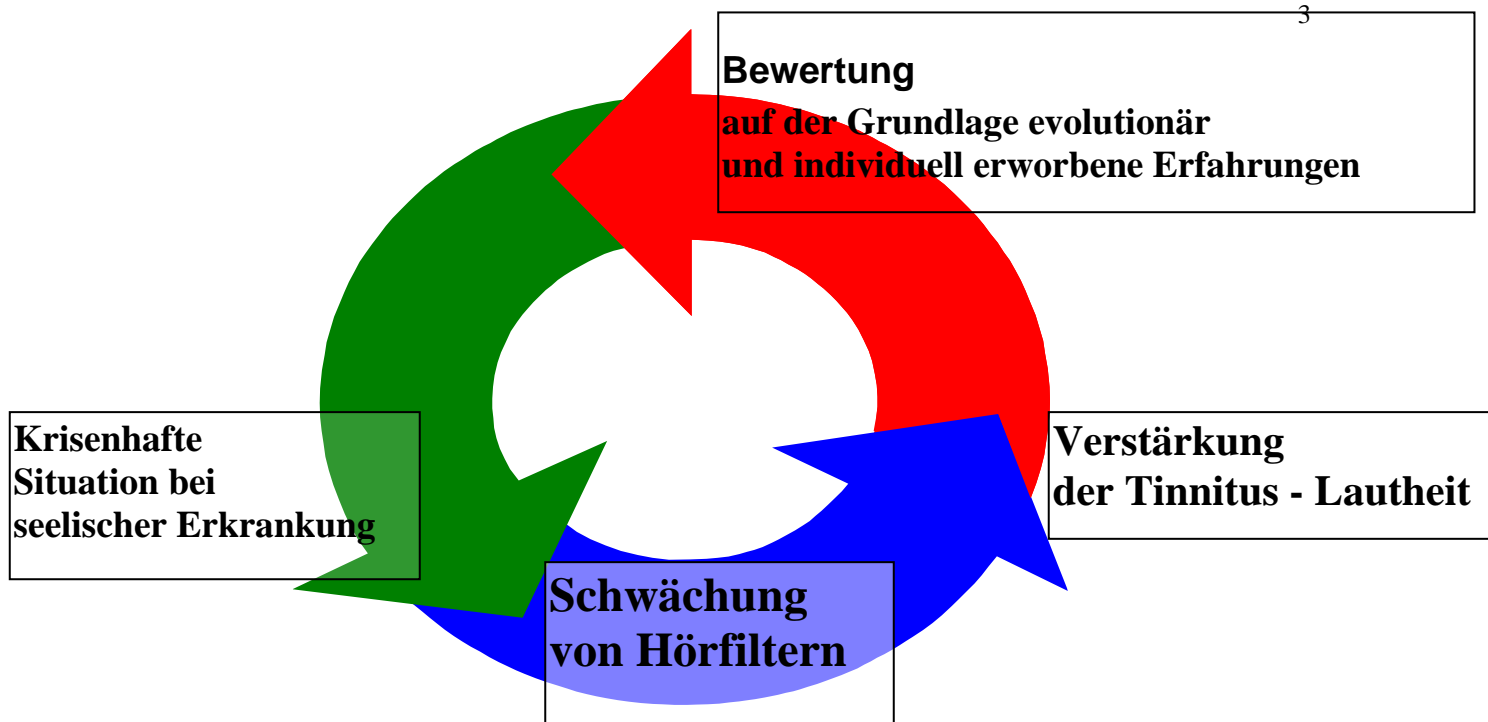


Abb. 2: Krisenhafte Situation- Schwächung von Hörfiltern/Tinnitus-Verstärkung - Tinnitus-Lautheit - dann meist negative Bewertung

Dabei zeigen sich aus der Dynamik der seelischen Vorgänge die auch sonst bei Depressionen zu findenden Konflikte und / oder Grundsituationen in folgenden Kern-Bereichen:

1. Konflikthafte äußere Lebensbelastungen,
hier insbesondere Verluste in Beziehungen, Krisen und Traumata.
2. Fehlende Konflikt- und Gefühlswahrnehmung
3. Abhängigkeitsentwicklungen im Widerspruch mit Selbständigkeitswünschen,
4. Tatsächliche Unterwerfung im Widerspruch mit dem Wunsch nach Kontrolle.
5. Versorgungswünsche im Widerspruch mit Selbständigkeitsbestrebungen
6. Selbstwertkonflikte, Gewissens- und Schuldkonflikte,
7. sexuelle Konflikte und Identitätskonflikte,

Nun hat die Seele meist nicht die Möglichkeit, sich einfach verständlich in Sprache oder gar „rational“ auszudrücken, sondern bedarf anderer Überbringer der Botschaft. Dies sind oft körperliche (somatisierte) Beschwerden. Dem Tinnitus kann dabei die Aufgabe zu kommen, einen – meist großen - Teil der unbewußten Angst im seelischen Prozess zu binden. Der Vorteil dieser – auf unbewußter Ebene bestmöglicher - Konfliktlösung ist, das damit die Angst eine Adresse bekommt und „als Aufschrei der Seele“ nach Außen getragen werden kann.

Im analytischen Sinne stellt damit der Tinnitus das Korrelat der „Signalangst“ dar. Wir sagen oft, daß der Tinnitus der somatische (körperliche) Kristallisationspunkt des sich darin ausdrückenden seelischen Prozesses ist. Der Körper äußert sich da, wo die Seele sich nicht verständlich machen kann.

Die – dem Patienten und natürlich auch dem Umfeld nicht bewußte - Gefahr liegt allerdings darin, daß der Schrei nach Hilfe auf die körperlich empfundene (somatisierende) Komponente be-

schränkt bleibt. Dadurch ergeben sich – im besten Bemühen – oft viele Sackgassen und Irrwege, die nicht mit Infusionen und Sauerstofftherapien beendet sind. Allerdings reicht es auch nicht aus, den Patienten mit seinen körperlich empfundenen Problemen mit einem Verweis auf die Psychotherapie abzutun. Erst wenn über und hinter dem Tinnitus-Leiden die körperlich ausgedrückte, aber seelisch getriebene Not verstanden und bearbeitet wird, kann aus der Krise auch eine Chance und Herausforderung werden. So muss hier das neurootologische Counselling und Retraining im engeren Sinne mit den psychotherapeutischen Bemühungen **Hand in Hand** gehen, um die durch die Krise angezeigte Not und Chance zu bearbeiten !!!!

Da dies oft gar nicht so einfach ist, wird manchmal eine stationäre psychosomatische Behandlung notwendig. Hier kann dann die Neurootologie und die psychosomatische Behandlung unter Einbeziehung körperorientierter, oft gar nicht so psychotherapeutisch aussehender Verfahren Hand in Hand gehen. Dann kann meist ein Zugang zu den direkt oder zumindest mitbestimmenden wichtigen seelischen Konstellationen erschlossen werden. Dies kann in der Psychotherapie auch in Worte und Symbole übersetzt und weiterverfolgt werden, damit das Erfahrene auch verstanden und umgesetzt werden kann. Dann können bearbeitete Depressionen sogar die Chance bieten, auch neue Möglichkeiten im Umgang mit alten Konflikten zu eröffnen.

Anti-Depressiva und Tinnitus

Antidepressiva sind per se keine „Anti-Tinnitus-Medikamente“. Antidepressive Medikamente haben ihren Sinn, wenn sich bei oder durch den Tinnitus eine ernsthafte, auch die Habituation behindernde Depression einstellt. Manchmal sind sie dann nötig, um überhaupt erst therapeutisch in Kontakt kommen zu können. Die größten Erfolge können erzielt werden, wenn Psychotherapie und Antidepressiva aufeinander abgestimmt eingesetzt werden können (Calatzis u. Loew 2003).

Leider stehen zu oft für eine fachgerechte Verordnung und Überwachung von Antidepressiva ambulant - im Vergleich zum Bedarf – kaum ausreichend fachärztliche Kollegen zur Verfügung. So werden nach einer Statistik der KBV 2006 nahezu 3/4 der Depressionspatienten vom Hausarzt behandelt und nur 15-20% bei der darauf spezialisierten Fachgruppe. So kann es gut sein, wenn der erreichbare Arzt die ersten Schritte schon mit einleiten kann.

Die Befürchtung, dass durch Antidepressiva der Tinnitus lauter werden könnte, wird durch die meisten Beipackzettel genährt. Richtig daran ist, dass Antidepressiva Empfindungen verändern können, und damit auch die subjektive Tinnitus-Lautheit. Richtig ist aber auch, dass Antidepressiva etwas dickhäutiger gegenüber seelischen Verletzlichkeiten machen und mehr Stütze im Außen geben.

So nutzen nach unserer Erfahrung und den Berichten aus der Literatur bei sorgfältiger Diagnose und Indikationsstellung Antidepressiva mehr als sie schaden - und dabei wird dann auch der Tinnitus leiser empfunden (siehe auch Hoares (2011), Dobie 2003, Folmer u. Shi 2004, Halford u. Anderson 1991, Seling 2005).

Auf der Modellebene der Hörverarbeitung ist dabei durchaus vermittelbar, dass durch das erhöhte Serotoninangebot die – überwiegend- hemmenden Synapsen (Hörfilter) in der Hörbahn verstärkt werden können. Dann kann - auch deswegen - der Tinnitus in seiner Lautheit abnehmen.

Für die Auswahl von Antidepressiva ist es günstig, sich auf die – im Zweifel wenigen - zu beschränken, deren Wirkungsspektrum bekannt ist. Psychopharmaka sind hochwirksame Medikamente mit Wirkungen und teilweise ernsten Nebenwirkungen. Dazu zählen auch evtl. Blutbildveränderungen u. a bei Antidepressiva sowie dysphorische Stimmungsänderung oder Antriebssteigerung, teilweise noch vor der erwünschten Stimmungsaufhellung, die dann eine eventuelle Suizidgefahr erhöht (Benkert u. Hippus 2012, Seling 2005).

Trizyklische Antidepressiva: klassisch – sedierend – schlafanstoßend

Hauptsächlich bewährt haben sich die älteren, kostengünstigen trizyklischen Antidepressiva wie Doxepin und Trimipramin. Diese haben einen schlafanstoßenden und eher sedierenden Effekt und sind vor allem günstig, wenn zum Tinnitus Schlafstörungen beklagt werden. Problematisch werden manchmal die anticholinergen Komponenten wie:

- Mundtrockenheit
- Obstipation
- Harnverhalt bei Prostataerkrankung
- Orthostatische Dysregulation
- Gewichtszunahme
- Erektile Funktionsstörung
- Erhöhung des Augeninnendrucks

Diese werden als besonders unangenehm erlebt, sind aber meistens vorübergehender Natur und werden umso eher toleriert, je besser die Patienten darüber aufgeklärt sind.

Relative Kontraindikationen für trizyklische Antidepressiva sind:

- AV-Überleitungsstörungen zweiten und dritten Grades
- Prostathyperthrophie
- erhöhter Augeninnendruck
- und etwaige Epilepsien.

Beachtet werden sollten regelmäßig durchzuführende Kontrollen auf EKG- und Blutbildveränderungen sowie ggf. gesteigerte Krampfneigungen. Angesprochen werden muss die Potenzierungsgefahr bei Alkohol. Bei einer Neueinstellung mit sedierenden Antidepressiva sollte in den ersten 2 bis 3 Wochen das Autofahren möglichst vermieden werden.

Schlafanstoßend kann mit 10 mg bis 25 mg abends einsteigend begonnen werden. Die mittlere antidepressive Dosierung beträgt 150 mg, etwa 3 x 50 mg über den Tag verteilt. Wichtig ist es auch, eine tatsächliche Wirkdosis zu erreichen.

Antidepressiva entfalten in der Regel ihre Hauptwirkung mit einer Zeitverzögerung von 2 bis 3 Wochen, darüber sollten die Patienten aufgeklärt werden. Das unterscheidet sie von den Benzodiazepinen, aber dafür machen Antidepressiva nicht abhängig.

SSRIs: „modern“ – antriebssteigernd – nicht müde machend

Kommen – etwa aus oben genannten Gründen - trizyklische Antidepressiva nicht in Frage, können Selektive Serotonin Re-uptake Inhibitoren (SSRI) (hauptsächlich Citalopram) eingesetzt werden, wenn ein verbesserter Antrieb morgens erreicht werden soll. Verhindert die depressive Stimmung den Schlaf, kann sogar über die antidepressive Wirkung abends wieder eine Schlaffähigkeit erzielt werden.

Als Nebenwirkungen können bei den SSRI Hyperhidrosis, Übelkeit, Schwindel, Unruhe, Schlafstörungen, Erbrechen, Tremor sowie Ejakulationsverzögerungen auftreten.

Die mittlere Dosierung beträgt zwischen 10 mg (einstehend) bis 40 mg morgens.

Sertralin

Sertralin gehört zu den selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern (SSRI). Sertralin findet als Antidepressivum bei Depressionen sowie bei Angststörungen, posttraumatischer Belastungsstörung und Zwangsstörungen Verwendung. Sertralin wirkt bereits bei der ersten Einnahme antriebssteigernd, nach etwa sieben Tagen setzt die stimmungsaufhellende Wirkung ein, dieser Effekt baut sich dann während der danach folgenden 7–21 Tagen aus.

Häufig können unter Sertralin zentralnervöse Störungen wie Schlaflosigkeit, Schläfrigkeit, Appetitlosigkeit und Schwindel, Störungen des Magen-Darm-Systems wie Übelkeit, Erbrechen und Durchfall sowie Störungen des vegetativen Nervensystems wie Mundtrockenheit beobachtet werden. Auch erweiterte Pupillen, Sehstörungen und sexuelle Funktionsstörungen zählen zu den häufigen Nebenwirkungen.

Mirtazapin: antidepressiv – und schlafanstoßend

Wenn das Medikament aber schlafanstoßend wirken soll und die klassischen Antidepressiva nicht in Frage kommen, kann als neueres Antidepressivum Mirtazapin eingesetzt werden. Es hat sowohl anxiolytische als auch sedierende Effekte wie einen relativ schnellen Wirkungseintritt. Neben sedierenden und anticholinergen Nebenwirkungen ist auch eine Appetit- und Gewichtszunahme sowie Schwindel und ein Restless-leg-Syndrom möglich. Die mittlere Dosierung beträgt zwischen 7,5 mg (einstehend) über 15 und 30 mg bis zu 60 mg (abends).

Achtung:

Schnelle Hilfe ist manchmal gefährliche Hilfe

Schnell wirksam, aber auch schnell in die Abhängigkeit führen Diazepame und Barbiturate, also „Beruhigungs-“ und „Schlafmedikamente“. Trotz ihres bekannten Suchtpotentials besteht hier meist eine höhere Akzeptanz als bei den sicher kausal wirksameren Serotoninverstärkern mit der Kennzeichnung „Antidepressiva“.

Fachgerecht sollten Diazepam und Barbiturate nur, wenn es hinsichtlich der Angst, der Unruhe und des Schlafes „ganz schnell gehen muss“, direkte „Beruhigungs- und Schlafmittel“ erwogen werden. Dann ist bei Schlafstörungen ein Medikament wie Zopiclon® (Ximovan) aus der Gruppe der Benzodiazepin– Rezeptor- Agonisten wegen seiner geringeren Suchtgefährdung eher geeignet als ein Benzodiazepin oder Barbiturat. Bei „frei flottierender“ Angst hat Lorazepam (Tavor®) expidet als Anxiolytikum vom Benzodiazepin-Typ einen guten Soforteffekt. Problema-

tisch bleibt dabei, dass das Benzodiazepin ein hohes Suchtpotential hat, ein Vermeidungsverhalten unterstützt und in der Therapie Lerneffekte stark behindert.

„Sicherer“ im Sinne der Vermeidung der Abhängigkeit ist es, Unruhe- und Erregungszustände, aber auch leichte Schlafstörungen mit Atosil® oder Dipiperon, zwei relativ gut verträglichen niederpotenten Neuroleptika, zu vermindern.

Gruppe	Medikament Dosierung	Wirkung und Zielsymptomatik	Nebenwirkungen (wichtige)	Besonderheit
Sedierende Antidepressiva	Doxepin (Trizyklische) z.B. Aponal, Generika) (5 mg) 25 - 150 mg	Depressive Zustände mit den Leitsymptomen Schlafstörungen, Angst, innere Unruhe,	Mundtrockenheit, Obstipation, orthostatische Dysregulation, Müdigkeit, Benommenheit, orthostatischer Schwindel, Akkomodationsstörungen, Arrhythmien, Tremor, Unruhe, Harnverhalt, Verwirrtheit	„Klassisch“, preisgünstig Vorsicht bei kardial vorgeschädigten oder Patienten mit kognitiven Abbauprozessen. Gutes Medikament zur Langzeitbehandlung.
aktivierendes Antidepressivum	Citalopram (Handelsname: z.B. Cipramil) Dosierung (10 mg) 20 - 60 mg	Depressive Erkrankung und Panikstörungen mit und ohne Agoraphobie - insbesondere bei Antriebsminderung. Zwangsstörungen, posttraumatischen Belastungsstörungen, Begleitmedikation zu Schmerzsyndromen	Unruhe 10 %, Angst 4 %, Tremor 8 %, Übelkeit 10-20%, Erbrechen 4 %, Diarrhoe 8 %, Obstipation 13 %, Mundtrockenheit 17-20 %, Hyperhidrosis 11-18 %, Sexuelle Funktionsstörungen etwa als Ejakulationsverzögerung (6 % Männer)	niedrigstes Wechselwirkungspotential niedrigstes Potential für Unruhe und Angst. Gutes Medikament zur Langzeitbehandlung.
sedierendes Antidepressivum	Mirtazapin (Remergil) Dosierung: (15 mg- 30 mg)	vorwiegend bei ängstlich-agitierter depressiver Symptomatik, Schlafstörungen	Sedierung, Schläfrigkeit 50-60%, Mundtrockenheit 25 %, Appetitsteigerung 17 %, Gewichtszunahme 12 %, Schwindel 7 %	Schnellster Wirkungseintritt aller Antidepressiva gutes Medikament zur Langzeitbehandlung
Benzodiazepin als Anxiolytikum/ Sedativa	Lorazepam (Tavor, Generika) Dosierung 0,5-5 mg)	Behandlung akuter Angst-, Spannungs- und Erregungszustände und ggf. dadurch bedingter Schlafstörungen	Sedierung (ca. 16 % dosisabhängig!), Schwindel 7 %, verlängerte Reaktionszeit, Ataxie, Verwirrtheit, Abhängigkeit nach längerer Einnahme, dann auch Entzugssyndrom.	Eines der stärksten angstlösenden Medikamente. Langzeitbehandlung (über 4 Wochen) nur in Ausnahmefällen sinnvoll.
Benzodiazepin-antagonist als Anxiolytikum/ Sedativum	Zopiclon (Ximovan, Generika) Dosierung 7,5 mg zur Nacht	Kurzzeitbehandlung von Schlafstörungen	Geschmacksstörungen 15-30 % (zunächst) anhaltende Müdigkeit mit psychomotorischer Hemmung, Mundtrockenheit, Verwirrtheit	1. Wahl bei der Kurzzeitbehandlung von Schlafstörungen (langfristig: Doxepin), nicht länger als 4 Wochen
Niederpotente Neuroleptika	Promethazin (Atosil, Generika) Dosierung 12,5-50 mg (max. 200 mg Tagesdosis)	Unruhe- und Erregungszustände im Rahmen psychiatrischer Grunderkrankungen	Sedierung, Mundtrockenheit, Blutbildstörungen, Funktionsstörung d. Magen-Darm-Systems, Akkomodationsstörungen, orthostatische Dysregulation, Herzrasen, Hautreaktionen, Photosensibilisierung, Provokation epileptischer Anfälle, Gewichtszunahme, Störung der Schweißdrüsenfunktion und der Temperaturregulierung, sexuelle Funktionsstörung, Galaktorrhoe, extrapyramidaler Symptomatik (Gutes Akutmedikament, Langzeitbehandlungen sind möglich; es sollte aber geprüft werden, ob Antidepressiva besser geeignet sind. Vorsicht bei kardial vorgeschädigten Patienten z. B. in der Geriatrie. Bei Langzeitbehandlung ist eine sorgfältige Überwachung der Herzleistung und des Blutbildes notwendig.

Tab 3: Ausgewählte Medikamente zur Psychopharmakotherapie und ihre Wirkung Modifiziert nach Calatzis u. Loew (2003)

„Nachwort“

Leiden und Heilen wie im Märchen

Daß Veränderungen erst durch Leiden angestoßen werden, erscheint bei den heutigen Möglichkeiten zunächst ungewöhnlich, unnötig, verständlicher Weise auch als unfair. Wir vergessen oft und gerne, dass wir – immer noch - unendliches Glück haben, hier und jetzt leben zu dürfen: Nicht hier vor noch 50 oder 100 und 150 Jahren, und nicht jetzt vielleicht nur 500-1000 km entfernt in Regionen, wo Krieg und Not, Ungerechtigkeit und Grausamkeit an der Tagesordnung sind.

Dennoch sind wir vom Paradies auf Erden meilenweit entfernt. Auch scheinen - zumindest seelische - Entwicklungen oft Hindernisse und Widerstände mit Gelegenheit zum Wachstum zu brauchen. Nimmt man Märchen als Geschichten, die über Generationen hinweg Grundmuster allgemeinmenschlichen Verhaltens weiter erzählen, so zeigt sich schon dort, daß zumindest seelische Reifungsvorgänge nicht glatt von der Hand gehen. Kein Prinz bekommt seine Prinzessin ohne Prüfung oder Kampf gegen den Drachen, keiner Prinzessin fällt der Wunschprinz in den Schoß. Innere Reife im Leben scheint erst nach einer Leidensstrecke erlangt werden zu können und so zeigen Märchen schon und immer wieder das volle menschliche Leben mit allem Dunklen, Bösen, Leiden, aber auch den dagegen wirkenden lichten, guten und heilenden Kräften.

In den entsprechenden Märchenmotiven wird etwa Rotkäppchen verschlungen. Bei dieser Grausamkeit bleibt es aber nicht, sondern es folgt, wie bei den meisten Märchenmotiven, auf die Qual oder den Tod die Wiederauferstehung als Symbol für das geglückte Erreichen in der nächsthöheren Reifungsstufe. Es werden also Qualen der Reifung dargestellt, die zumindestens im Unbewußten Vorstellungen über Bedrohung und Errettung bilden helfen. (Kleespies: Vom der Sinn der Depressionen).

Alles Logo? Wo liegt der Sinn?

Oft geht es auch schlechthin um den Sinn des Lebens. Die Zuversicht in die bedingungslose Sinnhaftigkeit des Lebens hat Viktor E. Frankl systematisch in die Psychotherapie eingeführt. Auch noch so tiefe Abgründe von Leid, Schuld oder Tod minderten diese Aussage nicht, im Gegenteil hat er diese als Herausforderung des Lebens an die Person und die menschliche Reaktionsweise formuliert. So fördere Leid die Hellsichtigkeit des Menschen und die Durchsichtigkeit der Welt. In beiden Fällen werde die Sicht des Menschen erweitert, erneuert, evtl. korrigiert, auf jeden Fall intensiviert. So sehe der leidende Mensch mehr: er sehe nicht nur mit seinen Augen im Gesicht, sondern auch mit den Augen des Geistes und nehme geistig mehr wahr.

Als weniger hilfreich und „sinnvoll“ wird die Frage nach dem Warum betrachtet. „Warum bin ich krank geworden? und dann natürlich auch die Frage: „Warum habe - ausgerechnet - ich (deswegen sogar?) Tinnitus, warum ist er so laut, behindert mich usw.? „

Dieses Forschen nach diesem Warum sei zwar öfters erfolgreich, aber eben selten hilfreich, weil es uns auf die falsche Fährte locke.

So schreibt Frankl: *„Das Leben ist es, daß den Menschen die Fragen stellt. Der Mensch hat nicht zu fragen, er ist vielmehr der vom Leben her Befragte, der dem Leben zu antworten - das Leben zu verantworten hat. Die Antworten aber, die der Mensch gibt, können nur konkrete Antworten auf konkrete Lebensfragen sein“*. Die Fragen, die das Leben uns stellt, könnten wir uns nicht aussuchen. Aber die Antworten die wir darauf geben, seien Zeugnisse unserer ureigensten geistigen Haltung, gleichsam Fingerabdrücke unseres Lebens.

Der unbedingte Glaube an die bedingungslose Sinnhaftigkeit des Lebens führte dann dazu, wie Frankl postuliert, daß nichts auf der Welt Anlaß zu Hoffnungslosigkeit und Zweifel bietet, weil bei aller Tragik die Hoffnung bestehen bleibt, daß etwas Sinnvolles daraus erwächst. Für sich selber hat dies Frankl selbst unter widrigsten Bedingungen im Konzentrationslager gelebt und nicht letztlich daraus seine „Logotherapie“ (Logos, griechisch = Sinn) entwickelt.

Für uns Normalsterbliche, die wir Leid und Trauer lieber auf der weit weggerückten Seite unseres Lebens sehen, ist der Ansatz nicht einfach und sicherlich oft auch überfordernd.

Da ich mir nun aber nicht mehr aussuchen kann, ob ich erkrankt bin und wie schwer ich bis jetzt erkrankt bin, kann auf der Suche nach dem Gesunden und dem Hilfreichen eine Perspektive entwickelt werden, in der wieder Gestaltung möglich ist.

Weiterführende Literatur:

Wolfersdorf, Manfred (2000): Krankheit Depression. Erkennen, verstehen, behandeln. Psychiatrie Verlag Bonn, 218 S.

Wolf D, Merkle R (1994): Gefühle verstehen, Probleme bewältigen. Ein praktischer Ratgeber zur Bewältigung von Ängsten, Unsicherheiten, Minderwertigkeits- und Schuldgefühlen, Eifersucht, depressiven Verstimmungen.... , Heidelberg, PAL

Kleespies, W. (1998): Vom Sinn der Depressionen. Selbstwertstörungen im Blickwinkel der Analytischen Psychologie. Reinhardt, München

L. Epstein Rosen und X. F. Amador (1998): Wenn der Mensch, den Du liebst, depressiv ist. Wie man depressiven Angehörigen oder Freunden hilft, ohne selbst den Boden unter den Füßen zu verlieren. Bern: Scherz, 1998