

**Eröffnungsvortrag der Tagung
„Das erschöpfte Selbst“
5./6. Oktober 2007 in Salzburg**

Das erschöpfte Selbst

Rolf Haubl

Mit einer Inzidenz von 8-20% gehören klinisch relevante Depressionen zu den häufigsten psychischen Erkrankungen von Erwachsenen. Die Lebenszeitprävalenz liegt bei Einbeziehung aller Depressionsformen um die 30%, so dass etwa ein Drittel der Bevölkerung einmal im Leben depressiv erkrankt. Etwa 15% erkranken an einer Major Depressive Disorder. Das Risiko, nach einer ersten depressiven Episode mindestens eine zweite zu erleiden, liegt bei fast 90%. Im Durchschnitt sind es vier Episoden, mit denen bei einer Major Depressive Disorder gerechnet werden muss. Dabei reichen aufgrund einer „biologischen Konditionierung“ immer geringfügigere Anlässe aus, die volle depressive Reaktion hervorzurufen, bis die Depression schließlich endogen zu sein scheint.

Derzeit sind weltweit schätzungsweise 300 Millionen Menschen an Depressionen, davon um die 100 Millionen an einer Major Depressive Disorder erkrankt. Und es mehren sich die Hinweise, dass das Ersterkrankungsalter sinkt und die Depressionsrate von Generation zu Generation steigt, was allerdings auch ein Wahrnehmungseffekt aufgrund einer zunehmenden diagnostischen Sensibilität sein könnte. Wie auch immer: Die Millionen depressiver Kranker bedeuten nicht nur massenhaftes Leid; sie verursachen auch enorme sozioökonomische Kosten.

Um wenigstens einen Eindruck dieser Kosten zu vermitteln: Nach Daten der Techniker Krankenkasse sind depressive Erkrankungen (ICD 10: F 32, depressive Episoden, und ICD 10: F 33, rezidivierende depressive Störungen) für den Eintritt einer Arbeitsunfähigkeit vergleichsweise selten, führen aber zu langen Krankschreibungen; 2002 sind das im Jahresdurchschnitt 51 Tage gewesen. Rechnet man diese Fehlzeiten von den Versicherten der Techniker Krankenkasse auf die Gesamtzahl der Erwerbstätigen in Deutschland hoch, so ergibt sich eine Schätzung von 18 Millionen Fehltagen. Diese verursachen Kosten, die – je nachdem, welchen Betrag man für einen Fehltag ansetzt – in die Milliarden Euro gehen. Solche Summen sind mit ein Grund, die Depression zu einem vorrangigen Thema der Gesundheitspolitik und der Gesundheitswissenschaften zu machen.

Depressionen haben eine multifaktorielle Ätiopathogenese, in der genetische, biologische, psychische und soziale Faktoren zusammenwirken. Wie, das ist noch weitgehend unbekannt. Kurz vor dem erstmaligen Auftreten einer Depression lassen sich typische kritische Lebensereignisse ausmachen, die alle mit realen, aber auch befürchteten Verlusten, Enttäuschungen und Kränkungen zu tun haben: und das nicht nur im zwischenmenschlichen Bereich. An die Stelle wichtiger Bezugspersonen können auch nicht- bzw. transpersonale Objekte (z. B. Wertsysteme) treten. Solche Erkrankungsanlässe schlagen sich allerdings in der Regel nicht direkt als Depressionen nieder. Depressionen sind vielmehr das Resultat einer spezifischen psychischen Verarbeitung, die verhindert, dass die Verluste, Enttäuschungen und Kränkungen angemessen bewältigt werden.

Traumatische Belastungen in der Kindheit, zu denen auch z. B. depressive Eltern – vor allem depressive Mütter – gehören, erhöhen das Risiko, als Erwachsener depressiv zu

erkranken, weil die Belastungen neurophysiologisch „gespeichert“ werden und dadurch eine spätere Erkrankung „anbahnen“.

Die Behandlungschancen für eine Major Depressive Disorder sind befriedigend. Dazu hat – bei aller berechtigten Kritik am Imperialismus der Pharmaindustrie und ihrer gesundheitspolitischen Vertreter – die Entwicklung und Optimierung anti-depressiver Medikamente beigetragen. Vor allem in Ländern der Zweiten und Dritten Welt, in denen weltweit der Großteil der Kranken lebt und in denen es überhaupt keine psychotherapeutischen Angebote gibt oder deren Psychotherapeutendichte mit der in Ländern der Ersten Welt nicht zu vergleichen ist, sind Anti-Depressiva momentan die einzigen oder jedenfalls vorrangigen Hoffnungsträger. Denn in Armutsverhältnissen können bereits wenige Tage eines depressionsbedingten Arbeitsausfalls eines Erwachsenen ausreichen, um die Existenzgrundlage einer ganzen Familie zu zerstören.

In Ländern wie Deutschland ist die Situation unvergleichlich besser. Aber auch hier sind Grenzen gesetzt: Mit den verfügbaren Medikamenten sowie den verfügbaren psychotherapeutischen Verfahren lassen sich, einzeln und kombiniert angewandt, derzeit um die 80% der an einer Major Depressiv Disorder erkrankten Personen effektiv behandeln. 20% sind Non-Responder; bei ihnen bleiben diese Behandlungsmaßnahmen ohne Erfolg.

Die Chancen auf eine erfolgreiche professionelle Hilfe steigen für diejenigen Kranken, deren Depression richtig diagnostiziert und richtig therapiert wird. Beides aber ist in der Allgemeinarztpraxis, dem vergleichsweise niederschweligen Zugang zum Medizinsystem, nicht selbstverständlich.

- Höchstens die Hälfte der Personen, die an einer klinisch relevanten Depression erkrankt sind, sucht einen Arzt auf.
- Nur etwa die Hälfte der Personen, die an einer klinisch relevanten Depression erkrankt sind und einen Arzt aufsuchen, wird von diesem richtig diagnostiziert.
- Und von den Personen, deren klinisch relevante Depression richtig diagnostiziert worden ist, wird wiederum nur etwa die Hälfte auch richtig therapiert.

Die festgestellte Unter- und Fehldiagnostizierung von Depressionen hat verschiedene Gründe. Neben mangelnden psychodiagnostischen Fähigkeiten von Allgemeinärzten, sind es die üblichen 5-Minuten-Konsultationen, die zu sehr unter Zeitdruck stehen, um den erforderlichen Raum für vertrauensvolle Selbstenthüllungen zu lassen. Vor allem Menschen, die nicht „psychological minded“ sind, sondern ihre „seelischen Schmerzen“ bevorzugt somatisch darstellen, werden dadurch zum Schweigen verurteilt.

Das Medizinsystem tendiert dazu, Krankheiten zu individualisieren. Das heißt: den einzelnen Kranken und vielleicht noch seine Familie zu fokussieren, darüber hinaus aber krank machende gesellschaftliche Verhältnisse auszublenden. Zu den Aufgaben der Medizinsoziologie gehört es, diese Schieflage zu korrigieren und die Epidemiologie einer Krankheit mit gesellschaftsdiagnostischen Analysen zu verbinden. In dieser Hinsicht ist festzustellen, dass immer häufiger von einer „depressiven Gesellschaft“ geredet wird. Sind die 1980er und 1990er Jahre gesellschaftsdiagnostisch unter dem Titel der „Erlebnisgesellschaft“ abgehandelt worden, in der „Erlebe Dein Leben!“ als Leitmaxime der Lebensführung breiter Gesellschaftsschichten propagiert wurde, zeigt sich die aktuelle Gesellschaftsdiagnose schwarz

eingefärbt. Mag damit eine aktuelle kollektive Stimmung bzw. Verstimmung treffend eingefangen sein, der wissenschaftliche Sachgehalt dieser Gesellschaftsdiagnose ist allerdings alles andere als klar.

Unter welchen Bedingungen lässt sich präzise von einer „depressiven Gesellschaft“ sprechen? Drei Alternativen sind denkbar:

- (a) Wenn große und größer werdende Bevölkerungsteile an einer *klinisch relevanten Depression* erkranken?
- (b) Wenn die gesellschaftliche Entwicklung großen und größer werdenden Bevölkerungsteilen eine große und größer werdende Anzahl von *kritischen Lebensereignissen* zumutet, die zu den typischen Erkrankungsanlässen von Depressionen gehören, ohne dadurch aber bereits zwangsläufig zu depressiven Erkrankungen zu führen, da nicht alle Gesellschaftsmitglieder solche Ereignisse psychisch gleich verarbeiten?
- (c) Wenn die gesellschaftliche Entwicklung einen *Sozialcharakter* hervorbringt, der depressiv disponiert ist, mithin große und größer werdende Bevölkerungsteile eine depressive Persönlichkeitsstruktur aufweisen, ohne depressiv erkrankt zu sein?

Auf solchen Präzisierungen zu bestehen, beugt einem möglichen Missbrauch der Gesellschaftsdiagnose vor. Denn schnell hat man die kollektive Stimmung bzw. Verstimmung „Leben ist traurig!“ (so der Titel eines beliebten Chatforums im Internet) mit der Krankheit gleich gesetzt. Eine solche Gleichsetzung könnte es aber Menschen, die an klinisch relevanten Depressionen leiden, durchaus schwer machen, den Krankheitswert ihrer Depression zu behaupten.

Medizinsoziologisch betrachtet ist der Depressionsdiskurs in vielerlei Hinsicht ein politischer Diskurs. Das gilt nicht zuletzt für die immer lauter geäußerte Vermutung, die Depression sei die Schattenseite eines globalen neo-liberalen Gesellschaftswandels. Dabei wird nicht nur eine weltweite Zunahme von Depressionen angeführt, sondern zumindest für die Erste Welt auch ein Formenwandel der psychischen Krankheit behauptet. So hat es den Anschein, als nähmen Depressionen, in der Schuldgefühle vorherrschen, generell ab, vor allem solche, die mit Vergehen gegen religiöse und sexuelle Normen assoziiert sind und Bestrafungsvorstellungen nach sich ziehen. Dagegen nähmen Insuffizienzgefühle generell zu, vor allem solche, die als hypochondrische Sorge um die eigene Funktionsfähigkeit und das heißt immer auch: Arbeitsfähigkeit kreisen. Anders formuliert: Zumindest in der Ersten Welt seien es vor allem "narzisstische Depressionen", die sich häufen. Solche Depressionen sind von ihrer Emotionsregulation her sehr viel mehr durch Scham- als durch Schuldgefühle geprägt.

Die Protagonisten des neo-liberalen Gesellschaftswandels betonen die Chancen, die der Individualisierungsprozess bietet. Dabei erklären sie den „flexiblen Menschen“ zu ihrem neuen Helden. In einer neo-liberalen Gesellschaft bestehe in weiten Grenzen gesellschaftlicher Notwendigkeiten die Möglichkeit, einmal getroffene (berufliche, familiäre, weltanschauliche) Lebensentscheidungen jederzeit korrigieren zu können – wenn man psychosozial nur flexibel genug sei. Eine zweite Chance werde es immer geben. Diese Reversibilität existiert zwar bis zu einem gewissen Maß, ist ansonsten aber eine narzisstische Phantasie. Faktisch gibt es keinen bedingungslosen Neubeginn. Zum einen hängt das Ausmaß der Reversibilität von den Kapitalien ab, über die ein

Gesellschaftsmitglied verfügt: Geld (ökonomisches Kapital), Bildung (kulturelles Kapital), Netzwerke (soziales Kapital); zum anderen ist fraglich, ob die Gesellschaftsmitglieder tatsächlich die erforderliche psychosoziale Flexibilität aufbringen (wollen und können), und wenn ja, ob dann die psychosozialen Kosten erträglich sind.

Damit stellt sich die Frage, über welche Kompetenzen die Gesellschaftsmitglieder verfügen müssen, um die propagierte – nicht nur ermöglichte, sondern auch normativ geforderte – Flexibilität, für ihre eigenen Interessen zu nutzen? Und was geschieht, wenn ihnen diese Kompetenzen fehlen? Ich kann in diesem Vortrag nur einen kleinen Ausschnitt dieses Fragenkomplexes behandeln. Mein Fokus liegt auf gesellschaftsspezifischen Ängsten, zumal es eine hohe Co-Morbidität von Depressionen und Angststörungen gibt.

Jede Zeit hat ihre dominanten Ängste. Seit der „klassischen“ Moderne kommt es zu einer Verschiebung: Ist es vormals die Konformität, die das Individuum in seinen Lebensanstrengungen anspornt, so ändert sich dies in der neo-liberalen Gesellschaft. Nunmehr wird von jedem Gesellschaftsmitglied die Anstrengung erwartet, sich für Anstrengungen fit zu halten. Damit verändert sich auch die dominante Angst: Ängstigten sich die Gesellschaftsmitglieder früher davor, von einer konventionellen Lebensführung abzuweichen, so ist Non-Konformismus in der neo-liberalen Gesellschaft nicht mehr das Problem. Im Gegenteil: Dieser Gesellschaftstyp bezieht seine Kreativität und damit sein Innovationspotenzial aus einer Vervielfältigung von frei gewählten Lebensstilen. Diese Vervielfältigung bringt jedoch eine ihr eigene Angst hervor: die Angst, persönlich zu versagen bzw. die Angst, sich Versagen als persönlich verursacht zuschreiben zu müssen.

Persönliches Versagen ist – klinisch gesprochen – einer der Auslöser einer narzisstischen Depression. Darüber ist bei

den Propagandisten der neo-liberalen Gesellschaft aus gutem Grund nicht die Rede. Denn sie gehört zu den psychosozialen Kosten, die Gesellschaftsmitglieder ohne ausreichende Bewältigungskompetenzen zu tragen haben. Depression ist grundlegend verschieden von Trauer. Menschen mit einer narzisstischen Depression sind nicht traurig, sondern infolge von Enttäuschungen ängstlich und wütend zugleich. Dabei kehren sie die Wut aus Angst vor einem totalen Verlust der sozialen Anerkennung gegen sich selbst und setzen auf diesem Wege die erlebte Entwertung in eine gesteigerte Selbstentwertung um. Die Enttäuschung resultiert daraus, dass das Real-Selbst dieser Menschen trotz aller Anstrengungen hinter ihrem Ideal-Selbst zurückbleibt.

Nehmen wir an, ein Gesellschaftsmitglied habe Flexibilität und Reversibilität zu seinem Ideal-Selbst erhoben, dem es gerecht zu werden sucht; dann wird es jede reale Erfahrung, dass es diesem Anspruch an sich selbst nicht gerecht zu werden vermag, als beschämend erleben: nicht nur als Mangel, sondern als Makel, der sein Selbstwertgefühl erniedrigt. In der narzisstischen Depression, die es daraufhin entwickeln kann, bleibt ein „erschöpftes Selbst“ unbewusst an den Anspruch gekettet, der es kränkt und krank macht. Unter diesen Bedingungen wird eine wirksame Enttäuschungsprophylaxe zur Schlüsselkompetenz.

Eine Theorie des Scheiterns steht noch aus. Bislang gibt es nur Ansätze. Wie lebt es sich in einer Gesellschaft, in der die Angst, persönlich zu versagen, herrscht? Wie bewältigen die Gesellschaftsmitglieder ihre Schamangst? Am Besten hilft zweifellos gesellschaftlicher Erfolg. Um dieses knappe Gut wird dann auch unter Einsatz aller Kräfte konkurriert. Erfolgreiche Gesellschaftsmitglieder stellen ihren gesellschaftlichen Erfolg gut sichtbar heraus, um den Neid ihrer Konkurrenten, die sie hinter sich gelassen haben, als

Anerkennung zu verbuchen. Da gesellschaftlicher Erfolg ein knappes Gut ist, kann sich jedes Gesellschaftsmitglied ausrechnen, dass viele auf der Strecke bleiben werden.

Angenommen, ein Gesellschaftsmitglied investiert alle seine Kräfte in die Verfolgung eines bestimmten Zieles, von dessen Erreichung es sich soziale Anerkennung, wenn nicht gar Bewunderung verspricht. Dann lassen sich mindestens drei Fälle des Scheiterns unterscheiden:

- (a) Das Gesellschaftsmitglied scheitert, weil seine *Kräfte nicht ausreichen*, das Ziel zu erreichen.
- (b) Es erreicht das Ziel, aber die *soziale Anerkennung* für die Erreichung des Ziels *bleibt aus*.
- (c) Es erhält zwar *soziale Anerkennung* für die Erreichung des Ziels, sie *befriedigt aber nicht*.

Der letzte Fall kann weiter differenziert werden:

- (c.1) Die gewünschte soziale Anerkennung für die Erreichung des Ziels befriedigt das Gesellschaftsmitglied nicht, weil es sich *falsche Vorstellungen von der Belohnung* gemacht hat; bislang kannte es sie ja nur aus der Beobachterperspektive.
- (c.2) Die gewünschte soziale Anerkennung befriedigt nicht, weil das Gesellschaftsmitglied bis zur Erreichung des Zieles *unbemerkt sich selbst und seine Ziele verändert* hat, so dass es nun für das Erreichen eines Zieles sozial anerkannt wird, das es rückblickend besser gar nicht verfolgt hätte.

- (c.1) Die erwünschte soziale Anerkennung befriedigt nicht, weil sich das Gesellschaftsmitglied bis zur Erreichung des Zieles seine Kräfte soweit verausgabt hat, dass es nun erschöpft ist, mithin *die Kosten der Zielerreichung die Belohnung übertreffen*, sozial anerkannt zu sein.

Ausschließlich auf eine offensive Erfolgsorientierung zu setzen, ist allerdings eine sehr riskante, womöglich zu riskante Strategie. Gesellschaftsmitglieder, vor allem diejenigen, die sich ihrer Kräfte nicht oder nicht mehr sicher sind, können sich deshalb defensiver einstellen und Misserfolgsvermeidung betreiben.

Schließlich ist vorstellbar, dass Gesellschaftsmitglieder versuchen, gegenüber Enttäuschungen unempfindlich zu werden. Da sich eine solche Unempfindlichkeit aber nicht auf negative Gefühle begrenzen lässt, sondern den emotionalen Haushalt der ganzen Person betrifft, schwindet auch die Fähigkeit, positive Gefühle zu empfinden. So gesehen, verwundert es nicht, wenn Coolness, Indifferenz, Zynismus und Langeweile in der neo-liberalen Gesellschaft grassieren.

Bislang habe ich so getan, als seien Männer und Frauen gleich betroffen. Das ist aber nicht so. Wir wissen, dass Frauen im Vergleich zu Männern ein 2- bis 3-mal höheres Risiko haben, im Laufe ihres Lebens an einer Major Depressiv Disorder zu erkranken. Die Ursachen dafür sind weitgehend ungeklärt. Es könnte sich um einen Effekt handeln, der mit unterschiedlichen Diagnosegewohnheiten aufgrund geschlechtsstereotyper ärztlicher Wahrnehmungsmuster zu tun hat. Pointiert: Depressive Männer nehmen sich selbst nicht als depressiv wahr und verhalten sich zudem auf eine Art und Weise, dass ihre Depression auch von Ärzten übersehen wird. Denn die in den üblichen Diagnosemanualen aufgeführten

depressiven Symptome zeigen Männer, vor allem Männer mit einem ausgeprägten Ideal-Selbst traditioneller Männlichkeit gerade nicht. Diese Symptome entsprechen weitgehend dem weiblichen Geschlechtsrollenstereotyp, weshalb Frauen a priori als subdepressiv wahrgenommen werden. Und insoweit Männer diese Symptome ebenso als weiblich wahrnehmen, stabilisieren sie ihr männliches Selbstbild, indem sie gerade dann, wenn es bedroht ist, alles vermeiden, was sie als depressiv = schwach = weiblich erscheinen lassen könnte.

Diese klinisch evidente Vermutung hat inzwischen zu der Konzeptualisierung einer Male Depression geführt. In Stichproben von Patienten mit einer Major Depressiv Disorder finden sich bei Männern signifikant häufiger Feindseligkeit, affektive Rigidität, Ärgerattacken und ein latentes Cluster von Irritabilität, Aggressivität und antisozialem Verhalten. Hinzu kommen Alkoholmissbrauch und eine Flucht in die Arbeit, unabhängig davon, ob sie produktiv arbeiten oder problematischer noch: ob die Arbeit ihre psychische Belastung erhöht, so dass sie Arbeitsleid mit Mehrarbeit zu bewältigen versuchen. Männer, die ein solches Muster zeigen, werden inzwischen auf eine Depression hin untersucht.

Besonders zu beachten, ist die Male Depression dann, wenn sie mit einer Herzerkrankung einhergeht. Denn neuere Untersuchungen belegen einen unvermutet engen Zusammenhang zwischen Depressionen und Herzerkrankungen. Depressive Herzranke haben im Vergleich mit nicht-depressiven Herzkranken ein deutlich erhöhtes Risiko, an einem Herzinfarkt zu sterben, vermutlich deshalb, weil die Depression die Schwankungsbreite des Pulses verringert und dadurch eine leicht erhöhte, starr festgestellte Herzfrequenz bewirkt, so dass das Herz weder auf vermehrte Belastungen noch auf Ruhephasen flexibel reagieren kann. Akute Auslöser für den Herzinfarkt sind dann

nicht selten Situationen, in denen sich unterdrückter Ärger mit einem Gefühl der Vergeblichkeit paart.

Das festgestellte Herzinfarkttrisiko fällt bei depressiven Männern höher aus als bei depressiven Frauen. Männer ertragen ihre Depressionen eher bis zum Herztod, als dass sie Hilfe suchen. Oder bis zum Suizid, den Männer (nicht nur, aber auch aufgrund von Depressionen) mindestens 3-mal so häufig begehen wie Frauen. Genau genommen begehen Frauen häufiger Suizidversuche, Männer dagegen mehr erfolgreiche Suizide. Während die Suizidversuche der Frauen als letzte Versuche verstanden werden können, mit anderen Menschen in Beziehung zu kommen, begehen Männer Suizid, um ein letztes Mal zu demonstrieren, dass die Kontrolle in ihrer Hand liegt.

Stellt man den neo-liberalen Umbau der spätmodernen Gesellschaft in Rechnung, dann kommt es in Anbetracht turbulenter Veränderungen der Märkte, die – z. B. als periodische Arbeitslosigkeit – bis in die Lebensführung der Gesellschaftsmitglieder durchschlagen, darauf an, Kontrollverluste zu bewältigen. Daran gemessen ist das traditionelle Geschlechtsrollenbild des Mannes, das Stärke mit Kontrolle – Selbstkontrolle wie Fremdkontrolle – assoziiert, nicht mehr funktional, gleichzeitig stehen aber keine neuen Bilder zur Verfügung, die bereits verbindlich wären. Damit gerät der männliche Geschlechtsrollencharakter in eine Krise. Männer mit einem solchen Charakter erleben das Schwinden von Kontrollmöglichkeiten als persönliches Versagen, was impliziert, dass sie weiterhin Kontrolle von sich erwarten. Solange sie dies tun, werden sie alle Anzeichen von Kontrollverlust durch eine Verstärkung ihres Habitus beantworten, d. h.: noch mehr Aggression in Form von noch mehr Anstrengung gegen sich selbst wenden, was sie erschöpft, aber nicht zur Ruhe kommen lässt. Eine Male Depression ist damit angebahnt. Insoweit die Veränderung des

weiblichen Geschlechtsrollencharakters auf eine Angleichung an den männlichen Charakter hinausläuft, dürfte sich die Symptomsprache der davon betroffenen Frauen in Richtung einer Male Depression verschieben.

Lässt man die Kulturgeschichte der Depression Revue passieren, so gehört sie seit jeher zu den psychischen Krankheiten mit dem höchsten Stigmatisierungspotential. Zumindest fürchten Patienten, die sich mit einer Depressionsdiagnose konfrontiert sehen, dass sie vor allem berufliche, aber auch private Nachteile bekommen. Eine solche Stigmatisierungsfurcht zieht eine Selbststigmatisierung nach sich, die darin besteht, dass sich Depressive dafür schämen, depressiv zu sein.

Die soziokulturelle Stigmatisierung der Depression bzw. Melancholie – ist vor allem in solchen Gesellschaften wahrscheinlich, deren Ideologie sie als "perfekte Gesellschaften" darstellt. Im Mittelalter beginnt eine Verfolgung von Menschen, die ein melancholisches Temperament oder eine melancholische Haltung zeigen. Unter dem Namen „Acedia“ wird die Melancholie zu einer Todsünde, deren zentrales Merkmal es ist, an dem göttlichen Schöpfungsplan mit seinem verheißenen Seelenheil zu zweifeln. Die Renaissance lässt das Mittelalter hinter sich, schreibt aber das Melancholieverbot unter ihren eigenen Vorzeichen fort. Gleiches gilt für die Aufklärung. Sie bekämpft alle Vernunftkritik, die nicht in das hohe Lied einer heilsgewissen Rationalität einstimmt, sondern die Aufklärung selbst für aufklärungsbedürftig erachtet, indem sie diese Kritik als melancholisch (und damit als krankhaft) diffamiert. Aus dem China der Kulturrevolution wird berichtet, dass es auch dort ein Depressionsverbot gegeben hat. Erleben und Ausdruck von Depression galt als eine politische Stellungnahme gegen das Regime und seinen Anspruch,

keinerlei Anlass zu Niedergeschlagenheit zu geben, sondern die beste aller Welten eingerichtet zu haben. Unter diesen – Leib und Leben gefährdenden – Bedingungen wurden depressive Menschen als neurasthenisch diagnostiziert, da Neurasthenie politisch unverdächtig war.

Und auch die neo-liberale Gesellschaft stigmatisiert Depressionen, weil deren Zunahme ihre Heilsversprechen in Frage stellt. Das wird etwa bei der Einführung der neuen Diagnose des "Chronischen Müdigkeitssyndroms" deutlich. In der Diskussion um seine Abgrenzung gegenüber dem typischen Erscheinungsbild der Depression kommen Äußerungen vor, die irritieren müssen, weil sie auf feine Unterschiede hinauslaufen, die stigmatisierend sind. So kann man in „Harper`s & Queen“, einem Magazin für die britische Mittel- und Oberschicht, die folgende Stellungnahme eines medizinischen Experten lesen: „Personen, die an Chronischer Müdigkeit leiden, sind hoch leistungsmotiviert. Sie haben zu viel Willensstärke, während Depressive so gut wie keine haben.“ Damit wird Depressiven fehlende Leistungsmotivation zugeschrieben, wofür es im neo-liberalen Gesellschaftsmodell kein Verständnis gibt. Vor dem Hintergrund dieser Diffamierung erscheint dann das "Chronische Müdigkeitssyndrom" sozusagen als eine „weiße“ Depression. Sie darf mit Verständnis rechnen, weil nur Personen sie erleiden, die neo-liberale Tugenden besitzen.

Zur Vertiefung:

M. Leuzinger-Bohleber, S. Hau, H. Deserno (Hg.) (2005): Depression – Pluralismus in Praxis und Forschung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

S. Hau, H.-J. Busch, H. Deserno (Hg.) (2005): Depression – zwischen Lebensgefühl und Krankheit. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.