

Tinnitus-Fortbildungstagung, 26./27. 8. 2005, Zürich

Abstracts

Grenzen und Möglichkeiten des Neurofeedback und Neuropsychologie in der Tinnitus-Therapie Dr. rer. nat. Martin Meyer, Institut für Neuropsychologie, Universität Zürich www.psychologie.unizh.ch/neuropsych/home_meyer

Die Pathogenese der Tinnitus-Symptomatik ist bis heute in den meisten Fällen ungewiss. Lange Zeit vermutete man, dass die Geräusche ausschliesslich durch Schädigungen des Innenohrs und der Hörnerven verursacht werden.

In den letzten Jahren allerdings mehren sich Hinweise auf eine Beteiligung der Hörrinde (auditorischer Kortex), also des zentralen Hörsystems. Prinzipiell basiert dieser Ansatz auf der Annahme, dass die funktionale Ordnung des Hörkortex infolge der Schädigung des Innenohrs umgeformt wird. In diesem Zusammenhang spricht man von einer maladaptiven Reorganisation des zentralen Hörsinns, die aufgrund der neuroplastischen Eigenschaften des Gehirns erklärbar ist. Unter Plastizität versteht man die dauerhafte Fähigkeit des Gehirns, sich zu verändern und neuen Bedingungen anzupassen. Dieser Gedanke hat erhebliche Konsequenzen für einen neuropsychologischen Ansatz in der Tinnitus-Therapie.

Derzeit untersuchen Neuropsychologen, inwiefern ein spezielles Hörtraining diese dysfunktionale Umformung wieder zurückbilden kann. Im Verlauf des Vortrags werden neuere Befunde zu diesem Ansatz vorgestellt, die aber zu diesem Zeitpunkt noch geringe Erfolgsraten aufweisen. Ergänzend wird ein weiterer neurowissenschaftlicher Ansatz vorgestellt, der auf die langfristige Behandlung der Tinnitus-Symptomatik durch transkraniale Magnetstimulation (TMS) zielt.

Ein anderer neuropsychologischer Ansatz sieht eine klinisch wirksame musiktherapeutische Behandlungsmethode vor, die die Untersuchung der neuronalen Reorganisation der akustischen Wahrnehmung im Rahmen eines musiktherapeutischen Programms fokussiert. Allerdings muss man die Bedeutung der emotionalen Bewertung auch hier – wie in jeder anderen Therapie – betonen.

Eine neue Alternative zu den genannten Therapieansätzen stellt die Methode des Neurofeedbacks dar. Neurofeedback ist ein Verfahren auf der Basis der im EEG messbaren elektrischen Hirnaktivität.

Über eine sensorische Rückmeldung (z.B. in Form eines visuellen oder akustischen Reizes), lernen die Tinnitus-Patienten, ihre Gehirnströme, und damit die Wahrnehmung des Ohrgeräuschs willentlich und nachhaltig zu beeinflussen. Auch dieser Ansatz macht sich die plastische Eigenschaft des Gehirns zu nutze, indem gezielt die Organisation der Hirnaktivität optimiert wird.

Obwohl einige Studien positive Ergebnisse vorzeigen können, ist es derzeit offen, inwiefern sich der Einsatz von Neurofeedback langfristig im Kontext der Tinnitus-Therapie etablieren kann.

Phasen in der Psychotherapie mit Tinnituspatienten Psychosomatische Sicht der Psychotherapie Anita Schaer, lic. phil., Fachpsychologin für Psychotherapie FSP Tinnitusberatung – Psychologische Praxis, Baden, www.schaer-psychologie.ch

Ein Mensch, der nicht alles verkraften kann, was er sich antut und was ihm widerfährt (er überlastet sich im Beruf, in der Familie oder in der Zweierbeziehung, er hat ein Trauma, einen Kummer oder einen Verlust nicht verarbeitet), somatisiert seine Überforderung. In der Therapie lernt er, auf Anzeichen von Überforderung schneller zu reagieren, indem er sie besser wahrnimmt und weniger toleriert. Er lernt, sich besser abzugrenzen, anders zu kommunizieren. Er nimmt seine Bedürfnisse klarer wahr und unterdrückt sie weniger. Er lernt, auch schwierige und schmerzhaft Erfahrungen aus der Verdrängung zurückzuholen und sie emotional zu integrieren (Trauerarbeit, Auseinandersetzung

mit dem „Schatten“). Er kann sich nun mit dem auseinandersetzen, was ihm im Leben wichtig ist. Er setzt die Prioritäten neu und macht weniger Kompromisse, wenn es um seine psychische und körperliche Gesundheit geht.

Tabelle 1: Phasen in der Psychotherapie mit einem Tinnituspatienten

	Thema	Therapeutisch wirkende Erfahrung	Methodenschwerpunkte
1. Phase: Krisenintervention	Wie gewinnt Pat. wieder Boden unter den Füßen?	Mir kann geholfen werden. Der Tinnitus ist veränderbar.	Medizinische und psychologische Diagnostik, TRT, VT
2. Phase: Exploration	Auseinandersetzung mit den Symptomen und der Persönlichkeit: „Wer bin ich?“	Ich habe Einfluss auf den Tinnitus. Wahrnehmung ist veränderbar.	Hypnose symptomorientiert, TRT, VT
3. Phase: Integration	Den Tinnitus integrieren; Arbeit an der Wahrnehmungsorganisation	Ich entdecke Zusammenhänge zwischen meinen Gefühlen, Gedanken, körperlichen Beschwerden (auch dem Tinnitus). Ich lerne zu erkennen, was ich brauche und was ich unterdrücke. Ich bin frei, meine emotionalen Erfahrungen neu zu organisieren.	Hypnotherapie problemorientiert, TRT
4. Phase: Transformation	„Die Erfahrung schaffen, die geschehen will“	Die neuen emotionalen Erfahrungen eröffnen mir eine neue Realität. Sinnhaftigkeit. Bewusstheit	Hypnotherapie problemorientiert

Was wirkt in der Psychotherapie?

Beziehungsgestaltung

Ich gehe davon aus, dass PatientIn das, was ihm geschieht (Tinnitus, Hörsturz usw.) nicht einordnen kann. Patient weiss nicht, was er tun muss, damit sich sein Leiden bessert. Er sieht keinen Zusammenhang zwischen seinem Verhalten, seinen Gefühlen, seinem körperlichen und seelischen Leiden.

In der psychotherapeutischen Beziehung wird ein Rahmen geschaffen, in dem der Patient **emotionale Sicherheit** gewinnt und sich auf die Suche nach den für ihn relevanten Zusammenhängen machen kann. Ein wichtiger Grundsatz ist die Gewaltfreiheit in der Therapie (auch subtile Formen von Nötigung müssen vermieden werden).

Exploration, Integration

Die Therapeutin hat **Vertrauen**, dass der Patient den Schlüssel zu Fragen und Problemen findet. Das Vertrauen kommt aus der Erfahrung, dass der Patient mittels Hypnose in Kontakt kommt mit seinen Kernüberzeugungen, welche ihn antreiben. Manchmal wirken auch äussere Ereignisse positiv mit, indem sie Bewegung in das System bringen.

Zugang zum Kernmaterial ist möglich, wenn der Patient wieder Hoffnung hat, das heisst wieder **aktiv am Suchen nach einem Lösungsweg** für sein Problem ist. In der **Hypnose** wird unbewusstes emotionales Material zugänglich, indem die üblichen Denkmuster aufgegeben werden. Der Weg ist frei für Assoziationen, welche aus tieferen Schichten des persönlichen Erlebens stammen. Dabei werden mentale Prozesse angeregt, die **affektive Muster umgestalten** und belastende Ereignisse rekonstruieren.

Tab. 2: Lernprozesse im Verlaufe einer Psychotherapie

- Entscheidend für ein Gelingen der PatientIn-TherapeutIn-Beziehung: PatientIn fühlt sich als Individuum und in seinem Leiden verstanden und angenommen.
- PatientIn erlebt: Ich kann auf das Symptom Einfluss nehmen (Arbeit am Symptom)
- PatientIn begreift: Wenn ich bei so etwas Hartnäckigem wie Tinnitus etwas verändern kann, dann muss das Symptom einen Zusammenhang mit meiner Persönlichkeit haben.
- PatientIn erlebt den Tinnitus zunehmend als Symptom, das in einen Bedeutungszusammenhang gehört.
- PatientIn macht die Erfahrung, dass dieser Kontext sich positiv wandelt, je mehr sich PatientIn selbst verändert.

Bewältigung des Tinnitus: Kursangebote von pro audito schweiz
Lisa Guldenschuh, lic. phil., Master of NLP, dipl. Audioagogin, www.pro-audio.ch

Seit der letzten Tagung im September 2004 fanden wie angekündigt unter der Leitung erfahrener Audioagoginnen von pro audito schweiz an verschiedenen Orten Kurse und Informationsveranstaltungen zum Thema Tinnitus statt.

Einen sechsteiligen Kurs (wöchentlich 2 Stunden) leitete eine Kollegin. Etwa 15 Personen waren an den Informationen, Übungen und am Erfahrungsaustausch interessiert. Frau Isenschmid liess sich für diesen Kurs von Dr. Kröner-Herwig inspirieren, in deren Buch über Bewältigungstraining viel Kursmaterial zu finden ist.

Im Intensivkurs von pro audito schweiz in Lenk wurde eine spezielle Tinnitus-Gruppe gebildet. Sieben Personen interessierten sich für dieses Angebot im Rahmen des normalen Verständigungstrainingskurses. Ich leitete die Gruppe und brachte meine Erfahrung als Audioagogin und selbst Betroffene ein. Die Gruppe arbeitete am Thema Tinnitus täglich 2 Stunden während 5 Tagen. Zusätzlich genossen sie täglich eine Lektion „Atem, Bewegung, Entspannung“ (nach Wolff) und eine Lektion Verständigungstraining.

Bei der Arbeit mit dieser Gruppe standen v.a. drei Punkte im Vordergrund:

1. Reduzieren der Bedeutung des eigenen Tinnitus,
2. Erleben der eigenen Kompetenz im Verändern des Tinnitus und
3. individuelle Bewältigungsstrategien.

Zu 1: Bei allen Teilnehmenden handelte es sich um Hörbehinderte mit einseitiger Ertaubung, Schwerhörigkeit, Morbus Ménière usw. Im Laufe der Woche wurde den Betroffenen bewusst, dass die erlebten Einschränkungen der Lebensqualität (schlechte Sprachverständlichkeit und räumliche Orientierung, Hyperakusis, Rückzug wegen Verständigungsproblemen usw.) Folgen der Hörschädigung und nicht des Tinnitus sind. Und gerade gegen die Verständigungsprobleme kann viel unternommen werden. Aber auch z.B. Nervosität muss nicht gezwungenermassen als Folge des Tinnitus auftreten. Durch Analyse der eigenen Erfahrungen realisierten die Betroffenen, dass sie alle schon glückliche, ruhige, konzentrierte Momente trotz lautem Tinnitus erlebt hatten.

Zu 2: Das Erlebnis der Hilflosigkeit, des Ausgeliefertseins ist aus meiner Sicht eines der grössten Probleme im Umgang mit dem eigenen Tinnitus. Es war mir darum wichtig, dass die Betroffenen sich selbst als kompetent erfahren und im Alltag entsprechend handeln können. Zu diesem Zweck veränderte ich das immer wieder verwendete Bild des Teufelskreises (verstärkt die Vorstellung der Hilflosigkeit) zu dem eines Wirkungskreises: Jeder der vier Faktoren beeinflusst alle anderen, im Negativen wie auch im Positiven. Wie die Faktoren positiv verändert werden können, erarbeiteten wir mit verschiedenen Übungen.

Mit verschiedenen Materialien stellten wir den eigenen Tinnitus dar: Auf Papier, in Relation zu den Umweltgeräuschen (nach Kröner-Herwig), mit Worten um den Anderen eine Vorstellung zu geben und mit Knetmasse. Ziel dieser Übungen war es, den Tinnitus aus sich heraus zu stellen, in die Hand zu nehmen und schlussendlich auch zu manipulieren, zu verändern.

Am effektivsten war dabei das Formen mit Knetmasse. Die Betroffenen konnten zu beliebiger Zeit ihre eigene Figur umformen, sie zerstören, vergrössern, verkleinern. Hier konnte dem Ärger Lust gemacht werden - eine ältere Dame schlug die Gestalt mit der Faust flach und beschimpfte sie, zwei Personen schenkten sich gegenseitig Teile ihres Tinnitus, weil der eigene so langweilig sei, eine Form wurde im Lauf der Woche immer kleiner, runder und kompakter usw. – und die Gestalt des Tinnitus nach eigenen Vorstellung verändert werden.

Am Ende der Woche zerschnitt eine Person die Knetmasse in winzige Teile und verstreute sie in der Umgebung von Lenk. Und weil es ihr so viel leichter ums Herz war, nahm sie ein Stück einer anderen Figur mit nach Hause um die Mitbetroffene ein wenig zu erleichtern.

Zu 3: Durch den Austausch von Erfahrungen und Tipps und mittels NLP-Prozessen konnten individuelle Bewältigungsstrategien für den Alltag ausprobiert, analysiert und verbessert werden. Dabei stellten sich viele gutgemeinte Tipps als unnützlich heraus. So wird das Rauschen von Wasser nur von zwei Personen aus der Gruppe als wohltuend wahrgenommen, für die anderen verstärkt das Geräusch den Tinnitus noch.

Auswertung: Der Kurs wurde sowohl mündlich als auch anonym und schriftlich mit der Gruppe ausgewertet. Die durchwegs positiven Antworten zeigen, dass das Angebot einem Bedürfnis entspricht. Eine Person mit einer langen Therapie-Geschichte äusserte sich wie folgt: „Es haben sich mir neue Aspekte betr. Tinnitus eröffnet.“

Etwa einen Monat vor und fünf Monate nach dem Kurs füllten die TeilnehmerInnen den Tinnitus-Fragebogen aus. Der Vergleich der Resultate motiviert mich an diesem Thema weiterzuarbeiten, ergaben sich doch frappierende Unterschiede:

Gesamtpunktzahl vor/nach dem Kurs (Zwei Personen füllten den zweiten Fragebogen nicht aus.): 43/24, 32/18, 47/51*, 15/-, 52/-, 19/19, 20/6, 52/40.

*Diese Person leidet sehr stark unter Morbus Ménière und Hyperakusis. Der Tinnitus ist dabei das Symptom für alle anderen Probleme.

Hyperakusis

**Priv.-Doz. Dr. med. Gerhard Goebel, Medizinisch-Psychosomatische Klinik Roseneck,
D-83209 Prien, www.schoen-kliniken.de**

Hyperakusis ist definiert als eine ungewöhnliche Intoleranz gegenüber normalen Umgebungsgeräuschen (Vernon, J. 1987) einhergehend mit einer überwiegend beidseitigen Unbehaglichkeitsschwelle <100 dB über alle Frequenzen (Hazell, J.W.P. 1992). Es handelt sich dabei um nosologisch unterschiedliche Phänomene, die aber als Gesamtgruppe dadurch gekennzeichnet sind, dass die Betroffenen auf die akustische Umgebung mit hohem subjektivem Leiden generalisiert oder detailliert reagieren. Für viele Patienten ist die Hyperakusis im Erleben mit der Tinnitusbelastung eng verknüpft und von daher bei der Behandlung des Tinnitus von großer Bedeutung. Nach epidemiologische Daten aus Schweden über Hyperakusis kann man von einer Häufigkeit von 8% bei der Gesamtbevölkerung ausgehen (Andersson 2004). Bei einer großen Stichprobe von Mitgliedern der Deutschen Tinnitus-Liga (DTL) liegt bei 34% der Tinnitusbetroffenen eine Hyperakusis von klinisch relevantem Ausmaß vor (Goebel et al. 2005).

Nach dem derzeitigen wissenschaftlichen Stand liegen überwiegend psychische Erklärungsmodelle vor. Aus einem multifaktoriellen Erklärungsansatz lassen sich mehrzügige Therapiekonzepte ableiten, deren Veränderungsziel sich auf Strategien konzentriert, wie sie bei Angststörungen erfolgreich zum Einsatz kommen. Hierzu gehören Counseling, Relaxationsverfahren, kognitive Verhaltenstherapie sowie Hörtherapie (Geräusch-Expositionsübungen; apparative Therapie). Wichtig ist, die meist vorliegende psychiatrische Komorbidität (Angststörungen, affektive Erkrankungen, Hypochondrie) mit in das Behandlungskonzept einzubeziehen. Hierzu gehört auch die Unterstützung mittels Psychopharmaka-Therapie (Antidepressiva, Neuroleptika). Vor dem Einsatz von Benzodiazepinen ist abzuraten, da sie bei späteren Dosisreduktionen heftige Rezidive auslösen können!. Am Beispiel eines multimodalen verhaltenstherapeutischen Behandlungskonzeptes wird dargestellt, wie der psychologische Zugang zu Patienten mit Hyperakusis das Therapieziel Reduktion der Hyperakusis erreicht werden können.

Literatur:

- Goebel, G. (2003) Tinnitus und Hyperakusis. In: Schulte, D., Grawe, K., Hahlweg, K., Vaitl, D. (Hrsg.): Fortschritte der Psychotherapie: Manuale für die Praxis; Hogrefe Verlag für Psychologie Göttingen ISBN 3-8017-1117-X
- Goebel, G. (Hrsg., 2001); Ohrgeräusche. Psychosomatische Aspekte des chronischen Tinnitus. Urban & Vogel, München
- Goebel, G. & Hiller, W. (2001): Verhaltensmedizinische Tinnitus-Diagnostik - Eine praktische Anleitung zur Erfassung medizinischer und psychologischer Merkmale mittels des Strukturierten Tinnitus-Interviews (STI). Hogrefe Verlag, Göttingen.
- U. Büttner & G. Goebel (2003): Tinnitus. In: Brandt, T., Dichgans, J., Diener, H.C. (Hrsg.): Therapie und Verlauf neurologischer Erkrankungen. 4. Auflage; Kohlhammer, Stuttgart

Diagnostik und Therapie von Depression und Angststörungen

Dr. med. Renata Siljevic, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Leiterin EPD Frauenfeld, Psychiatrische Dienste Thurgau, Spital Thurgau AG, Gründungsmitglied der Schweizerischen Gesellschaft für Angststörungen, www.stgag.ch

„...Über dem ängstlichen Gedanken, was etwa morgen uns zustoßen könnte, verlieren wir das Heute, die Gegenwart und damit die Wirklichkeit...“ Hermann Hesse

Tinnitus ist definiert als eine Tonempfindung, die nicht hervorgerufen ist durch ein simultanes mechano–akustisches oder elektrisches Signal. (Tinnitus-Kongress, London 1981). Mit einem komplexen chronischen Tinnitus geht die erhebliche psychische Problematik einher. Bei fast allen Patienten findet sich ein Zusammenhang mit unbewältigtem Stress. Die Ohrgeräusche seien nach innen genommener Lärm, es sei so, als ob die Betroffenen sich selbst stören würden. Viel spricht dafür, dass sie, von äusserem „Lärm“ gestört, sich nicht zur Wehr gesetzt, sondern ihre Aggression in sich hineingefressen bzw. –gehört haben.

Die Störung führt zu verstärkten Ängsten, Schlafstörungen, sozialem Rückzug, Depression, nicht selten zur Selbstgefährdung. Gemäss Studie von Hiller et al.(1992) liegt bei 96% der Patienten mit der Diagnose „komplexer chronischer Tinnitus“ mindestens eine regelrechte psychische Störung vor, 85% litten unter einer Depression, 31% unter einer Angststörung, 23% unter einem Substanzabusus.

Depressionen und Angststörungen sind für sich allein schon sehr belastende, zur Chronifizierung neigende Erkrankungen, bei deren hoher Komorbidität sie als Spektrumserkrankungen betrachtet und dementsprechend mit klaren Behandlungskonzepten angegangen werden. Die frühzeitige Diagnose und eine angemessene Behandlung sind von zentraler Bedeutung für die Prognose und nur so kann das Risiko einer komorbider Störung und weiterer Komplikationen verhindert werden. Als „State of the Art“ der Behandlung gilt zur Zeit eine Kombination aus Psychotherapie und antidepressiver Medikation. Die kognitive Verhaltenstherapie ist aktuell am besten validierte Psychotherapieform. Die Antidepressiva können in den ersten zwei bis drei Behandlungswochen mit einem Benzodiazepinum kombiniert werden, doch Vorsicht ist geboten. Des weiteren werden neben spezifischen Behandlungsmethoden die unspezifische Massnahmen empfohlen wie Aufklärung, Hilfe zur Selbsthilfe (Patientenratgeber, Selbsthilfemanuale), Entspannungstraining (Jacobson, autogenes Training, Meditation, Yoga), Biofeedback, Umstellung der Lebensweise.

Workshop „Hypnotherapie bei Tinnitus und Hyperakusis“

**Anita Schaer, lic. phil., Fachpsychologin für Psychotherapie FSP
Tinnitusberatung – Psychologische Praxis, Baden, www.schaer-psychologie.ch**

Der Workshop geht auf symptomorientierte Techniken, und sofern es das Zeitbudget erlaubt, auf die problemorientierte Arbeit in der Hypnotherapie ein.

Die Teilnehmenden werden mittels Selbsterfahrung einen Eindruck der Techniken erhalten, welche in der Hypnotherapie bei Tinnitus und Hyperakusis angewendet werden.

Wir beschäftigen uns mit einfachen hypnotischen Übungen und erleben dabei, wie wir unsere Wahrnehmung aktiv gestalten durch Fokussierung, Veränderung, Verschiebung, Reframing.

Wenn die Zeit reicht, werden wir versuchen, in einer Übung uns in den Zustand der oft beschriebenen „Achtsamkeit“ zu versetzen. Ron Kurtz beschreibt Achtsamkeit in „Hakomi – eine körperorientierte Psychotherapie“, wie folgt:

„Wir alle vermeiden den Kontakt mit unserem Kernmaterial, indem wir Lärm veranstalten und zwar in Form von Ablenkungen und Zerstreuungen, indem wir uns auf andere Dinge konzentrieren und unsere Spannungen so hoch halten, dass wir Gefühle verkleiden und unsere Sensibilität herabsetzen können.“...„Wenn wir uns sicher fühlen, nimmt das Hintergrundrauschen ab, und der Fokus auf die gegenwärtige Erfahrung bringt uns in Kontakt mit dem Kern.“

Die Unterweisungen des geschichtlichen Buddha enthalten umfangreiche Beschreibungen über das Zusammenwirken von Körper und Geist. Auf dieser Grundlage sollen hier die Wirkungen von Ärger und Geduld auf das körperliche und geistige Befinden beschrieben werden.

Lebendig zu sein heisst, dass Körper und Geist miteinander verbunden sind. Körper ist ein materielles Objekt, Geist dagegen ein immaterielles. Die Verbindung zwischen diesen beiden wird durch sogenannte "subtile Energien" bewirkt. Alles, was sich im Körper oder im Geist bewegt, steht im Zusammenhang mit diesen subtilen Energien.

Jede Regung des Geistes ist mit einer entsprechenden Bewegung subtiler Energien verbunden. Energie ist eine Form von Materie und ist dadurch in der Lage, auf den groben materiellen Körper zu wirken. Indem Gedanken die Bewegung der Energien beeinflussen und der Fluss der Energien auf den Körper wirkt, kommt der Einfluss geistiger Zustände auf den Körper zustande. Auch eine umgekehrte Beeinflussung ist möglich: indem die körperlichen Gefäße, durch die subtilen Energien fließen, mit materiellen Mitteln beeinflusst werden, entstehen Veränderungen der geistigen Zustände wie zum Beispiel beim Einnehmen von Alkohol.

Wie zuvor erwähnt, ist der Geist ein immaterielles Objekt; aber dennoch ist er nicht "ein Stück", sondern eine Anhäufung funktioneller Teile. In Bezug auf einen spezifischen geistigen Vorgang, wie zum Beispiel das Erfassen eines visuellen Objektes, wird zwischen dem eigentlich *erfassenden Teil des Geistes* und einer Vielzahl von *begleitenden Faktoren* unterschieden. Ärger und Geduld sind solche begleitenden Faktoren.

Wenn unser Geist etwas wahrnimmt und dabei der Faktor Ärger auftritt, dann bewirkt der Ärger einen gestörten Fluss der subtilen Energien. Das bewirkt dann das bekannte körperliche Unbehagen in Verbindung mit Ärger. Gleichzeitig findet während der Dauer des Ärgers auch ein Vorgang des "Gewöhnens an Ärger" im Geist statt, so dass in der nächsten unangenehmen Situation der Ärger schon etwas schneller auftritt. Darüber hinaus wird im Buddhismus auch von einer "karmischen" Wirkung des Ärgers gesprochen, d.h. der Ärger hinterlässt im Geist ein Potenzial für zukünftige Erfahrungen, die dann auch zu einem wesentlich späteren Zeitpunkt auftreten können. Alle Erfahrungen, die Ärger erzeugt, sind schmerzhaft, ganz gleich, ob das Produkt sofort oder erst nach langer Zeit erfahren wird.

Geduld ist ebenfalls ein Faktor des Geistes. Geduld ist "Ertragungsfähigkeit", eine Eigenschaft, die jeder Mensch besitzt. Diese Fähigkeit kann entwickelt und gestärkt werden, und ist eine der wichtigsten Grundlagen für alle weiteren wertvollen Qualitäten. Je stärker diese Fähigkeit ist, umso weniger kann Ärger auftreten und umso ruhiger und ausgeglichener ist ein Mensch. Der Buddhismus beschreibt viele Methoden, um die Kraft von Geduld in sich zu stärken. Die Kraft von Geduld macht einen Menschen stark, schwierige Situationen mit Ruhe zu überdauern; sie macht einen Menschen stark, um schwierige Ziele mit Ausdauer anzustreben, und sie gibt einem Menschen die Kraft, um komplexe Zusammenhänge genau zu untersuchen und zu verstehen.