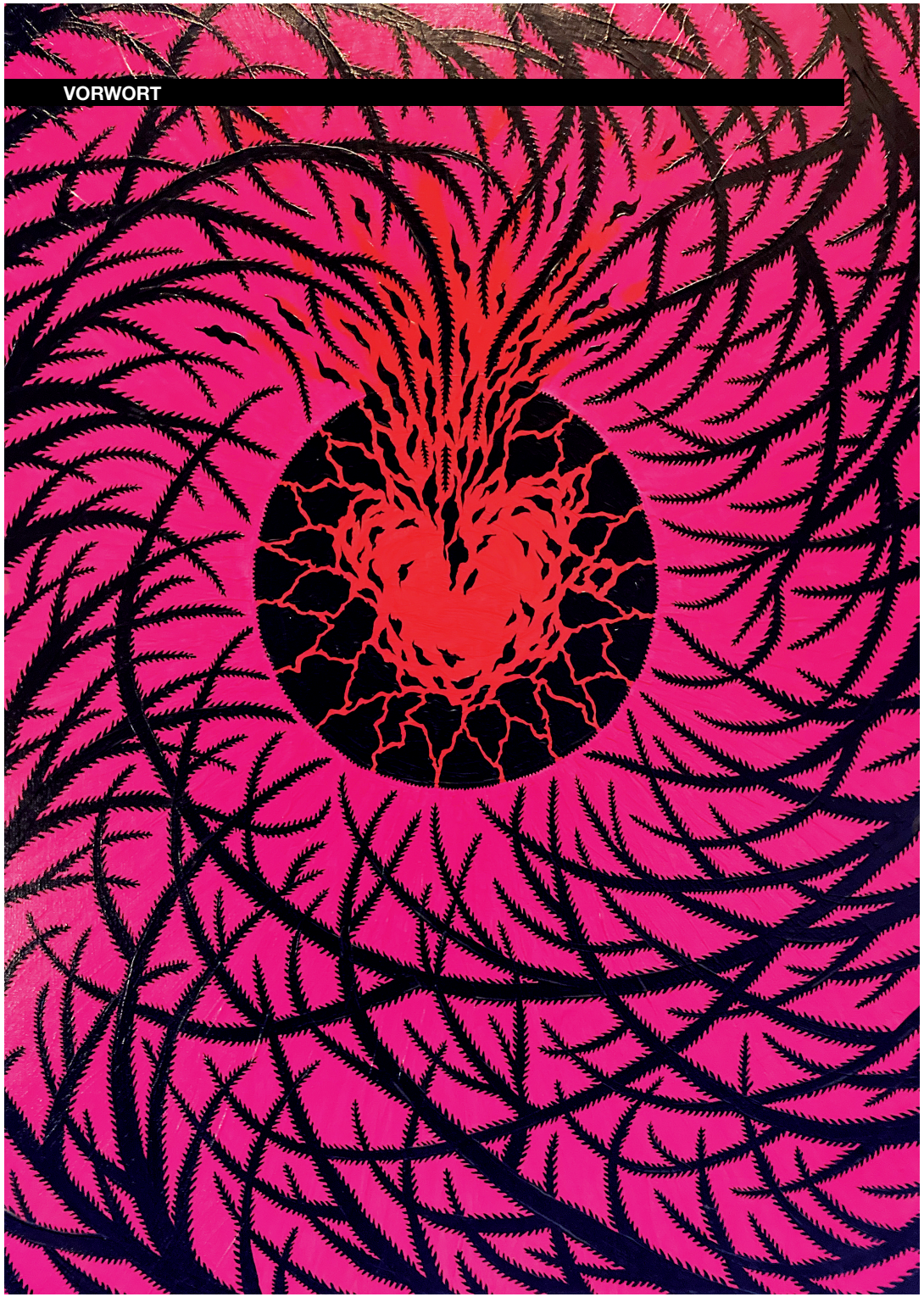

UNTER UNS

von Michael Kraske

Herzrasen. Kalter Schweiß. Panik. Nach kurzem Schlaf schreckt die Mutter zweier Kinder nachts hoch, zittert, ringt nach Luft und geht die Treppe runter. Als ihr Mann hinter ihr auftaucht und besorgt nachfragt, was denn los ist, sagt sie ihm, dass sie Hilfe braucht. Sie legt sich auf den Boden, greift nach allem, was sie zu fassen kriegt. Ihr Mann steht daneben, ratlos, hilflos. Sie rufen eine Ärztin an, die sagt, sie müssten schon herkommen zu ihr. Also lassen sie die beiden Kinder schlafen, ziehen sich nur schnell eine Jacke drüber und fahren los. Die Ärztin stellt nicht viele Fragen, gibt der aufgeregten Frau eine Beruhigungsspritze und schickt sie wieder nach Hause. In ihr Eigenheim, das sich beide zwei Jahre lang in einem kleinen Ort im Osten Deutschlands gebaut und eingerichtet haben. Wo sie mit dem Sohn und der Tochter glücklich sind, bis zu jener Nacht, in der sie von einer grauenhaften Angst überfallen wird, die alles bedroht: Sicherheit, Gewissheiten, ihren Plan vom Leben.

Die junge Mutter hat immer funktioniert, als Kind bei den Eltern, als Angestellte in einer Arztpraxis, in der Familie. Von heute auf morgen geht nichts mehr. Es folgen weitere Nächte, in denen sie panisch erwacht. Das Paar rettet sich in den Morgen, sie schleppt sich zur Arbeit, gerädert, übermüdet. Zu Hause ist sie dünnhäutig und gereizt. Die sonst so liebevolle Mama schreit ihre Kinder an, Kuscheln kann sie nicht ertragen, die Nähe zu ihrem Mann auch nicht. Sie vertraut sich niemandem an, den sie kennt, telefoniert nur heimlich mit der Telefonseelsorge. Wenn sie mit dem Auto über eine Brücke fährt, überkommt sie der Wunsch, die Seitenbrüstung zu durchbrechen. Einmal hält eine Seelsorgerin sie am Telefon davon ab, vom Balkon zu springen. Sie will doch für die Kinder da sein. Kennt sich selbst nicht mehr. Erschrickt vor den dunklen Impulsen, die sie in den Abgrund zu reißen drohen. Als ihr Mann sie in einer weiteren Horrornacht zu einer Notärztin fährt, weist diese sie in eine psychiatrische Klinik ein, wo sie nach vielen Wochen endlich die richtige Diagnose erhält: Sie leidet an einer mittelgradigen Depression sowie einer Angststörung. Sie ist völlig entkräftet. Leer. Ohne jedes Gefühl.

In langen Wochen, mit der Hilfe von Antidepressiva, Einzel- und Gruppengesprächen, schafft sie es Stück für Stück ins Leben zurück. Während ihr Mann zu Hause alles allein schaffen muss. Mit dem Haus und den Kindern. Wenn die drei sie in der Klinik besuchen, freuen sie sich, dass es der Mama wieder besser geht. Aber es ist nicht einfach alles wieder gut. Die Gefühle sind wie eingefroren. Ihr wird schnell alles zu viel. Die junge Mutter beginnt eine Psychotherapie, darin lernt sie Verhaltensmuster kennen, die sie anfällig gemacht haben: ihr Bedürfnis, immer für die anderen da zu sein. Nie an sich zu denken. Mit der Therapeutin beginnt sie, sich ihren Ängsten zu stellen. Sie fahren zusammen Fahrstuhl. Sie macht die Erfahrung, dass sie nicht stecken bleibt. Dass nichts Schlimmes passiert, wenn sie die oberste Etage eines Hochhauses betritt. Nach der Tagesklinik ist sie wieder zu Hause. Es fällt ihr immer noch

Illustration linke Seite:
Schwarwel SEELENFRESSER „Liebe“

schwer, ihre eigenen Bedürfnisse auszuleben. Aber sie lernt, egoistischer zu sein. Einfach mal joggen zu gehen, wenn ihr danach ist. Es ist nicht so wie vor der Depression. Ihrem Mann kann sie immer noch nicht so nah sein, wie sie es sich selbst gern wünscht. Es bleibt ein langer Weg. Manchmal haben beide Zweifel. Aber sie wollen ihn zusammen gehen. Ende offen.

Die Geschichte des Paares ist eine ganz normale Geschichte. Einerseits. Andererseits ist es eine, über die man nicht spricht. Aus Scham, aber auch aus der berechtigten Angst heraus, stigmatisiert zu werden. Weil in vielen Berufen vorausgesetzt wird, dass man als Mitarbeiter jederzeit zu funktionieren hat. Egal, ob in einer Bank, im Büro oder hinter einer Ladentheke. Dabei ist jede vierte Frau und jeder achte Mann im Laufe seines Lebens von einer Depression betroffen. Im Laufe eines Jahres sind das über fünf Millionen Erwachsene in Deutschland, mehr als acht Prozent der Bevölkerung. Dazu kommen Kinder, Jugendliche und Rentner. Ähnlich sieht es bei Angststörungen aus. Jährlich erkranken 60 Millionen EU-Bürger daran, im Laufe seines Lebens jeder fünfte. Wer sich umsieht und umhört, stößt auf Geschichten wie die des Familienvaters, der als Angestellter eines Technologiekonzerns seit vielen Jahren mehrtägige Geschäftsreisen zu anderen Kontinenten unternimmt und von einem Tag auf den anderen Panikattacken bekommt: beim Einkaufen, auf der Autobahn. Mit Atemnot und Todesangst. Der Opa, der nach einer Operation am Hüftgelenk jeden Lebensmut verloren hat und seinem Sohn mitteilt, dass er sich aufgegeben habe. Der sich plötzlich nicht mehr für Fußball interessiert, keinen Appetit mehr hat und nur noch darauf wartet, dass wieder ein Tag rum ist. Dem nach qualvollen Wochen im Sorgenkarussell endlich eine Psychiaterin diagnostiziert, dass er an einer Depression erkrankt ist. Der erfolgreiche Unternehmer, der immer hart gegen sich selbst und andere war. Der weder Fehler noch Schwächen duldet, bis er nach einem Zusammenbruch in einer psychiatrischen Klinik die Diagnose erhält: Narzisstische Persönlichkeitsstörung. In vielen Familien gibt es ein stilles, unsichtbares Leiden – von denen, die psychisch erkranken, und denen, die hilflos danebenstehen. Als Eltern, Partner, Kinder und Geschwister.

Tückisch ist, dass sich viele psychische Leiden anschleichen und tarnen. Angst versteckt sich oft hinter körperlichen Symptomen: Herzrasen, Atemnot, Zittern. 95 Prozent der Betroffenen sind sich sicher, körperlich krank zu ein. Sie gehen zum Hausarzt und lassen sich beispielsweise Tabletten gegen Herzbeschwerden verschreiben. Die allermeisten sind entweder bei einem Hausarzt oder gar nicht in Behandlung. Dem Hausarzt fällt also die Schlüsselrolle zu, ob eine psychische Erkrankung erkannt und behandelt wird oder nicht. Da die wenigsten, die an einer Depression, chronischem Stress oder einer Angststörung erkranken, das Thema beim Arztbesuch ansprechen oder danach fragen, ist es wichtig, dass Warnsignale beachtet werden. Schlafstörungen sind so ein Alarmzeichen. Fast alle, die an einer Depression erkranken, leiden darunter. Sie können entweder schlecht einschlafen oder wachen nach einer kurzen Phase wieder auf und wälzen sich herum. Das betrifft auch diejenigen, die stressbedingt in einen Zustand totaler Erschöpfung abrutschen, die letzte Phase eines Burnout-Prozesses. Häufig treten noch andere körperliche Leiden auf: Tinnitus, Magen-Darm-Probleme, diffuse Schmerzen. Mediziner sprechen von medizinisch unerklärbaren Symptomen (MUS). Die meisten Betroffenen gehen wegen dieser körperlichen Leiden zum Arzt. Mit Rückenschmerzen oder

Es bleibt ein langer Weg. Manchmal haben beide Zweifel. Aber sie wollen ihn zusammen gehen. Ende offen.

Kopfschmerzen oder Herzrasen. Die Gefahr ist groß, dass Ärzte nur die Symptome behandeln, mit Schmerz- oder Schlafmitteln. Die Ursachen bleiben lange unentdeckt. Bei Angststörungen vergehen vom ersten Erkennen bis zur erfolgversprechenden Behandlung im Durchschnitt fünf Jahre. In dieser Zeit verfestigen sich Symptome. Angststörungen neigen nämlich zur Chronifizierung. Als Bewältigungsstrategie vermeiden viele die gefürchteten Reize wie Menschenmengen (Agoraphobie) oder Fahrten mit der U-Bahn (bei Panikstörungen). Sie ziehen sich zurück, gehen nicht mehr raus, laden niemanden mehr ein. Freundschaften verkümmern, die Lust am Leben geht verloren. Nicht selten setzen Betroffene in ihrer Verzweiflung auf falsche Freunde: die Flasche Wein am Abend, um sich zu beruhigen und die Ängste zu betäuben. Alkoholabhängigkeit ist in vielen Fällen ein gescheiterter Versuch der Selbsttherapie bei Angststörungen oder Depression.

Zu der tiefen Verzweiflung, in die depressive Menschen fallen, kommen monströse Schuldgefühle.

Zu der tiefen Verzweiflung, in die depressive Menschen fallen, kommen monströse Schuldgefühle. Der Vater, der sich dafür schämt, als Ernährer der Familie auszufallen. Die junge Frau, die sich als Versagerin fühlt, weil sie nicht in der Lage ist, ihren Job als Verkäuferin zu schaffen. Die fürchtet, für ihren Partner nicht mehr attraktiv zu sein, weil sie in der permanent erlebten Düsternis keine Lust mehr empfindet. Um aus diesen Tiefs mit Selbsthilfestrategien wie Aktivität und Sport herauszukommen, braucht es Selbstkontrolle, Motivation und Disziplin. Wer aber in eine depressive Episode rutscht, dem fällt es sogar schwer, morgens überhaupt aus dem Bett zu kommen. Typisch ist das sogenannte Morgentief. Schon Zähneputzen oder die Kaffeemaschine anzuschalten, erscheinen als gewaltige, unlösbare Probleme. Die richtige Diagnose ist also der entscheidende Schritt, damit es besser werden kann. Erstaunlicherweise benötigen Hausärzte nur zwei Fragen, um mit großer Genauigkeit eine Depression diagnostizieren zu können:

1. Fühlten sie sich im vorigen Monat häufig niedergeschlagen, traurig, bedrückt oder hoffnungslos?
Und:
2. Hatten Sie im vorigen Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die sie sonst gern tun?

96 Prozent derjenigen, die an einer Depression erkrankt sind, beantworten beide Fragen mit: ja. Obwohl Hausärzten also präzise Tests zur Verfügung stehen, werden sie in den Praxen im Alltag noch viel zu wenig eingesetzt. Wer unter Schlafproblemen, Sorgenkreisläufen oder unerklärlichen körperlichen Symptomen leidet, sollte seinen Arzt unbedingt selbst fragen: Kann das eine Depression sein? Oder eine Angststörung? Könnten wir einen entsprechenden Test machen?

Mit mir stimmt was nicht. Dieses diffuse Gefühl macht Angst und lähmt. Ein erster Schritt ist daher, sich zu informieren. Wissen sammeln. Depressionen sind schwere Erkrankungen, die zu denen gehören, die am meisten unterschätzt werden. Die häufigste Form sind sogenannte unipolare Depressionen, die mit einer oder mehreren depressiven Episoden einhergehen. Das sind mindestens zweiwöchige, oft aber auch mehrere Monate anhaltende Phasen, in denen Symptome der Depression wie Niedergeschlagenheit, Antriebsschwäche, Schlafstörungen, Lustlosigkeit und Morgentiefs anhalten. In diesen Phasen erscheint alles ausweglos, Gefühle von Schuld und Scham werden erdrückend, die Gedanken kreisen und können nicht abgestellt werden. Alles wird zu viel: Familie, Arbeit, der eigene Partner. Trotz totaler Erschöpfung bringt Schlaf keine

Erholung mehr, sondern verstärkt im Gegenteil sogar noch die Symptome. Depression ist nicht einfach nur eine schlechte Stimmung, sondern eine existenzielle Bedrohung, was sich auch an einer hohen Suizidrate zeigt.

Angst kommt selten allein, sondern tritt als Störung oft komorbid in Begleitung mit anderen Krankheiten wie Depression oder Alkoholabhängigkeit auf. Viele Angstpatienten erinnern sich an das erste Mal. Ein Schlüsselerlebnis, das sich tief einbrennt. Die erste Panikattacke in einem dunklen Tunnel. Die erste Spinne, die Ekel hervorrief. Angst ist ein weites Feld: Bei der Agoraphobie machen große Menschenmengen Angst. Im Kino oder in einer vollen Einkaufsstraße lösen die vielen Leute Gefühle der Bedrängnis und Hilflosigkeit aus. Das Herz rast, Schwindel, alles verschwimmt. Wer das mehrmals erlebt, beginnt Orte zu meiden, wo er oder sie viele Menschen vermutet. Bei Sozialer Phobie fürchtet man sich davor, im Mittelpunkt zu stehen. Referate an der Uni sind der Horror. Schon bei einer Familienfeier angesprochen zu werden, kann Übelkeit erzeugen. Also meiden Betroffene Begegnungen und Gespräche, einige flüchten sich zu Alkohol und Tabletten. Bei der Generalisierten Angststörung (GAS) macht einfach alles Angst. Die Zukunft. Die Gegenwart. Arbeit, Liebe, die Wirtschaftslage. Dauersorge wird zum ständigen Begleiter, verursacht Anspannung und Schmerzen. Jeder sorgt sich ja mal darum, wie es weitergeht, aber bei GAS-Patienten kreisen die Gedanken mehr als die Hälfte des Tages darum, was Schlimmes passieren kann und welches Unheil eintreten wird. Und dann sind da noch die speziellen Phobien, bei denen Tiere oder Höhe übertriebene Angst auslösen. Die Zwangsstörungen, bei denen Händewaschen oder die Kontrolle, ob denn auch wirklich der Ofen ausgeschaltet wurde, zur selbstzerstörerischen Qual werden. Oder die beschriebenen Panikattacken mit scheinbar grundlosem Herzrasen oder Todesangst auf Autobahnen oder in einer Einkaufsschlange. Schließlich reagiert die menschliche Psyche oftmals zeitverzögert auf schwere Belastungen, beispielsweise mit der Posttraumatischen Belastungsstörung. Manchmal ist es ein Unfall, der dazu führt, sich immer und immer wieder an das traumatische Ereignis erinnern zu müssen. Tag- und Albträume sind typische Reaktionen, mit denen die Psyche auch auf Erfahrungen von Gewalt oder Naturkatastrophen antwortet. Angst hat übrigens jeder. Sie schützt und warnt uns, so lange sie realistisch ist und wieder vergeht, wenn die Gefahr vorbei ist. Allen Angststörungen gemein ist jedoch, dass sie ohne reale Bedrohung auftritt und lange anhält. Angst brennt sich schnell und tief ein. Meistens reicht eine einzige überwältigende Angsterfahrung. Die sogar die Ausschüttung von Botenstoffen im Gehirn verändert. Dann melden die zuständigen Areale im Gehirn ständig Fehlalarm. Die gute Nachricht ist, dass man Angst zwar schnell lernen, aber eben auch gut wieder verlernen kann.

Noch weniger als über Depression oder Angsstörungen ist allgemein über Persönlichkeitsstörungen bekannt. Viele leben damit, ohne jemals davon zu erfahren.

Noch weniger als über Depression oder Angststörungen ist allgemein über Persönlichkeitsstörungen bekannt. Viele leben damit, ohne jemals davon zu erfahren. Sogar wenn ihre Störung besonders drastisch ist wie beim Borderline-Syndrom. Borderliner leiden unter unerträglichen Spannungen, Gefühlen und Handlungen. Sie vergöttern ihre Freunde und Partner, bevor sie die gleichen Menschen aus nichtigen Anlässen verteufeln. In ihrer Welt gibt es nur Gut und Böse. Sie schädigen sich selbst – durch Verletzungen, Sucht, Fressanfälle oder wahllosen Sex. Borderliner wissen nicht, wer sie sind und entwickeln keine Ziele im Leben. Ein chronisches Gefühl der Leere endet oftmals in Suizidversuchen. Insgesamt listet das medizinische Standardwerk DSM neun Kriterien auf. Wer mindestens fünf dauerhaft erfüllt, leidet am sogenannten Borderline-Syndrom. Wissenschaftler schätzen, dass bis zu zwei Prozent der Bevölkerung Borderliner sind. Das wären in Deutschland weit über eine Million Menschen. Häufig wird die Krankheit fälschlicherweise mit dem Drang zur Selbstverletzung gleichgesetzt. Aber nicht alle Borderliner schneiden sich, und nicht alle, die sich schneiden, sind Borderliner.

Foto: privat

Wissenschaftler schätzen, dass bis zu zwei Prozent der Bevölkerung Borderliner sind. Das wären in Deutschland weit über eine Million Menschen.

Wie bei fast allen Persönlichkeitsstörungen wie der narzisstischen, selbstunsicheren oder histrionischen Variante wird dieses Leben auf der emotionalen Achterbahn erst dann behandlungswürdig, wenn der Leidensdruck des Betroffenen zu groß wird. Wenn wieder mal eine intensive, aber fragile Liebesbeziehung zerbrochen ist und alles im Schmerz versinkt. Wenn der Hang zum Exzess verhindert, die tägliche Arbeit zu erledigen. Weil man nach einer durchfeierten Nacht mit Alkohol und fremder Haut wieder mal verschläft oder Termine verpasst. Oder wenn die innere Leere so monströs wird, dass Borderliner nicht weiterleben wollen. Dann ist eine Psychotherapie in einer Klinik ein harter, anstrengender, aber erfolgversprechender Weg, um dem Leben auf den unflexiblen Schienen der Störung zu entkommen und das eigene Handlungsrepertoire zu erweitern. Mit vielen praktischen Schritten. Etwa, indem Borderliner lernen, dass man Spannung nicht nur abbauen kann, indem man sich ritzt, sondern auch, wenn man einen anderen starken Reiz setzt. Auf eine Chillischote beißt oder die Hände in Eiswasser taucht oder einen Boxsack verprügelt. Borderliner werden durch diese verhaltenstherapeutischen Maßnahmen

keine anderen Menschen, aber sie können lernen, in heiklen Momenten weniger selbstzerstörerisch zu handeln und besser auf sich aufzupassen.

Überhaupt ist das die gute Nachricht für alle, die mit Leib und Seele leiden: Psychische Erkrankungen sind kein Schicksal, die meisten sind sogar gut behandelbar. Auch so schwere und gefährliche Krankheiten wie eine Depression. Der erste Weg sollte zunächst zum Hausarzt oder Psychiater führen, um eine ausführliche Diagnostik machen zu lassen, denn viele Symptome können auch körperliche Ursachen haben. Egal ob jemand an einer Depression erkrankt ist und sich Dunkelheit in seinen Tagen ausbreitet oder ob man unter Menschen von Panikattacken überfallen wird – sowohl vor Psychotherapie als auch vor der Einnahme von Psychopharmaka schrecken viele erstmal zurück. Dabei ist die positive Wirkung für beide Behandlungsarten gut belegt. Und häufige Bedenken sind unbegründet. Gute Psychotherapie ist weder eine Endlossuche nach frühkindlichen Traumata noch wesensverändernde Manipulation. Und moderne Psychopharmaka schläfern weder ein noch machen sie abhängig oder high.

Wer als Patient oder als Angehöriger schon mal mit einer Erkrankung wie Depression zu tun hatte, der weiß: Es geht nicht nur um belastende Symptome, sondern es geht um alles.

Für Depression und diverse Angststörungen ist gut belegt, dass Varianten der Kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) und/oder die Einnahme sogenannter Serotoninwiederaufnahmehemmer (SNRIs oder SSRIs) gut wirken. Kern einer KVT ist eine Verhaltensanalyse: Was hat mich in die Sackgasse geführt? Manch einer stößt bei dieser Spurensuche auf innere Antreiber wie: Sei perfekt! Versuch es allen recht zu machen! Viele solcher früh verinnerlichten Leitsätze führen zu starren Verhaltensmustern, die Stress erzeugen. Wer alles perfekt machen will, reibt sich auf und arbeitet abends auch dann noch im Büro weiter, wenn eigentlich ein Saunabesuch oder ein romantisches Abendessen mit der Partnerin ansteht. Wer es allen recht machen will, vernachlässigt permanent eigene Bedürfnisse. In der sogenannten „Kognitiven Umstrukturierung“ lernt der Patient, problematische Einstellungen neu zu bewerten und alltagstaugliche Alternativen zu den starren Verhaltensmustern zu entwickeln. Also abends auch mal ein Projekt unvollendet auf dem Schreibtisch liegenzulassen. Oder sich darauf einzustellen, dass der Chef einen für berechtigte Kritik nicht gerade lieben wird. Wichtig ist, eigene Risiko-Konstellationen zu erkennen. Was macht mich anfällig? Bin ich süchtig nach Anerkennung? Fällt es mir schwer, bei Kollegen oder Freunden nein zu sagen, auch wenn ich das eigentlich will.

Bei vielen Angstpatienten nimmt das praktische Training im Rahmen einer KVT den vermeintlichen Bedrohungen den Schrecken. Bei Phobien werden Angstpatienten mit dem Objekt ihrer Angst konfrontiert. Für sie gibt es keine effektivere Therapie als sich der eigenen Angst zu stellen. Sie lernen, dass nichts Schlimmes passiert, wenn sie eine Schlange oder Spinne berühren. Therapeuten begleiten Panikpatienten in gefürchtete U-Bahntunnel oder Fahrstühle. Auch hier lernen Patienten: Nichts passiert. Ich komme da wieder raus. Diese positiven Erfahrungen lassen die Symptome nach und nach abklingen. Das Herzrasen vergeht. Der Puls fährt nicht mehr hoch. Auf diese Weise wird das hypersensible Angstzentrum im Gehirn desensibilisiert, bis nicht mehr auf jeden Reiz mit Alarm reagiert wird. Angst zu verlernen, dauert zwar deutlich länger als sie zu lernen. Aber es geht.
Wichtig für den Erfolg einer Kognitiven Verhaltenstherapie ist, dass der Patient oder die

Patientin wirklich motiviert ist, etwas zu ändern, und auch, dass es mit dem Therapeuten passt. Bei einer guten Verhaltenstherapie vereinbaren Therapeut und Patient anfangs ein konkretes Ziel. Patienten dürfen sich während der Therapie nie wie im Blindflug fühlen, sondern müssen im Gegenteil immer genau wissen, wo sie gerade stehen und was bestimmte Interventionen bewirken sollen. Meistens reichen zehn bis 20 solcher Sitzungen, um eine spürbare Verbesserung der Lebensqualität zu erreichen. Weniger Angst. Mehr Aktivität und bessere soziale Kontakte. Am Ende nehmen sie eine Art Notfallkoffer mit praktischen Tipps mit in den Alltag. Sie wissen dann, was zu tun ist, wenn sich Angst oder Antriebslosigkeit zurückmelden. Therapieplätze sind jedoch gerade in kleinen Orten und auf dem Land kaum zu haben, viele müssen lange auf den Beginn einer Psychotherapie warten. Mittlerweile gibt es aber gute Online-Therapien von seriösen, zertifizierten Anbietern, die ganz ähnlich funktionieren wie eine Verhaltenstherapie.

Am Ende nehmen sie eine Art Notfallkoffer mit praktischen Tipps mit in den Alltag. Sie wissen dann, was zu tun ist, wenn sich Angst oder Antriebslosigkeit zurückmelden.

Ähnlich gut wie eine Verhaltenstherapie wirkt bei Depression und vielen Angststörungen der Einsatz von modernen Antidepressiva. Diese Serotoninwiederaufnahmehemmer wirken dadurch, dass sie die Wirkung der Botenstoffe Serotonin und Noradrenalin im Gehirn verstärken, indem sie den Rücktransport von Serotonin in die Zelle, wo der Stoff freigesetzt wurde, verhindern. Allerdings setzt die Wirkung meistens erst nach einigen Wochen ein, die es durchzustehen gilt. Nicht jeder Patient braucht Medikamente. Bei einer leichten bis mittelgradigen Depression empfiehlt die nationale Leitlinie zur Behandlung eine Psychotherapie. Bei einer schweren Depression rät sie zu einer Kombinationsbehandlung aus Antidepressiva und Psychotherapie. Wen die Schwermut noch nicht völlig lahmgelegt hat, kann darüber hinaus viel für sich selbst tun. Auch wenn es noch so schwer fällt: Aktiv bleiben ist wichtig. Bewegung wurde von Experten lange Zeit nicht so richtig ernst genommen. Klar, immer mal raus an die frische Luft zu gehen, galt nie als verkehrt. Heute weiß man: Sport wirkt wie Medizin und wie ein natürlicher Stimmungsaufheller. Weil man beim Laufen Glückshormone ausschüttet. Partner und Familienangehörige können und sollen Betroffenen weder das Leiden noch sämtliche Alltagsaufgaben abnehmen. Aber sie können dabei helfen, aktiv zu bleiben. Raus zu gehen, Freunde zu treffen, ins Kino zu gehen. Auch wenn es schwer fällt und Überwindung kostet.

Wer als Patient oder als Angehöriger schon mal mit einer Erkrankung wie Depression zu tun hatte, der weiß: Es geht nicht nur um belastende Symptome, sondern es geht um alles. Um die Arbeit, Familie, Liebe. Das ganze Leben. In psychosomatischen und psychiatrischen Kliniken kann man erleben, wie sich Brüder, Töchter, Geliebte, Väter und Mütter mühsam ins Leben zurückkämpfen. Wie Menschen, die bisher immer reibungslos funktionieren wollten, in Rollenspielen trainieren, ihren überfordernden Chefs oder Partnern oder Eltern auch mal eine Bitte auszuschlagen. In solchen Gruppensitzungen trifft man junge und ältere Menschen, Angestellte und Manager, aus allen Milieus und Branchen. Um sie herum leiden und kämpfen draußen im Alltag einige Millionen Menschen ähnlich wie sie. Und schweigen wie sie. Es ist Zeit, das Schweigen zu brechen.