universität wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

Zum Glück sind wir selbst schuld – wir wüssten uns sonst nicht zu helfen

Neoliberaler Gouvernementalität und Depression in ihrer Beziehung zur Depressionsratgeber-Literatur

Verfasser

Johannes Kral

angestrebter akademischer Grad

Magister der Philosophie (Mag. Phil.)

Wien, 2011

Studienkennzahl lt. Studienblatt:	A 297
Studienrichtung lt. Studienblatt:	Diplomstudium Pädagogik
Betreuerin / Betreuer:	Univ.-Prof. Dr.in Mag.a Agnieszka Czejkowska

Diese Diplomarbeit wird unter den Bedingungen der „Creative Commons Namensnennung-keine kommerzielle Nutzung-Weitergabe unter gleichen Bedingungen“-Lizenz (abgekürzt „cc-by-nc-sa“) in der Version 3.0 veröffentlicht. Die nichtkommerzielle Weitergabe, auch in bearbeiteter Form, ist vom Autor erwünscht, wobei der Urheber angegeben werden muss. Kommerzielle Nutzung nur mit ausdrücklicher Zustimmung des Autors. Nähere Informationen zur Lizenz unter www.creativecommons.org

Danksagung

Vorweg möchte ich mich bei allen Menschen bedanken, die mich in der Zeit meines Studiums und während des Schreibens dieser Arbeit unterstützt haben. Mein besonderer Dank gilt meiner Mutter Gisela Kral für das Korrekturlesen der Arbeit und meinem Vater Josef Kral, der mir in langen Diskussionen geholfen hat, meine Gedanken zu ordnen, neue Aspekte ins Auge zu fassen und den Mut nicht zu verlieren. Bedanken möchte ich mich außerdem bei Doris für ihre Unterstützung, Geduld und für die erholsamen gemeinsamen Stunden abseits des Schreibens.

Ganz besonders bedanke ich mich bei meiner Betreuerin Agnieszka Czejkowska, für ihre kritischen Lehrveranstaltungen, die lange und lehrreiche Zusammenarbeit, ihre geduldige und interessierte Unterstützung beim Verfassen der vorliegenden Arbeit und dafür, dass sie mir dabei immer das höchste Maß an Freiheit zugestanden hat.

Zuletzt bedanke ich mich bei all jenen Freundinnen, Freunden und Bekannten, die mich in langen Diskussionen immer wieder auf neue Ideen gebracht und gezwungen haben, meine Standpunkte zu präzisieren und gegebenenfalls zu überdenken.

Inhaltsverzeichnis

Einleitung		7
1	Methodologische Rahmung: Begriffe als Analyseraster	11
1.1	Regierung	15
1.2	Diskurs	25
1.3	Subjekt	31
2	Problemaufriss: Zeitkrankheit Depression	43
2.1	Verbreitung und Anstieg der Depression	45
2.2	Depression als ökonomisches Problem	55
2.3	Der Depressive ist nicht, wie er sein soll	62
3	Hilfe zur Selbsthilfe: Depression, Schuld und Verantwortung	91
3.1	Beratung und neoliberale Gouvernementalität	93
3.2	Depression und Leistungsorientierung	100
3.3	Depression und Verantwortung	113
Resümee		135
Literaturverzeichnis		137
Verzeichnis der Onlinequellen		149
Anhang A:		
Alphabetisches Verzeichnis aller lieferbaren Depressionsratgeber und Praxismanuale		151
Ratgeber und Praxismanuale geordnet nach Kategorien		172
Anhang B:		
AutorInnen der lieferbaren Depressionsratgeber nach angegebener Qualifikation		201
Einteilung der Ratgeber-AutorInnen nach ihrem vorrangigen therapeutischen Zugang		209
Abstract		219
Lebenslauf		220

Einleitung

Ausgangspunkt dieser Arbeit waren drei – im Diplomarbeitsexposee formulierte – Fragen:

a) Welche gouvernementalen Veränderungen korrespondieren der zunehmenden Sorge um die Depression?
b) Welche Verbindungen lassen sich zwischen Ratgeberliteratur und Gouvernementalität herstellen?
c) Können Ratgeber zu Depressionen als am Leitbild des Unternehmerischen Selbst orientierte Anleitungen zur Selbstführung verstanden werden?

Bereits damals habe ich festgehalten, dass es eine auffallende Parallelität zwischen dem Aufstieg der Depression zur zentralen psychischen Erkrankung unserer Zeit einerseits und gravierenden Veränderungen in der Beschäftigungswelt und in der Steuerung von Staaten, Unternehmen und Individuen andererseits gibt. Davon ausgehend lag die Vermutung nahe, dass es sich dabei nicht um eine bloße Gleichzeitigkeit handelt, sondern beide Ereignisse in einer komplexen Beziehung zueinander stehen.[1] Diese These stand am Beginn der Arbeit, sie sollte auf ihre Plausibilität hin überprüft werden. Ergänzt wurde sie durch die Fragen b) und c), hinter denen sich eine andere, zunächst implizite These verbarg, die sich aus meiner Beschäftigung mit gouvernementalitätstheoretischen Texten heraus entwickelte. Ratgeberliteratur wird darin nämlich selbst als Regierungstechnik verhandelt, als eine bestimmte Textgattung, welche die Leute dazu anleiten soll, sich in einer spezifischen Weise selbst zu verstehen und auf ein Ziel, ein Subjektideal hin, zu transformieren. Es lag also nahe, Ratgeber zu Depressionen in der gleichen Weise zu verstehen. Beide Thesen verbinden sich miteinander. Sowohl Depressionen als auch die sie betreffenden Ratgeber können zu den gesellschaftlichen Wandlungsprozessen der letzten fünfzig Jahre in Beziehung gesetzt werden. Die daraus abgeleitete Forschungsfrage ist somit die nach den

[1] Eine im Herbst 2009 eingereichte Masterarbeit am Institut für Erziehungswissenschaft in Salzburg geht von einer ähnlichen Grundüberlegung aus. Die Autorin Sabine Menapace behandelt die Frage nach möglichen Zusammenhängen zwischen Regierung und Depression anhand der Analyse einschlägiger Zeitungsberichte und stellt darin unter Anderem die quantitative Zunahme eines Selbstsorgediskurses zwischen den 1990er- und den 2000er-Jahren fest. Bibliographische Angaben zu dieser unveröffentlichten Masterarbeit finden sich im Literaturverzeichnis. Meine Diplomarbeit nimmt jedoch nicht weiter Bezug auf diese Arbeit, da ich erst auf sie gestoßen bin, als ich meine Arbeit fast beendet hatte und ich beim Durchlesen der Arbeit auch auf keine für mich relevanten, neuen Erkenntnisse gestoßen bin.

Verbindungen zwischen neoliberaler Gouvernementalität, Depression und den sie betreffenden Ratgebern. Alle drei Elemente sollten miteinander in Beziehung gesetzt werden. In Form einer Frage formuliert:

> **Lassen sich Verbindungen zwischen neoliberaler Gouvernementalität, Depression und Ratgeberliteratur zu Depressionen herstellen?**

Um die Antwort gleich vorwegzunehmen: Ja, solche Verbindungen lassen sich herstellen, und die folgende Arbeit hat sie zum Thema. Diese sind in ihrer Form jedoch deutlich verzwickter und komplizierter, als ich dies beim Verfassen meines Exposees annahm. Wie sich zeigen wird, wäre es unvorsichtig der schlichten These zu folgen, die Verbindung zwischen Depression und Neoliberalismus wäre die, dass letzterer die Menschen psychisch krank machen würde. Es wäre ebenso verkürzt, Depressionsratgeber einfach als Technik neoliberaler Menschenführung zu verstehen, die sich besonders jener annehmen, die sich in großer Distanz zum neoliberalen Subjektideal des Unternehmerischen Selbst befinden, mit dem Ziel, diese dem Ideal wieder anzunähern. Gleichzeitig hängt der Aufstieg der Depression durchaus mit dem Aufstieg eines Subjektideals zusammen, welches sein konstitutives Gegenüber bildet und Depressionsratgeber greifen sehr wohl auf Techniken zurück, die charakteristisch für neoliberales Regieren sind. Depressionsratgeber zielen auf die Heilung (und im Rahmen eines breit etablierten Konsens' bedeutet dies meist, auf die Linderung von Symptomen) ihrer LeserInnen ab. Damit orientieren sie sich meist an einem Ideal psychischer Gesundheit, das sich mit dem Subjektideal des Unternehmerischen Selbst weitgehend deckt. Beide zunächst verworfenen Thesen sind nicht ganz falsch, aber sie sind verkürzt, weil sie einfache Kausalitäten voraussetzen, die sich bei näherer Betrachtung nicht aufrechterhalten lassen. Die Rede von „Verbindungen" in der formulierten Fragestellung drückt somit eine gewisse Vorsicht aus, die zunächst offen lässt, wie diese genauer beschaffen sind und zugleich, wie viele davon angesprochen werden. Depressionen, Ratgeberliteratur und neoliberale Gouvernementalität hängen zusammen, aber diese Zusammenhänge sind überaus vielfältiger und gehen nie – im Sinne einfacher Kausalitäten – nur in eine Richtung bzw. von einem Zentrum aus.

Die Arbeit gliedert sich in drei Kapitel, die ich zum Einstieg kurz vorstellen werde. Damit stelle ich gleichzeitig den Weg vor, auf dem ich versuche die zuvor formulierte Fragestellung zu bearbeiten. Im ersten Kapitel werden für die Arbeit wichtige Begriffe

geklärt. Diese bilden das analytische Raster, auf dem die weitere Arbeit aufbaut. Zu diesem Zweck greife ich vor allem auf einige Arbeiten Michel Foucaults zurück, dessen darin dargelegtes, spezifisches Verständnis der Begriffe Macht, Wissen, Diskurs, Subjekt und Regierung für das Verständnis der weiteren Arbeit entscheidend ist. Eine solche Klärung ist insofern entscheidend, da Foucaults Begriffsverständnis sich in vielen Fällen nicht mit dem Vorverständnis der LeserInnen decken dürfte. Besonders deutlich wird dies am Beispiel des für diese Arbeit zentralen Begriffs der Regierung, den Foucault nicht auf im engeren Sinne staatliche Handlungen beschränkt, eine Erweiterung, die es überhaupt erst möglich macht, im weiteren Sinne pädagogische Handlungen, hier vor allem Beratung und Psychotherapie, unter diesem Begriff zu verhandeln.

Auch im ersten Kapitel versuche ich bereits, Verbindungen zwischen theoretischen Vorüberlegungen und den spezifischen Fragestellungen und Problemfeldern meines Themas bzw. meiner Fragestellung nach den Zusammenhängen zwischen Depressionen, einschlägiger Ratgeberliteratur und neoliberaler Gouvernementalität herzustellen. Auch in der weiteren Arbeit wechseln theoretische mit analytischen Passagen, wobei sich das Gewicht im Laufe der Arbeit von der Theorie zur Analyse hin verschiebt. Ziel ist es, möglichst durchgehend verständlich zu machen, warum theoretische Überlegungen für die Analyse des Materials relevant bzw., warum das analysierte Material aus theoretischer Perspektive von Interesse ist. Das erste Kapitel schließt mit einer kurzen Vorstellung des zentralen analysierten Materials, der mit Ende 2009 lieferbaren, deutschsprachigen Ratgeber zu Depressionen. Diese werden nach Kategorien geordnet und kurz vorgestellt. Die enorme Menge des Materials wird ausführlich im Anhang der vorliegenden Arbeit vorgestellt, wo auch die Ergebnisse einer vorgenommenen quantitativen Sichtung im Detail nachgelesen werden können. Soweit für die genauere Analyse relevant, werden diese Ergebnisse im weiteren Verlauf der Arbeit immer wieder aufgenommen. Daneben fokussiert die weitere Analyse vor allem auf Wiederholungen und Gemeinsamkeiten, also auf gewisse, immer wiederkehrende Diskursfragmente, bestimmte Überlegungen, verhandelte Problemfelder etc., die mir in den etwa 25 genauer analysierten Ratgebern aufgefallen sind. Auch wenn diese kleine Stichprobe keine Generalisierungen erlaubt, vermute ich stark, dass diese Tendenzen sich auch anhand einer größeren Stichprobe bestätigen würden. Durch die Kombination aus einer quantitativen Sichtung, die vor allem auf

eine Kategorisierung nach Ratgebertypen (z.B. Selbsthilferatgeber, Überblicksratgeber etc.) sowie nach ihrer therapeutischen Ausrichtung abzielt, sowie einer detaillierteren Analyse einiger Beispiele aus diesen Kategorien scheinen sich jedenfalls deutliche Trends ablesen zu lassen, die in der weiteren Folge diskutiert werden.

Das Analysematerial wird darüber hinaus durch einige andere Texte ergänzt. Zu nennen wären hier beispielhaft politische Reden, statistische Quellen, Selbstmanagementratgeber oder Texte verschiedener privater Initiativen zur Förderung einer optimistischen Einstellung, die sich vor allem im zweiten Kapitel finden und den Diskurs um das Thema Depression im Rahmen neoliberaler Gouvernementalität verdeutlichen sollen. Dazu kommen – ebenfalls im zweiten Kapitel – Definitionen dessen, was in Fachkreisen unter Depressionen verstanden wird, wobei sich der erreichte Konsens vor allem auf gewisse Symptome bezieht, welche als Symptome einer Depression bzw. zunehmend als Depression selbst gelten. Analysiert wird das genannte Material unter Rückgriff auf mehrere theoretische Arbeiten. Zentral zu nennen sind hier vor allem Alain Ehrenbergs Buch *Das erschöpfte Selbst* (2004), aber auch diverse Arbeiten zum Thema Neoliberalismus und Postfordismus, vor allem mit gouvernemetalitätstheoretischer Ausrichtung.

Das dritte und letzte Kapitel der Arbeit widmet sich den Hilfestellungen, welche die analysierten Ratgeber ihren LeserInnen anbieten und setzt diese zugleich zu den Techniken neoliberalen Regierens sowie der depressiven Symptomatik in Beziehung. Dabei werden jene Aporien heraus präpariert, in die sich die Ratgeber durch die komplexen Verwicklungen der drei genannten Felder verstricken. Das Problem spitzt sich gegen Ende auf eines der Responsibilisierung, also des Zuschreibens von Verantwortung zu, das einerseits eine zentrale Regierungstechnik des Neoliberalismus darstellt und andererseits innerhalb der Ratgeber sowohl als potentielle Ursache von Depressionen als auch als Technik der Therapie verhandelt wird. Die Herausarbeitung dieses Komplexes ist zugleich eine abschließende Beantwortung der Fragestellung dieser Arbeit bezüglich der Zusammenhänge zwischen neoliberaler Regierung, Depression und Ratgebern zum Thema Depression: Responsibilisierung stellt sich am Ende als verbindendes Glied dieser drei Bereiche dar.

1 Methodologische Rahmung: Begriffe als Analyseraster

Begriffe wie Macht, Wissen, Regierung, Gouvernementalität und Subjekt versteht Foucault als Analyseraster und nicht als ein hinter den Dingen liegendes Prinzip oder Gesetz.[2]

Macht

Als vielleicht der zentrale analytische Begriff in Foucaults Arbeit gilt der Begriff der Macht. Der Reiz, Macht mit Foucault zu denken und zu analysieren liegt darin, dass er mit dem gewohnten Verständnis des Begriffs bricht und gerade dadurch Machtverhältnisse kritisierbar werden, die ansonsten gar nicht erst als solche erscheinen würden. Entgegen dem gewohnten Verständnis ist Macht für Foucault „nicht etwas, was man erwirbt, wegnimmt, teilt, was man bewahrt oder verliert; die Macht ist etwas, was sich von unzähligen Punkten aus und im Spiel ungleicher und beweglicher Beziehung vollzieht“ (Foucault 1983, S. 94). Statt die Macht als Eigentum (z.B. von Subjekten, des Staates oder einer politisch-ökonomischen Klasse) zu verstehen, verfolgt Foucault einen relationalen Machtbegriff. Er versteht Macht als „Vielheit von Kraftverhältnissen, die ein Gebiet bevölkern und organisieren“ (ebd., S. 93). Macht wird bei Foucault immer als Machtbeziehung, als Machtverhältnis gedacht. Sie ist für Foucault so gesehen auch nichts, das überwunden werden kann oder muss, sofern man unter Macht „Strategien begreift, mit denen die Individuen das Verhalten der anderen zu lenken und zu bestimmen versuchen“ (Foucault 1985, S. 25). Genauso folge aus einem relationalen Machtbegriff, dass Machtverhältnisse anderen Verhältnissen, wie ökonomischen Prozessen, Erkenntnisrelationen oder sexuellen Beziehungen, nicht äußerlich seien (vgl. Foucault 1983, S. 94). Machtverhältnisse stellten diesen Verhältnissen gegenüber keinen hemmenden oder aufrechterhaltenden Überbau dar, sondern seien ihnen, sowohl als Auswirkungen wie als Bedingungen, immanent (vgl. ebd.). Demzufolge betont Foucault auch immer wieder den produktiven Charakter von Machtverhältnissen: „In Wirklichkeit ist die Macht produktiv und sie produziert Wirkliches. Sie produziert Gegenstandsbereiche und Wahrheitsrituale: das Individuum

[2] So schreibt er im zweiten Band seiner Vorlesungen zur Gouvernementalität „[…] daß die Macht keinesfalls als ein Prinzip an sich oder von Anfang an als eine erklärende Größe gelten kann. Der Begriff der Macht selbst hat keine andere Funktion, als einen [Bereich; Einfügung Hg.] von Beziehungen zu bezeichnen, die alle analysiert werden sollen, und was ich vorgeschlagen habe die Gouvernementalität zu nennen, d.h., die Art und Weise, mit der man das Verhalten der Menschen steuert, ist nichts anderes als der Vorschlag eines Analyserasters für diese Machtverhältnisse“ (Foucault 2006b, S. 261).

und seine Erkenntnisse sind Ergebnisse dieser Produktion“ (Foucault 1976, S. 250). Diese produktive Wirkung, die sich auch auf die Konstitution der Subjekte erstreckt, ist für Foucault die Voraussetzung für eine Akzeptanz der Macht: „Der Grund dafür, daß Macht herrscht, daß man sie akzeptiert, liegt ganz einfach darin, daß sie nicht nur als neinsagende Gewalt auf uns lastet, sondern in Wirklichkeit die Körper durchdringt, Dinge produziert, Lust verursacht, Wissen hervorbringt, Diskurse produziert; man muß sie als produktives Netz auffassen, das den ganzen sozialen Körper überzieht und nicht so sehr als negative Instanz, deren Funktion in der Unterdrückung besteht“ (Foucault 1978, S. 35). Als produktives Netzwerk kann Macht nicht besessen oder vollständig kontrolliert[3] werden. Wenn Macht der Name „einer komplexen strategischen Situation in einer Gesellschaft“ (Foucault 1983, S. 94) ist, dann hat sie kein Zentrum. Allgegenwärtig sei die Macht nicht deshalb, weil sie von einem Mittelpunkt ausgehe, sondern weil „sie sich in jedem Augenblick […] in jeder Beziehung zwischen Punkt und Punkt erzeugt“ (ebd.). Ihre Beständigkeit könnten Machtbeziehungen nur aufgrund von Wiederholungen entfalten. Dabei folgten sie zwar Kalkülen, aber diese könnten nicht auf die autonome Entscheidung von Subjekten zurückgeführt werden (vgl. ebd., S. 95). In der Machtanalyse, wie sie von Foucault verstanden wird, geht es nicht darum, jene individuellen oder kollektiven Subjekte zu identifizieren, von denen die Machtverhältnisse ausgehen. Analysiert werden die Absichten und Wirkungen der Macht, die sich in ihrem Netzwerk entfalten. Ihr liegt ein produktives und strategisches Modell der Macht zugrunde, das Foucault einem „Privileg des Verbotes“ (ebd., S. 101) und einem „Privileg der Souveränität“ (ebd.) gegenüberstellt.

Wenn Macht allgegenwärtig und grundsätzlich nicht zu überwinden ist, macht dies außerdem eine Unterscheidung zwischen Macht und Herrschaft nötig, um mit dem Begriff der Herrschaft das ausdrücken zu können, „was man üblicherweise Macht nennt“ (Foucault 1985, S. 26 f.). Herrschaftszustände stellen eine Verfestigung von Machtbeziehungen dar. Letztere werden als „strategisches Spielen zwischen Freiheiten“ (ebd., S. 26) verstanden, sind also auf Freiheit bezogen. Macht ist in diesem Sinne „eine Weise des Einwirkens auf ein oder mehrere handelnde Subjekte, und dies, sofern sie handeln und zum Handeln fähig sind. Ein Handeln auf Handlungen“ (Foucault 1987, S.

[3] Er schreibt dazu: „Weder die regierende Kaste noch die Gruppen, die die Staatsapparate kontrollieren, noch diejenigen, die die wichtigsten ökonomischen Entscheidungen treffen, haben das gesamte Macht- und damit Funktionsnetz einer Gesellschaft in der Hand“ (Foucault 1983, S. 95).

255). So definiert Foucault letztlich drei Ebenen seiner Machtanalyse: „strategische Beziehungen, Regierungstechniken und Herrschaftszustände“ (Foucault 1985, S. 27).

Wissen

Auch Foucaults Begriff des Wissens bricht mit Gewohntem, denn er steht nicht in Opposition zu sondern in unauflösbarer Verbindung mit Macht. Foucaults Machtanalyse bezieht somit stets die Analyse von Wissen mit ein. Als Wissen bezeichnet Foucault „alle Erkenntnisverfahren und Wirkungen […] die in einem bestimmten Moment und in einem bestimmten Gebiet akzeptabel sind“ (Foucault 1992, S. 32), während sich der Begriff der Macht auf jene Mechanismen bezieht „die in der Lage scheinen, Verhalten und Diskurse zu induzieren“ (ebd.). Foucault warnt in diesem Zusammenhang jedoch vor dem Missverständnis, dass *das* Wissen oder *die* Macht existieren und selbständig agieren würden (vgl. ebd., S. 33). Wissen und Macht seien, wie eingangs erwähnt, lediglich ein Analyseraster (vgl. ebd.). Die vielfältigen Verbindungen zwischen Wissen und Macht sollen mithilfe dieser Erweiterung der Machtanalyse untersucht werden, ohne dass Wissen und Macht selbst der Status eines Subjekts zugeschrieben wird, das im Hintergrund der Handlungen und Diskurse die Fäden zieht.

Wie kann nun diese Verbindung von Macht und Wissen gedacht werden? Für Foucault ist es „nicht möglich, dass Macht ohne Wissen ausgeübt wird, es ist nicht möglich, dass das Wissen keine Macht erzeugt.“ (Foucault 2002b, S. 930) Wenn unter Macht Strategien der Lenkung und Beeinflussung anderer (s.o.) verstanden werden, dann beschäftigt sich das Wissen mit Möglichkeiten und Wegen einer solchen Beeinflussung. Mit der Steigerung des Wissens (über den Menschen, aber etwa auch über die Natur) steigen auch die Möglichkeiten der Beeinflussung. Foucaults Analyse geht jedoch noch über diesen offensichtlichen Zusammenhang hinaus, denn „nichts kann als Wissenselement auftreten, wenn es nicht mit einem System spezifischer Regeln und Zwänge konform geht“ (Foucault 1992, S. 33). Nur jene Erkenntnisse, die nach anerkannten Verfahren gewonnen wurden, gelten als Wissen. Wissen legitimiert sich also dadurch, dass seine Produktion selbst in ein Machtnetz eingespannt ist, dass es disziplinäres und diszipliniertes Wissen ist. Und gerade weil dieses Wissen als wissenschaftlich, rational oder einfach plausibel gelte, „sei es zu Nötigungen und Anreizungen fähig“ (ebd.). Wissen greift so in das Netzwerk der Macht ein, steigert

ihre Möglichkeiten, verändert aber mitunter auch ihre Stoßrichtung, ihre Ansatzpunkte und Techniken. Wenn Foucault den Verbindungen von Wissen und Macht nachgeht, so geht es ihm nicht zuletzt um die Frage der „Akzeptabilität eines Systems“ (ebd.), etwa des Systems der Geisteskrankheit oder der Strafjustiz (vgl. ebd.). So weist auch hier Akzeptanz nicht auf die Abwesenheit von Macht- und Herrschaftseffekten hin, sondern erscheint als Effekt eines „Nexus von Macht-Wissen“ (ebd.).

1.1 Regierung

Auch der analytische Begriff der Regierung wird von Michel Foucault in einem ungewohnten, weil umfassenden Sinn verwendet, der sich nicht auf jenen Bereich beschränkt, der als im engeren Sinn politisch oder staatlich bezeichnet werden könnte, sondern den gesamten Bereich der Führung von Menschen umfasst und damit für eine kritische Analyse zugänglich macht. Unter Regierung versteht er „die Gesamtheit der Institutionen und Praktiken, mittels derer man die Menschen lenkt, von der Verwaltung bis zur Erziehung“ (Foucault 1996, S. 118). Dabei bezieht er sich auf jene weite Bedeutung, die der Begriff der Regierung im 16. Jahrhundert hatte. In diesem Sinne bezeichnete Regierung nicht nur die politische Verwaltung der Staaten, sondern umfassender all jene „Handlungsweisen, die dazu bestimmt waren, auf die Handlungsmöglichkeiten anderer Individuen einzuwirken. Regieren heißt in diesem Sinne, das Feld eventueller Handlungen der anderen zu strukturieren“ (Foucault 1987, S. 255). Ihr umfassender Anspruch macht die Regierungstechnologien für Foucault zum Bindeglied zwischen Machtbeziehungen und Herrschaftszuständen (vgl. Foucault 1985, S. 26 f.). Wenn Regierung so verstanden wird, ist sie zugleich immer auf Selbstregierung bezogen, denn „damit Menschen geführt werden können, müssen sie sich selbst auf eine spezifische Weise führen“ (Masschelein/Quaghebeur/Simons 2004, S. 10). Dieses Verhältnis kommt im Begriff der Führung zum Ausdruck, denn „‚Führung‘ ist zugleich die Tätigkeit des ‚Anführens‘ anderer (vermöge mehr oder weniger strikter Zwangsmaßnahmen) und die Weise des Sich-Verhaltens in einem mehr oder weniger offenen Feld von Möglichkeiten“ (Foucault 1987, S. 255). Regierungstechniken wirken auf dieses Feld ein und beeinflussen das Handeln der Subjekte, ohne es jedoch zu determinieren: Regierung vollzieht sich als Führung, fördernde Regulation und gewähren lassende Umweltsteuerung (vgl. Saar 2007, S. 34). Somit ist sie immer auf Freiheit bezogen, die unter diesem Blickwinkel keine zwingenden Gegensätze bildet. Vielmehr etabliert sich mit den liberalen Regierungstechniken ab dem 18. Jahrhundert eine „Regierung der Freiheit“ (Bröckling 2007, S. 78) im doppelten Sinn: sie zielt einerseits auf die Ermöglichung von und andererseits auf den richtigen Gebrauch der Freiheit.

Pastorat

Mit dem Begriff Pastorat bezeichnet Michel Foucault „Techniken der Seelenführung“ (Dzierzbicka 2006, S. 48), die zunächst in den Bereich der christlichen Religion fallen und sich im Zuge der Neuzeit zunehmend säkularisieren. Unter diesem Blickwinkel fällt auch die Pädagogik unter die, nunmehr säkularisierten, pastoralen Machttechniken. Ihren Ursprung haben diese in den pastoralen Techniken der christlichen Seelenführung, die selbst eine Fortsetzung der antiken Selbsttechniken darstellen (vgl. Wrana 2006, S. 31). Die antiken Selbsttechniken zielten nicht nur auf Selbsterkenntnis, sondern ebenso auf Selbsttransformation (vgl. ebd., S. 27 f.). Die christlichen Selbsttechniken, die sich ab der Spätantike in den frühen christlichen Gemeinschaften etablieren (vgl. ebd., S. 30), behalten diese doppelte Ausrichtung an Selbsterkenntnis und Selbsttransformation bei. Sie verändern diese jedoch, indem sie sie an eine „Instanz des reinen Gehorsams“ (Lemke/Krasmann/Bröckling 2000, S. 11) binden. Damit verlieren sie die Ausrichtung an einer autofinalisierten Sorge um sich, welche die antiken Selbsttechniken bestimmte (vgl. Wrana 2006, S. 31). Durch die Bindung an den Gehorsam zielen sie vielmehr auf die Installation einer Regulationsinstanz, die die Subjekte von innen heraus führt (vgl. ebd.). Gleichzeitig weiten sich die christlichen Selbstführungstechniken sukzessive aus: Anders als in der Antike sind sie nicht mehr auf eine schmale Oberschicht beschränkt (vgl. ebd., S. 31). Die christliche Pastoral „hat die einzigartige und der antiken Kultur wohl gänzlich fremde Idee entwickelt, daß jedes Individuum unabhängig von seinem Alter, von seiner Stellung sein ganzes Leben hindurch und bis ins Detail seiner Aktionen hinein regiert werden müsse und sich regieren lassen müsse: daß es sich zu seinem Heil lenken lassen müsse und zwar von jemandem, mit dem es in einem umfassenden und zugleich peniblen Gehorsamsverhältnis verbunden sei“ (Foucault 1992, S. 9 f.). Die Bindung an strikten Gehorsam und die Ausweitung der Selbsttechniken über eine schmale Schicht auf alle Subjekte, unterscheiden das christliche Pastorat von den antiken Selbsttechniken. Und für Foucault ist es diese spezifische Form der Menschenführung, vor deren Hintergrund der moderne Staat am Beginn der Neuzeit entsteht.[4] Der moderne Staat formiert sich in einer komplexen Verbindung politischer und pastoraler Machttechniken, wobei letztere

[4] Im ersten Band seiner Vorlesungen zur Gouvernementalität schreibt er dazu: „Der moderne Staat entsteht, denke ich, als die Gouvernementalität tatsächlich eine kalkulierte und überlegte politische Praxis geworden ist. Die christliche Pastoral scheint mir den Hintergrund dieses Vorgangs zu bilden“ (Foucault 2006a, S. 242).

sich ab dem 16. Jahrhundert zunehmend ausweiten und säkularisieren (vgl. Lemke/Krasmann/Bröckling 2000, S. 11).

Gouvernementalität

Um diesen Prozess der Analyse zugänglich zu machen, führt Michel Foucault ab den 1970er Jahren den Begriff der Gouvernementalität[5] ein. Er versteht darunter nicht nur eine „spezifische, wenn auch sehr komplexe Form der Macht" (Foucault 2006a, S. 162), sondern auch den Vorgang einer allmählichen Umgestaltung eines mittelalterlichen Staats der Gerichtsbarkeit zum modernen Verwaltungsstaat (vgl. ebd., S. 163). Dieser Prozess beginnt laut Foucault zwischen dem 15. und dem 16. Jahrhundert als „eine große Umgestaltung der Art und Weise, wie die Menschen regiert wurden, sowohl in ihren individuellen wie in ihren sozialen, politischen Beziehungen" (Foucault 1996, S 119). Die Frage, wie man regiert, ist für Foucault die bestimmende Frage jener Zeit (vgl. Foucault 1992, S. 11), die sich – entsprechend der damals umfassenden Bedeutung des Begriffs der Regierung – auf viele Bereiche erstreckt: „wie regiert man die Kinder, wie regiert man die Armen und die Bettler, wie regiert man eine Familie, ein Haus, wie regiert man Heere, wie regiert man die verschiedenen Gruppen, die Städte, die Staaten, wie regiert man seinen eigenen Körper, wie regiert man seinen eigenen Geist?" (ebd.). Viele gesellschaftliche Gruppen würden damit in der folgenden Zeit zum Ziel der entstehenden Regierungskünste, neben den Kindern auch die Verrückten und die Arbeiter (vgl. Foucault 2003, S. 70).

Die Begriffe Regierung und Gouvernementalität sind nicht synonym, auch wenn ihre Abgrenzung nicht immer eindeutig ist. Nach Michel Sennelart bezeichnet Gouvernementalität für Foucault ein strategisches und sich veränderndes Feld von Machtverhältnissen, während die Regierungstechnologien durch dieses Feld bestimmt würden (vgl. Sennelart 2006, S. 566).

Der besondere Wert des Konzepts der Gouvernementalität bzw. der Regierung kann darin gesehen werden, dass sich damit die drei wesentlichen Perspektiven in Foucaults

[5] In den deutschsprachigen Gouvernementalitätsstudien wurde Gouvernementalität längere Zeit als „Regierung der Denkweisen" übersetzt (vgl. Lemke/Krasmann/Bröckling 2000, S. 8). In der deutschen Ausgabe von Foucaults Vorlesungen hat Michel Sennelart darauf hingewiesen, dass es sich hierbei um einen Übersetzungsfehler handelt: „Entgegen der von bestimmten deutschen Kommentatoren vorgelegten Interpretation kann das Wort ‚gouvernementalité' nicht aus der Zusammenziehung von ‚gouvernment' und ‚mentalité' resultieren, da ‚gouvernementalité' aus ‚gouvernemental' abgeleitet ist […] und je nach Verwendung das Strategiefeld der Machtbeziehungen oder die spezifischen Merkmale der Regierungstätigkeit bezeichnet" (Sennelart 2006, S. 564, Fußnote 125).

Werk zusammendenken lassen, nämlich Wissen, Macht und Selbsttechniken (vgl. Opitz 2004, S. 41). Auch Thomas Lemke, Susanne Krasmann und Ulrich Bröckling sprechen im Bezug auf den Regierungsbegriff bei Foucault von einer „Scharnierfunktion", sowohl was die Verbindung von Macht und Herrschaft, als auch jene zwischen Macht und Subjektivität betrifft (vgl. 2000, S. 8).

Mit der Gouvernementalität entsteht aber auch eine spezifische Form der Kritik, eine kritische Haltung als „Gegenstück zu den Regierungskünsten, gleichzeitig ihre Partnerin und ihre Widersacherin[6], als Weise ihnen zu mißtrauen, sie abzulehnen, sie zu begrenzen und sie auf ihr Maß zurückzuführen" (Foucault 1992, S. 12), die Foucault als die „Kunst, nicht dermaßen regiert zu werden" (ebd.) definiert. Sie stellt die Frage danach, wie es möglich sei „daß man nicht derartig, im Namen dieser Prinzipien da, zu solchen Zwecken und mit solchen Verfahren regiert wird – daß man nicht so und nicht dafür und nicht von denen da regiert wird?" (ebd., S. 11). Die vorliegende Arbeit fühlt sich einem solchen Kritikverständnis verpflichtet, das von den „Beziehungen zwischen der Macht, der Wahrheit und dem Subjekt" (ebd., S. 15) ausgeht. Es ist keine Kritik, die von einem sicher geglaubten äußeren Punkt aus das Bestehende kritisiert: „Die kritische Praxis entspringt nicht aus der angeborenen Freiheit der Seele, sondern wird vielmehr im Schmelztiegel eines bestimmten Austauschs zwischen einer Reihe (schon vorhandener) Regeln oder Vorschriften und einer Stilisierung von Akten geformt, die diese schon vorhandenen Regeln erweitert und reformuliert" (Butler 2002, S. 257 f.). Kritik an den Regierungsbemühungen setzt dann dort an, wo versucht wird, die kritische Beziehung auszuschließen "um das gesamte Feld des moralischen und politischen Urteilens zu ordnen" (Butler 2002, S. 258). In diesem Sinne ist sie Herrschaftskritik, weil sie sich an verfestigten Machtbeziehungen entzündet und diese aufbrechen möchte.

[6] Foucault spricht hier von der Kritik sowohl als Widersacherin, als auch als Partnerin der Regierungskünste. Wie wichtig eine solche doppelte Sichtweise der Kritik ist, zeigt jene spezifische Art der Gouvernementalität die sich ab dem 18. Jahrhundert durchsetzt: Es ist dies die liberale Gouvernementalität, die Regierung und Kritik am Regiertwerden in komplexer und äußerst erfolgreicher Weise integriert.

Pädagogik und Pastorat

Wie bereits kurz angesprochen kann auch die Pädagogik vor diesem Hintergrund einer Säkularisierung christlicher pastoraler Techniken verstanden werden. Das macht die Regierungs- bzw. Gouvernementalitätstheorie Foucaults als analytisches Instrument für die Bildungswissenschaft interessant. Die Bildungswissenschaftlerin Käthe Meyer-Drawe hat dementsprechend bereits Mitte der 1990er Jahre in einem Artikel die Bildungswissenschaft dazu aufgerufen, an die Studien zur Gouvernementalität anzuknüpfen (vgl. Meyer-Drawe 1996). In einem späteren Text diagnostiziert Käte Meyer-Drawe, „daß die heteronomen Bestimmungen immer unsichtbarer werden und damit an Provokation verlieren“ (Meyer-Drawe 2000, S. 8).

Der pastorale Machttypus ist weder konflikthaft noch repressiv, sondern durch und durch wohlwollend (vgl. Saar 2007, S. 36 f.). Da die Pädagogik an das christliche Motiv der Führung zum Seelenheil anschließt, glaubt sie immer nur am Glück der Subjekte interessiert zu sein und vergisst darüber jene Bedeutung, die ihr im Bezug auf die Erhaltung gesellschaftlicher Macht- bzw. Herrschaftsverhältnisse zukommt. Mit Meyer-Drawe gesprochen geht es darum, „Illusionen von Autonomie“ (Meyer-Drawe 2000) aufzuzeigen, die nicht zuletzt in einer spezifisch „pädagogischen Gouvernementalität des ‚Förderns und Entwickelns‘“ (Maurer/Weber 2006, S. 28) bemüht werden. Diese „pädagogische Gouvernementalität“ weitet sich spätestens in Zeiten sich auflösender Institutionen (vgl. Deleuze 1993) immer weiter aus und ist nicht länger auf eben jene pädagogischen Institutionen beschränkt. Somit ist eine Analyse pädagogischer Machttechniken auch über den Bereich dieser Institutionen und klassischen pädagogischen Arbeitsfelder hinaus zunehmend interessant. Diese Überlegungen waren im Rahmen der vorliegenden Arbeit auch insofern relevant, weil der Rückgriff auf Ratgeberliteratur den Blick bildungswissenschaftlicher Reflexion auf einen Bereich richtet, der nicht offenkundig in deren Zuständigkeit fällt. Die allerorten attestierte „Pädagogisierung“ der Gesellschaft zeigt jedoch, dass sich eine klare Eingrenzung des Bereichs, der für die kritische Analyse durch die Bildungswissenschaft interessant ist, nicht mehr leisten lässt, denn der Begriff der Pädagogisierung bedeutet sowohl eine zeitliche als auch eine räumliche Entgrenzung des Pädagogischen, also über pädagogische Institutionen und bestimmte, abgrenzbare Lebensabschnitte hinaus (vgl. Ribolits 2009b, S. 223), zugunsten „einer ständigen Allgegenwärtigkeit pädagogischer Betriebsamkeiten“ (Dzierzbicka 2001, S. 3). Damit

hat sich aber auch das Problem einer Machttechnik ausgeweitet, die vordergründig lediglich am Wohl der mit ihr konfrontierten Subjekte interessiert sein will und darüber ihre potentielle Verbindung mit der Aufrechterhaltung und Ausweitung gesellschaftlicher Herrschaftszustände vergisst.[7] Wenn in dieser Arbeit neoliberale Gouvernementalität und die pastorale Sorge um depressive Subjekte miteinander in Beziehung gesetzt werden, so soll dies eben jenen Duktus einer ohnedies bloß an deren Wohl interessierten pädagogischen Intervention unterlaufen, indem diese an jene Machtverhältnisse rückgebunden wird, denen die depressiven Subjekte in besonderer Form unterliegen.

Studien zur Gouvernementalität

An das Konzept der Gouvernementalität, das auf die Arbeiten Michel Foucaults – insbesondere auf seine beiden dem Thema gewidmeten Vorlesungen (2006a und 2006b) – zurückgeht anschließend, sind in den letzten Jahren zahlreiche Versuche unternommen worden, Verbindungen zwischen Macht, Subjektivität, Herrschaftstechniken und Selbsttechnologien zu untersuchen. Diese governementality studies oder Gouvernementalitätsstudien interessieren sich dabei insbesondere für den Zusammenhang von Machtverhältnissen und Subjektivierungsweisen vor dem Hintergrund der Transformationen gesellschaftlicher Handlungsfelder (vgl. Wrana 2006, S. 23). Zunächst im englischen Sprachraum rezipiert, haben sie seit Ende der 1990er Jahre auch verstärkt Eingang in die deutschsprachigen Sozialwissenschaften gefunden (vgl. ebd.). Ulrich Bröckling, Susanne Krasmann und Thomas Lemke diagnostizieren jedoch zu dieser Zeit, dass in Deutschland immer noch eine „philosophisch-akademische und häufig stark polarisierende Diskussion der Arbeiten Michel Foucaults“ (2000, S. 7) dominieren würde, während im angloamerikanischen Raum bereits die eher politische und sozialwissenschaftliche Sichtweise der governementality studies vorherrschen würde (vgl. ebd.). Der Ansatz der governementality studies liege dabei quer zur Foucaultrezeption in den verschiedenen Teildisziplinen der Sozialwissenschaften (vgl. ebd.), kann also als interdisziplinärer Ansatz verstanden werden. Die Gouvernementalitätsstudien verstehen sich meist als Problematisierung der Gegenwart und richten ihr Interesse auf die Machtwirkungen

[7] Erich Ribolits schreibt zur Pädagogisierung der Gesellschaft denn auch in gewohnt scharfen Worten: „Hatten bisher nur die Lehrer behauptet, nur unser Bestes zu wollen, behaupten das nun auf einmal alle – vor nichts sollte man sich allerdings mehr fürchten!“ (Ribolits 2009b, S. 226)

einer neoliberalen Gouvernementalität. Sie zielen auf eine Analyse der Verbindung von Regierung und Selbstregierung unter den Bedingungen des Neoliberalismus. Dabei betrachten sie die Möglichkeitsfelder, unter denen sich Subjekte konstituieren und handeln. Ihr Material beziehen sie aus jenen Debatten und Programmen, die Regierungs- und Selbstregierungsbemühungen anleiten, ihnen Form und Richtung geben und Techniken zur Erreichung der gesteckten Ziele beinhalten. Sie verbinden somit „ein anspruchsvolles theoretisch-methodologisches Programm mit detaillierten empirischen Analysen“ (ebd., S. 18).

Auch wenn sich die Analysen auf Details richten, beziehen sie zugleich eine größere Perspektive mit ein (vgl. Wrana 2006, S. 24). Auch in der vorliegenden Arbeit werden detaillierte Techniken der Menschenführung, wie sie in entsprechenden Ratgebern zu finden sind, mit einer weiten Perspektive auf jene gesellschaftlichen Transformationsprozesse in Beziehung gesetzt, die aus dem Blickwinkel der Gouvernementalitätsstudien als Aspekte neoliberaler Gouvernementalität bezeichnet werden können. Die besondere Stärke des Zugangs der Gouvernementalitätsstudien liegt m.E. nach eben genau in der Verbindung, die er zwischen umfassenden Umgestaltungsprozessen einerseits und den unendlichen kleinen und unbedeutend erscheinenden Interventionen und Techniken andererseits herstellt. Eine solche „Mikrophysik der Macht“ (Foucault) sieht Macht nicht als abstraktes, nicht zu fassendes Ganzes, sondern interessiert sich für jenen „Punkt, an dem die Macht den Kern der Individuen angreift, an ihre Körper rührt, sich in ihre Gesten, ihre Einstellungen, ihre Diskurse, ihr Lernen und ihr alltägliches Leben einschaltet“ (Foucault 2002b, 915). Die Macht zeichnet sich für Foucault durch ihre „kapillare Existenzform“ (ebd.) aus, doch dies bedeutet nicht, dass der Kontext dieser oft unscheinbaren Techniken, ihre Gemeinsamkeiten und Abhängigkeiten, vernachlässigt wird. Entscheidend ist jedoch, dass Kategorien nicht Ausgangspunkt der Analyse sind. Beispielsweise ist die für die Gouvernementalitätsstudien wichtige Kategorie des Staates für Foucault durchaus von Interesse, doch geht es ihm um „die fortschreitende, gewiss zerstückelte, aber dennoch kontinuierliche Verstaatlichung“ (Foucault 2000, S. 69), also um jenen Prozess durch den unsere modernen Staaten und unser spezifisches Verständnis von ihnen zuallererst hervorgebracht wurden. Der Staat hat für Foucault kein Wesen (vgl. ebd.), das sich etwa in den vorfindbaren Formen von Staatlichkeit mehr oder weniger realisiert. Er versteht ihn nicht als eine „Art politischer Universalie“

(ebd.), sondern als etwas, das erst im Zuge neuzeitlicher Gouvernementalität entsteht: „der Staat ist nichts anderes als die Tatsachen: das Profil, der bewegliche Zuschnitt einer ständigen Verstaatlichung oder ständiger Verstaatlichungen, unaufhörlicher Transaktionen […] Der Staat ist nichts anderes als der bewegliche Effekt eines Regimes vielfältiger Gouvernementalität. […] Es geht darum, von außen her das Problem des Staates zu befragen, es geht darum, das Problem des Staates von den Praktiken der Gouvernementalität her zu erkunden“ (ebd., S. 69 f.). In diesem Sinne Foucault folgend liegt ein wesentliches Ziel der Gouvernementalitätsstudien darin, die als natürlich erscheinenden „Repräsentationen des Sozialen“ (Lemke/Krasmann/Bröckling 2000, S. 21) in ihrem spezifischen Werden darzustellen, indem „das historisch-spezifische Netz von Kräfteverhältnissen, Interessen und Strategien“ aufgezeigt wird, „das jene Evidenzen ermöglicht und stabilisiert hat“ (ebd.). Zusammenfassend: Mit den analytischen Begriffen der Regierung und der Gouvernementalität bezieht Foucault den Staat in seine Analyse mit ein, aber er tut dies weiterhin von Seiten einer Mikroperspektive her, die der Tendenz, den Staat als natürliche und ahistorische Universalie zu verstehen, entgegenläuft. Dies gilt auch für andere Begriffe wie „Souverän, Souveränität, Volk, Untertan, Staat, bürgerliche Gesellschaft“ (Foucault 2006b, S. 15), also für „alle diese Universalien, die die soziologische und die historische Analyse oder die der politischen Philosophie verwenden, um die Regierungspraxis darzulegen“ (ebd.). Foucault kehrt den gewohnten Blickwinkel um: „Mit anderen Worten, anstatt von Universalien auszugehen, um daraus konkrete Phänomene abzuleiten, oder vielmehr von Universalien als notwendiges Raster für das Verstehen einer bestimmten Zahl von konkreten Praktiken auszugehen, möchte ich von diesen konkreten Praktiken ausgehen und gewissermaßen die Universalien in das Raster dieser Praktiken einordnen“ (ebd, S. 14 f.).

Was bedeutet es nun aber, seinen Blick auf die Details, auf kapillare Machttechniken zu richten? In den Gouvernementality Studies stößt man immer wieder auf den Begriff des Programms (vgl. z.B. Bröckling 2007). Ein Programm liegt in sprachlicher Form vor und ist auf Führungen bezogen. Programme zielen ganz allgemein darauf, das Handeln anzuleiten: „Sie definieren einen Raum des Sag- und Wissbaren, aber vor allem zielen sie auf das Machbare. Sie geben nicht nur Antworten auf die Frage: ‚Was soll ich tun?‘, sondern vermitteln detaillierte Anweisungen, wie ich das, was ich tun *soll*, auch tun *kann*“ (Bröckling 2007, S. 10). Zu den Programmen zählt Bröckling etwa

Trainingsmanuale, Lehrbücher und Erfolgsratgeber (vgl. ebd.). Des Weiteren könnte man auch Managementratgeber, die hier herangezogenen Ratgeber für Betroffene psychischer Erkrankungen sowie politische Strategie- und ExpertInnenpapiere zu ihnen zählen. Entscheidend ist, dass sie darauf abzielen, das Handeln anzuleiten, indem sie bei ihren AdressatInnen spezifische Formen der Selbstregierung anzuregen versuchen. Dabei leiten manche von ihnen nicht nur zur Selbstführung sondern auch zur Führung anderer an, wie etwa Managementratgeber, andere zielen allein auf Selbstregierung, beispielsweise Depressionsratgeber. Der Begriff „präskriptive Texte“, den Daniel Wrana von Foucault übernimmt und dem Begriff des Programms vorzieht, bringt diese spezifische Funktion der Programme besonders gut zum Ausdruck. Dabei beinhalten Programme oder präskriptive Texte neben ihrer anleitenden auch stets eine legitimierende Funktion: „Die Begründung, dass eine bestimmte Form der Ausübung von Macht gut und notwendig sei, spielt in ihnen ebenso eine Rolle wie die konkreten Präskriptionen und Praktiken“ (Wrana 2006a, S. 55). Programme wollen nicht nur anleiten, sondern ebenso überzeugen und zwar in erster Linie davon, dass es gut ist, ihre Vorschläge zu befolgen. Es ist offensichtlich, warum dieser legitimatorischen Funktion besondere Bedeutung zukommt: Um überhaupt Wirkung zu zeigen, müssen Programme ihre AdressatInnen dazu bewegen, sich in einer spezifischen Weise selbst zu regieren, und dafür müssen sie diese erst von ihrer Richtigkeit überzeugen. Dies deutet auch auf ein Problem hin: Mit der Konzentration auf Programme geht die Gefahr einher, „eben jene Unausweichlichkeiten zu reproduzieren, welche diese suggerieren“ (Bröckling 2007, S. 11). Es besteht die Gefahr, sich aus dem argumentativen Sog der präskriptiven Texte nicht mehr befreien zu können, wenn die Argumentationen lediglich aufgegriffen und referiert werden, insbesondere deshalb, weil in den Gouvernementalitätsstudien auf einen sicher geglaubten Außenstandpunkt verzichtet werden muss, von dem aus die Programme kritisiert werden könnten. So stellt sich die Frage, wie dennoch eine ausreichende Distanz zu diesen aufgebaut werden kann, ohne die Kritik nicht möglich ist. Für Bröckling liegt die Lösung darin, die in ihnen selbst grundgelegten Widersprüche und Unvereinbarkeiten herauszuarbeiten (vgl. ebd.). Die Anforderung, welche die Programme an die von ihnen angesprochenen Subjekte stellen, sind immer paradox und allein schon deswegen nicht realisierbar. Sie sind – insbesondere unter Bedingungen unterstellter umfassender Konkurrenz – immer unabschließbar. Kurzum: „Es geht […] nicht nur um das, was die Einzelnen tun sollen und wie sie dazu in die Lage versetzt werden, sondern auch darum, dass ihre

Anstrengungen immer wieder fehlgehen und sie den Anforderungen niemals vollends genügen können“ (ebd.). Im Kontext der hier diskutierten Zusammenhänge zwischen neoliberaler Gouvernementalität und der Behandlung depressiver Subjekte am Beispiel spezifischer Ratgeberliteratur sind diese Widersprüche ein Angelpunkt der Kritik. Ihr Ansatzpunkt ist der unauflösbare Widerspruch zwischen einer Krankheit, die ganz wesentlich als der Verlust der eigenen Selbststeuerungsfähigkeiten beschrieben wird und einer Behandlungsstrategie, die sich auf diese Fähigkeiten stützen möchte.

1.2 Diskurs

Diskurs und Ereignis

Ich habe zuvor kurz erwähnt, dass es sich bei Programmen um Texte handelt. Ihre Analyse ist somit eine Form der Diskursanalyse. In seiner Antrittsvorlesung am College de France, die unter dem Titel *Die Ordnung des Diskurses* auf Deutsch erschienen ist (Foucault 2007), bestimmt Foucault 1970 vier leitende Begriffe seiner diskursanalytischen Arbeit, die er jeweils einem anderen Begriff entgegensetzt: das Ereignis der Schöpfung, die Serie der Einheit, die Regelhaftigkeit der Ursprünglichkeit sowie die Möglichkeitsbedingungen der Bedeutung (vgl. ebd., S. 35). Er grenzt sich damit von jenen Begriffen ab, die „die traditionelle Geschichte der Ideen" (ebd.) weitgehend beherrscht hätten. Zum Begriff des Ereignisses lässt sich feststellen, dass sich der Diskurs für Foucault zunächst als eine Abfolge von Diskursereignissen darstellt. So spricht Foucault auch vom „Vorhaben einer *reinen Beschreibung diskursiver Ereignisse*" (Foucault 1981, S. 40 f., Hervorhebung im Original). Die Ereignisse, mit denen sich Foucault auseinandersetzt, sind nicht jene großen historischen Ereignisse, die großen Schlachten und großen Männer, gegen deren privilegierten Status in den Geschichtswissenschaften der Historiker Paul Veyne anschrieb. Es sind eher jene Ereignisse, von denen Veyne sagt, dass ihr Ereignischarakter einfach noch nicht anerkannt wurde: die kleinen, unscheinbaren und alltäglichen Ereignisse (vgl. Veyne 1990, S. 25): „Gerade indem man sich auch den geringsten Ereignissen zugewendet hat, indem man die Erhellungskraft der historischen Analyse bis in die Marktberichte hinein, in die notariellen Urkunden, in die Pfarregister, in die Hafenarchive vorangetrieben hat, die Jahr für Jahr, Woche für Woche verfolgt werden, hat man jenseits der Schlachten, der Dekrete, der Dynastien oder der Versammlungen massive Phänomene von jahrhundertelanger Tragweite in den Blick bekommen" (Foucault 2007, S. 35 f.). Von diesen Ereignissen ausgehend will Foucault zeigen, wie sich größere Einheiten bilden (vgl. Foucault 1981, S. 40 f.). Er geht also nicht von diesen Einheiten, beispielsweise dem Gefängnis oder der Psychiatrie aus, sondern will die diskursiven Ereignisse beschreiben, die deren Entstehung begleiten. Diese Umkehrung des Blickwinkels ist für Foucaults gesamte Arbeit zentral.

Dem Ereignisbegriff stellt Foucault jenen der Schöpfung entgegen, der auf einen Schöpfer und einen vorausgehenden Entwurf verweist. Dass es Foucault nicht darum geht, „den Entwurf zu erkennen, der all dem vorausgegangen ist“ (Foucault 2002c, S. 941), sondern darum „durch eine strategische Betrachtung zu erkennen, wie die Dinge an ihren Platz gekommen sind“ (ebd.), ist die Definition seines genealogischen[8] Zugangs. Ginge man weit genug in der Geschichte zurück, dann stoße man dort eben „nicht auf die noch unversehrte Identität des Ursprungs, sondern auf Unstimmigkeit und Unterschiedlichkeit“ (Foucault 2002d, S. 169). Nicht die Suche nach einem Moment der Schöpfung und auch nicht das Nachvollziehen eines Fortschrittsprozesses (vgl. Foucault 2002b, S. 927), sondern das Aufzeigen von Entstehungsprozessen (vgl. ebd.)[9] zeichnet den genealogischen Zugang Foucaults aus.

Im Gegensatz zur Schöpfung kann das Ereignis auch keinem Subjekt zugeschrieben werden: „Der so begriffene Diskurs ist nicht die majestätisch abgewickelte Manifestation eines denkenden, erkennenden und es aussprechenden Subjekts“ (Foucault 1981, S. 82). Für Foucault dreht sich das Verhältnis zwischen Subjekt und Aussage vielmehr um: „Man darf sich also das Subjekt der Aussage nicht als mit dem Autor der Formulierung identisch vorstellen, weder substantiell noch funktional. […] Eine Formulierung als Aussage zu beschreiben besteht nicht darin, die Beziehungen zwischen dem Autor und dem, was er gesagt hat (oder hat sagen wollen oder, ohne es zu wollen, gesagt hat) zu analysieren; sondern darin, zu bestimmen, welche Position jedes Individuum einnehmen kann und muß, um ihr Subjekt zu sein“ (Foucault 1981, S. 138 f.). Damit spricht Foucault die die Subjekte konstituierende Funktion der Diskurse an und setzt sie der klassischen Vorstellung entgegen, der Diskurs würde von ihm vorgängigen Subjekten hervorgebracht. Nicht die Intentionen eines sprechenden Subjekts, sondern die Aussagen und ihre Möglichkeitsbedingungen sind Gegenstand der Analyse. Es sind die Diskurse, die den Subjekten mögliche Subjektpositionen zur Verfügung stellen, die jene einnehmen können und – wie die Philosophin Judith Butler vermutlich hinzufügen würde – auch müssen, denn für sie ist die Möglichkeit zu

[8] Ein Begriff, der Foucaults Naheverhältnis zur Philosophie Friedrich Nietzsches zum Ausdruck bringt. So schreibt er an einer anderen Stelle: „Wenn ich unbescheiden wäre, würde ich dem, was ich tue, den allgemeinen Titel geben: Genealogie der Moral“ (Foucault 2002b, S. 931).

[9] Das entsprechende Zitat Foucaults lautet: „Ich habe diese methodische Vorsicht, diesen radikalen, aber nicht aggressiven Skeptizismus, der es sich zum Grundsatz macht, den Punkt, an dem wir uns befinden, nicht für den Endpunkt eines Fortschritts zu halten, den man in der Geschichte präzise nachzuvollziehen hätte[…]. Was nicht heißen soll, dass man nicht versucht, Entstehungsprozesse nachzuvollziehen, doch ohne sie mit einer Positivität, einer Bewertung zu versehen“ (Foucault 2002b, 927).

handeln und zu existieren an Subjektpositionen gebunden. Es sind Diskurse, die die Positionen des Subjekts, die „Anerkennung seiner eigenen Existenz in Kategorien, Begriffen und Namen“ (Butler 2001, S. 25), zur Verfügung stellen.

Das Ereignis selbst ist für Foucault flüchtig und doch materiell: „das Ereignis gehört nicht zur Ordnung der Körper. Und dennoch ist es keineswegs immateriell, da es immer auf der Ebene der Materialität wirksam ist“ (Foucault 2007, S. 37). Die Aussagen, die den Diskurs konstituieren, gewinnen ihre Materialität erst in der Wiederholung: „Diese wiederholbare Materialität, die die Aussagefunktion charakterisiert, läßt die Aussage als ein spezifisches und paradoxes Objekt, ein Objekt immerhin unter all denen erscheinen, die die Menschen produzieren, handhaben, benutzen, transformieren, tauschen, kombinieren, zerlegen und wieder zusammensetzen, eventuell zerstören“ (Foucault 1981, S. 153). Die Aussagen verweisen nicht auf eine dahinter liegende Realität in Form der sprechenden Subjekte und ihrer Intentionen, vielmehr materialisieren sich die Aussagen in der Wiederholung und werden so zu – zwar nicht gleichen, aber grundsätzlich gleichwertigen – Objekten unter anderen. Diese Wiederholung der Aussagen und deren Bedingungen sind nichts anderes als das, was Foucault ‚diskursive Praktik‘ nennt. Diskurse sind für Foucault Praktiken, „die systematisch die Gegenstände bilden, von denen sie sprechen“ (ebd., S. 74). Aussagen, so Foucault, verwiesen nicht auf ein Korrelat – also eine Entsprechung in der außersprachlichen Wirklichkeit – sondern auf ein Referential, also auf die Möglichkeitsbedingungen ihres Auftauchens (vgl. ebd., S. 133). Sie sind wohl mit nicht-diskursiven Elementen verbunden, aber nicht in dem Sinne, dass sie diese (mehr oder weniger adäquat) abbilden, sondern dass diese Teil der Möglichkeitsbedingungen ihres Auftauchens sind. Die diskursiven Möglichkeitsbedingungen einer Aussage bezeichnet Foucault als „assoziiertes Gebiet“[10] (ebd., S. 139), in das sich eine Aussage einschreiben muss. Es umfasst unter anderem jene Formulierung, auf die sich die Aussage implizit und explizit bezieht ebenso wie jene, die ihr folgen könnten und werden und jene, die ihren Status teilen (vgl. ebd., S. 143).

[10] Die angesprochenen diskursiven Möglichkeitsbedingungen einer Aussage können außerdem als Archiv bezeichnet werden, worunter Foucault das „Gesetz dessen, was gesagt werden kann“ (Foucault 1981, S. 187) versteht. Das Archiv bildet den Hintergrund für Foucaults Methode der Archäologie (vgl. ebd., S. 190).

Diskurs und Dispositiv

Mit dem Bereich der nicht-diskursiven Möglichkeitsbedingungen rückt ein weiterer zentraler Begriff in Foucaults Arbeit in den Blick: jener des Dispositivs. Dispositive setzen sich aus höchst heterogenen Elementen zusammen, und bestehen etwa aus „Diskursen, Institutionen, architekturalen Maßnahmen, wissenschaftlichen Aussagen, philosophischen, moralischen und philanthropischen Leitsätzen, kurz: Gesagtem ebenso wie Ungesagtem“ (Foucault 1978, S. 119). Dabei liege die Funktion eines Dispositivs darin „zu einem gegebenen historischen Zeitpunkt auf einen Notstand zu antworten“ (ebd.), wobei ihre Aufgabe letztlich darin bestehe, bestimmte Subjektivierungsweisen hervorzubringen (vgl. ebd.). Wie Macht und Wissen gehen diskursive Formationen und Milieu-Formationen nicht ineinander auf, sind aber eng miteinander verbunden (vgl. Deleuze 1992, S. 47). In der *Archäologie des Wissens* (1981) verwendet Foucault den Begriff Milieu-Formation um den Bereich des Nicht-Diskursiven zu bezeichnen (vgl. Deleuze 1992, S. 48), die mit den diskursiven Formationen verbunden sind. Gilles Deleuze erklärt den Zusammenhang zwischen beiden Formationen am Beispiel von *Überwachen und Strafe* (Foucault 1994): „Nehmen wir ein ‚Ding‘ wie das Gefängnis: es ist eine Milieu-Formation (das ‚Kerkermilieu‘), eine *Inhaltsform* (der Inhalt ist der Gefangene). Aber dieses Ding oder diese Form verweisen nicht auf ein ‚Wort‘, das sie bezeichnete, noch auf einen Signifikanten, dessen Signifikat sie wären. Sie verweisen auf ganz andere Begriffe, Delinquenz, Delinquent, die eine neue Weise verkörpern, Übertretungen, Strafen und deren Subjekte auszudrücken“ (Deleuze 1992, S. 48). Auch Deleuze stellt hier fest: Man darf sich die Verbindung zwischen diskursiven und nicht-diskursiven Elementen nicht in Form einer Repräsentation vorstellen, wobei der Diskurs einen Gegenstand beschreiben oder abbilden würde. Das genannte Beispiel bringt noch einen weiteren interessanten Aspekt ins Spiel: Der Begriff der Delinquenz ist ein Beispiel für die erfolgreiche Reintegration unvorhergesehener Effekte in ein Dispositiv: „Anstatt von einem Versagen des Gefängnisses bei der Eindämmung der Kriminalität sollte man vielleicht davon sprechen, daß es dem Gefängnis sehr gut gelungen ist, die Delinquenz als einen spezifischen, politisch und wirtschaftlich weniger gefährlichen und sogar nützlichen Typ von Gesetzwidrigkeit zu produzieren“ (Foucault 1994, S. 357). Dass die Gefängnisse an ihrer Aufgabe, die Häftlinge zu „bessern“ immer wieder versagen und diese rückfällig werden, ist nicht intendiert. Aber das damit entstehende Delinquentenmilieu erweist sich als überaus nützlich, weil es das

System der Strafverfolgung legitimiert und sogar in seiner Arbeit unterstützt: „Man könnte darum von einem Komplex aus drei Elementen sprechen (Polizei/Gefängnis/Delinquenz), die sich aufeinander stützen und einen ununterbrochenen Zirkel bilden. Die polizeiliche Überwachung liefert dem Gefängnis Straftäter, die dieses zu Delinquenten transformiert, welche dann zu Zielscheiben und Hilfskräften der Polizei werden und einige aus ihren Reihen regelmäßig wiederum ins Gefängnis bringen“ (Foucault 1994, S. 363). Foucault spricht in diesem Zusammenhang von einer strategischen Wiederauffüllung des Dispositivs (vgl. Foucault 1978, S. 121 f). Dies habe aber nichts mit der strategischen List eines überhistorischen Subjekts zu tun (vgl. ebd.). Die Intention, ein Milieu der Delinquenz zu schaffen, um dieses dann in einem zweiten Schritt für die Strafverfolgung nutzbar zu machen, gab es nicht. In dem Moment aber, in dem im Rahmen eines Dispositivs solche nicht-intendierten Effekte auftreten, werden diese innerhalb seiner spezifischen Rationalität nutzbar gemacht. So können selbst zunächst hinderliche und unbeabsichtigte Effekte zur Aufrechterhaltung eines Dispositivs beitragen. Für die vorliegende Arbeit ist dieser Gedanke besonders interessant: Psychische Störungen erscheinen in den entsprechenden psychiatrischen und psychotherapeutischen Diskursen häufig auch als Folge von Belastungen und einer geänderten Aufmerksamkeit für bestimmte psychische Phänomene, die mit dem neoliberalen Umbau der westlichen Gesellschaften seit den 1960er-Jahren in Verbindung gebracht werden. Sie erscheinen somit immer wieder auch als nicht intendierter und zunächst auch wirtschaftlich hinderlicher Effekt eines gesellschaftlichen Transformationsprozesses und jener Programme, die diesen anleiten. Gleichzeitig erweist sich der Diskurs um Depression im Besonderen und psychische Gesundheit und Leistungsfähigkeit im Allgemeinen als überaus nützlich, um spezifische Ziele und Techniken des psychischen Selbstmanagements zu transportieren und deren Umsetzung zu befördern.

Der Diskurs als Arena des Kampfes

Nach dem bisher Gesagten ist klar, dass Foucault den Diskurs nicht als etwas versteht, das der Realität der Machtverhältnisse und Kämpfe lediglich nachfolgt oder sie abbildet. Der Diskurs ist für ihn „nicht bloß das, was Kämpfe oder die Systeme der Beherrschung in Sprache übersetzt: er ist dasjenige, worum und womit man kämpft; er ist die Macht, deren man sich zu bemächtigen sucht“ (Foucault 2007, S. 11). Für

Foucault stellt der Diskurs also selbst eine Arena des Kampfes dar. Dementsprechend würde „in jeder Gesellschaft die Produktion des Diskurses zugleich kontrolliert, selektiert, organisiert und kanalisiert […] – und zwar durch gewisse Prozeduren, deren Aufgabe es ist, die Kräfte und Gefahren des Diskurses zu bändigen, sein unberechenbar Ereignishaftes zu bannen, seine schwere und bedrohliche Materialität zu umgehen“ (Foucault 2007, S. 10 f.). Diese Angst vor dem Ereignischarakter des Diskurses, „vor jener Masse an gesagten Dingen, vor dem Auftauchen all jener Aussagen, vor allem, was es da Gewalttätiges, Plötzliches, Kämpferisches, Ordnungsloses und Gefährliches gibt, vor jenem großen unaufhörlichen und ordnungslosen Rauschen des Diskurses“ (ebd., S. 33) nennt Foucault „Logophobie“ (ebd.). Gegen die Bestrebungen, den Diskurs zu kontrollieren, fordert er, ihm seinen Ereignischarakter zurückzugeben (vgl. ebd.). Neben der Verbindung zwischen Diskursen und Macht zeigt sich aber auch, dass Foucaults Diskurs in einer spezifischen, nämlich konstitutiven Weise, mit dem Subjekt verbunden ist.

1.4 Subjekt

Vom vorgängigen zum unterworfenen Subjekt

Um jene Verschiebung auszudrücken, die sich mit dem Subjektbegriff Foucaults vollzieht, wird häufig auf die doppelte Bedeutung des Wortes Subjekt als Zugrundeliegendes und Unterworfenes verwiesen. Foucault geht in seinen Analysen nicht mehr vom beobachtenden und handelnden Subjekt aus (vgl. Foucault 1974, S. 15), sondern nimmt dessen Konstitutionsbedingungen in den Blick. Dazu zählt die Analyse diskursiver Praxis und der Wissensordnungen, die Untersuchungen von Disziplinar- und Kontrolltechniken, die Analyse der Gouvernementalität, der Selbstsorge und Selbsttechniken. Die Verschiebung vom Subjekt, verstanden als das den Handlungen und Aussagen Zugrundeliegende, zu einem Subjekt verstanden als vorgängigen Bedingungen unterworfen, oder genauer: durch diese Bedingungen konstituiert, bringt Foucault selbst in aller Deutlichkeit zum Ausdruck: „Man muß sich vom konstituierenden Subjekt, vom Subjekt selbst befreien, d.h. zu einer Geschichtsanalyse gelangen, die die Konstitution des Subjekts im geschichtlichen Zusammenhang zu klären vermag“ (Foucault 1978, S. 32). Für dieses Forschungsvorhaben wählt Foucault den Begriff der Genealogie, „eine Form der Geschichte, die von der Konstitution von Wissen, von Diskursen, von Gegenstandsfeldern usw. berichtet, ohne sich auf ein Subjekt beziehen zu müssen, das das Feld der Ereignisse transzendiert“ (ebd.). Damit sind auch abstrakte oder kollektive Subjekte, wie ‚die Macht‘ oder ‚die Bourgeoisie‘ gemeint. Genealogie bezeichnet den Versuch, Entstehungsprozesse nachzuvollziehen (vgl. Foucault 2002b, S. 927), wobei es um die Entstehung jener Techniken, Institutionen und Diskurse geht, die die Subjekte selbst konstituieren.[11]

[11] Verschiebt sich der Blick auf die Konstitutionsbedingungen des Subjekts, so folgt daraus auch, dass dieses auch nur so lange existieren kann, wie diese gegeben sind: „Der Mensch ist eine Erfindung, deren junges Datum die Archäologie unseres Denkens ganz offen zeigt. […] Wenn diese Dispositionen verschwänden, so wie sie erschienen sind, wenn durch irgendein Ereignis […] diese Dispositionen ins Wanken gerieten […] dann kann man sehr wohl wetten, daß der Mensch verschwindet wie am Meeresufer ein Gesicht im Sand“ (Foucault 1974, S. 462). Er stellt fest, „daß die Menschen im Laufe ihrer Geschichte niemals aufgehört haben, sich selbst zu konstruieren, das heißt ihre Subjektivität beständig zu verschieben, sich in einer unendlichen und vielfältigen Serie unterschiedlicher Subjektivitäten zu konstituieren. Diese Serie von Subjektivitäten wird niemals zu einem Ende kommen und uns niemals vor etwas stellen, das ‚der Mensch‘ wäre. Der Mensch ist ein Erfahrungstier: Er tritt ständig in einen Prozeß ein, der ihn als Objekt konstituiert und ihn dabei gleichzeitig verschiebt, verformt, verwandelt – und der ihn als Subjekt gestaltet. Das war es, was ich sagen wollte, als ich undeutlich und vereinfachend vom Tod des Menschen sprach“ (Foucault 1996, S. 85).

Die Konstitution der Subjekte ist von Dispositiven abhängig, die sich aus diskursiven und nicht-diskursiven Praktiken zusammensetzen. Wenn es Foucault in seiner Arbeit darum geht eine „Genealogie des modernen Subjekts zu schreiben" (Dreyfus/Rabinov 1987, S. 149), so kann dies nur über die Analyse jener Dispositive geschehen, die es konstituierten. Auch das Forschungsprogramm einer „Genealogie der Subjektivierung" (vgl. Rose 1996, S. 23) hat eine ähnliche Stoßrichtung. Sie „untersucht […] auf welche Weise das Subjekt in bestimmten historischen Momenten zum Problem wurde […] welche Lösungen für dieses Problem gefunden wurden […] und welche Verfahren in Anschlag gebracht wurden, um es entsprechend zu modellieren" (Bröckling 2007, S. 23). Die Frage nach dem Subjekt ist somit keine Frage nach seinem Wesen, nach dem was das Subjekt *ist*, sie ist eine Frage nach seiner Thematisierung und seiner Konstitution im Rahmen diskursiver und nicht-diskursiver Praktiken.[12]

Unterwerfung und Selbstgestaltung

Die Frage nach der Konstitution der Subjekte kann als jenes Moment in Foucaults Arbeit verstanden werden, das die unterschiedlichen Zugänge und Untersuchungsgegenstände miteinander vermittelt. Andrea Bührmann führt aus, dass neuere Studien die Kohärenzen in Foucaults Werk in den Mittelpunkt stellen würden, während andere KommentatorInnen auf drei scharf voneinander getrennte Werkphasen verweisen würden (Diskurstheorie – Machttheorie – ethische Phase) (vgl. Bührmann 2004, S. 27). Was die verschiedenen Werkphasen Foucaults miteinander verbinde, sei dabei die Frage nach dem Subjekt, das zunächst als Subjekt und Objekt von Diskursen, dann als durch Mikropraktiken der Macht habitualisiertes Subjekt und schließlich als die Konstitution des Subjekts durch sein Verhältnis zu sich selbst (Ethik) in den Blick komme (vgl. ebd.). Sven Opitz sieht die in der früheren Foucault-Rezeption oft strenge Trennung in verschiedene Werkphasen darin begründet, dass man so versucht hätte, den widerstreitenden Momenten in seinem Subjektbegriff beizukommen (vgl. Opitz 2004, S. 80). Stattdessen gelte es „das Subjekt als Schema der Unterwerfung *und* der Selbstgestaltung aufzufassen" (ebd.). Foucault sei jedoch nicht mehr dazu gekommen, diese beiden Momente systematisch aufeinander zu beziehen (vgl. ebd.). Aber auch bei

[12] Wie in dieser Arbeit liegt dabei jedoch der Schwerpunkt der Untersuchung in den Gouvernementalitätsstudien auf den diskursiven Praktiken und den Machtwirkungen, die sie entfalten. Einen unmittelbaren Zugang zu Machtverhältnissen, der nicht über Sprache vermittelt ist, gibt es nicht. Es ist daher nicht möglich, Diskurs- und Machtformationen voneinander zu trennen, vielmehr müssen ihre komplexen Verflechtungen thematisiert werden.

Foucault findet sich bereits eine solche Verbindung, nämlich dann, wenn sich unter dem Begriff der Führung Regierung und Selbstregierung verbinden. Hier zeigt sich, dass es nicht darum gehen kann, sich für ein handlungsfähiges und autonomes oder ein unterworfenes Subjekt zu entscheiden. Vielmehr kommt darin die paradoxe Verfasstheit des Subjekts zum Ausdruck: „*[A]ssujettissement* [Subjektivierung, Anmerkung JK] bezeichnet sowohl das Werden des Subjekts wie den Prozess der Unterwerfung – die Figur der Autonomie bewohnt man nur, indem man einer Macht unterworfen wird“ (Butler 2001, S. 81). Das Subjekt wird vermittels einer Unterwerfung konstituiert und diese Konstitution ist Voraussetzung seiner Handlungsfähigkeit. Die Fähigkeit zu handeln aber impliziert eine gewisse Freiheit des Subjekts, die auch im Begriff der Macht immer mitgedacht ist. Subjektivierung bezeichnet so nicht einfach eine durch Machtverhältnisse determinierte Produktion des Subjekts, sondern „eine gewisse Beschränkung der Erzeugung, eine Restriktion, ohne die das Subjekt gar nicht hervorgebracht werden kann“ (ebd., S. 82). Diese komplexe Verfasstheit des Subjekts bringt Judith Butler dazu, es einen „Überschuß der Logik“ (ebd., S. 22) zu nennen, denn „[w]enn das Subjekt *weder* durch die Macht voll determiniert ist, *noch* seinerseits vollständig die Macht determiniert (sondern immer beides zum Teil), dann geht das Subjekt über die Logik der Widerspruchsfreiheit hinaus“ (ebd., Hervorhebung im Original). Die Hervorbringung eines handlungsfähigen Subjekts und dessen Unterwerfung unter eben jene Bedingungen, die seine Hervorbringung ermöglicht haben, fallen zusammen. Das so gedachte Subjekt ist kein passives Produkt, es besitzt die Möglichkeit zu handeln. Es ist aber auch in radikaler Weise von seinen Möglichkeitsbedingungen abhängig und setzt sich selbst aufs Spiel, wenn es jene in Frage stellt. Nicht zuletzt nützt das Subjekt seine Handlungsfähigkeit, um sich selbst zum Gegenstand von Subjektivierungspraktiken zu machen, die aber wiederum gesellschaftlichen Ursprungs sind und Machtkalkülen folgen.

Subjektivierung und Anrufung

Wie sich zeigt, verweist die Rede vom Subjekt immer auf den Vorgang der Subjektivierung. Dies ist jedoch kein Vorgang, der den Subjekten widerfährt, sondern er vollzieht sich über die Anwendung von Selbsttechniken, also Techniken, die sowohl auf Selbsterkenntnis als auch auf Selbsttransformation zielen. Ulrich Bröckling schreibt daher auch von einer Arbeit der Subjektivierung (vgl. Bröckling 2007, S. 27). Diese Arbeit sei paradox, denn sie gehe von der Aufforderung aus, zu werden, was man schon

sei: „Der Mensch wird zum Subjekt, weil er sich zu dem erst machen muss, was er schon ist, weil er das Leben führen muss, welches er lebt“ (ebd., S. 19). Zwei für den Vorgang der Subjektivierung zentrale Momente kommen hier zusammen, die sich wiederum mit der doppelten Stoßrichtung von Selbsttechniken verbinden lassen: Selbsterkenntnis, verstanden als die Übernahme einer bestimmten Art der Selbstbeschreibung durch die Subjekte einerseits, die Arbeit an sich, um dieser übernommenen Subjektposition gerecht zu werden, andererseits. Der französische Philosoph und Lehrer Michel Foucaults Louis Althusser hat diesen Vorgang mit dem Begriff Anrufung umschrieben und in Form einer Metapher erklärt: Ein Polizist ruft einem Passanten auf der Straße ein „He, Sie da!“ (Althusser 1977, S. 142) zu. Dieser wendet sich daraufhin um und erkennt damit an „daß der Ruf ‚genau‘ ihm galt“ (ebd., S. 143). Dies ist der Moment der Subjektkonstitution[13]: Das Subjekt erkennt an, dass es gemeint war, es übernimmt die ihm zugeschriebene Subjektposition als seine eigene. Althussers Bild impliziert zumindest zweierlei: einen Moment der Schuld und einen Moment des (Wieder-)erkennens im Anruf. Zunächst zu letzterem: Wenn wir uns den Anruf in der Form eines „Du bist …!“ vorstellen, so antwortet das Subjekt darauf mit „Ja, das bin ich!“. Der erfolgreiche Anruf besteht also darin, dass das Subjekt die Zuschreibung als Selbstbeschreibung übernimmt, indem es die ihm zugeschriebene Subjektposition als seine eigene übernimmt. Es ist diese Umwendung, die die Subjekte konstituiert. Mit der zugeschriebenen Subjektposition ist jedoch auch die Aufforderung verbunden, diese auszufüllen, sich ihr entsprechend zu verhalten und an sich zu arbeiten, um tatsächlich mit ihr identisch zu werden: „Je mehr eine Praxis beherrscht wird, desto vollständiger die Subjektivation“ (Butler 2001, S. 110). Eine vollständige Subjektivation kann es jedoch nicht geben, wenn wir mit Bröckling annehmen, dass die an die Subjektpositionen gebundenen Anforderungen grundsätzlich unabschließbar sind und damit ein Subjekt zu werden etwas sei, „dem niemand entgeht und das zugleich niemandem gelingt“ (Bröckling 2007, S. 30). Gleichzeitig steht das Bild Althussers nicht für einen einmaligen Vorgang: „Ein Subjekt werden heißt somit, für schuldig gehalten, vor Gericht gestellt und für unschuldig erklärt worden zu sein. Da dieser Spruch nun kein Einzelakt ist, sondern ein unaufhörlich *reproduzierter* Status, heißt Subjekt werden, permanent damit beschäftigt zu sein, sich eines Schuldvorwurfs zu

[13] Für Althusser gibt es jedoch keinen Zustand *vor* der Subjektivierung: „Bevor das Kind also überhaupt geboren ist, ist es immer schon Subjekt, dazu bestimmt in und durch die spezifische familiäre ideologische Konfiguration, in der es nach der Zeugung ‚erwartet‘ wird“ (Althusser 1977, S. 144).

entledigen. […] Zunächst gibt es eine Schuld, dann eine wiederholte Praxis des Erwerbs von Fertigkeiten und dann erst die Einnahme eines grammatischen Platzes als Subjekt im Gesellschaftlichen“ (Butler 2001, S. 112). Damit kommt ein Moment der Schuld und der Scham ins Spiel: die Schuld, der übernommenen Subjektposition nicht gerecht geworden zu sein und die Scham, wenn andere dies bemerken. Dieser Punkt ist im Rahmen der vorliegenden Arbeit überaus interessant, weil Gefühle der Schuld und Scham zu den zentralen Symptomen der Depression zählen und darüber hinaus, weil die Depression für die Betroffenen in einen Kreislauf aus depressiver Antriebshemmung, Zurückbleiben hinter den Anforderungen und daraus resultierenden verstärkten Gefühlen der Schuld und Scham führt. Gleichzeitig kann auch die Übernahme der Zuschreibung als psychisch krank vor diesem theoretischen Hintergrund plausibel werden: Sie ist mit einer zumindest teilweisen Entlastung von Verantwortung verbunden, zugleich aber auch mit neuen Anforderungen, die sich vor allem aus dem therapeutischen Paradigma der Selbsthilfe ergeben.

Neoliberale Gouvernementalität und Subjektivierung

Vor dem Hintergrund neoliberaler Gouvernementalität verschärft sich das Problem der Subjektivierung zusätzlich, denn mit ihr sind die Subjekte nicht nur mit dem grundsätzlichen Problem konfrontiert, gesellschaftliche Vorgaben, Anforderungen und Rollenerwartungen zu erfüllen, denen sie nie ganz entsprechen können und immer besser gerecht werden könnten. Die an sie gestellten Anforderungen sind nun auch in hohem Grade unbestimmt, ihre Erfüllung wird jedoch verstärkt unter Androhung gesellschaftlichen Ausschlusses eingefordert. Darüber hinaus verschwimmen die Grenzen zwischen beruflicher Pflichterfüllung, unternehmerischem Handeln und individueller Selbstverwirklichung zunehmend, wodurch das Scheitern in einem Bereich des Lebens den Subjektstatus der Individuen in umfassender Weise gefährdet. Die weitere Arbeit wird sich auch den hier abschließend angerissenen Entwicklungen widmen und versuchen, Verbindungen zwischen dem vielerorts attestierten Aufstieg der Depression zur Volkskrankheit und den mittlerweile dominanten gouvernementalen Techniken herzustellen, deren Aufstieg mit dieser wachsenden Sorge um die Depression zusammenfällt. Dabei sollen auch die vielfältigen Verbindungen zwischen Regierungstechniken, Selbstbeschreibungsweisen und Selbstmanagementtechniken beleuchtet werden.

Zentraler Untersuchungsgegenstand der vorliegenden Arbeit sind Ratgeber, die sich an jene Menschen richten, die denken, von Depressionen betroffen zu sein. Im Lichte der referierten gouvernementalitätstheoretischen Arbeiten und Theorien erscheinen sie als überaus lohnendes Objekt, lassen sie sich doch als Anleitungen zur Selbstregierung (und damit auch als Vehikel des Regierens selbst) verstehen. Bevor ich in den folgenden beiden Kapiteln versuchen werde – dabei zwischen Theorie, Zeitdiagnostik und Analyse wechselnd – deren komplexen Relation zur neoliberalen Gouvernementalität darzustellen, möchte ich am Ende des ersten Kapitels einen kurzen Überblick voranstellen.

Depressionsratgeber – Ein Überblick

Ratgeber stellen eine besondere Form des Sachbuchs dar. Wie Sachbücher widmen sie sich meist einem bestimmten Thema, das sie in allgemeinverständlicher Form darstellen wollen. Ratgeber zeichnen sich jedoch dadurch aus, dass sie versuchen Wissen zu vermitteln, das zu bestimmten Handlungen befähigt und zugleich dazu aufrufen, in einer bestimmten Art und Weise zu handeln. Ratgeber zielen darauf Handlungsfähigkeit (wieder-)herzustellen und dem Handeln eine bestimmte Richtung zu geben. In diesem Sinne handelt es sich um präskriptive Texte (vgl. Kapitel 1.2), in denen Wissen und Macht eine unauflösbare Verbindung eingehen, denn Handlungsfähigkeit wird hergestellt, indem ein bestimmtes Wissen vermittelt wird. Gleichzeitig wird die Aufforderung, seinem Handeln eine bestimmte Richtung zu geben durch den Verweis auf (wissenschaftlich) gesichertes Wissen legitimiert.

Die Legitimation des Wissens ist dabei zunächst an die AutorInnen der Ratgeber gebunden (vgl. Anhang B). Die meisten AutorInnen geben – meist in den Vorworten oder Klappentexten – eine bestimmte Qualifikation an, die sie in gewissem Sinne als ExpertInnen für das Thema Depression erkennbar macht. Je etwa ein Drittel der AutorInnen weisen auf eine medizinische oder psychologische bzw. psychotherapeutische Ausbildung hin, in den meisten Fällen verbunden mit einer einschlägigen praktischen Tätigkeit, etwa als PsychotherapeutInnen oder FachärztInnen für Psychiatrie. Ein weiteres Fünftel der AutorInnen gibt an, Erfahrungen mit einer eigenen depressiven Erkrankung oder der depressiven Erkrankung eines Angehörigen zu haben. Auch auf diesem Weg kann das Schreiben über Depressionen legitimiert werden. In einigen Fällen treten fachliche und biographische Qualifikation in

Kombination auf, entweder in einer Person oder indem mehrere AutorInnen einen Ratgeber gemeinsam verfassen.[14]

Die Legitimation durch den Autor bzw. die Autorin scheint bei der hier betrachteten Textgattung der Ratgeber besonders bedeutsam zu sein. Wissen wird – anders als in wissenschaftlichen Publikationen – bei jenen Ratgebern, die sich an fachliche Laien richten überwiegend über die Person der Autorin oder des Autors legitimiert und nicht etwa durch den nachvollziehbaren Verweis auf konkrete wissenschaftliche Untersuchungen. Dem primären Ziel der Ratgeber zum Handeln anzuleiten entsprechend, geht es dabei vor allem um praktische Qualifikationen. Ratgeber widmen sich eher der Frage, was zu tun sei als der Frage, womit genau man es zu tun habe. Somit wird tendenziell auch eher die eigene praktische Qualifikation in der Behandlung der Depressionen anderer oder der Überwindung der eigenen Depression von den AutorInnen in den Vordergrund gerückt.

Bei der Sichtung der Ratgeber kristallisierte sich schnell eine Einteilung in sechs verschiedene Kategorien heraus (siehe Anhang). Dabei wurde versucht all jene Bücher zu erfassen, die im Wesentlichen darauf zielen, das Handeln in Bezug auf Depressionen anzuleiten. Diese wenden sich nicht nur an jene Personen, die selbst unter den Symptomen einer Depression leiden oder dies vermuten, sondern etwa auch an Menschen, die in ihrer beruflichen Praxis mit Depressionen zu tun haben oder an Angehörige von Depressiven. Konkret wurden die Ratgeber auf die folgenden sechs Kategorien aufgeteilt (vgl. ebd.):

a) Ratgeber und Manuale für PraktikerInnen

   26,5 % der lieferbaren Ratgeber entfielen auf diese Kategorie, womit diese knapp die größte Gruppe bilden. Dies zeigt nicht zuletzt, dass sich das Beratungsangebot und wohl auch die entsprechende Nachfrage nicht auf jene beschränkt, die selbst depressiv sind. Ein Viertel davon entfällt auf konkrete Therapiemanuale, von denen zwei Drittel der kognitiven Verhaltenstherapie zugeordnet werden können. Die Dominanz der kognitiven Verhaltenstherapie und der ihr nahestehenden Therapiemethoden, etwa der Rational-Emotiven

[14] Beispielsweise hat Florian Gottesleben (2006) seinen Ratgeber als Arzt und Betroffener verfasst. Der Überblicksratgeber *Depressiv? Zwei Fachleute und ein Betroffener beantworten die 111 wichtigsten Fragen* (2006) wurde vom Psychotherapeuten David Althaus, dem Psychiater Ulrich Hegerl und dem lange Jahre an Depressionen leidenden Holger Reiners geschrieben.

Verhaltenstherapie, zeigt sich hier bereits ganz deutlich. Diese spiegelt sich auch in der Ausbildung und therapeutischen Ausrichtung der AutorInnen wider (vgl. Anhang B) und betrifft ebenso jene Ratgeber, die sich an Laien wenden. Die Dominanz dieser therapeutischen Ansätze ist auch ein Grund, warum die weitere Arbeit sich vor allem auf diese konzentrieren wird.

Etwa ein Fünftel dieser Kategorie entfällt auf Überblicksratgeber für PraktikerInnen, in denen – ähnlich wie bei Überblicksratgebern für Betroffene und Angehörige (s.u.) – ein Überblick über Symptomatik, mögliche Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten der Depression gegeben wird.

Mit knapp zehn Prozent drittgrößte Unterkategorie sind Therapiemanuale für die Pharmakotherapie der Depression. Hier zeigt sich, dass die Behandlung mit Antidepressiva und anderen Psychopharmaka einerseits, jene mit kognitiver Verhaltenstherapie andererseits eindeutig die gegenwärtig dominanten therapeutischen Verfahren für die Behandlung von Depressionen sind. Diese Vermutung erhärtet sich, wenn man Qualifikation und therapeutische Ausrichtung der AutorInnen betrachtet (vgl. Anhang B).

Die restlichen Ratgeber und Therapiemanuale verteilen sich auf verschiedene Spezialgebiete, die wichtigsten davon sind Depressionen bei Kindern und Jugendlichen, postpartale Depressionen, Depressionen im Alter und chronische sowie therapieresistente Depressionen.

b) Selbsthilfeprogramme

Die zweitgrößte Gruppe bilden jene Ratgeber, die ich hier Selbsthilfeprogramme nennen möchte und auf die knapp ein Viertel der einschlägigen Ratgeberliteratur entfällt. Für die vorliegende Arbeit sind diese besonders interessant, weil sie in besonderer Weise darauf abzielen, das Handeln der LeserInnen anzuleiten: Sie rufen diese dazu auf, zu TherapeutInnen ihrer selbst zu werden und vermitteln ihnen dazu das entsprechende Handwerkszeug. Die größte Unterkategorie bilden psychotherapeutische Selbsthilfeprogramme, von denen die Hälfte der kognitiven Verhaltenstherapie zugeordnet werden können. Die Methoden der kognitiven Verhaltenstherapie und verwandter therapeutischer Ansätze (die häufig kombiniert werden) scheinen für diese Gruppe der Ratgeber besonders geeignet zu sein, weshalb sich ihre Dominanz hier ebenso deutlich zeigt wie bei den Therapiemanualen:

Vieles deutet darauf hin, dass es auch in der klassischen Psychotherapie nach dieser Methode letztlich darum geht, die KlientInnen dazu auszubilden, sich selbst therapieren zu können. Die kognitive Verhaltenstherapie scheint also – anders als etwa tiefenpsychologisch fundierte Therapieansätze – weniger an die unmittelbare Interaktion von TherapeutIn und KlientIn gebunden zu sein. Sie besteht zu einem wesentlichen Teil darin, dem Klienten bzw. der Klientin eine psychotherapeutische Methode zu vermitteln, die diese bereits während der Therapie (etwa in Form von Hausaufgaben) und nach Abschluss der relativ kurzzeitig angelegten Interaktion mit dem Therapeuten oder der Therapeutin selbstständig anwenden sollen. Dies könnte ein zentraler Grund dafür sein, dass die kognitive Verhaltenstherapie und andere, ihr nahestehende psychotherapeutische Ansätze unter den psychotherapeutischen Selbsthilfeprogrammen besonders stark vertreten sind.

Nach psychotherapeutisch fundierten Selbsthilfeprogrammen bilden theologische und esoterische Selbsthilfeprogramme die zweitgrößte Untergruppe der Selbsthilferatgeber. Unter ihnen finden sich etliche Ratgeber, die sich dem Durchstehen einer Depression mithilfe religiöser Praktiken widmen, also etwa dem Beten oder der Auseinandersetzung mit religiösen Texten. Für die vorliegende Arbeit wurden diese Ratgeber aus praktischen Gründen kaum berücksichtigt, ihr großer Anteil an den Selbsthilfeprogrammen weist diese jedoch als möglicherweise zweiten wichtigen Strang der depressionsbezogenen Sorge um sich aus.

Das restliche Viertel der Selbsthilfeprogramme entfällt auf alternativmedizinische Ansätze (Naturheilkunde, Traditionelle Chinesische Medizin) sowie auf verschiedene Spezialthemen (Depression und Stress, Depression im Alter etc.).

c) Erfahrungsberichte

Mit etwa einem Fünftel der lieferbaren Titel stellen Erfahrungsberichte von Betroffenen, die selbst an einer Depression erkrankt waren oder sind, die drittgrößte Gruppe der einschlägigen Ratgeberliteratur. Sie beinhalten meist eine – manchmal auch literarisch-poetische – Auseinandersetzung mit der eigenen Krankheit, Beschreibungen des Krankheitsverlaufs, der absolvierten Behandlungen und der Erfahrungen mit professionellen Hilfsangeboten. Auch diese Ratgeber vermitteln ein gewisses Orientierungs-Wissen, etwa die

Möglichkeit, sich selbst in den Beschreibungen des Erlebens der AutorInnen wiederzufinden und auf diesem Weg die eigene Diagnose bestätigt zu sehen. Da die AutorInnen meist bereits im Titel ihrer Bücher davon sprechen, ihre Depression überwunden zu haben, versprechen sie damit implizit auch, über ein entsprechendes Wissen bezüglich der möglichen Heilung von Depressionen zu verfügen. Auch diese Bücher können somit als eine spezifische Form der Ratgeber-Literatur verstanden werden, die durch die Vermittlung von Wissen den LeserInnen zu mehr Handlungsfähigkeit verhelfen wollen.

d) Überblicksratgeber für Betroffene und Angehörige

Mit 17,8 Prozent viertgrößte Gruppe sind Überblicksratgeber, die sich meist explizit sowohl an Menschen, die unter Depressionen leiden, als auch an deren Angehörige wenden. Der übliche Aufbau gliedert sich in Symptomatik, mögliche Ursachen sowie einen Überblick über verschiedene psychotherapeutische und pharmakotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten. Anders als Selbsthilfeprogramme verfolgen diese Ratgeber keinen bestimmten therapeutischen Zugang und beinhalten, wenn überhaupt, nur im geringeren Umfang konkrete Selbsthilfetipps. Sie zielen vielmehr darauf, Betroffene über professionelle Behandlungsmöglichkeiten zu informieren und zur Inanspruchnahme solcher Angebote anzuhalten. Wie andere Ratgeber zielen sie auf Handlungsfähigkeit, hier jedoch verstanden als aktives Suchen nach und Auswählen aus professionellen Therapieangeboten.

e) Spezifische Ratgeber für Betroffene und Angehörige

Sieben Prozent der einschlägigen Ratgeber widmen sich bestimmten Gruppen von Betroffenen bzw. spezifischen Formen unipolarer Depressionen. Etwa ein Drittel entfällt auf postpartale Depressionen, also Depressionen nach der Geburt eines Kindes. Etwa ein Fünftel beschäftigt sich mit dem Themenkomplex Gender und Depression. Weitere Themen sind Ursachen und Entstehung von Depressionen (Ätiologie), die Behandlung mit Psychopharmaka, Depressionen im Alter, Depressionen und Sinnkrisen (noogene Depression/Logotherapie), Stress und Depression sowie Depressionen und körperliche Erkrankungen.

f) Ratgeber für Angehörige

Mit etwa fünf Prozent stellen Ratgeber, die sich explizit an Angehörige von Depressiven richten, die kleinste Gruppe dar. Wie sonstige Überblicksratgeber, die oft einen Teil für Angehörige bzw. zu den besonderen Problemen für

Angehörige von Depressiven beinhalten, bieten sie häufig einen Überblick über Symptomatik, Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten. Darüber hinaus widmen sie sich Fragen nach dem Umgang mit an Depressionen Erkrankten. Der Untertitel eines entsprechenden Ratgebers *Wie man depressiven Angehörigen oder Freunden hilft, ohne selbst den Boden unter den Füßen zu verlieren* (Epstein-Rosen/Amador 1998) bringt die leitende Frage dieser Ratgeber auf den Punkt. Ziel ist, Angehörigen von Depressiven einen Umgang mit diesen zu ermöglichen, der die Angehörigen nicht über die Maßen beansprucht. Dazu werden Ratschläge vermittelt, wie Angehörige sich Freiräume schaffen, sich von dem meist als sehr fordernd beschriebenen Verhalten Depressiver distanzieren und ihre Kräfte schonen können. Sie zielen somit auf die Vermittlung einer Handlungsfähigkeit, die durch kluges Selbstmanagement längerfristig aufrechterhalten werden kann. Ein weiteres wichtiges Moment ist, dass das Gewissen der Angehörigen und ihre Beziehung zu ihren depressiven BeziehungspartnerInnen, Familienangehörigen oder FreundInnen entlastet wird, indem diese von der Verantwortung für deren Erkrankung befreit und die Ursachen für die Erkrankung anderswo gesucht werden.

Alle Kategorien der Ratgeber zielen auf Handlungsfähigkeit, der sie eine bestimmte Richtung – Heilung der Depression oder zumindest Management der Krankheit – sowie eine bestimmte Form – Anwendung einer therapeutischen Methode bei sich selbst oder anderen, Aufsuchen professioneller Therapieangebote, Schonung der eigenen Kräfte – geben. Allen gemein ist auch, dass diese Handlungsfähigkeit im Wesentlichen an die LeserIn selbst gebunden ist, der oder die sowohl ihr Subjekt als auch ihr Objekt darstellt.

Die überblicksmäßige Betrachtung der einschlägigen Beratungsliteratur zeigt weiter die dominanten therapeutischen Zugänge im Umgang mit Depression: einerseits vor allem kognitiv-verhaltenstherapeutische Psychotherapie, andererseits die Therapie mit verschiedenen Psychopharmaka, vor allem Antidepressiva. Daneben finden sich sowohl im Bereich der somatischen als auch der auf die Psyche zielenden Angebote quantitativ bedeutsame alternative Stränge und zwar einerseits Naturheilkunde und Alternativmedizin, andererseits christliche Seelsorge und Esoterik. Die detaillierten

Ergebnisse der Sichtung der lieferbaren Ratgeber finden sich in Anhang A und B der vorliegenden Arbeit.

2 Problemaufriss: Zeitkrankheit Depression

Überall ist von einem Anstieg der Depressionen und ihrer hohen Verbreitung die Rede. Dieser Anstieg wird häufig als Folge gesellschaftlicher Umgestaltungen der letzten Jahrzehnte betrachtet. Dies kann freilich in doppelter Hinsicht verstanden werden: Einerseits, dass heute tatsächlich mehr Menschen unter den für Depressionen typischen Symptomen leiden. Andererseits, dass wir bezüglich dieser Symptome hellhöriger geworden sind, sie an uns selbst und anderen schneller bemerken, weil sie mehr stören oder schneller als Problem wahrgenommen werden. Was von beidem zutrifft oder in welchem Verhältnis diese Faktoren zu einem wahrgenommenen Anstieg der Depression und ihrem Status als argwöhnisch beobachtetem und eifrig problematisiertem Krankheitsphänomen beigetragen haben, kann unmöglich entschieden werden. In der Folge soll daher auch nicht von einem Anstieg der Depression ausgegangen werden, sondern das Interesse richtet sich auf die Rede von diesem Anstieg. Nicht die Frage, ob Menschen heute mehr leiden als früher steht im Mittelpunkt der Überlegungen, sondern warum das Leiden – nicht nur als Begleiterscheinung einer Krankheit, sondern als Krankheit selbst – in den Fokus der psychiatrischen, therapeutischen, ökonomischen aber auch individuellen Aufmerksamkeit gerückt ist. Wenn die Frage nach dem individuellen psychischen Leid von Interesse ist, dann nicht bezüglich der Frage, ob Menschen *vermehrt* unter depressiven Symptomen leiden, sondern ob sie unter diesen Symptomen *vermehrt leiden*. Die Frage ist also nicht, ob eine vermehrte Verbreitung depressiver Symptome zu einem ökonomischen Problem wird, sondern warum depressive Symptome vermehrt zu einem ökonomischen Problem werden. Denn diese minimalen Differenzen in der Formulierung bringen einen, m. E. nach wesentlichen Unterschied zum Ausdruck, der besonders in Bezug auf die Depression ganz zentral ist: die Symptome der Depression sind keine diskreten psychiatrischen Symptome, die Depression keine Erkrankung, die sich klar vom Zustand der Gesundheit unterscheiden ließe. Alle Symptome, die im Zusammenhang mit Depressionen genannt werden, gelten als *normal*, solange sie nicht eine gewisse Intensität und Dauer überschreiten. Die Krankheit der Depression beginnt dort, wo die Betroffenen in ihrem Lebensvollzug merklich und dauerhaft eingeschränkt, von der Erfüllung ihrer Pflichten abgehalten werden. Die Grenze zwischen Normalität und Pathologie im Bezug auf die Depression ist flexibel und wird definiert durch die mit ihr verbundenen Beeinträchtigungen der privaten und beruflichen Lebensführung.

Deshalb die immer wieder geäußerte Angst, der Status der Depression als Krankheit und der Depressiven als Kranke könnte durch einen allzu leichtfertigen Gebrauch des Wortes in Frage gestellt werden. Deshalb aber auch die unlösbare Schwierigkeit, einen Anstieg der Depression oder auch nur ihre Verbreitung in einer Population zu messen: *die* Depression existiert nicht, weil die Grenze zwischen Gesundheit und Krankheit variabel ist und sich in den letzten Jahrzehnten verschoben hat. Wenn heute immer mehr Menschen als depressiv diagnostiziert werden, wenn immer mehr einschlägige Ratgeber geschrieben, immer mehr Psychotherapie in Anspruch genommen, immer mehr Antidepressiva verschrieben werden, so lässt sich daraus nur eines mit Sicherheit schließen: die Depression wird vermehrt zu einem Problem, immer mehr Menschen gelten als depressiv, immer mehr Menschen werden wegen ihr behandelt.

2.1 Verbreitung und Anstieg der Depression

Nach Angaben der Weltgesundheitsorganisation (WHO) werden Depressionen bis 2020 die zweithäufigste Volkskrankheit sein (vgl. Leutzinger-Bohleber 2005, S. 17 f.). Etwa 300 Millionen Menschen leiden demnach weltweit an Depressionen. Die Einschätzung, dass Depressionen eine der meist verbreiteten Krankheiten in den Industriestaaten seien und darüber hinaus zunehmen würden, findet sich in vielen Depressionsratgebern und verbürgt, meist am Anfang der Bücher platziert, die Wichtigkeit und Aktualität des Themas. Weniger sicher ist man sich über die genauen Zahlen. Meist ist von Schätzungen die Rede, Quellenangaben fehlen oft. So schreiben Svenja Niescken und Ulrich Hegerl in ihrem Überblickratgeber *Depressionen bewältigen* (2004): „Sie haben viele Leidensgenossen. Allein in Deutschland wird die Zahl der zurzeit Erkrankten auf 4 Millionen geschätzt“ (ebd., S. 9). Martin Hautzinger schreibt in seinem *Ratgeber Depression* (2006), dass sieben bis zehn Prozent der Europäer gegenwärtig unter einer Depression leiden würden (vgl. ebd., S. 19), was auf Deutschland umgelegt eine fast doppelt so hohe Zahl an Betroffenen ergeben würde. Erhebungen von PatientInnen in den Praxen von Hausärzten ergeben durch die Bank noch höhere Zahlen. So schreibt Daniel Hell in einer wissenschaftlichen Studie über Depressionen von zehn bis zwanzig Prozent Depressiven unter den PatientInnen (1994, S. 42), Martin Hautzinger (2006) differenziert in diesem Fall zusätzlich zwischen Männern und Frauen, wobei seinen Angaben zu Folge acht Prozent der männlichen und 14 Prozent der weiblichen PatientInnen von Depressionen betroffen seien (vgl. ebd., S. 19).[15]

Von noch höheren Zahlen ist dann die Rede, wenn sich die Untersuchungen und Schätzungen nicht nur auf die aktuell Erkrankten beziehen, sondern auf die Gesamtzahl derer, die im Laufe ihres Lebens an einer Depression erkranken. Die meisten

[15] Wenn zwischen den Geschlechtern differenziert wird, so ist durchgehend davon die Rede, dass Frauen in etwa doppelt so häufig von Depressionen betroffen sind wie Männer: „Frauen erkranken laut Statistik zwei bis drei Mal so häufig an Depressionen wie Männer“ (Hegerl/Niescken 2004, S. 22); „Frauen sind doppelt so häufig von der Krankheit Depression betroffen wie Männer“ (Nuber 2001, S. 41); „Die Wahrscheinlichkeit, im Laufe des Lebens an einer Depression (Dysthymie oder depressive Episode) zu erkranken, liegt bei 12 Prozent für Männer und bei 26 Prozent für Frauen“ (Hautzinger 2006, S. 19). Öfters wird aber auch erwähnt, dass sich der Unterschied zwischen den Geschlechtern verringern würde. So schreibt die Psychoanalytikerin Marianne Leutzinger-Bohleber in einem Artikel, dass, während die Zahl der Betroffenen insgesamt ansteige, der Unterschied zwischen den Geschlechtern abgenommen habe (vgl. 2005, S. 19). Die Psychiaterin Brigitte Woggon schreibt in ihrem Ratgeber, dass das Erkrankungsrisiko vor allem für junge Männer zugenommen habe, wodurch der Geschlechtsunterschied zurückgehen würde (vgl. Woggon 2002, S. 13 f.).

Schätzungen bewegen sich im Bereich von 15 (Niklewski/Riecke-Niklewski 2008, S. 5) bis 25 Prozent (Woggon 2002, S. 7).

Neben dem Umstand, dass viele Zahlen auf Schätzungen beruhen, thematisieren einige AutorInnen jedoch ein weiteres Problem: „Zu bedenken ist, dass derartige Zahlen stark davon abhängen, wie die Depression definiert wird, wo die Grenze zu nicht krankhaften Verstimmungen gezogen wird“ (Althaus/Hegerl/Reiners 2005, S. 14). Werden beispielsweise bei der von Martin Hautzinger erwähnten Studie zu depressiven PatientInnen von Hausärzten neben ausgeprägten auch „leichte Depressionen und depressive Beschwerden“ (Hautzinger 2006, S. 19) hinzugezählt, verdreifachen sich die Zahlen beinahe auf 28 Prozent (vgl. ebd.). Daniel Hell kommt somit auch zu dem ernüchternden Schluss, dass die „Häufigkeit depressiver Erkrankungen in erster Linie von den Kriterien, die für die Depressionsdiagnose benützt werden, und von der Auswahl der untersuchten Bevölkerungsgruppe abhängt“ (Hell 1994, S. 42). Das letzte Zitat stammt jedoch aus einer wissenschaftlichen Studie. In den Ratgebern sind solche kritischen Anmerkungen selten und werden meist ihrerseits relativiert.[16] Hell gibt außerdem zu bedenken, dass die schweren depressiven, zyklisch auftretenden und manisch-depressiven Erkrankungen nur ca. ein Prozent der Bevölkerung beträfen. Diese seien jedoch ursprünglich mit dem Begriff der Depression beschrieben worden (vgl. Hell 1994, S. 28).

In den einschlägigen Ratgebern dominiert dennoch die Einschätzung, dass Depressionen ansteigen. Laut Ursula Nuber würden schwere Depressionen heute zehnmal häufiger auftreten als noch vor 50 Jahren (vgl. Nuber 2001, S. 14), eine Einschätzung die vor dem Hintergrund der Einwände Daniel Hells mehr als fragwürdig wirkt. Auch wenn andere AutorInnen ihr in dieser dramatischen Einschätzung nicht

[16] So gestehen Ulrich Hegerl, David Althaus und Holger Rainers in ihrem Überblickratgeber zwar ein, dass es aus methodischen Gründen schwer ist, verlässliche Zahlen über die Verbreitung von Depressionen zu erhalten, relativieren diesen Einwand jedoch, indem sie die Selbstmordstatistik heranziehen, um dessen ungeachtet die Dramatik des Problems herauszuheben: „Wie viele Menschen genau in diesem Augenblick in Deutschland an einer behandlungsbedürftigen Depression erkrankt sind, ist schwer zu sagen. Geschätzt wird ihre Zahl auf vier Millionen. Zu bedenken ist, dass derartige Zahlen stark davon abhängen, wie die Depression definiert wird, wo die Grenze zu nichtkrankhaften Verstimmungen gezogen wird. Auch die Bereitschaft der Menschen, bei Befragungen über bestehende oder früher erlittene Depressionen zu berichten, kann von Generation zu Generation oder zwischen Männern und Frauen oder zwischen direkter persönlicher Befragung und Telefonbefragung sehr unterschiedlich sein. Wenn man bedenkt, dass in Deutschland jedes Jahr mehr als 11.000 Menschen einen Suizid (Selbsttötung) und etwa 100.000 einen Suizidversuch begehen und diese suizidalen Handlungen meist im Rahmen einer depressiven Erkrankung erfolgen, dann erscheint die Zahl von vier Millionen depressiv Erkrankten nicht als unrealistisch“ (Althaus/Hegerl/Reiners 2005, S. 14).

folgen, besteht doch weitgehend Konsens darüber, dass Depressionen „in den letzten Jahrzehnten häufiger wurden“ (Hautzinger 2006, S. 20). Der Anstieg, so ist immer wieder zu lesen, betreffe dabei vor allem jüngere Menschen (vgl. u.a. Woggon 2002, S. 13 f.; Dahlke 2006, S. 20; Hautzinger 2006, S. 19).

Die kurze Sichtung einschlägiger Ratgeber und einiger wissenschaftlicher Quellen zeigt zumindest zweierlei: Erstens fällt es offenbar schwer, überhaupt zu gesicherten Aussagen über die Verbreitung von Depressionen zu kommen, weshalb in vielen Fällen auf Schätzungen zurückgegriffen wird. An verschiedenen Stellen stößt man, ohne dass sich dafür noch eine Quelle feststellen ließe, auf geschätzte vier Millionen Erkrankter in Deutschland (vgl. Hegerl/Niesken 2004, S. 9; Grün 2008, S. 7; Althaus/Hegerl/Reiners 2005, S. 14). Schätzungen entwickeln so fast eine Eigendynamik: Indem immer wieder die gleichen Schätzungen angeführt werden, gewinnen sie den Status einer qua Konsens gesicherten Wahrheit. Ebenso verbürgt eine vertrauenswürdige Quelle, wie die Weltgesundheitsorganisation, die Angemessenheit der Schätzung und hebt sie scheinbar über den Status des bloßen Meinens hinaus. Zweitens ist die Rede von einem Anstieg *der* Depression auch deshalb fragwürdig, weil die Definitionsschwelle für Depressionen offensichtlich gesunken ist, so dass Zahlen aus früheren Jahrzehnten nicht mit heute erhobenen Zahlen verglichen werden können.

Da sich Verbreitung und erst recht deren Anstieg offenbar nicht erheben lassen, greifen AutorInnen immer wieder auf Indizien zurück, die einen solchen Anstieg belegen sollen. In diesem Fall ist dann die Rede von immer häufiger in Anspruch genommener Psychotherapie oder stark steigenden Absätzen bei Antidepressiva.[17] Damit tut sich jedoch sofort ein neues Problem auf: Die Verbreitung einer Krankheit und das Ausmaß, in dem Behandlungen in Anspruch genommen werden, stehen in keinem direkten Zusammenhang. Werden heute vermehrt Antidepressiva verschrieben, weil immer mehr Menschen an Depressionen leiden, oder verlangen immer mehr Menschen nach einer entsprechenden Behandlung, weil sie durch ihre Symptomatik, konfrontiert mit anderen Anforderungen an sie als Arbeitskraft, Beziehungspartner etc., verstärkt mit Problemen konfrontiert werden? Steckt hinter den verstärkten Verschreibungen vielleicht überhaupt primär die Pharmaindustrie, die versucht ihre Produkte abzusetzen

[17] Rüdiger Dahlke schreibt dazu:„Die Verschreibungspraxis von Antidepressiva kann die Zunahme ebenfalls veranschaulichen. Allein zwischen 1993 und 2002 haben sich die Verordnungen – so das Magazin Stern-Magazin Gesund leben: Volkskrankheit Depression – in Deutschland mehr als verdoppelt“ (2006, S. 20).

und Psychiater und Hausärzte von deren Nutzen zu überzeugen? Sind es vielleicht verbesserte, nebenwirkungsärmere und ungefährlichere Medikamente, die eine vermehrte Verschreibung der Medikamente begünstigen? Oder ist es vielleicht die Tendenz, Antidepressiva gegen verschiedenste psychische Störungen, beispielsweise Angststörungen, zu verschreiben, die den Eindruck eines Anstiegs der Depression hervorruft? Suchen Menschen vermehrt PsychotherapeutInnen auf, weil ihre Symptome für sie heute ein größeres Problem darstellen, etwa weil deren Krankheitswert stärker betont wird, oder weil sie tatsächlich vermehrt an bestimmten Symptomen leiden? Mit anderen Worten: Leiden sie verstärkt an bestimmten Symptomen, die früher seltener aufgetreten sind oder leiden sie schlicht verstärkt unter ihren Symptomen, weil sie beispielsweise allgegenwärtig mit dem Imperativ der Aktivität oder des individuellen Glücks einerseits und der Rede von der Volkskrankheit Depression mit ihrer gegenläufigen Symptomatik andererseits konfrontiert sind und erst dadurch die Überzeugung entwickeln krank und damit hilfsbedürftig zu sein? Die Frage bleibt unentscheidbar und damit scheitert auch der Versuch von messbaren Indizien auf ein dahinter liegendes Phänomen (den Anstieg der Depression) zu schließen. Was bleibt sind Vermutungen: wenn man auch nicht wissen könne, ob Depressionen ansteigen, es gäbe zumindest gute Gründe dies zu vermuten.

Daniel Hell schreibt, dass sich die depressionsbedingten Einweisungen an der psychiatrischen Universitätsklinik in Zürich zwischen 1991 und 2006 vervierfacht hätten (vgl. Hell 2007, S. 36). Gleichzeitig verweist er jedoch auf die Tücken, wenn solche Zahlen als Beweis für einen Anstieg der Depressionen herangezogen werden, denn die steigende Zahl der Einweisungen und der erhöhte Absatz an Antidepressiva könne ebenso Folge der therapeutischen Fortschritte sein (vgl. ebd.). Dieses Argument wirkt insbesondere in Bezug auf die medikamentöse Depressionstherapie plausibel. Der französische Soziologe Alain Ehrenberg[18] zeichnet in seiner 2004 auf Deutsch erschienenen Studie *Das erschöpfte Selbst* die Fortschritte in der medikamentösen Depressionstherapie nach. Besonders die Entwicklung von Selektiven Serotoninwiederaufnahmehemmern (SSRI), die sich im Vergleich zu den vorher

[18] Der Soziologe Alain Ehrenberg arbeitet am Centre National de la Recherche Scientifique (CNRS) in Paris. 1998 erschien unter dem Titel: „La Fatigue d'étre soi" (Die Ermüdung man selbst zu sein) im Verlag Editions Odile Jacob die Originalausgabe seines Buches *Das erschöpfte Selbst* (2004). In ihm geht Ehrenberg der Frage nach, wie die Depression zur meistbeachteten psychischen Erkrankung unserer Zeit werden konnte. In der vorliegenden Arbeit wird in vielen Stellen auf dieses Buch Bezug genommen, wobei Ehrenbergs Argumentation nur teilweise gefolgt wird (s.u.).

dominierenden MAO-Hemmern und den trizyklischen Antidepressiva durch geringere und weniger gefährliche Nebenwirkungen auszeichnen, hätte Ehrenberg zufolge zu einem Anstieg der Verschreibungen, auch und vor allem durch AllgemeinmedizinerInnen, geführt (vgl. Ehrenberg 2004, S. 92 - 103, 169 - 172 und 213 - 225). Der große Erfolg des Medikaments *Prozac* des amerikanischen Pharmaunternehmens Eli Lilly mit seinem Wirkstoff Fluoxetin, das explizit mit dem Ziel entwickelt wurde, ein nebenwirkungsarmes Medikament gegen Depressionen auf den Markt zu bringen, ist mit dieser Entwicklung verbunden (vgl. ebd., S. 214).[19]

Doch auch die bessere Verträglichkeit moderner Antidepressiva kann ihren Erfolg nur zum Teil erklären. Ehrenberg spricht im Zusammenhang mit den Antidepressiva von einem „therapeutischen Beweis“: Der Umstand, dass Antidepressiva bei vielen PatientInnen zu einer subjektiven Verbesserung des Wohlbefindens führten, diene als Beweis dafür, dass bei ihnen die Krankheit Depression vorliege (vgl. ebd., S. 21). Heute würden Antidepressiva zur Linderung zahlreicher Symptome erfolgreich eingesetzt, so etwa bei Phobien und Angststörungen, Suchterkrankungen und Essstörungen (vgl. ebd., S. 202). Die breite Wirkung der Wirkstoffe führe so dazu, dass immer mehr Symptome unter dem Begriff der Depression zusammengefasst würden. Gleichzeitig verliere die Krankheit der Depression damit aber auch ihre Konturen, denn die „Beschwerden, bei denen diese Substanzen wirken, sind so verschieden, dass nicht mehr zu erkennen ist, wie sie unter den Begriff der Depression passen könnten“ (ebd.).

In den Ratgebern ist verbreitet von einer „Volkskrankheit“ Depression die Rede. Eine weitere Frage, die die AutorInnen beschäftigt ist jedoch, ob sie dies „in allen Kulturen und allen Zeiten“ war (Althaus/Hegerl/Reiners 2005, S. 14), oder ob sie „immer mehr zu einer Volkskrankheit“ (Grün 2008, S. 7) wird. Gleichzeitig mit der Frage, ob die Zahl der von Depressionen Betroffenen ansteigt wird damit auch die Frage gestellt, ob

[19] Prozac kam 1990 auf den Markt und steht heute häufig synonym für den freizügigen Umgang mit antidepressiven Medikamenten. Rüdiger Dahlke versteigt sich in seinem Ratgeber sogar zur der Behauptung, Prozac sei eine moderne Modedroge, dem MDMA vergleichbar: „Da bisher kaum spürbare Nebenwirkungen bekannt sind, außer dem Verdacht auf gehäufte Selbstmorde, ist es bereits eine Lifestyle-Droge geworden – das Mittel der Wahl zur Stimmungsaufhellung einer satten, aber zunehmend frustrierten Bürgerwelt. Damit wird es zum Pendant von MDMA oder Ecstasy, eines Amphetamins, das ebenfalls die Serotoninmenge im Gehirn erhöht und Jugendlichen zu einem ganz ähnlichen, wenn auch in diesem Fall streng verbotenen Zweck dient“ (Dahlke 2006, S. 21). Dieser Einschätzung widerspricht Peter Kramer, der Autor des Buches *Listening to Prozac*, das auf Deutsch unter dem Titel *Glück auf Rezept* erschien (Kramer 1995). Prozac sei eben keine Droge, so Kramer, weil es nicht selbst Gefühle der Freude hervorrufe, sondern depressive PatientInnen lediglich dazu befähige, sich wieder sozialen und produktiven Aufgaben zu widmen, die dann ihrerseits zu solchen Gefühlen Anlass bieten würden (vgl. ebd., S. 363).

die Depression eine spezifische Krankheit unserer Zeit sei. Etliche Ratgeber betonen, Depressionen habe es immer schon gegeben (vgl. Nuber 2001. S. 12) und sie seien keine moderne Erscheinung (vgl. Niklewski/Riecke-Niklewski 2008, S. 21), was meist damit begründet wird, dass depressive Zustände unter dem Begriff Melancholie bereits seit der Antike in der Medizin thematisiert würden.[20]

Für Ehrenberg ist die Depression, wie sie in der heutigen Psychiatrie verstanden wird, das zentrale Element ihrer Reorganisation um das menschliche Leiden (vgl. Ehrenberg 2004, S. 53). Anders als viele RatgeberautorInnen betont er damit, dass die Rede von der Depression als Krankheit, die im Leiden selbst besteht, eine recht junge Erfindung ist, auch wenn depressive Symptome unter dem Namen Melancholie bereits seit der Antike thematisiert werden. Ihren Aufstieg zur zentralen psychischen Erkrankung unserer Zeit verortet er in den letzten 60 Jahren: „In den 1940er Jahren galt die Depression lediglich als ein Symptom, das die meisten Geisteskrankheiten begleitet, und wurde kaum beachtet. 1970 war sie die am weitesten verbreitete psychische Störung der Welt, und die Psychiater verzeichneten eine deutliche Zunahme von Depressiven unter ihren Patienten. Heute steht die Depression im Mittelpunkt des psychiatrischen Interesses, so wie vor 50 Jahren die Psychosen. Das ist ihr Erfolg in der Medizin. Gleichzeitig wird sie in Zeitungen und Zeitschriften zu einer Modekrankheit, wenn nicht zur Jahrhundertkrankheit erklärt“ (ebd., S. 3). Ehrenberg kann sich jedoch – obwohl ihm durchaus bewusst ist, dass von *der* Depression und damit *ihrem* Anstieg nicht sinnvoll gesprochen werden kann – nicht ganz von der Idee ihrer zunehmenden Verbreitung lösen. Dies würde auch die zentrale These seines Buches, dass die Depression gleichsam Folge eines bestimmten, wirkmächtigen Subjektideals – des mit sich selbst identischen, von Verboten befreiten und dafür zur Initiative verpflichteten Subjekts – gefährden. Denn nicht nur, dass die Depression bei Ehrenberg ihre Konjunktur diesem Ideal verdankt (weil sie gleichsam sein Negativ darstellt), zugleich postuliert er, dass die Menschen als Folge dieses Ideals spezifische Symptome der

[20] Die erste Erwähnung der Melancholie findet sich bereits in der Schriftensammlung *Corpus Hippocratikum* (vgl. Jagow/Steger 2005, S. 524) und liegt somit vermutlich mehr als 2000 Jahre zurück. Der Begriff der Depression wird erst seit dem 19. Jahrhundert auf psychische Krankheiten angewandt (vgl. Peters 2007, S. 123 sowie Jagow/Steger 2005, S. 526) und bezeichnete zuvor in der Chirurgie ein herabgedrücktes Teil, etwa ein Stück Schädelknochen (vgl. Peters 2007, S. 123). Diese Bedeutung wird dann auf psychische Zustände ausgeweitet (vgl. ebd.). Depression wird zunächst zum Überbegriff, dem die Melancholie untergeordnet ist (vgl. Jagow/Steger 2005, S. 526), erst ab dem späteren 19. Jahrhundert werden beide Begriffe zunehmend synonym gebraucht (vgl. Peters 2007, S. 123 sowie Jagow-Steger 2005, S 526).

Erschöpfung ausbilden würden: „Die Müdigkeit, man selbst zu sein“, wie er schreibt. Damit müssen die Depressionen für Ehrenberg zusammen mit einer von ihm durchaus überzeugend dargelegten Verbreitung eines bestimmten Subjektideals zunehmen und er muss daher an der Idee ihres Anstiegs festhalten[21], obwohl er selbst unzählige Argumente vorbringt, die an der Möglichkeit von einem solchen sinnvoll zu sprechen erhebliche Zweifel aufkommen lassen.

Der hier untersuchte Aufstieg der Depression fällt historisch mit der Durchsetzung neoliberaler Regierungstechniken und dem mit ihnen verbundenen Subjektideal des Unternehmerischen Selbst (vgl. Bröckling 2007, Foucault 2006a und b) zusammen. Die Vermutung, dass es zwischen gesellschaftlichen Veränderungen und dem Aufstieg der Depression Verbindungen geben könnte, wird vereinzelt auch in den Ratgebern thematisiert. Ein gutes Beispiel dafür findet sich beim deutschen Benediktinerpater und viel beschäftigten Buchautor Anselm Grün, der das Argument im Wesentlichen vom Schweizer Psychiater Daniel Hell übernimmt. Grün, der unter dem Titel *Wege durch die Depression* (2008) einen spirituellen Ratgeber veröffentlicht hat, spricht von der Pathologisierung des Leidens: Wenn es den Menschen nicht mehr erlaubt wäre, sich traurig zu fühlen – eine Erfahrung, die grundsätzlich zum Leben gehöre – dann würde eben dies dazu führen, dass Menschen in Depressionen versinken (vgl. ebd., S. 7). Diese Idee, die wohl nicht zufällig an den im Zentrum psychoanalytischer Depressionstheorien stehenden Zusammenhang von Trauer und Depression erinnert, steht in Verbindung mit dem bereits erwähnten Problem, dass die Definitionsschwelle für Depressionen zunehmend gesunken ist. Anders ausgedrückt, der Anstieg der Depressionen hängt auch damit zusammen, dass erstens immer mehr Beschwerden unter dem Begriff der Depression subsummiert wurden und sich zweitens die Grenzen zwischen psychischer Gesundheit und Krankheit verschoben haben. Letzteres betont Daniel Hell, der dahinter auch die Interessen der Pharmaindustrie vermutet, die nach Absatzmöglichkeiten für ihre Medikamente suche (vgl. Hell 2007, S. 89). Doch Hell

[21] So zitiert Ehrenberg an mehreren Stellen einschlägige Studien, die einen von ihm vorausgesetzten Anstieg der Depression stützen sollen: Die *American Medical Association* käme 1989 zum Schluss, dass das Risiko an einer Depression zu erkranken für Personen, die nach dem zweiten Weltkrieg geboren sind, ansteige. Die gleiche Funktion übernimmt für Ehrenberg der Verweis auf die Publikation *Psychiatric Disorders in America*, die gleichzeitig einen Anstieg der Suchterkrankungen bestätigen würde. Dieser Prozess, so versucht Ehrenberg unter Bezugnahme auf eine Studie des französischen Gesundheitsunternehmens CREDES zu zeigen, scheine sich ab den 1980er Jahren noch zu verstärken, denn dieser zufolge hätten depressive Erkrankungen zwischen 1980 und 1990 um 50 Prozent zugenommen (vgl. Ehrenberg 2004, S. 126, 183, 217).

beschränkt sich nicht auf diese Vermutung, sondern sieht hinter der Herabsetzung der Definitionsschwelle von Depressionen einen grundlegenden Wandel gesellschaftlicher Wertvorstellungen, aber auch des medizinischen Krankheitsverständnisses: „Wurden früher Leid und Not vor allem als Herausforderung betrachtet, denen man sich zu stellen hat und an denen man wachsen kann, wird heute jegliches Leiden – vor allem aber Bedrücktheit und psychische Not – zunehmend pathologisiert, d.h. als unnötig und krankhaft gewertet“ (ebd.). Daniel Hell sieht also einen doppelten Zusammenhang zwischen der zunehmenden Pathologisierung des Leidens und dem Anstieg der Depression, denn diese führe einerseits dazu, dass mehr Menschen als krank gelten würden und gleichzeitig zu einer möglichen Verstärkung des Leidens.

Weitaus häufiger aber wird eine Verbindung zwischen gesellschaftlichen und ökonomischen Veränderungen einerseits und einem unterstellten Anstieg andererseits in Form einer einfachen Kausalität vermutet. Also in dem Sinn, dass gesellschaftliche Veränderungen dafür verantwortlich gemacht werden, dass es vermehrt zu depressiven Erkrankungen kommt. Oft wird der Anstieg mit einer Veränderung des Lebensstils in Verbindung gebracht, etwa dem vermehrten Konsum von legalen und illegalen Drogen und der Missachtung des menschlichen Biorhythmus (vgl. Niklewski/Riecke-Niklewski 2008, S. 21). Des Weiteren werden zahlreiche gesellschaftliche Veränderungen genannt, die zu einem Anstieg der Depressionen führen würden, etwa „Arbeitslosigkeit, beruflicher Druck, ein verändertes Bindungsverhalten“ (ebd.). Andrew Solomon, Autor des auf seinen eigenen Erfahrungen als von Depressionen Betroffener und zahlreichen Interviews basierenden Buches *Saturns Schatten* (2001), macht „Hektik und das technische Chaos, die Entfremdung, de[n] Verlust traditioneller Familienstrukturen und die endemische Einsamkeit, das Versagen der religiösen, moralischen und sozialen Glaubenssysteme“ für den Anstieg der Depressionen verantwortlich. Immer wieder ist die Rede von Individualismus und dem Verlust sozialer Beziehungen. Ein besonderer Stellenwert kommt auch den Begriffen Stress und Überforderung zu. Ursula Nuber sieht Stress und die gestiegenen Anforderungen an den Einzelnen als zentrale Ursachen des Anstiegs (vgl. Nuber 2001, S. 15 f.). Auch Flexibilisierung und gestiegene Mobilität (vgl. Grün 2008, S. 8; Dahlke 2006, S. 161) sowie Globalisierung und Konkurrenz (Dahlke 2006, S. 152) werden als mögliche Ursachen des Anstiegs genannt. All diesen Vermutungen gemeinsam ist, dass sie Entwicklungen, die seit den 1960er Jahren die Gesellschaft in den westlichen Industriestaaten grundlegend

verändert haben, als Ursache für den seit dieser Zeit diagnostizierten Anstieg der Depressionen fest machen: Die Depression erscheint als Zeitkrankheit, weil es unsere Zeit ist, die die Menschen krank macht.[22] Solchen Vermutungen skeptisch gegenüber sind vor allem jene AutorInnen, die biologische Erklärungsmodelle bevorzugen und für die Behandlung von Depressionen mit Psychopharmaka eintreten. So betont die Psychiaterin Brigitte Woggon, dass es – obwohl allerorten mit großer Leidenschaft das Gegenteil behauptet würde – bisher keine wissenschaftlich überzeugenden Erklärungen für den Anstieg der Depressionen gebe (vgl. Woggon 2002, S. 13 f.). Auch in Selbsthilfeprogrammen ist eher weniger von gesellschaftlichen Ursachen die Rede, denn diese liegen meist außerhalb der Einflussmöglichkeiten der LeserInnen, weshalb der Schwerpunkt eher auf individuelle Denk- oder Verhaltensfehler gelegt wird, deren Behebung im Mittelpunkt der entsprechenden Programme liegt (siehe dazu Kapitel 3).

Die bisherigen Ausführungen sollen eine wesentliche These der vorliegenden Arbeit untermauern: über *den* Anstieg *der* Depression können keine sinnvollen Aussagen gemacht werden. Relevant ist dies deshalb, weil der nur zu naheliegende Schluss in Bezug auf einen in der Fragestellung der vorliegenden Arbeit postulierten Zusammenhang zwischen Veränderungen in den Regierungspraxen und der zunehmenden Rede von einem Anstieg der Depression und dessen Problematisierung jener ist, Depression und eine spezifische Form des Regierens in ein simples Kausalverhältnis zu setzen: Neoliberale Gouvernementalität macht (immer mehr Menschen) depressiv. Diese Annahme wird in der vorliegenden Arbeit verworfen. Vielmehr *macht neoliberale Gouvernementalität die Depression*, wobei die Depression hier als Dispositiv, also als Verbindung aus der alarmierenden Rede von der Depression, institutionellen Arrangements, Behandlungspraxen und Selbsttechniken, verstanden wird. Dieser Vermutung soll in diesem Kapitel weiter nachgegangen werden. Eine erste Verbindung zwischen Depression und Regierung wird dabei unter Rückgriff auf Statistiken thematisiert, welche sich den Kosten psychischer Erkrankungen widmen. Dazu wird ein Konzept Michel Foucaults eingeführt, dass sich

[22] Diese Idee ist nicht neu. Ende des 19. Jahrhunderts tauchte mit dem Begriff Neurasthenie ein Krankheitsbild in medizinischen und populären Publikationen auf, das wie die Depression als eine Krankheit des modernen Lebens erschien (vgl. Ehrenberg 2004, S. 37-41). Und wie bei der Depression wurde auch bei der Neurasthenie ein breites Spektrum an Symptomen beschrieben, das darüber hinaus den in Zusammenhang mit der Depression beschriebenen Symptomen sehr nahe kommt: So war die Rede von allgemeinem Unwohlsein und Schwächung, Schlaflosigkeit, Appetitlosigkeit und verschiedenen körperlichen Schmerzen (vgl. ebd., S. 39).

im Bezug auf den Zusammenhang psychischer Erkrankungen einerseits und ökonomisch-gouvernementalen Fragestellungen andererseits als fruchtbar erweisen könnte: Jenes der Endemie als Form einer ökonomisch relevanten, weil die Produktivität schwächenden und in einer Population verbreiteten Erkrankung.

2.2 Depression als ökonomisches Problem

Michel Foucault hat in seiner Vorlesung *In Verteidigung der Gesellschaft* (2002a) festgestellt, dass sich die Sichtweise von Krankheiten aus dem Blickwinkel der Regierung im 18. Jahrhundert verschoben habe. Standen zuvor Epidemien im Mittelpunkt des Interesses, etwa die Ausbrüche der Pest mit ihren zahlreichen Todesopfern, hätte sich die Aufmerksamkeit nun zu jenen Krankheiten verschoben, die nicht fallweise sondern immer auftraten, die nicht den massenhaften Tod sondern eine ständige Verminderung der Kräfte zur Folge hatten. Ab nun ginge es der Regierung um „Endemien […] das heißt die Form, Natur, Ausdehnung, Dauer und Intensität der in einer Bevölkerung herrschenden Krankheiten. Mehr oder weniger schwer ausrottbare Krankheiten, die anders als die Epidemien nicht unter dem Blickwinkel zunehmender Todesursachen betrachtet werden, sondern als permanente Faktoren – so werden sie behandelt – des Entzugs von Kräften, der Verminderung der Arbeitszeit, des Energieverlustes und ökonomischer Kosten, und zwar ebenso sehr aufgrund des von ihnen produzierten Mangels wie der Pflege, die sie kosten können. Kurz, Krankheit als Bevölkerungsphänomen: nicht mehr als Tod, der sich brutal auf das Leben legt – das ist die Epidemie –, sondern als permanenter Tod, der in das Leben hineinschlüpft, es unentwegt zerfrisst, es mindert und schwächt“ (Foucault 2002a, S. 287). Foucaults Beschreibung der Endemie passt sehr gut zu dem, wie die Depression gegenwärtig als Kostenfaktor diskutiert wird, als permanenter, schleichender Entzug der Arbeitskraft einerseits und als Ursache steigender Behandlungskosten andererseits. Möglich wurde diese Verschiebung erst durch eine neue Form der Vermessung der Bevölkerung, die Statistik (vgl. Graefe 2007, S. 28). Unter Rückgriff auf einige Statistiken soll die Depression in der Folge als Endemie im Sinne Foucaults diskutiert werden.

Ein Blick in die einschlägigen Ratgeber zeigt, dass Depressionen besonders häufig mit Selbsttötungen in Beziehung gesetzt werden. Anders als die Verminderung der Kräfte würde dies die Depression eher in die Nähe einer Epidemie rücken. Bei näherer Betrachtung zeigt sich jedoch, dass sich die Gefahr eines Suizids zwar eignen mag, die Ernsthaftigkeit einer depressiven Erkrankung und damit die Notwendigkeit ihrer Behandlung herauszustreichen, es gleichzeitig jedoch gute Gründe gibt, nicht von einem unmittelbaren Zusammenhang zwischen Suizid und Depression auszugehen und auch von einem Anstieg der Selbsttötungen keine Rede sein kann.

Zunächst zum ersten Punkt. Der Suizid erscheint etwa aus psychoanalytischer Sicht als extreme Folge der gegen die eigene Person gerichteten Aggression, die sich auch in Selbstvorwürfen und Selbstherabsetzungen ausdrückt (vgl. Abraham 1912). Allgemein kann das psychische Leid, das Depressionen auszeichnet, einen Suizid als möglichen Ausweg aus diesem Leid erscheinen lassen. In dieser Sichtweise wäre der Suizid aber keine unmittelbare Folge der Depression, sondern vielmehr ein Weg, Leiden zu vermeiden (und auch dies ist nur eine von vielen denkmöglichen Motiven, einen Suizid zu begehen). Dieses aktuelle oder erwartete Leiden kann dann auch andere Ursachen haben, etwa körperliche oder andere psychische Krankheit. Auch politische Katastrophen können Suizide motivieren.[23] In der Ratgeberliteratur geht die zwischen Depression und Suizid hergestellte Verbindung aber oft soweit, dass es fast zu einer Gleichsetzung beider kommt. Das deutsche *Kompetenznetzwerk Depression* und *Suizidalität* ist dafür ein gutes Beispiel. In einem vom Kompetenznetzwerk Depression herausgegebenen Ratgeber (Hegerl/Alhaus/Reiners 2005) sowie bei Andrew Solomon (2001) findet sich sogar ein ganzes Kapitel zum Thema Suizid. In fast allen gesichteten Ratgebern wird der Suizid zumindest erwähnt und im Zusammenhang mit Depressionen diskutiert. Allgemein herrscht die Einschätzung vor, dass „suizidale Handlungen meist im Rahmen einer depressiven Erkrankung erfolgen“ (ebd., S. 14). An einigen Stellen werden Suizidgedanken sogar als Symptom der Depression beschrieben (vgl. z.B. Hegerl/Niesken 2004, S. 15 f.) und dementsprechend auch in Fragebögen für die Selbstdiagnose abgefragt (vgl. Merkle 2003, S. 25-30).

Die enge Verbindung, die in Ratgebern und anderen populären Quellen zwischen Suizid und Depression hergestellt wird, kulminiert in der Rede von einer „potentiell tödliche[n] Volkskrankheit“ (Dahlke 2006, S. 18). Dabei wollen aber die sinkenden Suizidraten[24] nicht so recht zum behaupteten Anstieg der Depression passen, weshalb häufig nur von aktuellen Selbstmordzahlen die Rede ist (vgl. z.B. ebd., S. 22; Althaus/Hegerl/Reiners 2005, S. 14), während mir in den von mir gesichteten

[23] So erreichte die Suizidrate in Österreich in den 1930er Jahren einen Höhepunkt und lag damals fast doppelt so hoch wie nach dem zweiten Weltkrieg (vgl. Katschnig u.a. 2001, S. 15).

[24] Laut Statistik sind die Suizide in absoluten Zahlen in Deutschland zwischen 1980 (BRD und DDR) und 2008 kontinuierlich gesunken und haben sich von 18451 auf 9451 halbiert. Siehe dazu: Deutsches Statistisches Bundesamt, Statistik abzurufen unter: URL:www-genesis.destatis.de/genesis/online Statistik 23211 [2010-08-13]
Auch laut österreichischer Sterbestatistik sanken die Suizide in den letzten 30 Jahren kontinuierlich. Gab es 1980 in Österreich noch 1932 Suizide, waren es 2008 nur mehr 1265. Siehe dazu Statistik Austria, Statistik abzurufen unter: URL: www.statistik.at/web_de/statistik/gesundheit/todesursachen_im_ueberblick/index.html [2010-08-13]

Ratgebern keine Anmerkungen zu ihrer Abnahme aufgefallen ist. Jedenfalls hat die Rede von der Verbindung zwischen Depressionen und Suizid den Effekt, dass Depressionen als besonders ernste, weil möglicherweise tödliche Krankheit erscheinen.

Ökonomische Kosten durch verringerte Produktivität und hohe Gesundheitsausgaben scheinen indes ein Problem zu sein, das sich für das Genre der Ratgeber nur bedingt eignet und deshalb dort eine weit geringere Rolle spielt als der Suizid. Während sich Ratgeber nämlich, ganz im Sinne eines pastoralen Selbstverständnisses, ihren einzelnen LeserInnen und deren Wohlergehen verpflichtet fühlen, richtet sich der Fokus von Statistiken auf die Bevölkerung als Ganzes. Richtet sich der Blick auf das einzelne Individuum, mag tatsächlich die Sorge um dessen mögliche Selbsttötung eine vordringliche sein, aus Sicht der Statistik ist die überwiegende Anzahl jener von Depression Betroffenen, die sich nicht selbst töten, aber oft über lange Zeit unter ihrer Erkrankung leiden, in ihrer Produktivität eingeschränkt sind und langwierige medikamentöse und psychotherapeutische Behandlungen in Anspruch nehmen, von viel größerem Interesse. Andererseits könnten gerade die Betroffenen die Betonung der durch sie entstehenden Kosten als überaus ärgerliche Vorhaltung und als Illoyalität von Seiten der AutorInnen empfinden.[25] So ist in den Ratgebern nur sehr vereinzelt von diesen hohen Kosten die Rede.[26]

Grob skizziert ergeben sich die ökonomischen Kosten der Depression aus Behandlungskosten einerseits und krankheitsbedingter Produktivitätsminderung andererseits. Zwischen 1995 und 2003 sind die Verordnungen für Psychopharmaka in Österreich kontinuierlich gestiegen, wobei dies hauptsächlich auf einen Anstieg bei den Verschreibungen von Antidepressiva zurückzuführen ist (vgl. Katschnig/Denk/Scherer

[25] Die Betonung hoher Kosten kann mit Liebl (2003, S. 126) als Teil einer Stigmatisierungsstrategie verstanden werden. Wenn auch unabdingbar, um die Behandlungsbedürftigkeit herauszustreichen, wäre eine solche Stigmatisierungsstrategie jedoch problematisch, denn die Betroffenen würden auf solche Vorhaltungen verärgert reagieren und damit als potentielle Kunden von Beratungsangeboten verschreckt (vgl. ebd.). Somit müsse sich an eine Stigmatisierungs- eine Epidemisierungsstrategie anschließen, die darauf ziele „dem stigmatisierten Konsumenten sodann klarzumachen, daß sein Syndrom mittlerweile solche Verbreitung genießt, daß es beinahe schon wieder normal erscheint“ (ebd., S. 127). Offensichtlich lässt sich eine solche Verbindung überaus leicht herstellen, denn die Kosten der Depression sind zugleich Folge ihrer großen Verbreitung, womit beide Strategien in einem Argument zusammenfallen.

[26] Eines der wenigen Beispiele, auf die ich gestoßen bin, findet sich bei Ursula Nuber: „Die Krankheit Depression bedeutet nicht nur großes Leid für die Betroffenen und ihre Angehörigen, sie ist inzwischen auch ein enormes ökonomisches Problem: Rund 550 Milliarden Mark jährlich geben die Krankenkassen für Diagnose und Behandlung von Krankheiten aus: Etwa 100 Milliarden entfallen dabei auf Erkrankungen des Nervensystems, und davon wiederum geht ein großer Teil auf das Konto von Depressionen“ (2001, S. 8).

2004, S. 104 – 106).[27] Der gestiegene Einsatz von Psychopharmaka führt – wenig überraschend – zu einem Anstieg der Ausgaben für diese Medikamente.[28] Auch die Kosten für psychotherapeutische Maßnahmen stiegen in den letzten Jahren deutlich an.[29]

Die Unfähigkeit psychisch Kranker im Allgemeinen und Depressiver im Besonderen überhaupt oder zumindest in gleicher Qualität und Quantität zu arbeiten scheint mindestens im gleichen Maße als ökonomisches Problem wahrgenommen zu werden. Um die ökonomischen Folgen von Krankheiten messbar und international vergleichbar zu machen, hat die Weltbank die Maßeinheit des Disability-Adjusted Life Year

[27] Im Detail stiegen die Verschreibungen von 4.772.000 auf 6.935.000 (vgl. Katschnig/Denk/Scherer 2004, S. 104). Betrachtet man die verschiedenen Gruppen von Psychopharmaka, so fällt auf, dass der Anteil der Neuroleptika an den Verschreibungen im gleichen Zeitraum leicht von 16,5% auf 15,3% gesunken ist, der Anteil der Tranquilizer sank stark von 37,6% auf 21,8% (vgl. ebd., S. 105). Während Antidepressiva 1995 36,1% der Verordnungen für Psychopharmaka ausmachten stieg deren Anteil innerhalb der folgenden acht Jahre auf 53% (vgl. ebd.). In absoluten Zahlen gemessen haben sich die Verordnungen für Antidepressiva zwischen 1995 und 2003 etwas mehr als verdoppelt, und zwar von 1.725.000 auf 3.673.000 (vgl. ebd., S. 109), die Verordnungen für Tranquilizer sanken leicht von 1.794.000 auf 1.511.000 (vgl. ebd., S. 110) und die Verordnungen für Neuroleptika stiegen von 785.000 auf 1.060.000 (vgl. ebd., S. 106).
Die statistischen Daten belegen auch die von Alain Ehrenberg festgestellte Verschiebung von angstlösenden zu antidepressiven Medikamenten und damit von den Angststörungen zu Depression: so würden Angststörungen und Panik-Attacken aufgrund besserer therapeutischer Erfolge seit den 1980er Jahren verstärkt mit Antidepressiva behandelt, was auch dazu geführt habe, diese zunehmend den depressiven Störungen unterzuordnen bzw. mit der Erfindung der Angstdepression zu einem Spezialfall der Depression zu erklären (vgl. Ehrenberg 2004, S. 21). Dies hätte somit auch zu einem wahrgenommenen Anstieg der Depression geführt, indem jene, die an Angststörungen leiden nun als Depressive wahrgenommen würden (vgl. ebd., S. 170).
Die Daten des österreichischen Psychiatrieberichts bestätigen einen weiteren, von Ehrenberg beschriebenen Trend: Der Großteil der Antidepressiva wird von AllgemeinmedizinerInnen verschrieben und ihr Anteil an den Verschreibungen steigt. 1995 entfielen 60% (ca. 750.000) der Verschreibungen auf sie, auf NeurologInnen und PsychiaterInnen ca. 40% (ca. 500.000). Acht Jahre später wurden ca. 71% (ca. 2,3 Millionen) der Rezepte für Antidepressiva von AllgemeinmedizinerInnen ausgestellt, der Anteil von NeurologInnen und PsychiaterInnen sank auf ca. 29% (ca. 950.000) (vgl. Katschnig/Denk/Scherer 2004, S. 112). Ehrenberg zufolge setzt dieser Trend Mitte der 1970er Jahre ein, nachdem die ersten Antidepressiva aus der Klasse der Selektiven Serotoninwiederaufnahmehemmer (SSRI) auf den Markt kamen (vgl. Ehrenberg 2004, S. 168). Den Grund dafür sieht Ehrenberg darin, dass sich die neue Wirkstoffklasse durch geringere und weniger gefährliche Nebenwirkungen auszeichne, wodurch es für psychische Krankheiten nicht speziell qualifizierten Allgemeinmedizinern leichter geworden wäre, diese zu verschreiben (vgl. ebd., S. 172).

[28] Dass sich die Kosten für Psychopharmaka zwischen 1995 und 2003 von 64.974.000 auf 187.045.000 Euro verdreifacht haben (vgl. Katschnig/Denk/Scherer 2004, S. 114) liegt etwa zu gleichen Teilen an den gestiegenen Ausgaben für Neuroleptika und Antidepressiva. Erstere haben sich zwischen 1995 und 2003 von 10.461.000 auf 51.671.000 verfünffacht, hauptsächlich infolge teurerer Medikamente. Etwa gleich hoch ist der Anteil am Anstieg der Kosten, der auf Antidepressiva entfällt. Die Kosten dafür stiegen im selben Zeitraum, dem Anstieg der Verschreibungen entsprechend, von 38.700.000 auf 87.192.000 Euro (vgl. ebd., S. 115).

[29] Zwischen 1997 und 2003 stiegen die Ausgaben der Krankenkassen für Psychotherapie von 22,25 Millionen auf 37,97 Millionen Euro (vgl. ebd., S. 116). Aktuelle Zahlen aus Deutschland sprechen von jährlichen Behandlungskosten für psychische Störungen in der Höhe von 26,7 Milliarden Euro, das entspricht 11,3% der Gesamtausgaben für die Behandlung von Krankheiten (vgl. Böhm/Cordes 2009, S. 52).

(DALY)[30] eingeführt. In dieser Einheit werden sowohl Krankheitsfolgen in Form vorzeitiger Sterblichkeit als auch in Form von Behinderungen, gleichsam als prozentuelle Sterblichkeit, zusammengeführt: Gewertet werden die Lebensjahre ohne gesundheitliche Beeinträchtigung und jene mit gesundheitlicher Beeinträchtigung, letztere jedoch dem Schweregrad der Behinderung entsprechend nur zu einem gewissen Teil. Diese werden dann mit einer global festgelegten Standard-Lebenserwartung in Beziehung gesetzt. Damit gibt es seit 1993 neben der statistischen Lebenserwartung eine Maßeinheit, mit der sich auch jene gesundheitlichen Beeinträchtigungen messen lassen, die zwar nicht unmittelbar zum totalen Produktivitätsausfall durch vorzeitigen Tod, aber zu partiellen Produktivitätsausfällen und Verminderungen der Lebensqualität führen. Die Einheit der DALYs verhält sich zur Endemie wie die statistische Lebenserwartung zur Epidemie. Besonders geeignet erscheint eine solche Maßeinheit auch für psychische Krankheiten, die zwar meist nicht zum Tod, umso öfter aber zu langer und oft dauerhafter Arbeitsunfähigkeit führen. In den industrialisierten Ländern zählen psychische Krankheiten zu den wichtigsten Ursachen krankheitsbedingter Behinderungen (vgl. Katschnig u.a. 2001, S. 3).

Genau dieses Problem – die teilweise und vollständige, kurzzeitige und dauerhafte Arbeitsunfähigkeit infolge psychischer Krankheiten wird in der Folge anhand statistischer Daten diskutiert. Diese zeigen, dass in Österreich und Deutschland die Zahl der durch psychische Krankheiten bedingten Frühpensionierungen in den letzten 25 Jahren deutlich gestiegen ist.[31] Auch der Schweizer Psychiater und Ratgeber-Autor Daniel Hell thematisiert diesen Anstieg. Er sieht dessen Ursache nicht so sehr darin

[30] Die Weltgesundheitsorganisation definiert die Einheit DALY wie folgt: „The overall burden of disease is assessed using the disability-adjusted life year (DALY), a time-based measure that combines years of life lost due to premature mortality and years of life lost due to time lived in states of less than full health“. Online im Internet unter URL: www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en/index.html [2010-10-14]

[31] Im Jahr 1999 erfolgte ein Fünftel der krankheitsbedingten Frühpensionierungen in Österreich auf Grund psychischer Erkrankungen (vgl. Katschnig u.a. 2001, S. 18). Bei den unter 40 Jährigen sind psychische Erkrankungen sogar für die Hälfte der krankheitsbedingten Frühpensionierungen verantwortlich (vgl. ebd., S. 18 f.). Auch hier kam es in den letzten Jahrzehnten zu einer deutlichen Zunahme: 1985 gingen 1938 Personen aufgrund psychischer Krankheiten vorzeitig in Ruhestand, 1999 waren es 4697 (vgl. ebd., S. 12). Jüngeren Zahlen aus Deutschland zufolge sind dort psychische Krankheiten und Verhaltensstörungen mit einem Anteil von einem Drittel mittlerweile die häufigste Ursache für krankheitsbedingte Frühpensionierungen (vgl. Heyde/Macco 2009, S. 30). Von den insgesamt 4 Millionen Erwerbstätigkeitsjahren, die in Deutschland 2006 infolge von Arbeitsunfähigkeit, Invalidität und vorzeitiger Sterblichkeit verloren gingen, entfielen ca. 638.000 Jahre auf psychische und Verhaltensstörungen (vgl. Böhm/Cordes 2009, S. 56). Bei Frauen waren Depressionen für die größten Verluste verantwortlich, bei Männern folgten Depressionen nach Alkohol- und Drogenmissbrauch auf Platz zwei (vgl. ebd., S. 57).

begründet, dass die Anzahl oder Schwere dieser Erkrankungen zunehmen würde, sondern in Veränderungen in der Arbeitswelt. Da Nischenarbeitsplätze wegfallen würden, die auch von psychisch beeinträchtigten Personen bewältigt werden können, würden diese verstärkt aus dem Arbeitsmarkt ausgeschlossen (vgl. Hell 2007, S. 87 f.). Ein ähnliches Bild zeigen die Statistiken in Bezug auf durch psychische Erkrankungen bedingte Krankenstandstage.[32] Aber nicht nur Frühpensionierungen und Krankenstände aufgrund psychischer Erkrankungen werden verstärkt thematisiert. Eine Arbeitsunfähigkeit aufgrund psychischer Erkrankungen, so ist zu lesen, sei nur „der Gipfel des Eisbergs" (Heyde/Macco 2009, S. 32), denn psychische Erkrankungen seien auch abseits davon für einen deutlichen Abfall der Produktivität der Betroffenen verantwortlich.[33]

Die hier dargestellten statistischen Daten zeigen, dass psychische Erkrankungen als eine immer wichtigere Ursache für Produktivitätsverluste thematisiert werden. Depressionen stehen dabei besonders im Fokus. Dabei bleibt ungeklärt, ob die Ursachen hierfür in einer Veränderung der Anforderungen an die Beschäftigten oder in einer zunehmenden Verbreitung und Schwere einschlägiger Symptome liegt. Psychische Krankheiten im Allgemeinen und Depressionen im Besonderen erscheinen als Problem der Regierung, sie erzeugen – mit Foucault gesprochen – einen Notstand, auf den mit Diskursen und nicht-diskursiven Maßnahmen reagiert wird. Das Dispositiv der Depression ist Reaktion auf diesen Notstand, die Thematisierung der Depression selbst Teil jenes Dispositivs.

Im nächsten Unterkapitel wird die Frage, inwiefern die Depression als ökonomisches und damit als Problem der Regierung thematisiert wird, weiter verfolgt. Neben der

[32] Im Jahr 1999 gingen in Österreich ca. 3% der Krankenstandstage auf psychische Erkrankungen zurück (vgl. Katschnig u.a. 2001, S. 13). Auch hier kam es zu einer Zunahme, von 307 Krankenstandstagen pro 1000 Beschäftigten im Jahr 1990 auf 460 Tage 1999 (vgl. ebd.). In Deutschland gingen zehn Jahre später 4,3% der Krankenstände auf psychische Erkrankungen zurück, da diese Krankenstände mit durchschnittlich 22,5 Tagen aber besonders lange dauern, ist ihr Anteil an den Krankenstandstagen insgesamt deutlich höher (vgl. Heyde/Macco 2009, S. 33). Von den auf psychische Störungen zurückgeführten Krankenstandstagen entfallen wiederum 38% auf affektive Störungen (vgl. ebd., S. 38). Hier liegt auch die Dauer der Krankenstände noch einmal höher, bei durchschnittlich 28,6 Tagen (vgl. ebd.).

[33] In einer Untersuchung aus den späten 1990er Jahren gaben Betroffene von psychischen Störungen an, an wie vielen Tagen der letzten vier Wochen sie nicht oder eingeschränkt arbeitsfähig waren. Betroffene affektiver Störungen waren durchschnittlich 1,3 Tage arbeitsunfähig und 7,2 Tage eingeschränkt arbeitsfähig. (vgl. ebd.). Dieser Wert liegt deutlich über anderen abgefragten psychischen Störungen (zwischen 0,8 bzw. 4,6 Tagen und 06, bzw. 3,5 Tage) und ist mehr als zehnmal höher als bei der Gruppe jener, die keine bekannten psychischen Störungen aufwiesen (0,1 bzw. 0,3 Tage) (vgl. ebd.).

Frage nach Produktivität und Depression wird es hier auch darum gehen, inwieweit Depression als politisches Problem diskutiert wird und welche diskursiven Taktiken genützt werden, um dem möglichen Schritt von der Thematisierung des individuellen Leids zur Kritik daran, auf eine bestimmte Weise regiert zu werden, entgegenzutreten.

2.3 Der Depressive ist nicht, wie er sein soll

Das Problem der Abgrenzung zwischen Normalität und Pathologie wird in den Ratgebern immer wieder thematisiert, und zwar dann, wenn vor einer Verharmlosung der Depression gewarnt wird[34]. Der Begriff der Depression sei in den alltäglichen Sprachgebrauch eingegangen, womit sich sein Bedeutungsgehalt insofern verschoben hätte, als er nun auch zur Beschreibung von Gefühlszuständen verwendet würde, die aufgrund ihrer Ausprägung und Dauer von Psychiatern oder Therapeuten nicht als Depressionen bezeichnet würden: „Das Wort ‚depressiv' ist in Mode gekommen. […] Auf der einen Seite wird es für ganz normale Gefühle und Stimmungen der Traurigkeit, Enttäuschung, Niedergeschlagenheit verwendet. […] Wenn Mediziner und Psychologen, Psychiater und Psychotherapeuten von Depressionen sprechen, meinen sie jedoch etwas ganz anderes. Sie sprechen dann von einem Leiden, das Behandlung nötig macht" (Niklewski/Riecke-Niklewski 2008, S. 23). Das grundlegende Problem ist, dass die im Zusammenhang mit Depressionen beschriebenen Gefühlszustände eben „Teil der menschlichen Konstitution und erst dann pathologisch [sind, JK], wenn sie eine gewisse Intensität erreichen" (Ehrenberg 2004, S. 88). Wenn beispielsweise der Psychotherapeut Josef Giger-Bütler in seinem Ratgeber vor einer „vorschnellen Etikettierung emotionaler Zustände wie Lustlosigkeit, Interesselosigkeit, Niedergeschlagenheit und körperlichen Erscheinungen wie Antriebslosigkeit und Müdigkeit als Depression" (Giger-Bütler 2003, S. 211) warnt, so nennt er hier Gefühlszustände, die auch als zentrale Symptome der Depression gelten. Darüber, ab welcher Intensität und Dauer solchen Gefühlen ein Krankheitswert zugesprochen wird, wodurch sie als behandlungsbedürftig gelten, sollen die ab den 1970er Jahren neukonzipierten psychiatrischen Diagnosemanuale Auskunft geben. Mit ihnen wird auch ein Depressionsverständnis festgeschrieben, das nur noch auf Symptomen basiert und jedes ätiologische Verständnis der Depression ausklammert.

1980 erscheint die dritte Ausgabe des *Diagnostischen und Statistischen Manuals psychischer Störungen* (DSM-III) der *American Psychiatric Assoziation* (APA). Es gilt als a-theoretisch und rein deskriptiv: „Die Suche nach zugrunde liegenden Strukturen

[34] Der ehemalige Manager Philippe Labro, der nach seiner depressiven Erkrankung ein Buch über seine Erfahrungen geschrieben hat (2005), möchte seinen eigenen Leidensweg nicht durch den inflationären Gebrauch des Begriffs Depression bagatellisiert wissen und fordert: „Dieser Begriff darf nicht auf jede beliebige Situation angewandt werden. Dieses Wort ist inhaltsschwer, es ist ernst zu nehmen" (Labro 2005, S. 75).

wurde aufgegeben und der Begriff Krankheit durch den der Störung (*disorder*) ersetzt. […] Das zugrunde liegende Modell der Krankheit ist defizitär und um den Affekt zentriert“ (Ehrenberg 2004, S. 188). Nachdem über Strukturen und Ursachen der Erkrankungen unter den Psychiatern kein Konsens erzielt werden konnte, beschränkte man sich ab der dritten Auflage des DSM auf die möglichst exakte Beschreibung von Symptomen, um auf diesem Wege zu standardisierten Diagnosekriterien zu gelangen (vgl. ebd., S. 120 f.). Die Kategorie der Neurose wird aus dem DSM gestrichen, die klassische, an den vermuteten Ursachen der Depression orientierte Einteilung in neurotische, endogene und reaktive Depression wird aufgegeben und durch den Begriff der Major Depression ersetzt (vgl. ebd., S. 186 f.). Die Diagnose einer Depression nach dem DSM erfolgt dementsprechend seit der dritten Ausgabe dadurch, dass überprüft wird, welche mit Depressionen assoziierten Symptome vorliegen und für wie lange.[35]

Das ICD-10[36] der Weltgesundheitsorganisation sowie das DSM sind heute die wesentlichen Hilfsmittel für die Diagnose einer Depression. So sehr die Ursachen von Depressionen oder ihre Verbreitung in der Bevölkerung auch umstritten sind, zumindest über die typischen Symptome hat sich ein Konsens etabliert. Sie bilden jenen definitorischen Kern, der dem Begriff Depression zumindest so viel Stabilität verleiht, dass darüber gesprochen werden kann.

Die ICD-10 der WHO nennt mehrere Symptome der Depression. Dazu zählen gedrückte Stimmung, Verminderung von Antrieb und Aktivität, Verminderung von Interesse an der Außenwelt und den Mitmenschen, Verminderung der Konzentration, ausgeprägte Müdigkeit und Verlust der Libido. Weitere Symptome laut ICD-10 sind

[35] Dass der Arzt, um eine Depression zu diagnostizieren, „nur noch die Symptome abhaken“ (Ehrenberg 2004, S. 186) muss, wird immer wieder kritisiert. Das Problem liege darin, so Ehrenberg, dass das DSM auf Reliabilität, also Zuverlässigkeit ausgelegt sei: Es ziele vor allem darauf, dass DiagnostikerInnen beim selben Patienten unabhängig voneinander zur selben Diagnose gelangen. In der klinischen Praxis stünde jedoch das Problem der Validität, also der Gültigkeit im Mittelpunkt. Hier ginge es um die Beziehung zwischen einem Symptom und einer dahinter liegenden Krankheit. Unter Rückgriff auf verschiedene kritische Stimmen unter PsychiaterInnen formuliert er daher den Einwand, dass hinter den affektiven Symptomen verschiedenste psychische Krankheiten liegen könnten, die aber als solche gar nicht mehr erkannt werden könnten, wenn sich die Diagnose ausschließlich auf Symptome beschränken würde (vgl. ebd., S. 189 f.). Dies erscheint jedoch nur dann als Problem, wenn die Idee von hinter den Symptomen stehenden Erkrankungen nicht grundsätzlich verworfen wird. Auch lässt sich hier eine Verbindung zum Einsatz von Antidepressiva herstellen, denn diese zeichnen sich ja gerade dadurch aus, dass sie unabhängig von den möglichen Ursachen einer depressiven Symptomatik wirken sollten. Sie scheinen sogar Symptome erfolgreich reduzieren zu können, die gar nicht vorrangig mit Depressionen assoziiert werden, wie Angst- oder Suchterkrankungen.

[36] Die Abkürzung ICD-10 steht für die aktuelle, zehnte Ausgabe der *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*.

Schlafstörungen, frühes Erwachen gefolgt von einer besonders gedrückten Stimmung in den Morgenstunden, Appetit- und in Folge dessen Gewichtsverlust, verringertes Selbstvertrauen, Schuldgefühle und Gefühle der Wertlosigkeit.

Die ICD-10 kennt mehrere Schweregrade einer Depression. Die Grenze zwischen normaler Missgestimmtheit und leichter psychischer Störung wird überschritten, wenn mindestens zwei bis drei der genannten Symptome auftreten, ab vier Symptomen spricht die ICD-10 von einer mittleren, bei mehreren Symptomen von einer schweren depressiven Episode. Für die Einteilung der depressiven Episoden nach ihrer Schwere ist außerdem das Kriterium relevant, inwieweit die Betroffenen in ihrem Lebensvollzug eingeschränkt werden, ob sie noch in der Lage sind ihre beruflichen und privaten Verpflichtungen zu erfüllen sowie ob und inwieweit sie betreuungsbedürftig sind: Von einer leichten depressiven Episode spricht die ICD-10, wenn es den Betroffenen möglich ist ihren Verpflichtungen weitgehend, zumindest im Rahmen von Routineaufgaben, nachzukommen. Bei einer mittelschweren depressiven Episode bestehen bereits große Probleme im Alltag, bei einer schweren depressiven Episode muss der oder die Betroffene die meiste Zeit über betreut werden, unter Umständen in einer psychiatrischen Klinik.[37]

Die Kriterien für die *Major Depressive Episode* laut DSM IV decken sich in weiten Teilen mit den Kriterien der ICD-10: Es muss zu einer Veränderung der Gefühlslage bzw. zu einem neuen Auftreten der entsprechenden Symptome gekommen sein und die neu aufgetretenen Symptome müssen mindestens für zwei Wochen andauern. Das DSM IV setzt für eine Diagnose der Depression jedoch voraus, dass zumindest ein Kernsymptom der Depression gegeben sein muss, während laut ICD-10 eine Depressionsdiagnose auch möglich ist, wenn nur relativ unspezifische Symptome wie Schlafstörungen oder Gewichtsverlust auftreten. Als depressive Kernsymptome gelten im DSM IV eine deprimierte Stimmung (depressed mood) oder der Verlust von Interesse und Freude (loss of interest or pleasure), bei Kindern oder Jugendlichen kann an deren Stelle auch Gereiztheit (irritation) eine Diagnose rechtfertigen. Deprimierte Stimmung oder der Verlust an Interesse und Vergnügen müssen laut DSM IV die meiste Zeit über und fast an allen Tagen aufgetreten sein, wobei die Beurteilung der

[37] *Internationale Statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. 10. Revision. Version 2006. Vollständige amtliche Ausgabe*. Online im Internet auf der Seite des Deutschen *Instituts für Medizinische Dokumentation und Information* unter: URL: www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/ diagnosen/icd10/htmlamtl2006/fr-icd.htm [2010-09-09]

Stimmungen entweder auf Grundlage der Aussagen des oder der Betroffenen oder ausgehend von Beobachtungen anderer erfolgt. Außerdem werden im DSM IV, in weitgehender Übereinstimmung mit der ICD-10, signifikanter Gewichtsverlust (mehr als fünf Prozent des Körpergewichts pro Monat), Schlaflosigkeit (insomnia) oder stark verstärktes Schlafbedürfnis (hypersomnia), Ruhelosigkeit (psychomotor agitation) oder Antriebshemmung (retardation), Erschöpfung (loss of energy), Gefühle der Wertlosigkeit (feelings of worthlessness), Schuldgefühle die sich bis zum Wahn steigern können (excessive or inappropriate guilt, which may be delusional), Konzentrationsstörungen (diminished ability to think or concentrate), Gedanken an den Tod sowie Suizidgedanken und Handlungen (recurrent thoughts of death […], recurrent suicidal ideation without a specific plan, or a suice attempt or a specific plan for committing suicide) genannt.[38]

Wirft man einen Blick auf die einschlägige Ratgeberliteratur, besteht bei den Symptomen der Depression große Einigkeit und weitgehende Übereinstimmung mit den im DSM-IV und ICD-10 genannten Symptomen, während die Meinungen über Ursachen und hinter den Symptomen liegenden Störungen oft weit auseinander liegen. Gleichzeitig zeigt sich anhand der Ratgeber jedoch auch, dass ein symptomatischer Zugang zur Depression Tücken hat, wie das folgende Zitat illustriert: „Keines der […] aufgeführten Symptome[39] muss bei einer Depression vorkommen. Jede depressive Episode kann durch andere Beschwerden gekennzeichnet sein. Es sind die unterschiedlichsten Muster an Symptomen möglich. Alle Beschwerden können auch bei anderen seelischen und körperlichen Erkrankungen vorkommen“[40] (Hautzinger 2006, S. 13). Die Depression von ihren Symptomen her zu verstehen scheint auf den ersten Blick eine gute Lösung zu sein, um über verschiedene psychiatrische und therapeutische Schulen hinweg einen Konsens darüber zu etablieren, was unter einer Depression verstanden werden und wann sie diagnostiziert werden soll. Doch wie das

[38] Siehe dazu die Definition der Major Depressive Episode im DSM IV, Online im Internet unter URL:www.behavenet.com/capsules/disorders/mjrdepep.htm [2010-09-09]

[39] Martin Hautzinger orientiert sich in seiner Aufzählung am ICD-10, siehe oben.

[40] Martin Hautzinger bekräftigt dieses Argument an anderer Stelle noch einmal: „Die Erfahrung von Traurigkeit, Ängsten, Selbstzweifeln, Resignation, Verstimmung, Appetitlosigkeit, Schlaflosigkeit oder Erschöpfung ist nicht gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Depression. Jede dieser Beschwerden kann durch eine körperliche (z.B. durch einen Tumor, einen Herzinfarkt, eine Immunerkrankung oder eine Infektion) oder eine andere seelische Erkrankung hervorgerufen werden“ (Hautzinger 2006, S. 17).

Zitat illustriert, hat dieser Zugang die diagnostischen Probleme keineswegs gelöst.[41] Die beschriebenen Symptome streuen weit, und bezieht man die immer wieder erwähnte lavierte Depression mit ein, so können die typischen Depressionssymptome auch völlig hinter unspezifischen körperlichen oder psychischen Symptomen zurücktreten.

In den Ratgebern werden jedoch meist jene Symptome genannt, die auch im DSM IV und ICD-10 als zentrale Symptome der Depression gelten. Diese lassen sich grob in solche des Empfindens, Verhaltens sowie verschiedene körperliche Symptome einteilen. Auf der Ebene der Affekte sind dies zunächst eine gedrückte, traurige Stimmung, die auch als Gefühl der Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit beschrieben wird (vgl. z.B.: Hautzinger 2006, S. 8). Immer wieder liest man, dass PatientInnen bei schwereren Formen der Depression auch keine Traurigkeit mehr spüren könnten (vgl. z.B.: Hegerl/Niesken 2004, S. 14).[42] Lange Zeit galt die tiefe Traurigkeit als das wesentliche Symptom der Depression.[43] Wenn nun verstärkt der Verlust des Gefühls überhaupt betont wird, so sieht Alain Ehrenberg darin einen Hinweis auf eine Verschiebung des Depressionsverständnisses weg von einer Störung des Gemüts hin zu einer Störung des Handelns: „Das Thema des psychischen Leidens wird durch das Thema der affektiven Abstumpfung ersetzt: Diese Art der Gleichgültigkeit ist für das Gemüt, was die Apathie für das Handeln ist“ (Ehrenberg 2004, S. 200). Abgesehen davon, dass das bedrückte Gemüt in den Symptombeschreibungen oft hinter das Symptom des Gefühlsverlusts zurücktritt, finden sich in den Depressionsratgebern viele weitere Hinweise darauf, dass Depressionen primär als Handlungsstörung verstanden

[41] Alain Ehrenberg zitiert den holländischen Psychiater Herman van Praag, der darüber klagt, dass sich das Problem sogar verschärft hätte: Zwar herrsche in der Diagnostik immer noch Chaos, dieses sei jetzt jedoch kodifiziert und damit versteckt (vgl. Ehrenberg 2004, S. 86).

[42] Zwei Forumsteilnehmerinnen im Forum des Kompetenznetzwerks Depression, deren Beiträge im Rahmen eines von Betroffenen verfassten Ratgebers abgedruckt wurden, beschreiben das Gefühl der Traurigkeit bzw. den Verlust ihrer Gefühle. Forumsteilnehmerin *Daphne* beschreibt ihren Zustand tiefer Traurigkeit so: „Seit gestern sitze ich nur noch heulend rum. Ich weiß nicht einmal so recht, warum. Die Tränen laufen und laufen und eigentlich dürften schon gar keine mehr da sein…“ (Müller-Rörich 2007, S. 5). Eine andere Betroffene, die unter dem Nickname *Brennnessel* schreibt, beschreibt den Zustand des depressiven Gefühlsverlusts: „Bei meinem letzten depressiven Schub ging irgendwie gar nichts mehr, was die Gefühle betrifft. Ich war wie innerlich abgestorben. […] Alles war mir irgendwie egal!“ (Müller-Rörich 2007, S. 9).

[43] So schreibt die französische Psychoanalytikerin Julia Kristeva in ihrer erstmals 1987 erschienen Studie zur Depression: „Traurigkeit ist die Grundstimmung, und selbst wenn sich die manische Euphorie in den bipolaren Formen dieser Affektion mit ihr abwechselt, bildet der Kummer doch die hauptsächliche Manifestation, mit der sich der Verzweifelte verrät“ (Kristeva 2007, S. 29).

werden.[44] So schreibt Brigitte Woggon: „Ich habe oft den Eindruck, daß die Antriebsstörung und nicht die depressive Stimmung die erste und bedeutsamste Veränderung des Denkens ist. Denken, Wollen und Handeln sind gehemmt, die Denkinhalte negativ, Wahrnehmung und Gefühle abgeschwächt“ (2002, S. 12 f.). Woggons Zitat ist besonders interessant, weil sie den für Ehrenberg in diesem Zusammenhang zentralen Begriff der Hemmung auch auf das Denken und die Gefühle ausweitet. Die Handlungsstörung wird zum Überbegriff, depressives Denken und Affekte sind ihm untergeordnet und erscheinen so selbst als eine Form der Handlungsstörung. Auch für den Therapeuten Josef-Giger Bütler, der zwei sehr erfolgreiche Ratgeber zum Thema Depression verfasst hat (2003; 2007), steht eine Störung des Handelns im Mittelpunkt seiner Theorie der Depression, die um den Begriff der Überforderung organisiert ist[45]: „Emotionale Zustände wie Niedergeschlagenheit, Mutlosigkeit, Leere oder Hoffnungslosigkeit […] sind nicht an sich schon Ausdruck oder eindeutiger Hinweis auf eine Depression. Erst wenn wir sie auf dem Hintergrund der Selbstüberforderung betrachten, wird klar und sichtbar, ob es sich um depressive Zustände handelt oder nicht“ (Giger-Bütler 2003, S. 219). Damit gelingt es Giger-Bütler auch, das Problem zu umgehen, das sich aus einem lediglich symptomatischen Depressionsverständnis ergibt. Statt lediglich Symptome, die Folge verschiedenster körperlicher und psychischer Erkrankungen sein können, zu erfassen und zu Syndromen zusammenzufassen, definiert er Depression als pathologische Denk- und Verhaltensstruktur neu und propagiert damit zugleich ein ätiologisches an Stelle eines symptomatischen Krankheitsverständnisses. Der Nachweis einer solchen Verhaltensstruktur ermöglicht für ihn die Diagnose einer Depression. Ein anderer Grund, die Depression als pathologische Verhaltensstruktur zu verstehen, kann darin gesehen werden, dass es damit möglich ist, jenen Punkt zu bestimmen, auf den die Therapie einwirken kann: „Die Therapie soll das Individuum wieder handlungsfähig machen und dadurch seine Stimmung verbessern“ (Ehrenberg 2004, S. 199). Dies trifft besonders für psychotherapeutische Therapieansätze zu. Für Ehrenberg setzen aber auch die modernen Antidepressiva vorrangig an der Handlungsfähigkeit an. Die Erkenntnis, dass Antidepressiva gegen die depressive Verhaltenshemmung wirken,

[44] Was jedoch nicht bedeuten muss, dass sich das Verständnis der Depression in dieser Hinsicht in den letzten dreißig Jahren grundlegend gewandelt hat. So beschreibt beispielsweise der Psychoanalytiker Stephan Hau (2005) Apathie und Hemmung als die zentralen Symptome der Depression, wobei er sich auf einen Artikel von Edward Bibring aus dem Jahre 1953 bezieht (vgl. ebd., S. 52 f.).

[45] Für eine weitergehende Darstellung von Josef Giger-Bütlers Argumentation siehe auch Kapitel 3.2, S. 102 f.

hätte die Psychiatrie zunächst beunruhigt (vgl. ebd., S. 171), denn man befürchtete, die Depressiven könnten ihre wieder gewonnene Handlungsfähigkeit nützen, um sich etwas anzutun (vgl. ebd., S. 204). Diese Befürchtung hätte jedoch mit der Einführung der neuen Antidepressiva (SSRI) abgenommen (vgl. ebd.). Gleichzeitig wirken die meisten Antidepressiva dieses Typs anregend.[46] Dadurch hätten sie die Verschiebung hin zu einem Verständnis der Depression als Krankheit der Hemmung begünstigt (vgl. ebd., S. 171). Brigitte Woggon spricht einen weiteren Punkt an, warum die Antriebsstörung ins Zentrum der depressiven Symptomatik rückt: „Für viele Patienten ist die Hemmung des Antriebs, die Energielosigkeit bis hin zur Apathie quälender als die Stimmungsveränderung“ (2002, S. 49). In einer Gesellschaft, in der Begriffe wie Aktivität, Initiative, Mobilität und Flexibilität das ideale Subjekt bestimmen, ist die Hemmung des Antriebs besonders quälend, weil die Unfähigkeit ihnen zu entsprechen zu Schuld- und Schamgefühlen führt. Gleichzeitig hängt die individuelle Handlungsfähigkeit auch von den Affekten ab, „denn um zu handeln, muss man seine Affekte mobilisieren“ (Ehrenberg 2004, S. 224). Depressive leiden daran, dass sie nicht handeln können und sie können nicht handeln, weil sie leiden.[47] Dabei beschreiben Betroffene immer wieder, wie schwer es ihnen fällt, sich den Ansprüchen an sie zu entziehen, auch wenn sie die Diagnose Depression bis zu einem gewissen Grad von Verantwortung entbindet.[48]

In den beiden diagnostischen Manualen ICD-10 und DSM-IV ist es vor allem die Stärke der individuellen Beeinträchtigung, die über den Krankheitswert und die Schwere einer vorliegenden Depression entscheiden. Diese wird ganz wesentlich von den an die Subjekte herangetragenen und von ihnen geteilten Erwartungshaltungen bedingt. Das Leiden an der Depression ist auch ein Leiden an der eigenen,

[46] Nach Angaben der Rote Liste Service GmbH (einem deutschen Medikamentenverzeichnis für ÄrztInnen und ApothekerInnen) befinden sich unter den 22 in Deutschland am häufigsten verschriebenen Antidepressiva sechs vom Typ SSRI, die alle eine anregende Wirkung haben, während die genannten Tri- und Tetrazyklischen Antidepressiva sowie MAO-Hemmer fast alle eine dämpfende Wirkung zeigen (vgl. Müller-Rörich 2007, S. 75).

[47] „Nichts gemacht, schlechtes Gewissen, Depression, so scheint bei mir die Spirale zu funktionieren“, schreibt dazu *Moribunda* im Onlineforum des Kompetenznetzwerks Depression (Müller-Rörich 2007, S. 31).

[48] Selbst wenn depressive PatientInnen die Anforderungen an sich reduzieren, weil sie anerkennen, dass sie diese aufgrund ihrer Erkrankung nicht erfüllen können, werden sie oft weiter durch ihre soziale und berufliche Umwelt damit konfrontiert. Eine Patientin schreibt dazu: „Das schlimmste ist, dass keiner mein Verhalten versteht, selbst die Menschen, die wissen, dass ich depressiv bin. Sie erwarten, dass ich mich verhalte wie immer und mich zusammenreiße, aber das kann ich nicht! Ich würde es ja gern!“ (Müller-Rörich 2007, S. 21) Die hier angerissene Problematik werde ich im weiteren Verlauf dieses Kapitels und besonders in Kapitel 3 intensiver diskutieren.

depressionsbedingten Unzulänglichkeit, das in einem zweiten Schritt die depressive Symptomatik verstärken kann, indem es die als zentrales Symptom beschriebene negative Selbstkommunikation verstärkt. In der Verschiebung des Depressionsverständnisses hin zu einer Störung des Handelns findet dieser Zusammenhang auch in der Diagnostik und im Krankheitsverständnis der Depression seinen Niederschlag. Beim Blick auf die symptomatischen Definitionsversuche und die gegenwärtig dominanten Versuche die Diagnostik von Depressionen zu vereinheitlichen, zeigen sich mehrere interessante Aspekte: Die Depression wird symptomatisch definiert, aber nicht die Symptome selbst, sondern ihre Stärke und Dauer sind für die Diagnose relevant. Letztlich ist es eine mit diesen Symptomen verbundene Beeinträchtigung, welche eine Diagnose und damit eine Behandlung als gerechtfertigt erscheinen lassen. Eine solche Beeinträchtigung realisiert sich aber immer zwischen dem als krank beschriebenen Subjekt und seiner Umwelt. Mit anderen Worten: Wie beeinträchtigt jemand durch gewisse Symptome ist, hängt von den Anforderungen ab, mit denen er oder sie konfrontiert ist. Genau auf diesen Punkt möchte ich im Weiteren näher eingehen, denn gleichzeitig mit dem Aufstieg der Depression zur dominanten psychischen Erkrankung haben sich eben diese Anforderungen gewandelt. Wie aber sehen diese Veränderungen, die historisch in der Zeit nach dem zweiten Weltkrieg und besonders seit Ende der 1960er Jahre verortet werden können, aus? Wenn am Beginn dieses Kapitels die These stand, der Depressive sei nicht, wie er sein soll, geht es nun darum zu sehen, welche Anforderungen an die Subjekte in einer Gesellschaft gestellt werden, für deren Charakterisierung sich vor allem die Begriffe postfordistisch und neoliberal durchgesetzt haben. Neoliberale Gouvernementalität einerseits, postfordistische Produktionsweise andererseits haben auf der Ebene der Subjekte zur Etablierung eines neuen Subjektideals geführt, welches das konstitutive Gegenüber zum depressiven Individuum darstellt: das Leitbild des Unternehmerischen Selbst.

Das Unternehmerische Selbst, so der Soziologe Ulrich Bröckling, sei keine „empirisch beobachtbare Entität, sondern die Weise, in der Individuen als Personen adressiert werden, und zugleich die Richtung, in der sie verändert werden und sich verändern sollen“ (2007, S. 46). Niemand sei ein Unternehmerisches Selbst, aber alle sollten es werden, so Bröckling weiter (vgl. ebd., S. 47). Dieser Versuch ist freilich zum Scheitern verurteilt, denn an die neoliberale Konkurrenzökonomie gebunden steht das

Unternehmerische Selbst unter dem Diktat des Komparativs: Man ist nie unternehmerisch genug. Das Unternehmerische Selbst gibt die Richtung für die individuellen Selbsttransformationsanstrengungen vor, es ist ein Leitbild, und jeder ist dazu aufgerufen, ihm nachzueifern.

Das Leitbild des Unternehmerischen Selbst ist eine historisch vergleichsweise junge Erfindung. Sein Auftreten fällt mit jenen wirtschaftlichen Umbrüchen zusammen, die mit der Krise der fordistischen Wirtschafts- und Gesellschaftsformation in den 1960er Jahren einsetzen und zur Etablierung eines häufig als postfordistisch oder neoliberal apostrophierten Wirtschafts- und Gesellschaftssystems geführt haben. Das Leitbild des Unternehmerischen Selbst soll die Konstitution jener Subjekte anregen, welche das postfordistische Produktions- und Gesellschaftssystem benötigt, denn als Leitbild hat es eine stimulierende Funktion: „Sich als handlungsmächtiges Subjekt zu imaginieren, statt sich den Kräften des Marktes wehrlos ausgeliefert zu fühlen, wird gleichbedeutend damit, sich konsequent als Marktsubjekt zu verhalten“ (Bröckling 2007, S. 56). Dass das Unternehmerische Selbst stets Fiktion bleibt, ändert nichts daran, dass es sich als höchst wirksam erweist, spezifische Handlungsmodi durchzusetzen. Darin liegt sein ökonomischer Wert. Doch dass es sich als Leitbild durchsetzen konnte verdankt es nicht nur seinem ökonomischen Nutzen: „Zu einer hegemonialen Gestalt konnte das unternehmerische Selbst […] nur werden, weil sie an ein kollektives Begehren nach Autonomie, Selbstverwirklichung und nichtentfremdeter Arbeit anschloss“ (ebd., S. 58). Das Unternehmerische Selbst ist damit auch ein Kind der Protestbewegungen der 1960er und 1970er Jahre. So stellt Nikolas Rose fest, das Unternehmerische Selbst sei keine eigentümliche Obsession der politischen Rechten, es befinde sich vielmehr in Übereinstimmung mit einer weit verbreiteten Sichtweise des Menschen als Wesen, das nach Autonomie, Erfüllung und Verantwortung zu streben habe (vgl. Rose 2000, S. 8 f.). An das Leitbild des Unternehmerischen Selbst knüpft sich das Versprechen der Selbstverwirklichung, d.h. tatsächlich zum Souverän seines eigenen Lebens zu werden und dabei seine inneren Potentiale zu verwirklichen. Seinen Reiz bezieht es damit nicht nur aus dem Versprechen ökonomischen Erfolgs. Das bedeutet aber eben auch, dass es als Leitbild keinen Bereich des Lebens ausspart. Rose spricht deswegen auch von der Aufforderung, aus seinem Leben – und zwar dem ganzen Leben – ein Projekt zu machen (vgl. ebd., S. 14). Das zunächst gegen den Kapitalismus gewendete Ziel der Emanzipation wird ab den 1970er Jahren in die neuen Regierungstechniken integriert:

Erschienen Selbstverwirklichung und Arbeit unter den Vorzeichen fordistischer Fabriks- und Bürodisziplin noch als unvereinbar und persönliche Initiative und Kreativität als unerwünscht, änderte sich dies mit dem Übergang von einer fordistischen zu einer postfordistischen Produktionsweise. Hierarchische Strukturen werden verflacht und Innovationen immer wichtiger, denn sie ermöglichen es, der aufzehrenden Konkurrenz zumindest kurzfristig zu entgehen und die Unternehmensprofite zu steigern.

Dem Prinzip umfassender Konkurrenz kommt im Neoliberalismus eine zentrale Stellung zu. Bei näherer Betrachtung zeigt sich jedoch, dass Erfolg in einem umfassenden Konkurrenzsystem immer voraussetzt, Konkurrenz auszuschalten. Unternehmen ebenso wie das Unternehmerische Selbst müssen es – um unter Bedingungen umfassender Konkurrenz dauerhaft bestehen und Profite erwirtschaften zu können – schaffen, sich der Konkurrenz dank eines Alleinstellungsmerkmals zumindest teilweise zu entziehen. Der französische Sozialphilosoph André Gorz sieht in diesem Versuch den wesentlichen Grund für die Betonung von Wissen und Innovation im Postfordismus, den er deswegen auch als Wissensökonomie bezeichnet. Im Postfordismus ginge es, so Gorz, darum, „den Waren *unvergleichliche Eigenschaften* zu verleihen, dank denen sie *ohne Äquivalent* erscheinen“ (2009, S. 22, Hervorhebung im Original). Diese unvergleichlichen Eigenschaften würden „den Produkten einen ähnlichen Status verleihen, wie ihn Kunstwerke besitzen“ (ebd.), denn wie diese gebe es nun keinen Maßstab, anhand dessen sie verglichen werden könnten (vgl. ebd.). Diese Reorganisation der Ökonomie setzte einen Bruch mit der fordistischen Produktionsweise voraus: „Normalität war zu einem Moment von Erstarrung geworden, das die Nachfrage beschränkte. […] Jede Art von Erstarrung wurde zu einem Hemmnis, das eliminiert werden mußte. Nun gehört aber gerade eine gewisse Starrheit zur fordistischen Produktionsweise“ (Gorz 2000, S. 42). Mit der Überwindung der fordistischen Produktionsweise betritt auch das Unternehmerische Selbst die Bühne, das den disziplinierten fordistischen Massenarbeiter als Leitbild ersetzt. Für Gorz ist das Leitbild des Unternehmerischen Selbst die Voraussetzung dafür, die kreativen und imaginativen Ressourcen der Subjekte für die postfordistische Ökonomie nutzbar zu machen. Das klassische Lohnarbeitsverhältnis des Fordismus würde als Vertrag zwischen zwei Parteien – dem Unternehmen und den Beschäftigten – zugleich deren Getrenntsein anerkennen, „insofern es die Rechte der Arbeitgeber begrenzt und

die Pflichten der Lohnabhängigen auf die Erfüllung einer bestimmten Aufgabe beschränkt“ (Gorz 2004, S. 27). Da im Postfordismus aber zunehmend das kreative und innovative Potential der Beschäftigten von Interesse sei, erweise sich eine solche Trennung als hinderlich, weil sie dem vollen Einsatz der Beschäftigten für das Unternehmen im Wege stehe (vgl. ebd., S. 28 f.). Die Lösung des Problems sieht Gorz darin, die Grenze zwischen ArbeiterIn und Unternehmen zum Verschwinden zu bringen, indem die Beschäftigten nunmehr selbst als Unternehmen adressiert werden: „*Die Person muss für sich selbst zum Unternehmer werden*, sie muss sich selbst, als Arbeitskraft, als fixes Kapital betrachten, das seine ständige Reproduktion, Modernisierung, Erweiterung und Verwertung erfordert. Sie darf keinem äußeren Zwang unterworfen sein, sie muss vielmehr ihr eigener Hersteller, Arbeitgeber und Verkäufer werden und genötigt sein, sich die Zwänge aufzuerlegen, die zur Lebens- und Wettbewerbsfähigkeit des *Unternehmens, das sie ist,* erforderlich sind“ (ebd., S. 29, Hervorhebung im Original). Damit würde sich gleichzeitig die Trennung zwischen Arbeit und Nicht-Arbeit auflösen und sich so das ganze Leben in Arbeit verwandeln (vgl. ebd., S. 31 f.).

Zu Gorz’ Befund passt die Erkenntnis, dass das Leitbild des Unternehmerischen Selbst als ein umfassendes Modell der Lebensführung gedacht ist. Ulrich Bröckling schreibt, bezugnehmend auf entsprechende Selbstmanagement-Ratgeber, das Unternehmerische Selbst kenne „weder Feierabend noch Privatsphäre. Selbstmanagement soll die Potenziale der ganzen Person (und nicht nur der Arbeitskraft) aktivieren. Unternehmer zu werden hängt nicht am Erwerbsstatus, sondern ist eine ‚Lebenseinstellung‘“ (Bröckling 2007, S. 67). Und das bedeute eben auch, dass das Subjekt auch dann weiter als Unternehmer seiner selbst adressiert würde, wenn es seine Arbeit verliere (vgl. ebd.). Somit bietet sich das Unternehmerische Selbst auch als Leitbild für den aktivierenden Sozialstaat des Neoliberalismus an.

Der Aufforderung, sich am Leitbild des Unternehmerischen Selbst zu orientieren können sich auch jene nicht entziehen, deren depressive Symptomatik sie mehr als andere daran hindert, ihr nachzukommen. Gleichzeitig bildet das depressive Subjekt das konstitutive Gegenüber zum Leitbild des Unternehmerischen Selbst.[49] Am

[49] Ulrich Bröckling stellt depressive Symptomatik und die Eigenschaften des Unternehmerischen Selbst schlagwortartig gegenüber: „Das Regime des unternehmerischen Selbst produziert deshalb mit dem Typus des smarten Selbstoptimierers zugleich sein Gegenstück: das unzulängliche Individuum. Wo

augenfälligsten ist der Widerspruch im Bezug auf das Charakteristikum der Aktivität: Während das Unternehmerische Selbst im Idealfall immer mit etwas beschäftigt ist, und zwar in einer auf den Markt und seine Anforderungen ausgerichteten Art und Weise, zeichnet sich das depressive Subjekt durch seine Unfähigkeit aus, entsprechende Aktivitäten zu entfalten. „In der zähen Schwere der Depression", so Bröckling, verliere der Sog des Unternehmerischen Selbst an Kraft „weil das Selbst an Kraft verliert" (ebd., S. 291). Die Antriebshemmung, die Unfähigkeit, sich aufzuraffen, Müdigkeit und Erschöpfung zählen zu den zentralen Symptomen der Depression. Der Grad der Antriebshemmung und die damit verbundene (Un-)fähigkeit seinen privaten und beruflichen Pflichten nachzukommen, ist das wesentliche Kriterium für die Schwere der depressiven Erkrankung. Im Extremfall steigert sich die depressive Antriebshemmung soweit, dass die Betroffenen die Körperpflege, sogar die Nahrungsaufnahme einstellen und in eine völlige Starre, den depressiven Stupor, verfallen. Der depressiven Symptomatik steht das Ideal des aktiven, sich selbst und sein Leben managenden Subjekts gegenüber, das ständig in Bewegung bleibt und selbst die für die Regeneration notwendige Entspannung in eine Form der geplanten und optimierten Aktivität überführt. Dass sich die Depression dem Aktivitätsimperativ in solch extremer Weise entgegenstellt weckt den Verdacht, es handle sich um eine Form der Verweigerung. Eine Vorstellung, die verbreitet zu dem Vorwurf führt, Depressiven fehle es an Disziplin, sie würden einfach nicht wollen (vgl. Althaus/Hegerl/Reiners 2006, S. 56 f.). Diese scheinbar weit verbreitete Einstellung (vgl. ebd.) ist immer wieder Thema in einschlägigen Ratgebern und die Entgegnung ist im Prinzip immer dieselbe: „Nichts mehr tun können ist […] kein willkürliche Verweigerung, sondern eines der besonders eindeutigen Wesensmerkmale der Depression" (ebd., S. 83 f.). Ja, der Depressive komme der Aufforderung, aktiv zu sein nicht nach, aber nicht, weil er nicht wollte. Zu einer Verweigerung wäre er gar nicht in der Lage, denn diese würde selbst eine Form der Aktivität darstellen. Seine Distanz zur Norm der Aktivität ist gerade deswegen maximal, weil er nicht einmal zur Verweigerung fähig ist und darum

---

Aktivität gefordert ist, ist es antriebslos; wo Kreativität verlangt wird, fällt ihm nichts ein; den Flexibilisierungszwängen begegnet es mit mentaler wie emotionaler Erstarrung; statt Projekte zu schmieden und sich zu vernetzen, zieht es sich zurück; die Strategien der Bemächtigung prallen an seinen Ohnmachtsgefühlen ab; sein Selbstbewusstsein besteht vor allem aus Selbstzweifeln; an Entscheidungskraft fehlt es ihm ebenso wie an Mut zum Risiko; statt notorisch gute Laune zu verbreiten, ist es unendlich traurig. - Es ist das klinische Bild der Depression, in dem das Anforderungsprofil des unternehmerischen Selbst als Negativfolie wiederkehrt" (Bröckling 2007, S. 289 f.).

kann man ihm so gesehen auch keinen Vorwurf machen: Er wäre ja gerne aktiv, aber er kann es nicht.

Das Ideal des aktiven, sein Leben und seine Umwelt gestaltenden Menschen erscheint uns heute als selbstverständlich. In Mittelalter und Antike wurde die *vita contemplativa* noch höher bewertet als die *vita activa* (vgl. Kocyba 2004, S. 23). Die Bevorzugung der Aktivität gegenüber der Kontemplation, des Handelns gegenüber der Betrachtung, beginnt nach Erich Ribolits in Europa in der Renaissance und ist Folge der „Emanzipation des Menschen von der Vorstellung eines schicksalhaften Ausgeliefertseins an Natur und Vorsehung" (Ribolits 1995, S. 24). Sei es früher die Annahme einer unsterblichen Seele gewesen, welche die Sonderstellung des Menschen begründet habe, definiere sich diese nun über dessen Fähigkeit sein Schicksal durch eigenes Handeln zu bestimmen (vgl. ebd.). Der Mensch als Wesen, das sich selbst und seine Geschichte aktiv und in Freiheit hervorbringt und gerade dadurch zum Menschen wird, dieses für uns heute selbstverständliche Menschenbild hat in diesem Wandel seinen Ursprung. Dies impliziert zugleich, dass nur jenes Verhalten als Aktivität gilt, das einen im weiteren Sinn produktiven Charakter aufweist. Das unruhige Verhalten in der agitierten Depression gilt nicht als Aktivität, weil es ungerichtet ist und keine nützlichen Effekte zeigt. Aktivität ist zielgerichtet und ihre Ausrichtung auf bestimmte Ziele ist Gegenstand von Regierungsbemühungen, die ein „Handlungsvermögen produzieren, das an nicht-beliebige Zwecke gebunden ist" (Opitz 2004, S. 112).

Eine der am höchsten bewerteten Formen der Aktivität stellt in unserer Gesellschaft mit Sicherheit die Erwerbsarbeit dar. Wie bereits gezeigt führen psychische Erkrankungen im Allgemeinen und Depression im Speziellen häufig zu Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit an die sich oft der Verlust des Arbeitsplatzes anschließt. Chronische Krankheitsverläufe führen oft zum vorzeitigen Ausstieg aus dem Arbeitsmarkt. Doch nicht nur Frühpensionierungen und Krankenstände in Folge von Depressionen werden thematisiert, sondern auch jene Produktivitätsminderungen, die unterhalb der Schwelle zu Arbeitsunfähigkeit liegen und gerade diese stehen in engem Zusammenhang mit den sich verändernden Arbeitsanforderungen der letzten vier Jahrzehnte. Wer in der Früh die Kraft nicht aufbringen kann, sein Bett zu verlassen, der oder die hat die Fähigkeit zu arbeiten verloren, und zwar unabhängig davon, wie sich diese Arbeit konkret darstellt. Was aber, wenn die zu leistende Arbeit ein hohes Maß an Kreativität verlangt, es fällt einem aber nichts ein? Man eine Vielzahl an Kontakten knüpfen und pflegen soll, aber

keinen Zugang zu den Menschen findet? Man der Anforderung, seine eigenen Arbeitsabläufe zu organisieren nicht mehr nachkommen kann? Die depressive Symptomatik zeigt viele Aspekte, die sich mit den Arbeitsanforderungen im sogenannten Postfordismus zu spießen scheinen. Vor diesem Hintergrund können jedoch bereits relativ leichte depressive Verstimmungen, die früher gar nicht als pathologisch und behandlungsbedürftig verstanden wurden, zu ernsthaften Problemen führen, die beruflichen Anforderungen zu erfüllen. Die Aufmerksamkeit, die depressiven Erkrankungen entgegengebracht wird, ist in den letzten Jahrzehnten gestiegen, ebenso steigen gestellte Diagnosen sowie psycho- wie pharmakotherapeutische Behandlungen. Die Verschiebung der diagnostischen Kriterien lässt es zwar nicht zu, von einem Anstieg *der* Depression zu sprechen, doch ein Anstieg der Diagnosen und Behandlungen kann durchaus konstatiert werden. Dies wiederum könnte mit den veränderten Anforderungen an die Beschäftigten zusammenhängen, denn wenn bereits geringfügige depressive Verstimmungen dazu führen, den beruflichen Anforderungen nicht mehr ausreichend nachkommen zu können, stellt sich auch ein entsprechender Leidensdruck früher ein, der die Betroffenen in die Praxen von Psychiatern und Psychotherapeuten bringt.

Ein wesentliches Merkmal der gewünschten Aktivität unter postfordistischen Bedingungen ist, dass von den Beschäftigten verstärkt Kreativität eingefordert wird (s.o.). Die Selbstverständlichkeit, mit der heute allerorten positiv auf Kreativität Bezug genommen wird, widerspricht auf irritierende Weise dem Umstand, dass der Begriff hierzulande eine überaus kurze Geschichte hat: Erst nach dem zweiten Weltkrieg fand er seinen Weg aus der sich zu dieser Zeit etablierenden US-amerikanischen Kreativitätsforschung in die deutsche Sprache (vgl. Bröckling 2004, S. 141). Sein positiver Klang erklärt sich aus seiner Bedeutungsfülle. Bröckling legt dar, dass der Begriff der Kreativität mit sehr Verschiedenem assoziiert ist: künstlerischem Handeln, der Herstellung von Produkten, Problemlösung, Revolution, Leben, Schöpfung und dem Spiel (vgl. ebd., S. 157 f.). Dementsprechend könne die Forderung, kreativ zu sein, ebenso revolutionärer politischer Appell sein, wie der Aufruf, im Sinne eines bestehenden wirtschaftlichen Systems produktiv zu sein. Kreativität sei daher, wie Aktivität, in doppelter Weise auf Regierung bezogen: Kreativität solle hergestellt und in gewisse Bahnen gelenkt werden. Nicht jede Kreativität sei gewünscht, sondern nur die, die auf ein kreatives Produkt hinausläuft, welches sich verkaufen lässt (vgl. ebd., S.

179). Nun ließe sich Kreativität aber nicht herstellen, sondern bestenfalls könnten Bedingungen definiert und gefördert werden, unter denen kreative Leistungen wahrscheinlicher würden (vgl. ebd., S. 153). Genau an diesem Punkt zeigt sich die Problematik im Zusammenhang von Kreativität und Depression: Depression unterbindet Kreativität, darüber scheint weitgehend Konsens unter jenen zu bestehen, die sich mit Depressionen befassen und auch Nicht-Fachleute werden der Einschätzung zustimmen, dass selbst depressive Verstimmungen unterhalb der Schwelle zur Pathologie die eigene Fähigkeit zu kreativen Leistungen blockieren. Zugleich stellt Kreativität Bröckling folgend eine verbindliche und unabschließbare Norm dar: Jeder solle kreativ sein, und niemand sei je kreativ genug (vgl. ebd., S. 154). Auch hier zeigt sich, dass das Bild der Depression - in diesem Falle des damit assoziierten Mangels an Kreativität - den normativen Forderungen an den Einzelnen entgegenläuft.

Kreativität, so Bröckling weiter, bedeute nicht, etwas völlig Neues zu erschaffen, sondern Bestehendes in neuen Zusammenhängen zu betrachten, auf bisher unbekannte Weise zu kombinieren und auf diesem Weg etwa zu alternativen Lösungen für Probleme zu kommen (vgl. ebd., S. 155). Kreativität bleibt damit auf Gegebenes bezogen, geht aber stets auch darüber hinaus. Damit setzt Kreativität zunächst das Vermögen voraus, bestehende Normen zu suspendieren und die üblichen Bahnen des Denkens zu verlassen. Ein solcher bewusster Bruch mit der Norm setzt die Fähigkeit voraus, sich von diesen Normen zu distanzieren, über die Depressive anscheinend kaum verfügen (s.u.). Sich auf ein kreatives Experiment einzulassen verlangt darüber hinaus nach einem gewissen Vorschussvertrauen, denn der Ausgang des kreativen Unternehmens ist ungewiss: Ob am Ende tatsächlich das kreative Produkt oder eine neuartige Problemlösung steht, kann im Vorhinein nicht prognostiziert werden. Dies widerspricht der pessimistischen Grundhaltung, die mit der Depression assoziiert wird. Das Vertrauen, am Ende für die nicht unbeträchtlichen Anstrengungen und Frustrationen eines kreativen Prozesses mit einem Erfolg belohnt zu werden, widerspricht auch der mit der Depression verbundenen negativen Selbstwahrnehmung, also dem Umstand, dass von Depressionen Betroffene ihre eigenen Fähigkeiten und damit auch die Fähigkeit, zu einer kreativen Leistung in der Lage zu sein, äußerst gering einschätzen. Starke Normorientierung, genereller Pessimismus und negative Selbstwahrnehmung - zentrale Charakteristika der depressiven Symptomatik - scheinen, grob skizziert, wesentliche Hindernisse für kreative Leistungen darzustellen. Dazu tritt

ein offensichtliches Problem: „Missmutigen und Bedrückten fällt wenig ein“ (Bröckling 2007, S. 165). Scheinbar bringt die Depression nicht nur das Problem mit sich, dass Betroffene sich erst gar nicht auf ein kreatives Projekt einlassen, sondern ihnen auch die nötigen kreativen Denkleistungen nicht gelingen mögen: Wer mit depressiven Grübeleien beschäftigt ist, kann seine Gedanken nicht in einer Form schweifen lassen, die für kreative Leistungen unabdingbar ist. Und wer seine eigenen Leistungen tendenziell sehr gering einschätzt, wird dem Anflug eines unorthodoxen Gedankens nicht mit der nötigen Akzeptanz begegnen.[50]

Dass die Depression gleichsam das Negativ zum Leitbild des Unternehmerischen Selbst bildet wirft ein interessantes Licht auf den Aufstieg der Depression und sein historisches Zusammentreffen mit einer neuen Form liberalen Regierens und der Umgestaltung der Produktionsweise weg von der normierten Fließbandproduktion des Fordismus hin zu vermehrt wissensbasierter Produktion. Auch wenn dies nur einen Teil der Beschäftigten betrifft, so wirkt der Sog, der von dem damit verknüpften Leitbild des Unternehmerischen Selbst ausgeht doch auf alle Beschäftigten[51] und selbst auf jene, die

[50] Umso erstaunlicher erscheint vor diesem Hintergrund die Erkenntnis, dass die Melancholie seit dem 16. Jahrhundert als die Krankheit des kreativen und genialen Menschen gesehen wurde (vgl. Ehrenberg 2004, S. 32). Für Ehrenberg war die "Melancholie eine Eigentümlichkeit des außergewöhnlichen Menschen" und damit "die Depression Ausdruck einer *Popularisierung des Außergewöhnlichen*" (ebd., S. 262). Der Kreativitätsbegriff ist gleichsam Ausdruck dieser Popularisierung: "Genialität war eine exklusive Entweder-oder-Eigenschaft, die man hatte oder eben nicht. Kreativität hingegen kommt allen zu, freilich in unterschiedlichen Graden" (Bröckling 2007, S. 161). Daraus ließe sich freilich schließen, dass die Verbindung zwischen Genialität und Melancholie in einer Verbindung zwischen Kreativität und Depression wiederkehrt, freilich, ohne dass dem Begriff der Depression noch jene Erhabenheit zukommen würde, welche der Melancholie zukam.

[51] So ist etwa gerade im Dienstleistungsbereich die tayloristische Arbeitsorganisation im Vormarsch, beispielsweise in der sogenannten Systemgastronomie. Wie der Taylorismus in der Fabriksproduktion erlaubt dieser in den hochgradig normierten Dienstleistungsbereichen nicht nur die maximale Ausschöpfung und Kontrolle der Produktivität der Arbeitskräfte, sondern auch die absolute Austauschbarkeit der Beschäftigten, was der in der Marktwirtschaft ohnedies stets latent vorhandenen Bedrohung des Arbeitsplatzverlustes zusätzliche Glaubwürdigkeit verleiht. Das bedeutet jedoch nicht, dass die postfordistische Ratio unternehmerischen Handelns in diesen Bereichen nicht zur Anwendung kommt und zwar nicht nur im Bereich des Managements: allein der Umstand, dass Arbeitssuchende sich um eine solche Tätigkeit bemühen müssen dient als Beweis dafür, dass sie die in den post-tayloristisch organisierten Arbeitsbereichen notwendigen Qualifikationen und Eigenschaften nicht ausreichend ausgebildet haben und so an ihrer tristen Arbeitssituation selbst die Schuld tragen. Dazu kommt der aus modernen Managementkonzepten bekannte Imperativ der Kundenorientierung, der die Beschäftigten bis in die untersten Hierarchieebenen an das Unternehmensziel binden und nicht zuletzt verhindern soll, dass sich der in der Arbeit akkumulierte Frust in umsatzgefährdender Weise an den Kunden entlädt. Die nur teilweise Umsetzung post-tayloristischer Arbeitsorganisation bildet hier einen Aspekt jener Differenz zwischen „entgrenztem Anspruch und seiner stets nur begrenzten Einlösung“ (Bröckling 2007, S. 11), die den Sog neoliberaler Subjektivierung intensiviert: die parallele Existenz tayloristischer und post-tayloristischer Arbeitswelten lässt es als Auszeichnung erscheinen, einer Tätigkeit nachzugehen, die ein hohes Maß an Autonomie und Engagement voraussetzen, auch wenn diese mit neuen Belastungen für die Arbeitenden verbunden ist. Dass besonders die Löhne für die nach tayloristischem Muster organisierten

vorrübergehend oder dauerhaft vom Arbeitsmarkt ausgeschlossen sind. Wie sich gezeigt hat sollten die Anforderungen, die an dieses Leitbild geknüpft sind, nicht nur als bloße Zurichtungsanstrengungen missverstanden werden. Sie sind immer auch an ein Versprechen umfassender Freiheit und Selbstverwirklichung geknüpft und dies steigert ihre Sogwirkung. Das Unternehmerische Selbst ist nicht nur der Arbeiter, den die postfordistische Produktion braucht, sondern auch das Ideal eines autonomen und mit sich selbst identischen Subjekts, nachdem alle Subjekte in allen Lebenslagen streben sollen. Wer ihm nicht entsprechen kann leidet nicht nur an seiner Unemployability, sondern sieht sich um sein „wahres Selbst" betrogen, welches ihm durch das Leitbild vermittelt wird. Wer unter Depressionen leidet, ist nicht, wie er oder sie sein soll, leidet damit zusätzlich unter diesem Ungenügen und strebt nicht zuletzt selbst danach, die als schmerzlich erlebte Differenz zwischen Sein und Sollen zu überwinden. Mit der Frage nach den von Ratgebern gebotenen Hilfestellungen, wie mit dieser Differenz umgegangen werden kann, beschäftigt sich Kapitel 3.

Zunächst soll möglichen Verbindungen zwischen neoliberaler Gouvernementalität und Depression aber noch in einem anderen Zusammenhang nachgegangen werden. Dazu werde ich auf den kommenden Seiten auf Texte zurückgreifen, die m.E. nach besonders gut illustrieren können, inwiefern heute Stimmungen selbst zum Problem des Regierens erklärt werden. Damit lasse ich den Textkorpus der gesichteten Ratgeber für einige Zeit links liegen und richte den Blick auf politische Texte, wirtschaftsphilosophische Abhandlungen und groß angelegte Marketingkampagnen, die alle gemeinsam haben, dass sie Stimmungen in der Bevölkerung zum Thema und zugleich zum Ziel von Regierungsbemühungen machen. Auch zielen diese nicht auf pathologische Erscheinungen im engeren Sinn sondern vielmehr auf eine als optimierbar gedachte Normalität. So tritt nun der Begriff der Depression vorübergehend hinter jenen des Optimismus' zurück, doch genau hier zeigt sich jene unscharfe Trennung zwischen Normalität und Pathologie, von der bis jetzt bereits ausführlich die Rede war. Darüber hinaus zeigt sich eine weitere Unschärfe, nämlich die große Nähe, die zwischen Regierungsbemühungen im engeren Sinn und dem therapeutischen Diskurs, dem sich die vorliegende Arbeit widmet, besteht. Als vorwiegendes Material dient mir eine seit Ende der 1990er Jahre in Deutschland andauernde Diskussion, die mit einer legendären

---

Tätigkeiten so niedrig sind, dass sie kaum die Existenz der darin Beschäftigten sichern können, verstärkt dieses Moment zusätzlich.

Rede beginnt und ihren vorläufigen Höhepunkt etwa zehn Jahre später mit der Kampagne *Du bist Deutschland* erreicht.

Im Jahr 1997 hielt der damalige deutsche Bundespräsident Roman Herzog im Hotel Adlon in Berlin eine Rede, die als Ruck-Rede bekannt geworden ist.[52] Herzog hatte darin gefordert, durch Deutschland müsse „ein Ruck gehen"[53] weil Deutschland sich in einer schweren Krise befinde, die sich durch den „Verlust wirtschaftlicher Dynamik, die Erstarrung der Gesellschaft, eine unglaubliche mentale Depression"[54] auszeichnen würde. Bei näherer Betrachtung zeigt sich jedoch, dass alle drei genannten Krisenmerkmale zu einem zusammenfallen. Worum es Herzog in seiner Rede eigentlich geht, ist die „mentale und intellektuelle Verfassung des Standorts Deutschland"[55], denn diese sei „heute schon wichtiger als der Rang des Finanzstandorts oder die Höhe der Lohnnebenkosten"[56]. Herzog erklärt die Stimmung in der deutschen Bevölkerung[57] zum wichtigsten Faktor für die Wettbewerbsfähigkeit des Landes. Ob die Deutschen eher optimistisch oder pessimistisch, ängstlich oder mutig sind[58], wird zum zentralen Problem des Regierens erklärt[59]: es gilt, eine für den Wirtschaftsstandort günstige Grundstimmung herzustellen, und dies lässt sich nicht mit klassischen Techniken des Regierens, eben „mit dem Federstrich eines Gesetzestextes"[60] leisten. Dies ist eine vor dem Hintergrund der Gouvernementalitätstheorie höchst interessante

[52] Die Rede, die eigentlich den Titel „Aufbruch ins 21. Jahrhundert" trägt, kann auf der Seite des Deutschen Bundespräsidenten im Volltext abgerufen werden unter URL: www.bundespraesident.de/dokumente/-,2.15154/Rede/dokument.htm [2010-09-09]
[53] ebd.
[54] ebd.
[55] ebd.
[56] ebd.
[57] Die Entdeckung der Bevölkerung ist für Michel Foucault ein wesentliches Moment der Gouvernementalität. Er schreibt: „Eine der großen Neuerungen in den Machttechniken des 18. Jahrhunderts bestand im Auftreten der ‚Bevölkerung' als ökonomisches und politisches Problem: die Bevölkerung als Reichtum, die Bevölkerung als Arbeitskraft oder Arbeitsfähigkeit, die Bevölkerung im Gleichgewicht zwischen ihrem eigenen Wachstum und dem ihrer Ressourcen. Die Regierungen entdecken, daß sie es nicht nur mit Untertanen, auch nicht bloß mit einem ‚Volk', sondern mit einer ‚Bevölkerung' mit spezifischen Problemen und eigenen Variablen zu tun haben wie Geburtenrate, Sterblichkeit, Lebensdauer, Fruchtbarkeit, Gesundheitszustand, Krankheitshäufigkeit, Ernährungsweise und Wohnverhältnissen" (Foucault 1983, S. 31).
[58] vgl. die Rede „Aufbruch ins 21. Jahrhundert" unter: URL: www.bundespraesident.de/dokumente/-,2.15154/Rede/dokument.htm [2010-09-09]
[59] Bereits 1946 hatte Aldous Huxley in einem nachträglich zu seiner fordistischen Dystopie *Brave New World* (1999) hinzugefügten Vorwort geschrieben: „Die wichtigsten ‚Manhattan-Projekte' der Zukunft werden umfangreiche, von der Regierung geförderte Untersuchungen dessen sein, was die Politiker und die beteiligten Wissenschaftler ‚das Problem des Glücks' nennen werden – mit anderen Worten, das Problem, wie man Menschen dazu bringt, ihr Sklaventum zu lieben" (Huxley 1999, S. 17).
[60] Roman Herzog, „Aufbruch ins 21. Jahrhundert", online im Internet unter: URL: www.bundespraesident.de/dokumente/-,2.15154/Rede/dokument.htm [2010-09-09]

Erkenntnis: Die Stimmungslage der Bevölkerung wird zum Problem und damit zum Ziel von Regierungsbemühungen erklärt, aber um dies zu leisten kommen – zumindest nicht in erster Linie – Gesetze zur Anwendung, sondern pädagogische Maßnahmen.

„Bildung", so Herzog, „muss das Megathema unserer Gesellschaft werden"[61]. Man müsse die „Jugend auf die Freiheit vorbereiten"[62], und ihnen „zu mehr Selbstständigkeit, zu mehr Bindungsfähigkeit, zu mehr Unternehmergeist und mehr Verantwortungsbereitschaft Mut machen"[63]. Die Ansprüche, die Herzog an die Jugend stellt, sind nicht nur umfassend und oft genug widersprüchlich, sie stehen auch unter dem Diktat des Komparativs: „Ihr müsst etwas leisten, sonst fallt ihr zurück."[64] Doch Herzogs pädagogischer Imperativ umfasst auch die Erwachsenen: „Welche Leitbilder geben wir ihnen? Das Leitbild des ewig irritierten, ewig verzweifelten Versorgungsbürgers kann es doch wahrhaftig nicht sein! Die Jungen beobachten uns Alte sehr genau. Wirklich überzeugen werden wir sie nur, wenn wir ihnen unsere eigene Verantwortung glaubhaft vorleben."[65] Wer andere führen will, muss zunächst sich selbst führen, dass wusste man bereits in der Antike. Aber nicht nur deshalb entkommt man dem pädagogischen Zugriff auch dann nicht, wenn man die pädagogischen Institutionen bereits hinter sich gelassen hat. Denn auch die Erwachsenen würden immer mehr der pädagogischen Unterstützung bedürfen, lebten wir doch in einer Zeit „in der der Verlust von eigenem Erfahrungswissen durch äußere Orientierung ersetzt werden müßte."[66] Doch gehe es nicht vorrangig darum, die Bevölkerung zu Vernunft und Einsicht zu bringen: „Es ist ja nicht so, als ob wir nicht wüßten, daß wir Wirtschaft und Gesellschaft dringend modernisieren müssen. Trotzdem geht es nur mit quälender Langsamkeit voran"[67]. Es handle sich, so Herzog, gar nicht um ein Erkenntnis-, sondern um ein Umsetzungsproblem[68]. Und die Umsetzung scheitert eben an jener „mentale[n] Depression"[69]. Die pädagogische Aufgabe kann somit im engeren Sinne als eine therapeutische Aufgabe verstanden werden, die sich dem Kampf gegen Angst und Pessimismus verschreiben muss. Dabei

[61] ebd.
[62] ebd.
[63] ebd.
[64] ebd.
[65] ebd.
[66] ebd.
[67] ebd.
[68] ebd.
[69] ebd.

ist Herzogs Rede selbst bereits ein erstes Stück Therapie. Immer wieder beschwört er die Fähigkeiten der deutschen Bevölkerung „sich am eigenen Schopf aus der Krise herauszuziehen“[70] und verspricht als Lohn für die Anstrengungen eine „Gesellschaft im Aufbruch […] voller Zuversicht und Lebensfreude, eine Gesellschaft der Toleranz und des Engagements“[71]. Immer wieder wechseln enthusiastische Zukunftsversprechen mit düsteren Prophezeiungen, die Beschwörung eigener Stärke mit strengen Mahnungen, sich im umfassenden Wettbewerb der Volkswirtschaften nicht abhängen zu lassen[72]. Herzog erklärt umfassende strukturelle Probleme wie Reallohnverluste[73] oder Arbeitslosigkeit und Jobunsicherheit[74] als Folge verfehlter subjektiver Sichtweisen. Damit werden pädagogische Maßnahmen zum Vehikel der Wirtschaftspolitik und alle Beschäftigten, die „von Existenzangst für sich und ihre Familie geplagt werden“[75] zur Ursache eben jener Probleme erklärt, die sie aus dem psychischen Gleichgewicht gebracht haben, eben weil sie sich von ihnen ihren wirtschaftlich wertvollen Optimismus verleiden haben lassen. Wo kollektive Depression als Ursache wirtschaftlicher Probleme ausgemacht wird, wird kollektive Therapie zur Regierungstechnik.

Im Jahr 2004 fragte Horst Köhler, Herzogs Nachfolger als deutscher Bundespräsident: „Warum bekommen wir den Ruck immer noch nicht hin?“ und gab sich darauf sogleich selbst die Antwort „Weil wir alle noch immer darauf warten, dass er passiert.“[76] Im Herbst 2005 startete dann mit *Du bist Deutschland* die erste groß angelegte Medienkampagne, die den Deutschen wieder Selbstvertrauen einflößen sollte. Erklärtes Ziel war, einen Wandel im Bewusstsein der Deutschen herbeizuführen. Dazu verlasen vierzig, teils prominente, teils unbekannte Deutsche ein *Manifest für Deutschland*,[77] das den Deutschen wieder Vertrauen in ihre eigenen Fähigkeiten einflößen sollte. Wie ein Schmetterling, der einen Taifun auslösen könne, könnten auch sie den Lauf der Welt

[70] ebd.
[71] ebd.
[72] ebd.
[73] ein Umstand, den Herzog als Ausbleiben der gewohnten Zuwächse umschreibt: „Die Menschen bei uns spüren, daß die gewohnten Zuwächse ausbleiben, und sie reagieren darauf verständlicherweise mit Verunsicherung“ (ebd.).
[74] vgl. ebd.
[75] ebd.
[76] Antrittsrede von Horst Köhler, gehalten am 1. Juli 2004, Online im Internet unter: URL: www.netzeitung.de/nachrichten_archiv/293719_2_Antrittsrede_von_Bundespraesident_Horst_Koehler.html [2010-09-09]
[77] Der Text des Manifests kann im Internet abgerufen werden unter: URL: www.abendblatt.de/daten/2005/09/29/487150.html [2010-09-09]

verändern.[78] Inhaltlich blieb das Manifest unbestimmt, nur selten verriet es seine Nähe zu neoliberalen Gesellschaftskonzepten, etwa, wenn es die Angesprochenen aufruft, sie sollten ihr Bestes geben, sich dann darin übertreffen und grundsätzlich nie fragen, was andere für sie tun könnten. Die Vermittlung eines bestimmten Gesellschafts- und Wirtschaftskonzepts stand nicht im Mittelpunkt der Kampagne, denn das neoliberale Paradigma hatte sich zu diesem Zeitpunkt längst durchgesetzt. Es ging nicht um die Durchsetzung einer spezifischen Rationalität sondern einer positiven Grundstimmung. Es ging nicht um Erkenntnis, sondern um Umsetzung. Und wie bei Herzog kommt auch in dieser Kampagne die triste Lage der Deutschen zum Ausdruck. „Unsere Zeit schmeckt nicht nach Zuckerwatte“, so der Text, aber nun ginge es eben darum, sich selbst aus dem eigenen Schlamassel zu befreien und dafür müsse man zunächst an seine Fähigkeiten glauben. Ob sich die Stimmung, wie von den Initiatoren behauptet, durch die Kampagne spürbar verbessert hat, lässt sich schwer nachprüfen. Fest steht, dass die entsprechenden Kampagnen kein Ende finden. Die Kampagne *Du bist Deutschland* fand bereits 2007 eine Fortsetzung, diesmal mit dem erklärten Ziel, Deutschland nicht nur optimistischer, sondern auch kinderfreundlicher zu machen.

So deutlich wie kein anderer spricht Wolff Heinrichsdorff, der Geschäftsführer von Montblanc International, einer Firma für Nobelschreibwaren, das Programm dieser und anderer Kampagnen zur Förderung einer optimistischen Grundhaltung aus und verknüpft es mit einer religiös verbrämten Warnung: „Stell dir vor, du stehst vor deinem Schöpfer und der fragt dich: ‚Na, wie war denn dein Leben?‘ Und du antwortest: ‚Nicht so gut. Irgendwie hat alles nicht richtig geklappt!‘ Glaubst du, dass dein Schöpfer dich dafür loben würde? Der wird sagen: ‚So ein Vollidiot. Da habe ich ihm ein tolles Leben gegeben, tolle Erde, tolle Möglichkeiten und der kommt wieder und sagt: Alles Mist!‘. Wir sind nur zu Besuch und sollten aus dieser Zeit das Beste machen. Wir haben die Verpflichtung, glücklich zu sein.“[79] Wolff Heinrichsdorff zählt zu den Gründungsmitgliedern des 2005 in Hamburg gegründeten *Clubs der Optimisten*[80]. Neben Heinrichsdorff gehörten dem Verein im September 2010 weitere

[78] Gemeint ist damit die einprägsame chaostheoretische Metapher, die auf den amerikanischen Meteorologen Edward N. Lorenz zurückgeht. Diesem war Anfang der 1960er Jahre aufgefallen, dass bereits sehr geringfügige Änderungen in den Anfangswerten meteorologischer Berechnungen zu massiven Abweichungen in den Ergebnissen führen können.

[79] Die Bunte, 4.11.2006, Online im Internet unter: URL: www.clubderoptimisten.de/pressestimmen/artikel/06-11-04-heinrichsdorff.pdf [2010-09-09]

[80] www.clubderoptimisten.de [2010-09-09]

204 Mitglieder an, zum überwiegenden Teil Geschäftsführer, Vorstandsvorsitzende und Inhaber größerer Unternehmen sowie leitende Figuren aus PR und Presse.[81] Die kleine, dafür ausgewählte Mitgliederzahl begründet Klaus Utermöhle – Vereinsvorsitzender des Clubs und mittlerweile selbstständiger Unternehmensberater und Buchautor – damit, dass man versuchen wolle über den „Kopf der Köpfe eine Bewusstseinskorrektur“[82] zu bewirken. „Als bekennende Optimisten“, so das Programm des Vereins, „hegen wir tiefes Vertrauen in unsere eigenen Stärken und Fähigkeiten zur positiven Gestaltung unserer Lebensbedingungen und unserer Umwelt. Unsere Mission ist die Missionierung dieser Lebenseinstellung in unserem persönlichen Umfeld sowie in immer größeren Bereichen unserer Gesellschaft“.[83] Im Club der Optimisten versammeln sich also nicht nur „erfolgreiche Menschen, um sich gegenseitig Mut zu machen“, wie der Journalist Ralph Wiegana in der Süddeutschen süffisant anmerkte[84], sondern man sucht die Öffentlichkeit. Während der Club der Optimisten darunter aber vor allem die klassische Medienöffentlichkeit versteht, gehen die erst im vergangenen Jahr gegründeten *Optimisten für Deutschland*[85] mit der Zeit und bieten für interessierte Einzelpersonen und Unternehmen sogar ein optiVZ an, damit diese sich im Web 2.0 vernetzen und gegenseitig motivieren können. Darüber hinaus wendet sich der Vereinsgründer Peter Breidenbach auch an solche, die noch Optimisten werden wollen. Einerseits mit einem Trainingsprogramm in Buchform[86], andererseits mit einem breiten Angebot an entsprechenden Seminaren. Seit Herbst 2009 hat auch Österreich seine eigene Optimismuskampagne. Unter dem mahnenden Motto *Stimmungen sind ansteckend. Achten Sie darauf, welche sie verbreiten* startete die *International Advertising Association* eine Plakatkampagne.[87] Diese sollte, so die erklärte Absicht der Initiatoren, die schlechte Stimmung, die sich in Folge der Finanzkrise von 2008 eingestellt hatte, wieder zum Positiven wenden. Auch hier wurde

[81] www.clubderoptimisten.de/downloads/Migliederliste%20Internet.xls [2010-09-09]
[82] Kieler Nachrichten, 21.04.2007, Online im Internet unter: URL: www.clubderoptimisten.de/ pressestimmen/artikel/07-04-21-kielernachrichten.pdf [2010-09-09]
[83] www.clubderoptimisten.de/wirwollen.html [2010-09-09]
[84] Wieganas Artikel *Krisenstab der guten Laune* (2006) findet sich online unter URL: clubderoptimisten.de.dd18014.kasserver.com/media/presse/2006-01-02_sueddeutsche.pdf [2010-09-09]
[85] www.optimisten -fuer-deutschland.de [2010-09-09]
[86] Breidenbach, Peter (2009): In 30 Tagen Optimist. Ein neues Denken braucht das Land!.- Darmstadt: Schirner, 1. Auflage
[87] Die Presseaussendung zur Kampagne ist abzurufen unter URL: www.effie.at/inc/modul_configuration/ plugins/MediaManagement/uploads/1261132355%5BPresseaussendung%5D.pdf Die einzelnen Plakattexte finden sich unter URL: www.effie.at/inc/modul_configuration/plugins/ MediaManagement/uploads/ 1250762836%5BIAA-Sujets-neutral-Presse%5D.pdf [2010-09-09]

die schlechte Stimmung schnell zum Hauptgegner erklärt. In Folge der Krise hätte sich eine schlechte Stimmung eingestellt, die besonders die Werbewirtschaft immer weiter nach unten ziehen würde. Dagegen müsse man nun aktiv vorgehen.

Das Melancholieverbot (Lepenies 1969), das im allerorten verbreiteten Optimismusgebot unterschwellig mittransportiert oder, wie bei Wolff Heinrichsdorff, auch ganz offensiv zum Ausdruck gebracht wird, entpuppt sich bei näherer Betrachtung als vielschichtiges Phänomen mit einer langen Geschichte. Bereits im Mittelalter wurden Acedia (Trägheit) und Tristitia (Traurigkeit) mit einem Verbot belegt, wobei hier bereits zwischen einer nützlichen und einer gefährlichen Traurigkeit unterschieden wurde (vgl. Reuther 2009, S. 17). Seelsorge sollte dabei ein Umschlagen der durchaus produktiven Zerknirschung über die eigenen Sünden in eine allgemeine Abwendung von Gott und seiner Schöpfung verhindern (vgl. ebd.). Zu Beginn der Neuzeit noch durchaus geschätzt, wird die Melancholie mit der Aufklärung neuerdings verdächtig, die bestehende Ordnung in Frage zu stellen (vgl. Jurk 2005, S. 17). Als Zeitalter des Glücks ebenso wie als jenes der Vernunft (vgl. Ehrenberg 2004, S. 31) kann das erlebte Unglück nur als unvernünftige Kritik an einer Ordnung erscheinen, die das individuelle und kollektive Glück bestmöglich – und das heißt im Einklang mit der universalen Vernunft – realisiert. Der Soziologe Wolf Lepenies hat in einem Interview darauf hingewiesen, dass die Melancholie in zweifacher Hinsicht mit der Utopie verbunden ist: Wer in einer bestehenden Welt keine Möglichkeit zu handeln finde und sich so auf die melancholische Reflexion zurückgeworfen sehe, könne daraus den Schluss ziehen, die Welt müsste in ihren Grundzügen neu geordnet werden. Ordnungen, die sich als verwirklichte Utopien betrachten, könnten die Melancholie daher nicht dulden, weil sie in diesem Sinn mit der Frage nach Alternativen zum Bestehenden verbunden sei.[88] „Die zu verwirklichende Totalität des verplanten, in Gesellschaft fugenlos aufgehenden Lebens“ so Lepenies in seiner 1969 erschienen Studie über Melancholie und Gesellschaft „kennt keine Trauer […] weil sie ja gerade das Glück fabrizieren will“ (Lepenies 1969, S. 91). Tritt die Trauer dennoch auf, so wird sie als Kritik und Gefahr interpretiert.

Aber nicht die Traurigkeit selbst ist in erster Linie Gegenstand des Melancholieverbots, sondern ein bestimmter Umgang damit. Im Mittelalter war die Traurigkeit als Anlass zu

[88] Interview mit Wolf Lepenies im Deutschland Radio Kultur am 16.02.2006, Online im Internet unter URL: www.dradio.de/dkultur/sendungen/kulturinterview/470005/ [2010-09-09]

Beichte und Buße willkommen, jene Traurigkeit jedoch, die zu einer Abkehr von Gott führte, gefürchtet. Alain Ehrenberg schreibt, Glück und Unglück wären seit der Aufklärung als Signale geschätzt, die selbstständige Entscheidungen ermöglichten (vgl. Ehrenberg 2004, S. 30 f.). In der neoliberalen Theorie kommt dem individuellen Glück und Unglück in diesem Sinne große Bedeutung zu: Persönliches Unglück soll zu einer Korrektur des Verhaltens und damit zu einer Neuausrichtung an den Erfordernissen des Marktes führen, beobachtetes Glück anderer zur Nachahmung ermuntern. Auf dieser Überzeugung neoliberaler Theoretiker beruht nicht nur die Ablehnung von staatlicher Umverteilung und über das Notwendigste hinausgehender sozialer Absicherung (vgl. Schui/Blankenburg 2002, S. 117 f.), sondern auch eine bestimmte Einstellung zum individuellen Umgang mit Misserfolg und Unglück. So erkennt Ludwig Mises, einflussreicher liberaler Nationalökonom, durchaus an, dass individuelles Unglück eine allgegenwärtige Erfahrung auch in einem liberalen Wirtschaftssystem ist, denn „[k]aum einer unter Millionen erreicht im Leben das, was er angestrebt hat“ (Mises 1927, S. 12). Mises geht es aber um die Reaktion auf diese Rückschläge, die für ihn auf zwei verschiedene Arten erfolgen kann. Die von Mises als gesund und wünschenswert betrachtete Reaktion eines von Rückschlägen und Unglück Gebeutelten schildert er wie folgt: „Wenn der ersehnte Erfolg sich nicht einstellt, wenn Schicksalsschläge das mühsam in langer Arbeit Erreichte im Handumdrehen vernichten, dann vervielfacht er seine Anstrengungen. Er kann dem Unheil ins Auge schauen, ohne zu zagen“ (ebd., S. 13). Die andere mögliche Reaktion besteht für Mises darin, der bestehenden Gesellschaftsordnung die Verantwortung für das eigene Unglück zuzuschreiben, und sich der Gesellschaftsutopie des Sozialismus zuzuwenden. Für Mises kann es sich dabei nur um eine psychische Krankheit handeln: „Im Leben des Neurotikers kommt der Lebenslüge eine doppelte Aufgabe zu. Sie tröstet über den Mißerfolg und stellt kommende Erfolge in Aussicht. In dem Falle des sozialen Mißerfolges, der uns hier allein angeht, liegt der Trost in dem Glauben, daß das Nichterreichen der angestrebten hohen Ziele nicht der eigenen Unzulänglichkeit, sondern der Mangelhaftigkeit der gesellschaftlichen Ordnung zuzuschreiben ist. Von dem Umsturz der Gesellschaftsordnung erhofft der Unbefriedigte den Erfolg, den ihm die bestehende Ordnung vorenthalten hat. Da ist es nun ganz vergebens, ihm begreiflich zu machen, daß der geträumte Zukunftsstaat undurchführbar ist und daß die arbeitsteilige Gesellschaft anders als auf Grundlage des Sondereigentums an den Produktionsmitteln nicht bestehen kann“ (Mises 1927, S. 14). Die Desavouierung des utopischen Diskurses

der Sozialisten als Ausdruck psychischer Krankheit basiert auf dem Argument der Alternativlosigkeit der kapitalistischen Ordnung, die Mises wie andere liberale Theoretiker aus der anthropologischen Basisannahme des Menschen als zweckrationalem Wesen deduziert. Gleichzeitig wird damit ein oppositioneller Diskurs verbannt: Das Reden der Sozialisten ist das Reden von Neurotikern, Ausdruck eines Wahns und befindet sich damit außerhalb der Vernunft (vgl. ebd., S. 12-15). Nachdem der sozialistische Diskurs als Fourier-Komplex[89] (ebd., S. 12) und damit als pathologisch markiert wurde, fordert Mises denn auch, dass dessen Sprecher therapiert werden müssten, allerdings nicht durch Ärzte, sondern durch diese selbst: „Man kann nicht jeden, der am Fourier-Komplex leidet, zum Arzt senden, damit er durch Psychoanalyse geheilt werde. Dem stünde schon die ungeheure Zahl der davon Betroffenen entgegen. Hier kann kein anderes Mittel helfen als die Behandlung des Übels durch den Kranken selbst. Er muß durch Selbsterkenntnis lernen, sein Schicksal zu tragen, ohne nach einem Sündenbock zu suchen, auf den er alle Schuld laden kann, und er muß versuchen, die Grundgesetze der gesellschaftlichen Kooperation der Menschheit zu verstehen“ (ebd., S. 15). Die Eckpunkte von Mises Argumentation zeigen nicht nur eine große Nähe zum Umgang mit der Melancholie im Mittelalter, bei der Zweifel an Gott und Schöpfung verhindert und die Traurigkeit durch pastorale Begleitung produktiv gewendet werden sollte, sondern stimmt auch mit der zeitgenössischen Argumentation von Seiten der Förderer des Optimismus überein. So schreibt Wolff Heinrichsdorff im vorhin zitierten Interview, „Enttäuschungen sind eine wichtige Erfahrung im Leben. Wer schlau ist, lernt daraus.“[90] Die Alternative, nämlich die Bedingungen der eigenen Existenz für sein Unglück verantwortlich zu machen, schließt Heinrichsdorff aus. Klaus Utermöhle vom *Club der Optimisten* bringt auf den Punkt, was unter dem Optimismusgebot in Zeiten neoliberaler Gouvernementalität verstanden werden kann: „Der Optimismus“, so wird Utermöhle in den Kieler Nachrichten zitiert, solle dazu führen „in kritischen Situationen nicht etwa das System in Frage zu stellen, sondern die eigenen Kräfte zu mobilisieren.“[91] Wie die Rede Roman Herzogs gezeigt hat, ist diese Mobilisierung der eigenen Kräfte im Dienste der Ausrichtung der eigenen Bemühungen auf die Erfordernisse des Marktes aber

[89] Mit diesem Begriff bezieht sich Mises auf den französischen Frühsozialisten Charles Fourier.
[90] Die Bunte, 4.11.2006, Online im Internet unter: URL: www.clubderoptimisten.de/pressestimmen/artikel/06-11-04-heinrichsdorff.pdf [2010-09-09]
[91] Kieler Nachrichten, 21.04.2007, Online im Internet unter: URL: www.clubderoptimisten.de/pressestimmen/artikel/07-04-21-kielernachrichten.pdf [2010-09-09]

keineswegs selbstverständlich, und zwar auch in einer Situation, in der die Sicht des neoliberalen Kapitalismus als alternativlos diskursiv weitgehend durchgesetzt ist. Herzogs Diagnose einer „unglaubliche[n] mentalen[n] Depression“[92] markiert so nicht nur Einsatzpunkt kollektiv-therapeutischer Bemühungen, sondern bringt das Unterfangen der Förderer des Optimismus auch in die Nähe eines performativen Selbstwiderspruchs: Ihre Appelle zu mehr Optimismus werden stets untermauert von verhängnisvollen Prophezeiungen und aufrüttelnden Gegenwartsdiagnosen, oder wie es Guido Westerwelle ausdrückt: „Je ernster die Lage ist in Deutschland, desto mehr brauchen wir Optimisten.“[93]

Als Hilfestellung für die emotionale Selbstsorge bieten sich Ratgeber an, die auf die Förderung einer optimistischen Selbst- und Weltsicht abgestellt sind. Sie besetzen den Raum zwischen Erfolgsratgebern auf der einen und Depressionsratgebern auf der anderen Seite und beackern damit nicht das Feld pathologischer Abweichung sondern jenes der optimierbaren Normalität. Wie die anderen Maßnahmen des verordneten Optimismus stellen sie eine Verbindung zwischen zwei Normstrategien her: Einerseits die Punktnormen des älteren „Protonormalismus“ (vgl. Link 2009, S. 51-82): Zwischen Optimisten und Pessimisten wird eine eindeutige Grenze gezogen. Man müsse sich für eine der beiden Weltsichten entscheiden, so der überaus produktive Ratgeberautor und Optimismustrainer Nikolaus B. Enkelmann (vgl. 2009a, S. 10-14), wobei jedoch nur die Entscheidung für den Optimismus eine vernünftige sein kann, schließlich seien Optimisten gesünder, erfolgreicher und grundsätzlich glücklicher (2009b). Wer möchte schon „seine Ideen und Einfälle verkommen lassen“, „nur Zuschauer des Lebens sein“ und arm sein „und es bleiben“ (Enkelmann 2009a, S. 13), denn all das drohe den unverbesserlichen Pessimisten. Doch nicht nur aus Eigeninteresse, sondern auch aus moralischer Verpflichtung heraus gelte es, Optimist zu sein oder es zumindest werden zu wollen, besonders deshalb, weil zwischen Optimismus und der ultimativen Norm der Aktivität scheinbar eine zwingende Verbindung besteht: Pessimisten sind demnach auch jene Menschen, die „mit einem völlig zügellosen und unproduktiven Leben zufrieden“ (ebd.) sind. Somit gilt letztlich, egal ob man mit seiner pessimistischen Weltsicht zufrieden ist oder nicht: „Optimismus ist Pflicht!“ (Enkelmann 2009a). Gleichzeitig ist man aber nie optimistisch genug, womit die Programme zur Förderung

[92] Roman Herzog: „Aufbruch ins 21. Jahrhundert“, Online im Internet unter: URL: www.bundespraesident.de/dokumente/-,2.15154/Rede/dokument.htm [2010-09-09]
[93] www.clubderoptimisten.de/statements

des Optimismus auch der Strategie eines „flexiblen Normalismus“ (vgl. Link 2009, S. 83-108) folgen: Wer glaubt, dass er noch „seelische Kraftreserven“ (Enkelmann 2009a, S. 10) habe, solle nicht zögern diese durch Enkelmanns Programm zu steigern. Und wer glaubt dies verneinen zu können, der habe das entsprechende Programm besonders nötig (vgl. ebd., S. 11). Wenn „Erfolg im Leben […] das Ergebnis unseres Denkens“ (ebd.) ist, dann muss der eigene Optimismus ständig gesteigert werden, will man im Wettrennen um das positivste Denken weiter die Nase vorne haben: „Flexible Normalität wirkt nicht nur reflexiv, als Form der Selbstvergewisserung, sondern auch stimulierend, als Anreiz zur Selbstoptimierung“ (Waldschmidt 2004, S. 193). Selbsterkenntnis und Selbstoptimierung fallen in den Techniken der Selbstsorge zusammen, aber unter Bedingungen umfassender Konkurrenz muss man sich seiner selbst immer wieder in Relation zu den MitbewerberInnen versichern und darf dementsprechend in der Arbeit an sich nicht nachlassen. Sich für die Norm des Optimismus zu entscheiden ist nur der erste Schritt, mit dem man den unabschließbaren Kampf gegen die Annahme innerer und äußerer Grenzen aufnimmt.

Die therapeutische Hebung der allgemeinen Stimmung ist aus verschiedenen, miteinander verflochtenen Gründen für das Funktionieren der kapitalistischen Gesellschaftsordnung wesentlich: Einerseits soll verhindert werden, dass die Ursachen für das eigene Elend in den jeweiligen Existenzbedingungen statt im eigenen Selbst gesucht werden, denn dies hätte zur Folge, dass eine Verbesserung über den Weg einer Veränderung dieser Bedingungen angestrebt wird. Stattdessen sollen die Subjekte die Verantwortung für ihr eigenes Scheitern und die Verbesserung ihrer Situation bei sich selbst suchen. So ist nicht nur die Gefahr eines politischen Aufbegehrens gebannt, sondern die individuellen Anstrengungen können im besten Fall sogar die Produktivität erhöhen. Gleichzeitig ist das individuelle Wohlbefinden, besonders unter postfordistischen Bedingungen, selbst wirtschaftlich relevant, denn die nun zur zentralen Norm aufgestiegene individuelle Initiative stellt sich nur dann ein, wenn die Affekte mitspielen. Für die Verbesserung der eigenen Stimmung wird wiederum nur das Subjekt selbst verantwortlich gemacht, das nun an seinen Stimmungen mit dem gleichen Eifer zu arbeiten hat wie an seinen übrigen postfordistischen Arbeitstugenden. Individualisierung von Verantwortung und unbeirrbare Arbeit an sich sind die Ziele dieses Komplexes, den Stefanie Duttweiler „therapeutische Ökonomie“ (2006) nennt. Ausgangspunkt ist die Diagnose einer umfassenden Wirtschaftskrise, deren Ursache

sodann in den Einstellungen und Denkweisen der Subjekte ausgemacht wird. Diese Ursachenzuschreibung folgt dem neoliberalen Paradigma, dass sich die gesellschaftlichen Strukturen aus den Eigenschaften der Subjekte deduzieren lassen. „Damit wird jede Veränderung auch der wirtschaftlichen Lage auf *eine* Möglichkeit verengt: […] Wer die Gesellschaft verändern will, muss den einzelnen verändern. […] Durch die Verlagerung der ökonomischen Verantwortung auf den Einzelnen ergibt sich ein Angriffspunkt der Veränderung, auf den effektiv eingewirkt werden kann und zu dessen Bearbeitung wirksame Methoden und Verfahren bereitstehen“ (Duttweiler 2006, S. 61). Diese wirksamen Verfahren sind nichts anderes als psychotherapeutische Verfahren. Die im ersten Kapitel angesprochene Pädagogisierung der Gesellschaft ist eine logische Folge einer auf die Individuen zentrierten Regierungstechnologie, wie sie die liberale bzw. neoliberale Gouvernementalität darstellt. Eine kritische Bildungswissenschaft, die sich ihrer prekären Position zwischen Subjekt und Gesellschaft bewusst ist, hat die Aufgabe, sich mit diesen neuen Machttechnologien auseinanderzusetzen, denn für diese neue Form des Regierens stellen die pädagogischen Praxisfelder das zentrale Vehikel dar. Von diesem Befund ausgehend soll nun die einschlägige Ratgeberliteratur zu Depressionen diskutiert werden, die sich selbst als Hilfsangebot versteht, dabei jedoch stets auch Regierungsprogramm ist.

Dieses Kapitel begann mit der Auseinandersetzung über die Verbreitung und eine mögliche Zunahme von Depressionen. Dabei hat sich vor allem eines gezeigt: Es lassen sich – und dieses Problem lässt sich selbst aus jenen populärwissenschaftlichen Texten herauslesen, die meinen vorrangigen Analysegegenstand darstellen – keine gesicherten Aussagen über deren Verbreitung treffen. Vielmehr hat sich etwa in den letzten drei bis vier Jahrzehnten ein in entsprechenden Diagnosemanualen kodifizierter Konsens über jene Symptome und deren Ausprägung etabliert, deren Vorliegen es gerechtfertigt erscheinen lässt, eine Depression zu diagnostizieren. Die angesprochene Ausprägung jedoch wird gemessen anhand einer von den Symptomen ausgehenden Beeinträchtigung und diese ist wiederum an Anforderungen an die Subjekte gebunden, die – genauso wie Verständnis und Diagnostik der Depression – sich in den letzten Jahrzehnten gewandelt haben. Die Schwere der Symptome bestimmt sich durch die Differenz zwischen Anforderungen an das (als krank erkannte) Subjekt und dessen Eigenschaften. Depression und neoliberale Gouvernementalität sind somit insofern aneinander gebunden, als die mit modernen Formen des Regierens verbundenen

Subjektideale konstitutiv dafür sind, was heute als krankheitswertig und behandlungsbedürftig erscheint. Das depressive Subjekt bildet das konstitutive Gegenüber jenes Leitbilds, das mit Michel Foucault und Ulrich Bröckling als Unternehmerisches Selbst benannt werden kann. Damit in Verbindung steht, dass die Verbreitung von Depressionen oder mit ihr assoziierter Stimmungen – auch wenn diese im engeren Sinne noch nicht als pathologisch bezeichnet werden – als Problem und ihre Behebung als Aufgabe der Regierung verstanden werden. Die Techniken, die dabei zur Anwendung kommen wiederum sind im weiteren Sinn pädagogische und therapeutische. Einschlägige Ratgeber als Anleitungen zu einer therapeutischen Selbstführung bilden davon einen wesentlichen Teil.

3 Hilfe zur Selbsthilfe: Depression, Schuld und Verantwortung

Der Aufstieg der Depression hängt mit veränderten Anforderungen an die Beschäftigten zusammen, von denen vermehrt Initiative und Kreativität verlangt wird. Er ist verbunden mit der Annahme einer alternativlosen Gesellschaftsordnung, in der Traurigkeit, Unglück und Verzweiflung als ausschließliches Problem des Subjekts, als individuelle Pathologie erscheinen. Die Depression ist die Krankheit einer Welt, in der sich die Norm der Freiheit als Wahlfreiheit und Selbstverantwortung realisiert: Jeder hat die Pflicht zu wählen und jedes Ereignis wird als Konsequenz vorangegangener Entscheidungen imaginiert. Die Normen der Risikofreude und Autonomie treffen in der Depression auf ihre Gegenspieler Angst und Abhängigkeit; das Ideal eines an den Anforderungen des Marktes orientierten, zielgerichteten Handelns trifft auf Antriebslosigkeit und die ungerichtete Aktivität der agitierten Depression. Statt Kontakte zu pflegen und sich zu vernetzen führt die Depression zu Einsamkeit und sozialem Rückzug. Kurzum: Der und die Depressive sind nicht, wie sie sein sollten. Ihre Produktivität ist vermindert, die Depression reduziert ihre Leistungsfähigkeit, ihren Einfallsreichtum, ihr Engagement. Ihr psychisches Leid unterminiert das Versprechen, jeder könne in einer Gesellschaft, die den Widerspruch individueller und kollektiver Interessen kraft der abstrakten Vermittlung des Marktes für aufgelöst erklärt, sein eigenes Glück finden.

Wie die Depression ihren Krankheitswert in Relation zu den Normen gewinnt, deren Negativ sie darstellt, definiert sich psychische Gesundheit als Übereinstimmung mit diesen Normen. Psychische Gesundheit wird so gleichbedeutend damit, Freude, Interesse, Aktivität, Motivation zurückzugewinnen. Der Aufruf, gesund zu werden ist der Aufruf, aktiv, glücklich, interessiert zu werden. Dabei wohnt dem Weg, der von der Krankheit zur Gesundheit führen soll die Paradoxie inne, dass er immer bereits voraussetzt, was er erst bewirken soll: Um den und die Depressive zur Selbstverantwortung zu führen, wird an eben diese appelliert. Um sie zur Risikobereitschaft zu führen, sollen sie Wagnisse eingehen. Ihre sozialen Ängste sollen sie überwinden, indem sie andere ansprechen. Um wieder Freude zu empfinden sollen sie sich Vergnügungen hingeben, auch wenn sie diese nicht als solche empfinden. Um ihre negative Selbstkommunikation zu überwinden, sollen sie sich selbst aufbauen. Damit geht mit der Behandlung die unterschwellige Gefahr einher, die Betroffenen zu überfordern, weil gerade das von ihnen gefordert wird, wozu sie eben nicht in der Lage

sind. Auch eine Taktik der kleinen Schritte kann dieses grundsätzliche Problem nicht kompensieren. Der pastorale Impuls, den Betroffenen Mut zu machen, indem ihre Möglichkeiten herausgestrichen werden, bringt die potentielle Nebenwirkung mit sich, dass diese sich letztlich nicht nur für ihr Zurückbleiben hinter den Anforderungen schämen und schuldig fühlen, sondern auch dafür, die Depression nicht aus eigener Kraft überwinden zu können. Dazu gesellt sich die grundsätzliche Unabschließbarkeit jener Normen, an denen sich psychische Gesundheit misst: Wo Krankheit beginnt, ist genauso unklar, wie wo sie endet. Zwar kann man sich besser fühlen, aber fühlt man sich je gut genug? Die sozialen Ängste können schwächer werden, aber man könnte immer noch mehr, intensivere, lohnendere soziale Kontakte haben. Auch wenn einem wieder kreative Ideen kommen, wann ist man kreativ genug? Im Streben nach Gesundheit kommt man nie weit genug und fällt man zurück, bekommt man neuerdings Anwandlungen depressiver Verstimmung, stellen sich Selbstzweifel ein, kann man sich nicht aufraffen und die lästigen Pflichten beginnen sich zu stapeln, dann stellt sich die Angst ein, dies könnten schon wieder Vorboten einer neuerlichen depressiven Episode sein. So wie man nie ganz gesund wird, hat man auch die Depression nie endgültig überwunden. Eine depressive Episode macht einen nicht immun gegen einen neuerlichen Rückfall, ganz im Gegenteil. Antidepressiva müssen noch lange nach Abklingen der Symptome weitergenommen werden, manchmal ein Leben lang. Auch dadurch wird man in der eigenen Wahrnehmung und in der anderer nie ganz gesund. Die therapeutische Arbeit an sich wird so zu einer unabschließbaren Aufgabe.

3.1 Beratung und neoliberale Gouvernementalität

Die Gouvernementality Studies spüren möglichen Verbindungen zwischen dem Aufstieg neoliberaler Gouvernementalität und der steigenden Bedeutung von Beratung seit längerer Zeit nach. Während meiner Arbeit bin ich auf einige einschlägige Texte und Überlegungen gestoßen, die auch für die Fragestellung der vorliegenden Diplomarbeit von Relevanz sind. In der Folge sollen einige dieser Überlegungen kurz referiert und auf ihre Bedeutung für Zusammenhänge zwischen Ratgeberliteratur zum Thema Depression und neoliberaler Gouvernementalität hin überprüft werden.

Beginnen werde ich mit einigen Bemerkungen Ulrich Bröcklings, der mit seinem Buch *Das Unternehmerische Selbst* (2007) eine umfangreiche und gehaltvolle Studie zum neoliberalen Leitbild des Unternehmerischen Selbst vorgelegt hat und sich darin auch dem Thema Beratung und Therapie widmet. Darin kommt er zunächst zum Schluss, das Verhältnis von Beratung und Selbstbestimmung sei paradox: Nicht nur, weil die Grenzen zwischen Selbst- und Fremdbestimmung heute unklarer denn je seien, zielten zeitgenössische Führungstechnologien doch immer stärker auf Selbstführung. Jemanden zur Selbstbestimmung anzuleiten sei an sich schon ein paradoxer Vorgang. Darauf macht Bröckling aufmerksam, wenn er schreibt, einerseits trete „der Experte im appellativen Gestus einer Autorität auf, die weiß, was gut ist für die, zu denen er spricht. Andererseits nährt er das Misstrauen gegenüber jedweder Fremdbestimmung und predigt nichts als ‚Werde du selbst!'. Um herauszufinden, wer man ist, braucht man offensichtlich jemanden, der es einem sagt; um dazu zu werden, jemanden, der einem dabei hilft" (2007, S. 42). Diese Paradoxie verleihe der Inanspruchnahme von Therapie- und Beratungsangeboten etwas Beschämendes, stecke doch „in jedem guten Rat das demütigende Urteil, man habe ihn nötig" (ebd.).

Die Erziehungswissenschaftlerin Stefanie Duttweiler hat einen Schwerpunkt ihrer gouvernementalitätstheoretischen Untersuchungen auf Beratung gelegt und festgestellt, dass Beratung und Selbstbestimmung auf mindestens drei Ebenen aufeinander bezogen seien: Erstens sei Selbstbestimmung Einsatzpunkt von Beratungsprozessen, zweitens strukturiere sie die theoretischen Vorannahmen von Beratung und drittens ziele Beratung auf die Selbstbestimmung der KlientInnen ab (vgl. Duttweiler 2007, S. 271 f.). Wer Beratung in Anspruch nimmt, setze – sofern dies freiwillig geschieht – einen selbstbestimmten Akt, doch gleichzeitig sei ein bestimmter Mangel der Fähigkeit zur

Selbstbestimmung Voraussetzung dafür, dass überhaupt ein Bedürfnis nach Beratung und die Legitimation, eine solche in Anspruch zu nehmen vorliege, denn beraten würden „nur diejenigen, die glaubhaft machen können, sich in einer Krise zu befinden, die sie nicht selbstständig überwinden können – und sich zugleich die Einsicht in ihr Problem und einen Beratungsbedarf zuschreiben und damit ihre Beratungsfähigkeit signalisieren“ (ebd., S. 265). Der Ratsuchende benötigt offensichtlich zusätzliche Informationen oder anderwärtige Hilfestellung, sonst würde er ja kein Beratungsangebot in Anspruch nehmen. Diese Hilfestellung besteht in der Vermittlung bzw. im gemeinsamen Erarbeiten eines bestimmten Wissens. Dabei könne Beratung auch schlicht darauf abzielen, Informationsdefizite zu beheben (vgl. ebd., S. 266). In Ratgebern zu Depressionen, besonders wenn es sich um solche handelt, die versuchen über Ursachen, Erscheinungsformen und Behandlungsmöglichkeiten einen breiten und leicht verständlichen Überblick zu geben, nimmt diese Informationsvermittlung einen wichtigen Stellenwert ein. Auch hier geht es aber nicht einfach um die Vermittlung von Wissen, sondern darum, die Betroffenen durch diese Vermittlung handlungsfähig zu machen, etwa, wenn es darum geht eine entsprechende Behandlung zu wählen und in Angriff zu nehmen. Auch Duttweiler stellt fest, in Beratungsprozessen ginge es immer auch um die Vermittlung von Deutungswissen (vgl. ebd.). Ein solches Wissen ziele etwa darauf, die Bedeutung eines festgestellten Problems in einer entsprechenden Weise einzuschätzen. Deutungen könnten das Problem beispielsweise entproblematisieren: „Was individuell als belastend thematisiert wird, wird als etwas ausgewiesen, das eine Vielzahl von Menschen betrifft oder objektiv gar kein Problem darstellt und somit ‚normal‘ ist“ (ebd.). Bezogen auf Depressionen zeigt sich eine solche Strategie darin, wenn in entsprechenden Ratgebern fast immer auf die große Verbreitung von Depressionen verwiesen wird. Eine solche Strategie kann die Betroffenen entlasten, besonders wenn sie, wie in Ratgebern üblich, mit der Hoffnung darauf verknüpft wird, das Problem wäre grundsätzlich zu lösen, und zwar gerade deshalb, weil aufgrund der großen Verbreitung der Krankheit gute Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen würden. Der Hinweis auf die „Normalität“ des Problems lässt das Problem selbst als eine Normalität zweiter Ordnung erscheinen: Man sei zwar nicht normal, aber das Verfehlen der Norm sei eben selbst schon wieder normal und darüber hinaus sei es möglich dem Problem beizukommen. Beratung, präzisiert Duttweiler, agiere zunächst auf der Ebene des Wissens, dies sei jedoch nie Selbstzweck, sondern solle „dem eigentlichen Ziel von

Beratung zuarbeiten: der Veränderung des Handelns der Klienten. Die Richtung ist dabei klar bestimmt: Die Einzelnen werden dabei unterstützt und dazu aktiviert, ihr Leben so weit wie möglich *selbst* zu bestimmen“ (ebd., S. 270). Unabhängig davon, ob es sich um Informationen oder Deutungswissen handelt, letztlich zielt Beratung darauf, das Handeln zu verändern, und zwar – dem Telos von Beratung entsprechend – hin zu selbstbestimmtem und selbstverantwortetem Handeln. Zwischen Einsatzpunkt und Telos von Beratung liegen jene theoretischen Vorannahmen, die den Beratungsprozess strukturieren. Beratung, so Duttweiler, basiere auf zwei Annahmen: erstens, dass die Zukunft grundsätzlich gestaltbar sei, zweitens, dass die beratenen Subjekte über sich und ihre Handlungen zumindest zu einem gewissen Grad bestimmen könnten (vgl. ebd.). Damit einher ginge die Verpflichtung der beratenen Subjekte auf Selbstbestimmung (vgl. ebd.) sowie die Interpretation von Gegenwart und Zukunft als kontingent (vgl. ebd., S. 270 f.). Beratung zielt darauf, den KlientInnen ihre eigene Handlungsfähigkeit vor Augen zu führen. Diese Handlungsfähigkeit wird dabei in erster Linie als eine Fähigkeit zur Selbsttransformation verstanden: „Dass die Veränderung der Situation nur durch die *Selbst*transformation der Einzelnen erreicht werden kann, ist dabei die Grundannahme, die jede Beratung organisiert: Nur wer sich selbst ändert, kann sein Leben zum Besseren wandeln“ (ebd., S. 271). Im gleichen Moment, in dem den Subjekten die Fähigkeit zugeschrieben wird, ihre Situation durch Selbsttransformation verbessern zu können, wird ihnen natürlich auch die Verantwortung für ihre Situation zugeschrieben: Selbstbestimmung und Selbstverantwortung fallen zusammen. Die Fokussierung von Beratung auf Selbstbestimmung lasse strukturelle Ursachen von Problemen verschwinden, weil Probleme nur unter dem Blickwinkel betrachtet werden, wie sie durch Selbsttransformationsprozesse der Subjekte gelöst werden können. Dies ist ein wesentlicher Kritikpunkt Duttweilers. Sie spricht jedoch ebenso an, dass diese Ausrichtung in der Struktur von Beratung grundgelegt sei, denn ihre Einflussmöglichkeiten beschränken sich eben darauf, solche Prozesse anzuregen. Damit führe Beratung jedoch dazu, die für die Funktion neoliberaler Regierungstechniken wesentliche Responsibilisierung des Einzelnen plausibel und akzeptabel zu machen. Der Wunsch von Selbstbestimmung entlastet zu werden, der die Aufnahme von Beratung für Duttweiler immer auch motiviert (vgl. Duttweiler 2004, S. 25), würde durch Beratung konstitutiv enttäuscht. Umso mehr, als zwar das Ziel der

Selbstbestimmung feststehe, diese aber von den Beratenen selbst ausgestaltet werden müsse.

Die Tendenz von Beratungsprozessen scheint strukturell bedingt in Richtung Responsibilisierung des Einzelnen zu gehen. Beratung kann dieser Tendenz kaum entrinnen, denn sie ist in ihren Interventionsmöglichkeiten auf das Rat suchende Subjekt beschränkt. Im Bezug auf Depressionen ergibt sich daraus ein Dilemma, das in der weiteren Arbeit zum zentralen Angelpunkt der Analyse werden wird. Dieses entspinnt sich zwischen der Tendenz zur Responsibilisierung einerseits, der Symptomatik der Depression mit ihrem Schwerpunkt auf Schuldgefühlen und negativer Selbstkommunikation andererseits. Einerseits ist Responsibilisierung wesentliches Werkzeug der Ratgeber, andererseits birgt sie die Gefahr, den Behandlungserfolg ihrerseits zu gefährden, indem sie Schuldgefühle zu verstärken droht.

Der Wiener Erziehungswissenschaftler Erich Ribolits hat in den letzten Jahren verstärkt Überlegungen der Gouvernementalitätstheorie in seine kritischen Analysen aufgenommen. Seine Überlegungen ergänzen Duttweilers Ergebnisse dahingehend, dass er einen weiteren Aspekt gegenwärtiger Beratungskultur herausarbeitet, der dazu geeignet scheint das von Duttweiler angesprochene Bedürfnis nach Entlastung von Selbstbestimmung (und damit auch: Selbstverantwortung) zu enttäuschen. In einem Artikel (2009a) weist er darauf hin, dass das in zeitgenössischen Beratungsangeboten vorherrschende Prinzip jenes der non-direktiven Beratung sei: da jeder Ratschlag ein Machtgefälle zwischen BeraterIn und KlientIn generieren würde, würde den KlientInnen letztlich wieder selbst die Entscheidung überlassen, was jetzt zu tun sei (vgl. Ribolits 2009a, S. 214 f.). Alain Ehrenberg bestätigt diesen Befund anhand einer Untersuchung entsprechender Beratungskolumnen in der französischen Frauenpresse der 1960er Jahre. Damals hätte sich innerhalb weniger Jahre der vorherrschende Stil dieser Beratungsangebote grundlegend verändert (vgl. 2004, S. 128 f.). Zu Beginn der 1960er Jahre trat der (vorzugsweise männliche) Berater noch in vielen Zeitschriften als Autorität auf, der seinen unwissenden LeserInnen sagte, was diese zu tun hätten (vgl. ebd., S. 127). Die Anweisungen gingen immer in die gleiche Richtung: Man müsse versuchen, seiner gesellschaftlichen Rolle gerecht zu werden und sich in sie zu fügen, dann würde sich auch das persönliche Glück einstellen (vgl. ebd.). Wenige Jahre später hätten sich die Ratschläge grundlegend geändert: eine „Rhetorik des Inneren“ (Ehrenberg 2004, S. 128) setze sich durch. Von nun an würden die LeserInnen

aufgefordert, sich mit ihren inneren Konflikten auseinanderzusetzen. Nicht mehr die Anpassung an vorgegebene Rollen, sondern die Suche nach einem authentischen Selbst stehen von nun an im Mittelpunkt. Das Prinzip der non-direktiven Beratung setzt Selbsterkenntnis bei den KlientInnen in einer Form voraus, wie es frühere Formen der Lebensberatung noch nicht taten: Deren Ratschläge orientierten sich an gesellschaftlichen Rollenerwartungen, die das Ziel der individuellen Anstrengungen vorgaben. Wenn zeitgenössische Beratungs- und Therapieangebote „vorwiegend an Motive und Erwartungen“[94] (Verres 1990, S. 149) ihrer KlientInnen anknüpfen, so müssen diese ihre Ziele nunmehr selbst definieren. Dass sich diese Entscheidung indirekt nach wie vor an gesellschaftlichen Normen orientieren und sich die Beratenden gerade durch ihren Verzicht auf eigenständige Normsetzungen zu Komplizen des Status-Quo machen, ist Ribolit’s (2009a) zentrale Kritik an Non-Direktiver Beratung.

Doch auch in anderer Hinsicht ist das gegenwärtige Beratungswesen an die marktwirtschaftliche Logik gebunden. Stefanie Duttweiler spricht davon, dass die PatientInnen von Beratungs- und Therapieangeboten verstärkt als Kunden verstanden und angesprochen würden (vgl. Duttweiler 2006, S. 50-52). Diese Übertragung einer marktwirtschaftlichen Beziehung von AnbieterIn und KonsumentIn verträgt sich gut mit dem non-direktiven Beratungsprinzip: „Die Ausweitung der Chiffre des Konsumenten in Bereiche wie Bildung und Gesundheit hat […] zur Folge, dass Probleme, um artikulierbar zu sein, in individuelle Bedürfnisse übersetzt werden müssen, die durch Marktentscheidungen befriedigbar sind“ (Opitz 2004, S. 158). Wer ein Beratungsangebot in Anspruch nehmen möchte, muss zunächst ein Bedürfnis definieren, dessen Befriedigung er sich durch das Angebot erwartet und muss dann am Markt nach jenen Anbietern Ausschau halten, von denen er sich die Befriedigung dieses Bedürfnisses am ehesten erwarten kann. Wer diesen Wandel vorschnell als Triumph eines Egalitarismus feiert, so Duttweiler, blende jedoch aus, dass damit auch ein Verlust einher gehe: Wer Beratungs- oder Therapieangebote in Anspruch nimmt, verfüge in vielen Fällen eben gerade nicht über die hier vorausgesetzten Fähigkeiten, sondern sehne sich nach Schutz und Orientierung. Diese Schutz- und Orientierungsfunktion gehe jedoch zusammen mit der Rolle des hilfsbedürftigen Patienten verloren (vgl. Duttweiler 2006, S. 51 f.): „Schutzbedürftigkeit und die

[94] Rolf Verres formuliert dies hier für die kognitive Verhaltenstherapie.

Kontingenz des Leidens werden tendenziell ausgeblendet. Damit verspielt die Psychotherapie zentrale Momente ihrer Funktion: den Zumutungscharakter gesellschaftlicher Zurichtungen […] sichtbar zu machen oder die Rolle als Anwalt derjenigen, die sich nicht in Unternehmer ihrer selbst verwandeln können – oder wollen“ (ebd., S. 66). Damit bringt Duttweiler einen zentralen Kritikpunkt an der heutigen Beratungspraxis auf den Punkt: Beratung gibt vor, sich für ihre KlientInnen stark zu machen, doch letztlich lässt sie sie im Stich. Gerade in dem sie vorgeblich deren Freiheit und Selbstbestimmung hochhält, macht sie sich zum Komplizen der vorherrschenden sozialen, politischen und ökonomischen Verhältnisse, indem sie einerseits verschleiert, dass diese die Probleme, welche Beratung notwendig machen, oft selbst befördert haben und gleichzeitig ihre KlientInnen auf deren Erfordernisse hin ausrichtet. Denn die Ausrichtung der derzeit dominanten Strömungen in Psychotherapie und Beratung auf Selbstbestimmung steht nicht in Opposition zu den gegenwärtigen ökonomischen Anforderungen an die Subjekte. Einerseits, weil moderne Methoden des Managements auf die Selbststeuerungsfähigkeiten der MitarbeiterInnen setzen, andererseits, weil die Fokussierung auf die individuellen Problemlösungsfähigkeiten dazu beiträgt, die Verantwortung für das Auftreten und vor allem für die Lösung von Problemen allein den Subjekten zuzuschreiben.

Gefördert wird dies durch den Versuch, den eingangs angesprochenen, offensichtlichen Widerspruch zwischen Hilfe und Autonomie dadurch aufzulösen, dass Hilfe als Selbsthilfe durchbuchstabiert wird, oder besser: als Hilfe zur Selbsthilfe. Der britische Soziologe Nikolas Rose hat dieses Paradigma der Hilfe zur Selbsthilfe, das auch in Ratgebern zur Depression allgegenwärtig ist, so dargestellt: Explizites Ziel sei, die Subjekte dahin zu bringen, sich selbst helfen zu können. Sie sollen zu autonomen und verantwortlichen Subjekten werden. Und sie sollen dies schaffen, indem sie auf das Wissen von ExpertInnen zurückgreifen. Einerseits ziele dieses Wissen auf Selbsterkenntnis: ExpertInnen stellen eine Sprache zur Verfügung mit der es gelingt „unsere Beziehungen mit uns selbst und anderen in Worte und Gedanken zu fassen“ (Rose 2000, S. 15), andererseits auf Selbsttransformation: die Hilfe der ExpertInnen, so Nikolas Rose, wäre an das Versprechen geknüpft, dass scheinbar unvereinbar erscheinende Lebensweisen wie wirtschaftlicher Erfolg und persönliches Wachstum miteinander ausgesöhnt werden könnten (vgl. ebd.). Ein Versprechen, das auch mit dem Leitbild des Unternehmerischen Selbst und allgemeiner, mit der postfordistischen

Produktionsweise verknüpft ist. Sie transformieren damit „existentielle Fragen über das Ziel des Lebens und den Sinn des Leidens in technische Fragen der effektiven Bewältigung von Fehlfunktionen und Verbesserung der Lebensqualität“ (ebd., S. 9). Denn unter diesem Blickwinkel gebe es keine unüberbrückbaren Widersprüche, sondern nur deren mehr oder weniger gelungenes Management. Und an diesem, so das verbindende Versprechen der verschiedenen Selbsthilfeangebote, könne man arbeiten. Daher ginge es den verschiedenen therapeutischen Angeboten darum, „das Selbst mit einer Reihe von Werkzeugen für die Bewältigung seiner Angelegenheiten auszustatten, so daß es Kontrolle über seine Unternehmungen gewinnen kann, seine Ziele definieren und die Erreichung seiner Bedürfnisse durch seine eigenen Kräfte planen kann“ (ebd., S. 16 f.). Die Erfahrung psychischen Leidens aber gefährde die vorausgesetzte und zugleich angestrebte Souveränität der Subjekte (vgl. ebd., S. 17). Das leidende Subjekt müsse deshalb in ein Subjekt verwandelt werden, das sich dem Leiden als eine Herausforderung stellt, die es zu überwinden gelte (vgl. ebd.). Eine Herausforderung freilich, an der das Subjekt auch scheitern kann. In diesem Fall bleibt ihm nur die Möglichkeit, sich für sein eigenes Scheitern verantwortlich zu fühlen, womit zum ursprünglichen Leiden ein Leiden höherer Ordnung tritt: Das Leiden daran, an der Überwindung des Leidens gescheitert zu sein.

Zusammenfassend und auf das Thema der vorliegenden Arbeit zugespitzt: Auch die Beratung zum Thema Depression zielt – und dies soll im weiteren Verlauf der Arbeit verstärkt herausgearbeitet werden – auf eine Steigerung der Selbstmanagementfähigkeiten. Krank ist wer leidet, wer sein Leiden als aus eigener Anstrengung zu bewältigende Herausforderung imaginiert, ist auf dem Weg der Besserung und wer es schafft sein Leben und seine Emotionen erfolgreich zu managen, ist geheilt. Responsibilisierung ist jene Technik, die die Wahrnehmung des Leidens als Herausforderung ermöglichen soll. Doch zugleich birgt sie selbst die Gefahr, das Leiden der Depressiven zu verstärken, indem sie diese in noch größere Schuldgefühle stürzt. Dies ist das zentrale Dilemma, welches die Analyse der Ratgeber offenbart. Es steht in Verbindung zu jenem am Auftreten depressiver Symptome beteiligten Faktor, der für die vorliegende Arbeit besonders interessant ist: Der besonders starken Orientierung an gesellschaftlichen Normen, welche seit Freud als mit der Anfälligkeit für neurotische Erkrankungen verbunden gedacht wird. Diesem Problemfeld ist das nächste Unterkapitel gewidmet.

3.2 Depression und Leistungsorientierung

Ende der 1980er Jahre erschien in Frankreich, herausgegeben von anonymen AutorInnen, der *Führer der 300 Medikamente, mit denen man sich selbst übertrifft,* in dem die AutorInnen für die Freigabe des Dopings in einer übersteigerten Leistungsgesellschaft plädierten (vgl. Ehrenberg 2004, S. 224). In der bereits diskutierten Rede des ehemaligen deutschen Bundespräsidenten Roman Herzog aus dem Jahr 1997 mahnt dieser: „Wir müssen jetzt eine Aufholjagd starten, bei der wir uns Technologie- und Leistungsfeindlichkeit einfach nicht leisten können. […] In hochtechnisierten Gesellschaften ist permanente Innovation eine Daueraufgabe!“[95] und auch in der *Du bist Deutschland* -Kampagne heißt es: „Bring die beste Leistung, zu der du fähig bist. Und wenn du damit fertig bist, übertriff dich selbst.“[96] Leistung steht in unserer Gesellschaft hoch im Kurs und sie ist dabei meist explizit an das kapitalistische Produktionssystem gebunden. Im Kapitalismus kommt Leistung eine doppelte Aufgabe zu: Einerseits ist sie eng mit dem Begriff der Produktivität verbunden. Die steigende Leistung der ArbeiterInnen führt zu einem Anstieg der Produktion und damit auch zu einem Sinken der Kosten pro Produkteinheit. Andererseits wird die individuelle Leistung der Subjekte mit dem Beginn der Moderne und dem formalen Ende der Erblichkeit gesellschaftlicher Positionen zum zentralen und einzig legitimen Kriterium der Vergabe von ökonomischen und sonstigen Privilegien.

Bekanntlich versteht die Physik unter Leistung Arbeit pro Zeiteinheit: Je weniger Zeit für dieselbe Arbeit benötigt wird, desto höher die Leistung. Von dieser knappen, der Naturwissenschaft entlehnten Definition aus lässt sich das Leistungsverständnis im Fordismus verstehen: Am Fließband misst sich die Leistung an der Geschwindigkeit, mit der sich das Band fortbewegen kann, also an der Dauer, die für die einzelnen Arbeitsschritte benötigt wird. Der Inhalt der Arbeit ist klar definiert und besteht meist aus wenigen, schnell zu erlernenden Handgriffen. Der Bandtakt ist vorgegeben, die vorgegebene Zeit darf nicht überschritten werden und kann durch den einzelnen Arbeiter oder die einzelne Arbeiterin auch nicht unterschritten werden, weil jeder Arbeitsschritt zwischen zwei anderen Arbeitsschritten eingespannt ist. Die geforderte Arbeitsleistung ist den Beschäftigten genau vorgegeben und damit zugleich beschränkt.

[95] Roman Herzog, „Aufbruch ins 21. Jahrhundert“, Online im Internet unter: URL: www.bundespraesident.de/dokumente/-,2.15154/Rede/dokument.htm [2010-09-09]

[96] Manifest für Deutschland, online im Internet unter: URL: www.abendblatt.de/daten/2005/09/29/487150.html [2010-09-09]

Der „dauernde Druck zur Erhöhung der Arbeitsintensität“, den etwa Erich Ribolits (1995, S. 102) in Zusammenhang mit dem Fordismus betont, wirkt daher stets auf alle Beschäftigten zugleich. Die Produktion ist hierarchisch organisiert, jede Arbeitskraft am Fließband ist beliebig austauschbar. Ebenso normiert wie die Arbeitsabläufe ist die äußere Zeitstruktur der Erwerbsarbeit: Die Arbeitskräfte stehen dem Betrieb für bestimmte, vorgegebene Zeiten zur Verfügung, im Idealfall acht Stunden täglich, fünf Tage die Woche, außer im Urlaub und an Feiertagen. Das Regime des Fließbands beginnt mit Betreten der Fabrik und endet mit deren Verlassen.[97]

Der vielleicht wesentlichste Unterschied zwischen dem Leistungsbegriff des Fordismus und des Postfordismus ist, dass ersterer an Zeit, letzterer an Ziele gebunden ist. Leistung im Fordismus bedeutete, sich für eine gewisse Zeit einer strengen Hierarchie und dem Takt des Fließbandes zu unterwerfen. Im Postfordismus bedeutet Leistung, vorgegebene Ziele zu erreichen. Da von Beschäftigten vermehrt innovative Leistungen verlangt werden und sich die bestehenden Hierarchien als hinderlich und zu starr erwiesen hatten (vgl. Kapitel 2.3), wird die Produktion neu strukturiert. Bestehende Hierarchien werden abgebaut und verflacht. An ihre Stelle treten selbstorganisierte Einheiten, deren kleinste das Unternehmerische Selbst darstellt. Das zentrale Problem, das sich dabei stellt, beschreiben Luc Boltanski und Eve Chiapello so: „Dabei bleibt das heikle Führungsproblem jedoch ungelöst. […] Deshalb müssen all diese *selbstorganisierten* und *schöpferischen* Einheiten, auf denen künftig die

[97] Der 2007 verstorbene marxistische Philosoph André Gorz schreibt über das Verhältnis von Arbeitenden und Unternehmen im Fordismus: „Die Arbeiter gehörten dem Unternehmen nicht an und schuldeten ihm nur eine im Arbeitsvertrag wohldefinierte Leistung zu festgelegten Stunden, Bedingungen und Modalitäten. Die Arbeitnehmer mußten dem Unternehmen zu bestimmten Aufgaben zur Verfügung stehen, brauchten sich aber das Ziel dieser Aufgaben nicht zu eigen machen, um sie erfüllen zu können. Die Verwirklichung des Ziels war durch vorbestimmte operative Abläufe garantiert, deren Beachtung das Arbeitsergebnis weitgehend unabhängig machte von den Absichten, der Persönlichkeit und dem guten Willen der Arbeitenden. […] Die konfliktträchtige Dynamik des fordistischen Produktionsverhältnisses entwickelte sich in Richtung einer immer stärkeren Begrenzung des Raumes und der Zeit, über die das Kapital zur Ausbeutung der Arbeit verfügen konnte“ (Gorz 2000, S. 55 f.). In dieser Tendenz, die Kontrolle der Arbeitenden auf bestimmte Zeiten und genau definierte Leistungen zu beschränken, sieht Gorz den wesentlichen Unterschied zwischen Fordismus und Postfordismus. Die Dynamik, die Arbeitszeit immer mehr zu beschränken, „wird im Postfordismus zunächst blockiert und dann umgekehrt. Er erobert im Namen der ‚Wettbewerbsfähigkeit‘ den Bereich zurück, den das Unternehmen während der fordistischen Phase hat aufgeben müssen. […] Er verlangt von den Einzelnen bedingungslose *Hingabe* an die Ziele des Unternehmens. Er instrumentalisiert für seine Dienste die ganze Person – ihre Ausdrucks-, Lern-, Plan- und Analysefähigkeit. […] Man hat damit in gewisser Hinsicht die Ebene der abstrakten Arbeit verlassen, die nach Marx die vorkapitalistischen Beziehungen persönlicher Unterwerfung aufhob. Denn abstrakte Arbeit war unpersönliche, ihrem Inhalt gegenüber gleichgültige ‚Leistung‘, also unabhängig von der Persönlichkeit des Arbeitnehmers. Der Postfordismus hingegen kehrt zurück zur personalisierten, nicht formalisierbaren und schwer vorbestimmbaren Leistung“ (Gorz 2000, S. 56 f.).

Leistungsfähigkeit beruht, in eine Richtung streben, die lediglich von wenigen vorgegeben wird, ohne deswegen jedoch zu den überkommenen ‚Hierarchiestrukturen' zurückzukehren" (2006, S. 115). Gelöst wird das Problem, indem Führung verstärkt durch „strukturelle Arrangements" gewährleistet wird, durch die die Beschäftigten „mit den Rahmenbedingungen ihres Handelns direkt konfrontiert werden" (Opitz 2004, S. 121). „Alle Angestellten", schreibt Opitz weiter, hätten sich „von nun an den Kopf des Unternehmens zu zerbrechen" (ebd.). Letztlich ginge es darum, mit dem „Abbau von direktem Zwang den Druck und die Leistungsbereitschaft des Einzelnen zu steigern" (ebd.). Ziel- und Leistungsvorgaben sowie die Schaffung von innerbetrieblichen Märkten und Konkurrenzbeziehungen zwischen Subeinheiten und Beschäftigten gewährleisten, dass die freigelassenen Beschäftigten weiterhin für das Unternehmensziel arbeiten.[98] Zugleich markiert der Übergang von der fordistischen Fabrik zum postfordistischen Unternehmen das Ende jener Beschränkungen der Leistungsanforderungen, die den Fordismus auszeichneten. Von nun an sind einerseits die vielfältigsten Fähigkeiten der Person von Interesse für das Unternehmen, andererseits löst sich die starre Trennung zwischen Arbeitszeit und Freizeit auf: Ein Spaziergang in der Arbeitszeit kann vielleicht die gewünschte Idee bringen, ein Problem aus der Arbeit einer Beschäftigten den Schlaf rauben. Fixe Arbeitszeiten lösen sich auf, weil die Bezahlung nach Resultaten, nicht nach Zeit erfolgt.

Christine Holch (2000) hat sich die neue Freiheit der postfordistischen Arbeit bei IBM in Deutschland angesehen. 1999 waren dort die Stechuhren abgeschafft worden (vgl.

[98] Dass die partielle Befreiung der Beschäftigten die Produktivität sogar zu steigern vermag ist dabei eine alte Erkenntnis des Liberalismus, die auch Ludwig Mises formuliert: „Als der Liberalismus im 18. und in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts daran ging, die Leibeigenschaft und Untertänigkeit der bäuerlichen Bevölkerung in Europa und die Sklaverei der Neger in den überseeischen Kolonien abzuschaffen, da haben sich nicht wenige aufrichtige Menschenfreunde dagegen ausgesprochen. […] Wenn man denen, die die Beseitigung der Unfreiheit nur aus allgemein philanthropischen Erwägungen befürworteten, entgegenhielt, die Beibehaltung des Systems liege auch im Interesse der Knechte, so wußten sie darauf nichts Rechtes zu erwidern. Denn diesem Einwand zugunsten der Unfreiheit gegenüber gibt es nur ein Argument, das alle anderen schlägt und auch geschlagen hat: daß nämlich die freie Arbeit unverhältnismäßig ergiebiger sei als die von Unfreien verrichtete Arbeit. Der unfreie Arbeiter hat kein Interesse daran, seine Kräfte ernstlich anzuspannen. Er arbeitet so viel und so eifrig, als erforderlich ist, um jenen Strafen zu entgehen, die auf Nichteinhaltung eines Mindestmaßes von Arbeit gesetzt sind. Der freie Arbeiter aber weiß, daß er um so besser entlohnt wird, je mehr seine Arbeit leistet. Er spannt seine Kräfte voll an, um sein Einkommen zu erhöhen. […] Wir bekämpfen die Unfreiheit der Arbeiter nicht, obgleich sie den „Herren" nützlich sei, sondern weil wir überzeugt sind, daß sie allen Gliedern der menschlichen Gesellschaft, also auch den „Herren", in letzter Linie Schaden bringt" (Mises 1927, S. 18-20). Wie Transformation der unfreien SklavInnen in freie LohnarbeiterInnen Mises zufolge deren Produktivität gesteigert hat, so erwartet man sich auch von der Befreiung der Arbeitenden aus den Beschränkungen der fordistischen Arbeitsorganisation eine bessere Nutzung ihres Arbeitsvermögens, vor allem im Bezug auf kreative und innovative Leistungen und Problemlösungen.

ebd., S. 241). Statt eine gewisse Arbeitszeit von den Angestellten einzufordern, werden nun zu erbringende Leistungen definiert: „Kein Chef gibt den Angestellten vor, welche Kunden sie auf welche Weise werben oder wie viel Serviceverträge sie pro Tag anfertigen sollen. Vorgegeben wird den Teams aber eine Gewinnquote. Wird die nicht erreicht, drohen Abmahnung, Geldentzug, Deinvestition, schließlich Stilllegung“ (ebd., S. 242). Alle MitarbeiterInnen würden so direkt dem Marktdruck bzw. dem Druck der Aktionäre ausgesetzt, der als Marktdruck inszeniert würde (vgl. ebd.). Operationalisiert wird dieser durch ein Regime von Vereinbarungen: In *personal commitments* müssten sich die Angestellten ihren direkten Vorgesetzten gegenüber zu bestimmten zu erbringenden Leistungen verpflichten. Der Druck würde dabei von den Aktionären ausgehend von einer Ebene zur nächsten durchgereicht (vgl. ebd., S. 243). Für die Beschäftigten hatte das neue Regime vor allem die Auswirkung, dass die mit Arbeit verbrachte Zeit deutlich gestiegen ist und sie die Arbeit nicht mehr loslässt: Tägliche Arbeitsbelastungen von 12 Stunden und mehr seien keine Seltenheit (vgl. ebd., S. 241-244). Die anfängliche Begeisterung für die neue Freiheit sei vielen Beschäftigten daher auch schon wieder vergangen: „Plötzlich wird deutlich, dass die verhasste Stechuhr auch Vorteile hatte. Wenn die Beschäftigten abends ihre Karte reinschoben wussten sie: Jetzt endet die Macht der Firma, und das Privatleben beginnt. Die Stechuhr schützte vor Überbeanspruchung. Man konnte nachweisen, dass man genug getan hat“ (ebd., S. 245). Der von den MitarbeiterInnen im ersten Moment als Befreiung erlebte Abschied von der Stechuhr hatte paradoxerweise den Druck auf die Beschäftigten und die Kontrollmöglichkeiten des Unternehmens verstärkt, in dem das Regime der Stechuhr durch ein neues der vertraglich operationalisierten Marktsteuerung ersetzt wurde. Dieser Makrosteuerung durch Zielvorgaben korrespondiert ein Regime der Selbstführung, das die MitarbeiterInnen in sich selbst errichten müssen. Dem Chef im eigenen Kopf können die MitarbeiterInnen aber nicht mehr entgehen. Das Regime der Stechuhr galt nur für eine gewisse Zeit, der Chef in der Firma verfolgte einen nicht in den Feierabend, die Arbeit war an einen betrieblichen Arbeitsplatz gebunden und blieb auch dort. Das neue Regime kennt keine Grenzen mehr und treibt so immer mehr Beschäftigte in den Zusammenbruch. Für diesen fühlt sich die Firma aber nicht verantwortlich: Die befreiten MitarbeiterInnen müssten sich eben nicht nur um das Erreichen ihrer Ziele sondern auch um ihre eigene Regeneration kümmern, zitiert Holch einen Personalmanager bei IBM (vgl. ebd., S. 247). Wer kollabiert, ist selbst schuld, weil er es verabsäumt hat, seine Kräfte entsprechend zu managen.

Dass nunmehr die gesamte Person von Interesse ist und sich die Grenzen zwischen Arbeit und Freizeit auflösen, bedeutet zugleich, dass sich das Unternehmen nunmehr als Ort potentieller Selbstverwirklichung und als sozialer Raum anbietet. Anders gesagt: Das postfordistische Unternehmen verlangt nicht nur umfassenden Einsatz, es ermöglicht ihn auch. Wer sich dem Unternehmen verschreibe, so André Gorz, dem schenke die Firma „eine Identität, eine Zugehörigkeit, eine Persönlichkeit und eine Arbeit, auf die er stolz sein kann“ (2000, S. 54 f.). Damit einher gehe jedoch „die Gefahr des *totalen Selbstverlustes*, falls seine Leistungen den sich ständig steigernden Erwartungen der Firma und der Arbeitskollegen nicht länger entsprechen“ (ebd.).

Sven Opitz betont die Bedeutung, welche die Gewährung oder der Entzug von Anerkennung bei der Führung von Beschäftigten im Postfordismus zukommt: „Statt lediglich materielle Gratifikationen und Strafen in Aussicht zu stellen, operiert das Unternehmen in letzter Konsequenz über die Gewährung und den Entzug von anerkennbarem Sein“ (Opitz 2004, S. 183). Die US-amerikanische Psychotherapeutin Ilene Philipson schreibt, es ginge ihren PatientInnen nicht darum, viel zu arbeiten um viel verdienen und damit viel konsumieren zu können (vgl. Philipson 2002, S. 11). Bei ihnen stünde vielmehr das emotionale Bedürfnis nach Anerkennung, Selbstachtung und Zugehörigkeit im Mittelpunkt, und diese Bedürfnisse würden sie eben praktisch ausschließlich in ihrer Arbeit befriedigen (vgl. ebd., S: 11 f.). Der Arbeitsplatz wird zu einem sozialen Raum und zu jenem Ort, am dem sich das eigentliche Leben abspielt.[99] Gerade jene ArbeitnehmerInnen, die sich zu den Privilegiertesten zählen können, weil sie mit allen Errungenschaften postfordistischer Unternehmenskultur gesegnet sind, entwickeln so ganz eigene Störungsbilder: In dem Moment, in dem das soziale Umfeld der ArbeitskollegInnen dysfunktional wird oder sie die Anerkennung ihrer Vorgesetzten verlieren, bricht damit ihre *ganze* Welt zusammen. Der Verlust der Anerkennung für ihre Arbeit erzeugt in ihnen das Gefühl, sich selbst zu verlieren.[100]

[99] Philipson sieht die Ursache der zunehmenden Bedeutung der Arbeit als sozialen Ort in zwei parallelen Entwicklungen: während soziale Beziehungen außerhalb der Arbeitsstätten an Bedeutung verlieren würden, wäre es innerhalb genau umgekehrt: „The new work order – spearheaded by the high tech companies of Silicon Valley – is creating total company cultures that offer engagement, a shared sense of purpose, exhilaration, and interpersonal connection that is increasingly absent in people's families and communities outside the workplace” (Philipson 2001, S. 1).

[100] Philipson zitiert eine Patientin mit den Worten: „I have no identity. My work was everything and I blew it. It's over“ (2001, S. 1).

Die Annahme einer Verbindung zwischen einer stark ausgeprägten Leistungsorientierung und psychischen Erkrankungen hat eine lange Tradition und wird bereits 1908 von Sigmund Freud in dessen Schrift *Die „kulturelle" Sexualmoral und die moderne Nervosität* beschrieben: „Die Erfahrung lehrt, daß es für die meisten Menschen eine Grenze gibt, über die hinaus ihre Konstitution der Kulturanforderung nicht folgen kann. Alle, die edler sein wollen, als ihre Konstitution es ihnen gestattet, verfallen der Neurose; sie hätten sich wohler befunden, wenn es ihnen möglich geblieben wäre, schlechter zu sein" (Freud 1999, S. 154). Im Zusammenhang mit Depressionen wird der von Freud beschriebene Zusammenhang immer wieder unter dem Begriff Perfektionismus verhandelt und mit negativer Selbstwahrnehmung und Kommunikation in Verbindung gebracht, auch in den einschlägigen Ratgebern (vgl. z.B.: Borri 2005, S. 61 f.; Merkle 2005, S. 68 und S. 101).

Der Psychoanalytiker Hermann Lang verhandelt diese ausgeprägte Orientierung an Normen in Zusammenhang mit der von ihm beschriebenen starken Neigung Depressiver, sich in intensive Abhängigkeitsbeziehungen zu verstricken: Der Depressive würde sich dadurch auszeichnen, dass er „die Gegenwart des anderen suchtartig sucht, sich von diesem abhängig macht" (Lang 1990, S. 311). Dieser Andere muss für Lang keine konkrete Person sein. Vielmehr könne „der ‚dominierende andere' auch durch eine Gruppe, eine Firma, sonstige Institutionen und deren Normen, mit denen der Depressive sich distanzlos identifiziert, repräsentiert werden; ja, die jeweilige Umwelt mit ihren bestimmten Regeln, in gewisser Weise der Status quo überhaupt, kann dieser haltgebende andere sein" (ebd., S. 313). Depressive Menschen bräuchten diesen Anderen „offensichtlich zur Konstitution eigener Identität" (ebd., S. 311). Situationen, die zu einer depressiven Erkrankung führen sind dann Lang zufolge solche, „die die Beziehung zum Anderen gefährden, Situationen des sog. ‚Objektverlusts'" (Lang 2000, S. 97). Langs Überlegung erinnert an Philipsons Erkenntnis, dass der Verlust von beruflicher Anerkennung bei ihren PatientInnen zu einem Selbstverlust führt. Anders als Lang stellt Philipson aber nicht eine individuelle Disposition zur Abhängigkeit in den Mittelpunkt ihrer Überlegungen, sondern sieht vielmehr in der Struktur der modernen Erwerbsarbeit die Ursache dafür, dass sich solche massiven Abhängigkeiten verstärkt entwickeln: Was den Bindungen ihren pathogenen Charakter verleiht, ist, dass es sich für ihre PatientInnen um die einzigen oder zumindest die einzig wirklich wichtigen Bindungen handelt. Dies wird durch die Arbeitssituation

vieler Beschäftigter eindeutig befördert und ist von den Unternehmen auch durchaus beabsichtigt, gilt eine hohe Identifikation mit der eigenen Arbeit doch als Garant für gute Arbeitsleistungen und ist deshalb wesentliches Ziel im postfordistischen Personalmanagement. In einschlägigen Stellenanzeigen werden die Möglichkeiten persönlicher Entwicklung und Entfaltung gepriesen (vgl. Wrana/Ott/Lange 2006). Gleichzeitig verbreitet sich die Meinung, dass Arbeit „eine reiche und erfüllende Erfahrung an und für sich“ (Barlow 2000, S. 332) darstellt. Wenn die Arbeit für viele einerseits immer mehr Zeit in Anspruch nimmt und gleichzeitig immer stärker an individuelle Selbstverwirklichung gebunden ist, wird es zunehmend schwer, das umzusetzen, was Lang als einen Ansatz der Therapie von Depressionen vorschlägt, nämlich dass die KlientInnen lernen sollen „mit zwei oder mehr Beinen auf dem Boden“ (Lang 1990, S. 321) zu stehen. Die postfordistischen ArbeiterInnen haben schlicht immer weniger Zeit, sich mit etwas anderem als ihrer Arbeit zu beschäftigen. Sie können und wollen sich die Zeit nicht nehmen, weil jene Tätigkeiten, die sie als herausfordernd und damit ihrer eigenen Entwicklung förderlich erleben, meist mit langen Arbeitszeiten und hoher Mobilität und Flexibilität einhergehen. Geht dann die Arbeit verloren, stehen sie tatsächlich vor dem Nichts. Gleichzeitig wird es immer leichter, in eine Situation zu geraten, in der es nicht mehr gelingt die geforderten Leistungen zu erbringen: Die Anforderungen an die arbeitenden Subjekte sind oft genug diffus und einer Konkurrenz und persönlicher Entwicklung geschuldeten Selbstüberbietungslogik verpflichtet. Die hohen Arbeitsbelastungen führen damit nicht nur zu einem Verlust alternativer „Standbeine“ außerhalb der Arbeit, sondern auch zu einer wachsenden Gefahr, diese selbst zu verlieren, weil man dem Druck einfach nicht mehr gewachsen ist.

Die These, dass die gegenwärtige Beschäftigungswelt das Auftreten depressiver Symptome befördern könnte ist das eine. Ihr gegenüber steht der pragmatisch motivierte Versuch von Psychotherapieangeboten, das Problem zu individualisieren und damit einen Ansatzpunkt für entsprechende Interventionen zu finden, die sich im Rahmen von Psychotherapie eben stets auf die Arbeit mit dem einzelnen Subjekt beschränken müssen. Dies gilt im verstärkten Maße für einschlägige Ratgeberliteratur, bei der in letzter Konsequenz KlientIn und TherapeutIn in einer Person zusammenfallen. Meine weitere Arbeit wird immer wieder um dieses Problem kreisen

und an Beispielen zu zeigen versuchen, wie Ratgeberliteratur versucht ihm zu begegnen, aber auch, welche Aporien sie sich damit einhandelt.

Die überaus erfolgreichen Depressionsratgeber des Psychotherapeuten Josef Giger-Bütler, der sich der personenzentrierten Psychotherapie verpflichtet fühlt, zeigen die angesprochene Tendenz zur Individualisierung komplexer Problemfelder beispielhaft. In seinem Ratgeber definiert er die manifeste Depression als „Ausdruck des Zusammenbruchs einer depressiven Überforderungsstrategie“ (Giger-Bütler 2003, S. 24). Die Rede von einer Überforderungsstrategie kann bereits als Hinweis verstanden werden, dass Giger-Bütler das Problem der depressiven Überforderung von der Seite des depressiven Subjekts, und nicht von einem überfordernden Umfeld her versteht: „Unter depressiver Überforderung verstehe ich somit nicht den Zustand eines einmaligen, kurzzeitigen oder lang andauernden Überfordertwerdens durch äußere Ereignisse, mögen diese noch so gravierend sein. *Depressive Überforderung meint das spezifische Muster des Umgangs mit Überforderung, meint eine spezielle Dynamik der Überforderung und damit eine spezielle Dynamik der Überforderung über eine längere Zeitspanne hinweg*“ (Giger-Bütler 2003, S. 33, Hervorhebung im Original). Entscheidend für Giger-Bütler ist die Frage, wie depressive Menschen mit den Anforderungen ihres Umfelds umgehen. Ihn beschäftigt die Frage, warum Menschen auf mögliche Auslöser von Depressionen nur in einigen Fällen, aber eben nicht immer depressiv reagieren. Er ist auf der Suche nach einem individuellen Faktor, an dem er mit der Therapie ansetzen will (vgl. ebd.). Für Giger-Bütler steht am Beginn der Entwicklung einer Depression „beständige Überforderung, eine Überforderung, der sie [die Kinder, JK] nicht ausweichen können, weil ihnen ein Verhalten nahegelegt bzw. von ihnen implizit erwartet wird, das sie zwangsläufig überfordern muss“[101] (ebd., S. 56). Dass sich die Eltern seiner PatientInnen in dieser Weise verhalten, führt er wiederum auf deren eigene Überforderung zurück.[102] Überforderung wird somit zum

[101] Als konkrete, die Ausbildung depressiver Muster fördernde Verhaltensweisen der Eltern nennt Giger-Bütler „ständiges Kritisieren und Herummäkeln an den Kindern“ (2003, S. 61), „Väter mit hohen Erwartungen“ (ebd., S. 63) und sehr klaren Vorstellungen, wie die Kinder zu sein hätten (vgl. ebd.), autoritäre Väter mit hohen Leistungserwartungen an die Kinder (vgl. ebd., S. 65), „dienende, aufopfernde Mütter“, die selbst so rücksichtsvoll sind, dass sich die Kinder nicht mehr trauten ungezogen zu sein (vgl. ebd., S. 67) aber auch „starke und bestimmende Mütter“ (ebd., S. 69), bei denen es „immer nur danach geht, wie die Mütter es wollen“ (ebd., S. 70) sowie selbst depressive Mütter und Väter (vgl. ebd. S. 71-74).

[102] Er beschreibt dies so: „Die Eltern und Elternteile der Kinder sind mit ihrer Situation physisch und psychisch überfordert und nicht in der Lage, den Kindern das zu geben, was sie für eine gesunde Entwicklung brauchen. Diese Überforderung nehmen die Kinder auf, verinnerlichen sie und stellen sich

verbindenden Element in Giger-Bütlers Theorie. Sie erscheint zugleich als Ursache und Folge von Depressionen.

Die depressive Überforderungsstrategie depressiver Menschen besteht für Giger-Bütler unter anderem darin, dass diese nicht zur Ruhe kommen könnten, von sich immer zu viel fordern würden. Da für Giger-Bütler diese Überforderungsstrategien die Ursache von depressiven Verstimmungen, ja in gewisser Hinsicht die Depression selbst sind[103], zielt für ihn die Therapie logischerweise auf deren Beseitigung ab. Hinter der Ausbildung dieser Strategien mögen bestimmte familiäre Erfahrungen des Einzelnen, möglicherweise sogar gesellschaftliche Werthaltungen und bestimmte Formen der Menschenführung stehen. In letzter Konsequenz aber wird Überforderung zur dysfunktionalen Strategie erklärt, die im Subjekt eingeschlossen ist und eben dort behandelt werden kann. Und zwar, erstaunlicherweise, durch dieses selbst, wobei ihm laut Giger-Bütler eben jene Eigenschaften selbst zugutekommen würden, die eng mit diesen Überforderungsstrategien verbunden seien: "Es sind ihr Einsteckvermögen und ihre Ausdauer, die sie immer wieder vorwärts getrieben haben, Eigenschaften also, die sie in diesen leidvollen Zustand gebracht haben und die, wenn sie diese für und nicht gegen sich einsetzen, die besten Voraussetzungen sind für ein Gelingen des Weges aus der Depression" (Giger-Bütler 2003, S. 325). Auch damit zeichnet sich ein Muster ab, das in den einschlägigen Ratgebern immer wiederkehrt: Der Versuch, mit Depressionen verbundene Eigenschaften für die Selbst-Therapie fruchtbar zu machen. Doch damit verbunden ist die Befürchtung und Warnung, dass sich die Bemühungen um Selbsttherapie gegen die Betroffenen selbst wenden könnten, sich die Symptomatik durch den Kampf gegen sie nur noch verschlimmert, sich die Depressiven in neue Abhängigkeiten verstricken usw.

Wie auch von Josef Giger-Bütler angesprochen und im zweiten Kapitel diskutiert gelten Selbstwertprobleme heute als wesentliches Merkmal der Depression. Daniel Hell sieht eine Verschiebung der depressiven Psychodynamik, weg von Autoritätskonflikten

---

auf ihre ganz spezielle Weise darauf ein“ (ebd., S. 58). Und weiter „Zusammengefasst geht es darum, dass andere Menschen oder andere Ziele oder Umstände, gewollt oder ungewollt, bewusst oder nicht bewusst, den Eltern mehr Energie abverlangen, ein größeres Engagement fordern und mehr Bedeutung bekommen, was sich dann direkt und indirekt auf die Kinder auswirkt: Die Kinder kommen bezüglich emotionaler Wärme und beziehungsmäßiger Unterstützung zu kurz“ (Giger-Bütler 2003, S. 59 f.).

[103] Zumindest als latente Depression, die aber leicht in eine manifeste Depression übergehen könne, „wenn die Überforderung zu nachhaltig, die Belastung zu groß, der Kraftverbrauch zu massiv, die Müdigkeit zu tief, die Angst zu groß, die Verzweiflung zu stark wird und die Regeneration nicht mehr greift“ (Giger-Bütler 2003, S. 139).

und Schuldgefühlen hin zu Selbstwertproblemen (vgl. 2007, S. 78 f.). Hell geht davon aus, dass sich diese Selbstwertprobleme dann einstellen, wenn das Ideal „ein besonders tüchtiges, erfolgreiches oder lustvolles Leben zu führen“ (ebd., S. 81) an inneren und äußeren Gründen scheitern würde, etwa an Erschöpfung, beruflichen und privaten Konflikten oder dem Verlust des Arbeitsplatzes (vgl. ebd.). Damit folgt auch Hell der grundsätzlichen These einer Verbindung depressiver Symptomatik und besonders ausgeprägter Orientierung an gesellschaftlichen Normen.

Auch AutorInnen von Selbsthilferatgebern sehen diese Verbindung. In der Therapie werden jedoch gesellschaftlich vermittelte Normen und Probleme des Selbstwertes häufig getrennt. Auch hier zeigt sich die beschriebene Tendenz, die depressive Symptomatik aus ihren gesellschaftlichen Rahmenbedingungen herauszulösen und zu einem isolierten Problem des kranken Subjekts zu erklären, um einen eindeutigen Ansatzpunkt für therapeutische Bemühungen zu markieren. Die beiden kognitiven Verhaltenstherapeuten Rolf Merkle und Antoinette Borri wollen die Frage der Selbstachtung ausschließlich als individuelles Problem verstanden wissen. Selbstachtung, so Merkle, hätte überhaupt nichts mit persönlicher Leistung oder individuellen Eigenschaften zu tun: „Sich selbst zu achten bedeutet, sich als wichtig und wertvoll anzusehen, ungeachtet der Fehler und Schwächen, die man hat. Es bedeutet sich selbst zu akzeptieren, ungeachtet seines Äußeren, seines Erfolges oder der Anerkennung durch andere“ (Merkle 2003, S. 57). Selbstachtung wird auf diesem Weg vollständig entleert, sie hat keinen Inhalt. Gleichzeitig wird sie aus ihrem sozialen Bezug gelöst. Sie wird zu einem Wert, der sich einzig und allein durch Techniken der Autosuggestion herstellen lassen soll. Merkle empfiehlt seinen LeserInnen denn auch, täglich folgenden Text zu lesen, den sie immer bei sich tragen sollen: „Selbstachtung ist das Wertvollste, was ich besitzen kann. Deshalb entscheide ich mich heute dafür, mich nicht mehr zu verurteilen und abzulehnen. Ich akzeptiere mich so, wie ich bin, mit all meinen Fehlern und Schwächen. Gute Leistungen werde ich annehmen und mich dafür loben. Es ist nicht so wichtig, was andere von mir denken. Viel wichtiger ist es, was ich von mir selbst denke. Ich bin einzigartig. Niemals zuvor gab es jemanden wie mich und es wird nie mehr jemanden geben wie mich. Wenn ich etwas nicht auf Anhieb schaffe, dann habe ich Geduld mit mir und probiere es noch einmal. Ich habe das Recht, mich gut zu fühlen, gleichgültig, was ich tue und wie viel ich tue. Ich bestimme, wie ich mich fühle“ (ebd., S. 78). Selbstachtung wird zu einer erlernbaren Kompetenz, die

Selbstbeobachtung ebenso voraussetzt wie die unermüdliche Arbeit an einem positiveren Selbstbild: „Hören Sie auf, sich abzuwerten und sich zu verurteilen, sich als dumm, minderwertig und überflüssig anzusehen, sich einen Versager, eine Niete und eine Null zu nennen. Sie müssen lernen, diese negativen Gedanken ein für alle Mal aus Ihrem Kopf zu verbannen. Das bedeutet, dass Sie sehr wachsam sein müssen, um sich auf frischer Tat zu ertappen. Stellen Sie fest, dass Sie sich abwerten, dann stellen Sie Ihre Gedanken in Frage“ (Merkle 2003, S. 74). Martin Hautzinger bringt die dahinterliegende Strategie auf den Punkt, wenn er schreibt, man müsse sich die notwendige Anerkennung selbst zukommen lassen, denn da „andere das nicht tun, müssen wir es selbst tun“ (2006, S. 48). Antoinette Borri ruft ihren LeserInnen denn auch zu: „Dafür, dass Sie Ihre Selbstachtung bewahren, sind Sie und nur Sie verantwortlich“ (Borri 2005, S. 98). Im Umkehrschluss heißt dies freilich, dass die, denen die Steigerung ihres Selbstwerts nicht gelingt, auch dafür alleine die Verantwortung tragen. Weder ein zu wenig unterstützendes Umfeld noch unveränderbare Eigenschaften der eigenen Persönlichkeit können dann als Ursache der eigenen Selbstentwertung festgemacht werden. Wenn der Selbstwert so zu einer persönlichen Aufgabe wird, kann man an dieser auch scheitern. Passiert dies, so kommt zur depressiven Selbstentwertung eine Selbstentwertung höherer Ordnung: Der Vorwurf an das eigene Selbst, daran gescheitert zu sein, gegen die eigene Selbstentwertung erfolgreich anzukämpfen.[104]

Im Gegensatz zum lediglich auf das Individuum fokussierten Zugang zahlreicher Depressionsratgeber betont der Soziologe Sighard Neckel die soziale Dimension der Scham. Neckel will das Problem der Scham mit Macht und sozialer Ungleichheit verbinden und definiert Scham dementsprechend als „Wahrnehmung von Ungleichheit“ (Neckel 1991, S. 21), während er unter Beschämung eine Machtausübung versteht, die Ungleichheit reproduziert (vgl. ebd.). Schuld und Scham sind für Neckel beide mit der Verfehlung einer Norm verbunden und haben alleine aus diesem Grund schon eine soziale Komponente. Der soziale Bezug der Scham geht für ihn aber noch über jenen der Schuld hinaus, denn nicht „der Normbruch selbst lässt uns erröten, sondern die Vorstellung, daß andere von ihm wissen“ (Neckel 2000, S. 96). Scham braucht somit

[104] Im Diskussionsforum des Kompetenznetzwerks Depression schreibt eine Betroffene: „Warum hasse ich mich so? Was ist los mit mir? Warum kann ich nicht mit mir zufrieden sein? Warum kann ich nicht lernen und mir ins Hirn brennen, positiv zu denken? Warum immer dieser Absturz ins Negative, Destruktive?“ (Müller-Rörich 2007, S. 38).

die Beschämung durch die Entdeckung, während Schuld auch ohne ein unmittelbares Gegenüber denkbar ist. Gleichzeitig ist die Schuld für Neckel stärker an das Verbot und die Moral gebunden als die Scham: Schämen könne man sich auch für ein unverschuldetes Verfehlen von Normen, wie etwa mangelnde Fähigkeiten oder unser Aussehen (vgl. ebd., S. 96 f.). Das entscheidende Kennzeichen der Scham scheint also die Angst vor Entdeckung zu sein: „Indem man sich schämt, fühlt man das eigene Ich in der Aufmerksamkeit anderer hervorgehoben und zugleich, daß diese Hervorhebung mit der Verletzung irgendeiner Norm (sachlichen, sittlichen, konventionellen, personalen) verbunden ist“, schreibt Georg Simmel (1995, S. 141).

Dass Neckel Schuld an Verbote, Scham an ein Ideal der eigenen Person bindet (vgl. ebd., S. 96) kann ein Hinweis darauf sein, dass Scham gegenüber der Schuld in einer Gesellschaft, in der explizite Verbote zugunsten eines allgemeinen Imperativs der Unverwechselbarkeit und Selbstüberbietung in den Hintergrund treten, an Bedeutung gewinnt. Jens Roselt schreibt, in „einer Gesellschaft, die Freiheit für ein Markenzeichen hält, ist Scham ein probates Mittel der Kontrolle und Regulierung“ (2003, S. 48). Schuld braucht Verbote, die Scham orientiert sich an eher abstrakten Idealen der Person. Dies macht es auch schwerer, gegen Scham und Beschämung anzugehen: „Die Frage der Schuld wird vor Gericht entschieden, für die Scham hingegen gibt es kaum soziale Orte, an denen sie verhandelt werden kann“ (ebd., S. 50). Die Scham müssen die Subjekte mit sich selbst ausmachen. Zwar lässt sich auch die Berechtigung von Subjektidealen in Frage stellen, diese erscheinen aber im Allgemeinen als besser mit individueller Freiheit vereinbar als Verbote: Die an sie gebundene Macht erscheint eher als produktiv denn repressiv. Sie zielt auf Selbstvervollkommnung und gerade das macht sie besonders geeignet, eine spezifische Arbeit der Subjekte an sich anzuregen. Auch, weil sie bereits früher wirkt als die Schuld. Während diese erst nach einem begangenen Normverstoß festgestellt werden kann, wirkt die Angst vor der Beschämung bereits im Vorhinein: „Wer der unangenehmen Scham entgehen will, wird versuchen, ihr zuvorzukommen und den Normen zu entsprechen“ (ebd., S. 49). Beschämung kann somit auch als eine Regierungstechnik verstanden werden: Sie regt die Subjekte dazu an, an sich zu arbeiten um sich dem Ideal anzunähern. Wer „der Sichtbarkeit unterworfen ist und dies weiß, übernimmt die Zwangsmittel und spielt sie gegen sich selbst aus“ (Foucault 1994, S. 260). Dem Regime der Sichtbarkeit können sich die Subjekte aber immer weniger entziehen: Ob im Assesment-Center, im Web 2.0

oder in diversen Casting-Shows: sich den (kritischen) Blicken anderer auszusetzen wird selbst zu einer Norm. Wer im Internet keine Spuren hinterlässt gerät schnell in Verdacht, sozial isoliert oder zumindest nicht auf der Höhe der Zeit zu sein. Noch nie war es so einfach, einen Blick ins Privatleben anderer – etwa von Bewerbern um eine Arbeitsstelle – zu werfen. So wird auch die persönliche Spur im World Wide Web zu einer komplexen Optimierungsaufgabe: Wie viel Privatheit und Öffentlichkeit ist dem persönlichen Auftritt dienlich, ab wann wird sie schädlich? Welche Informationen soll man preisgeben, welche zurückhalten? Und kann man die eigene digitale Spur überhaupt noch kontrollieren?

Dem Aufstieg neuer gouvernementaler Techniken korrespondiert eine verstärkte Bedeutung von Gefühlen der Scham und teilweise bis zur totalen Selbstentwertung gesteigerter Selbstwertprobleme. Den angesprochenen, flexiblen Leistungsnormen des Postfordismus ist eigen, dass sie keine Begrenzungen mehr kennen, weder qualitativ noch quantitativ. Einerseits erfassen sie alle Bereiche des Lebens, andererseits ist ihnen eine Selbstüberbietungs- und Konkurrenzlogik eingeschrieben, die immer nach einer weiteren Steigerung verlangen: Noch erfolgreicher, noch glücklicher, noch authentischer, noch kreativer. Der Postfordismus begnügt sich nicht länger mit gewissen Leistungen die zu definierten Zeiten zu erbringen sind, die Grenzen zwischen Arbeitszeiten und Arbeitspflichten auf der einen, Freizeit und Selbstverwirklichung auf der anderen Seite werden unscharf. Unternehmen werden zu sozialen Räumen stilisiert, der Chef wird zum Kumpel, der Verlust der Erwerbsarbeit zu einem Verlust des Lebensraums und der Möglichkeit zur Verwirklichung des eigenen Selbst.

Der hier dargestellten totalen Abhängigkeit und Verstrickung der Subjekte von und in die moderne Beschäftigungswelt korrespondiert die Betonung individueller Freiheit und Verantwortung. Die Depressionsratgeber reiten auf dieser Welle mit, weil ihnen ihr Pragmatismus gebietet, nur ändern zu wollen was sie glauben ändern zu können: Ihre LeserInnen.

3.3 Depression und Verantwortung

Wer sein eigenes Unglück verursacht habe, könne auch sein eigenes Glück bewirken. Beides geht für die Apologeten individueller Verantwortung Hand in Hand und genau dies macht die Zuschreibung von Verantwortung im Kontext von neoliberaler Gouvernementalität, Depression und einschlägiger Hilfsangebote so verzwickt: Gefühle der Schuld und Scham, Selbstherabsetzung oder ganz allgemein gesprochen: negativer Selbstkommunikation sind ganz wesentliche Elemente depressiver Erkrankungen (vgl. Kapitel 2.3). Responsibilisierung ist zugleich eine wesentliche Taktik neoliberaler Gouvernementalität. Sie erweist sich – gerade, wenn auf explizite, disziplinäre Steuerungsmechanismen zunehmend verzichtet wird – als ausgesprochen probates Mittel der Regierung. Unter dem Label „Selbstverantwortung" lassen sich Forderungen nach sozialer Sicherheit ebenso zurückweisen wie Klagen über Einkommensungleichheiten, lassen sich aus starren Hierarchien entlassene Beschäftigte trotz autonomen Handelns an die Ziele des Unternehmens binden, kann individuelles Unglück als Folge individuellen Versagens verstanden und damit produktiv gewendet werden, indem es nicht zu Protest oder Resignation, sondern zu forcierter Arbeit am eigenen Selbst führt. Wenn neoliberale Gouvernementalität mit Foucault als Regierung der Freiheit verstanden wird, dann erfolgt diese Regierung der Freiheit zentral über die Zuschreibung von Verantwortung. Selbstverantwortung „macht das Selbst *regierbar*" (Fach 2004, S. 234, Hervorhebung im Original), weil sie Selbsttransformationsprozesse anregt. Wenn jeder alleine für seine Situation verantwortlich ist muss jeder Versuch, die eigene Situation zu ändern zuerst am eigenen Selbst ansetzen. Diese Arbeit, die die selbstverantwortlichen Subjekte an sich leisten, lässt sich produktiv nützen, weil sie zwar auf eine Verbesserung der individuellen Situation zielt, dabei aber den Weg einer Steigerung der Brauchbarkeit wählen muss: Nur wer seine individuellen Eigenschaften auf die ökonomischen Anforderungen abstimmt, kann damit rechnen, dass diese nachgefragt und entsprechend vergütet werden. Scheitert das Subjekt jedoch an dieser Transformation des Selbst, hat es keine Möglichkeit, dieses Scheitern externen Faktoren zuzuschreiben. Genau dies lässt die Responsibilisierung vor dem Hintergrund der depressiven Symptomatik als problematisch erscheinen, könnte sie doch die mit ihr verbundene Tendenz zur Selbstentwertung noch verstärken.

Das individuelle Unglück als Zeichen eigenen Versagens zu sehen gilt heute einerseits durchaus nicht als krank. Gleichzeitig könnte genau dies krank machen und zwar dann, wenn die Arbeit an sich selbst scheitert, weil die Selbstbezichtigung in depressive Lähmung mündet. Zugleich ist es aber jener beschworene Glaube an die eigene Macht, auf den sich auch wesentlich jene Hilfsangebote stützen, die Betroffenen Anleitung geben wollen, wie sie ihre psychischen Störungen überwinden können. Das Verhältnis von Depression, Selbstverantwortung und Therapie ist mithin überaus prekär. Einerseits gilt es der depressiven Tendenz, sich selbst massive Vorwürfe zu machen, entgegenzutreten. Dazu muss der Verantwortungsdruck gemildert werden. Andererseits zielen die Hilfsangebote darauf, den Glauben ihrer LeserInnenschaft in deren Möglichkeiten, ihre Krankheit zu überwinden, zu stärken.

„*Sie haben ihr Leben, so wie es jetzt ist, frei gewählt.* Diesen Alltag, diesen Job, diesen Chef, diese Kollegen, diese Wohnung, diese Stadt, diesen Partner (oder auch ihr Single-Dasein) – all das und alle anderen Umstände sowie Begleitumstände Ihres Lebens: Sie haben sie gewählt, dafür sind Sie verantwortlich. Und nur Sie. Egal, welche Motive Sie hatten, einerlei, was Sie bewog: Sie haben es sich ausgesucht. Sie haben *alles*, was jetzt ist, entschieden und damit selbst gewählt – und Sie können all dies auch wieder abwählen. Dafür wäre dann wieder ein Preis zu zahlen. Wie hoch der ist entscheiden nur Sie selbst“ (Sprenger 2004, S. 23).

Das Zitat aus einem Lebensratgeber des Managementtrainers Reinhard Sprenger zeigt die zentrale Figur individueller Verantwortungszuschreibung, wie sie auch in den meisten Selbsthilferatgebern zum Thema Depression zu finden ist: Die aktuelle Lebenssituation wird – darin in völliger Übereinstimmung mit liberalen ökonomischen Theorien – ausschließlich als Folge von Wahlhandlungen verstanden, die wiederum als Folge individueller Kosten-Nutzen-Kalküle beschrieben werden. Der oder die Einzelne entscheide sich die ganze Zeit und zu jeder Zeit, und zwar über alle Umstände seiner Existenz und stets auf der Grundlage subjektiver Kostenabwägungen: „Wenn wir etwas tun oder lassen, dann vergleichen wir Preise. […] Wir vergleichen Preise, kommen zu einem Ergebnis – und dieses Ergebnis ist dann unser konkretes Handeln. Das, was wir in jeder Sekunde tatsächlich tun, ist nichts anderes als das Ergebnis dieses Preisvergleichs“ (Sprenger 2004, S. 12). Für Sprenger gibt es kein Jenseits von Freiheit, Wahl und Selbstverantwortung: man kann nicht *nicht* wählen. Sprenger zielt mit seinem Buch daher nicht darauf, seine LeserInnenschaft aufzurufen, zu wählen,

vielmehr geht es ihm darum, sie dazu zu bringen, ihr Leben als Folge von Wahlhandlungen aufzufassen: „Die aktive Rolle, die wir dabei einnehmen, ist uns meist nicht bewusst, und so erleben sich viele Menschen nicht als Gestalter ihres Lebens, sondern als Opfer der Umstände. Sie werden unzufrieden. Selbstmitleid kommt auf“ (Sprenger 2004, S. 12).

Nun werden jene Umstände, als deren Opfer sich Menschen betrachten, für diese dadurch nicht weniger unangenehm, dass sie sich auch noch für ihr Auftreten verantwortlich machen. Sprengers Ansatzpunkt ist hier jedoch nicht die Frage nach der Bewertung, sondern nach den Ursachen dieser Umstände. Er schreibt gegen die Selbstverortung als Opfer und argumentiert dies wie folgt: Wer sich als Opfer empfinde, hätte sein Unglück nicht selbst herbeigeführt, er könne daran aber auch selbst nichts ändern. Umgekehrt impliziert die radikale Zuschreibung von Verantwortung gleichzeitig, vollkommene Macht über die eigenen Existenzbedingungen zu haben, denn „wenn Sie anerkennen, dass Sie Ihre private und berufliche Situation frei gewählt haben, können Sie diese Situation auch wieder *abwählen* – jederzeit“ (Sprenger 2004, S. 13). In Sprengers Logik ist jede und jeder an allem schuld, andererseits zu allem fähig. Wenn Sprenger schreibt: „Sie können ihr Leben selbst steuern oder von anderen steuern lassen. In dem einen Fall sind Sie die Ursache, die Quelle ihres Lebens. In dem anderen Fall reagieren Sie auf das, was um sie herum passiert“ (Sprenger 2004, S. 16), scheint er sich damit auf den ersten Blick selbst zu widersprechen, doch bleibt er seiner grundsätzlichen Überzeugung, dass es nicht möglich wäre, nicht zu wählen, dennoch treu. Die Frage ist für ihn einzig, ob wir uns dessen bewusst sind. Dies wiederum hat für ihn Auswirkungen darauf, wie wir wählen und wie wir uns verhalten. Gleich anschließend schreibt er daher: „Beide Lebenskonzepte können nicht völlig getrennt, wohl aber unterschieden werden. In welchem Bereich Sie sich vorrangig aufhalten, ist eine Frage Ihrer inneren Einstellung“ (Sprenger 2004, S. 16). Aus den Entscheidungszwängen gibt es für Sprenger kein Entkommen, aber es ist für ihn trotzdem nicht gleichgültig, ob wir uns dieses Umstandes bewusst sind. Auch wenn sich Menschen immer irgendwie entscheiden und diese Entscheidungen immer durch die damit verbundenen Kosten motiviert sind, wenn sie um diesen Mechanismus wüssten, würden ihre Entscheidungen anders, eventuell kühner ausfallen. Freilich wäre das Gegenteil ebenso denkbar, dass nämlich das Wissen

darum, dass jede Entscheidung Konsequenzen hat, die oft genug im Vorhinein nicht abschätzbar sind, zu einem Zustand ängstlicher Lähmung führt.

Sich nicht entscheiden zu können wird denn auch von vielen AutorInnen einschlägiger Ratgeber als Symptom der Depression genannt. „Vielen Depressiven", schreiben Ulrich Hegerl und Svenja Niesken, „fällt es schwer, sich für oder gegen eine bestimmte Alternative zu entscheiden. Sie haben ständig das Gefühl, ihre Entscheidung sei falsch" (2004, S. 136). Mit anderen Worten: Die Angst davor, eine Entscheidung könnte unangenehme, nicht abschätzbare Konsequenzen haben, führt dazu, dass keine Entscheidungen mehr getroffen werden können. Wie Antoinette Borri – darin ganz in Übereinstimmung mit Sprenger – schreibt, stellt aber auch dies bereits eine Entscheidung dar: „Wenn wir uns entscheiden, uns nicht zu entscheiden, ist auch dies eine Entscheidung" (2005, S. 66, im Original fett gedruckt). Wenn das persönliche Wohlergehen als Folge individueller Entscheidungen verstanden wird und diese als radikal frei gedacht werden, dann gibt es aus dem Zwang, sich zu entscheiden kein Entkommen. Dies zeigen auch die von Hegerl und Niesken vorgeschlagenen Techniken, wie die Unfähigkeit, sich zu entscheiden, zu meistern wäre: „Versuchen Sie, in einer solchen Situation erst einmal herauszufinden, ob es sich um eine wichtige oder um eine unwichtige Entscheidung handelt: Verschieben Sie wichtige Entscheidungen möglichst so lange, bis Sie sich wirklich besser fühlen. Treffen Sie unwichtige Entscheidungen dagegen ohne lange nachzudenken. Überlegen Sie sich ein geeignetes System, das Ihnen dabei helfen kann (z.B. die Alternativen auslosen oder ein Geldstück werfen)" (2004, S. 136 f.). Hier muss zunächst die Entscheidung, ob eine Entscheidung wichtig oder unwichtig ist, getroffen werden. Selbst das Auslosen kommt nicht ohne die Entscheidung für oder gegen ein Verfahren aus und zuletzt bleibt die Entscheidung, dem Los zu folgen oder sich doch anders zu entscheiden. Egal welche Hilfsmittel den Betroffenen geboten werden, der Akt des Entscheidens bleibt an ihnen hängen. Die entsprechenden Verfahren versuchen lediglich, die Entscheidungen zu ordnen und eventuell in viele Mikroentscheidungen aufzuspalten: „Falls sich eine Entscheidung nicht verschieben lässt, erstellen Sie eine Entscheidungsbilanz, das heißt, schreiben Sie die Vor- und Nachteile einer Möglichkeit auf, unter denen Sie wählen müssen, und bewerten Sie (Bewertungsskala bis +10 bzw. bis -10). […] Auf diese Weise wird es Ihnen auch in Ihrer momentan schwierigen Situation leichter fallen, eine absolut sachliche Entscheidung zu treffen, die Sie nicht bereuen werden" (Borri 2005,

S. 68 f.). Es ist leicht zu sehen, dass eine Entscheidungsbilanz zu erstellen nur gelingen kann, wenn viele kleine Entscheidungen gefällt werden: Was spricht dafür, was dagegen? Wie stark sind die einzelnen Aspekte zu bewerten? Wann kann die Sammlung von Pros und Kontras eingestellt werden? Kann man jemals wissen, ob die Entscheidung absolut sachlich war und nie bereut werden wird?[105]

Häufig wird in den Ratgebern eine paradoxe Figur der Verantwortungszuschreibung bei Depressiven beschrieben: Während sie die Ursache für Misserfolge bei sich selbst suchen würden, würden Erfolge stets äußeren Ursachen zugeschrieben: „Ein depressiver Mensch", so Ursula Nuber, „fühlt sich für Misserfolge ausschließlich selbst verantwortlich, während er Erfolge auf das ‚Glück' oder den ‚Zufall' zurückführt" (Nuber 2001, S. 31). Kognitive Verhaltenstherapeuten wie Martin Hautzinger sehen in dieser spezifischen Art der Verantwortungszuschreibung sogar eine Ursache depressiver Verstimmungen: „Wer eine schöne, erfolgreiche, erfreuliche Sache glücklichen Umständen oder dem Zufall zuschreibt, wird davon weniger haben, als eine Person, die für diese Erfolge die eigene Person und die eigenen Fähigkeiten verantwortlich macht. Erleben wir dagegen etwas Negatives, einen Misserfolg, ein Ungeschick und machen dafür nun das eigene Versagen, die eigene Unfähigkeit verantwortlich, während wir Erfolge, Schönes, Angenehmes eher dem Zufall oder glücklichen Fügungen zuschreiben, dann führt dies zu Verzweiflung und Depression" (Hautzinger 2006, S. 34). Martin Hautzinger beschreibt hier eine bestimmte Form der Verantwortungszuschreibung als Ursache der Depression. Anders als etwa bei Sprenger und in vielen Depressionsratgebern wird nicht einfach jedes Ereignis, egal ob erfreulich oder unerfreulich, als Folge individueller Entscheidungen und Handlungen verstanden. Auch die gegensätzliche Taktik, jedes Ereignis als Produkt des Zufalls zu bewerten, wird nicht konsequent verfolgt. Dies erscheint zunächst als unnötige Grausamkeit gegen die eigene Person, die außerdem inkonsequent und widersprüchlich daherkommt, lässt sich aus Sicht der kognitiven Verhaltenspsychologie jedoch logisch stringent aus dem negativen Selbstbild, das mit Depressionen einhergeht, herleiten: Wer sich selbst nichts zutraut, kann das Erfreuliche, das ihm oder ihr zustößt nicht als Folge eigener Leistungen sehen. Gleichzeitig bestätigt jeder Misserfolg aufs Neue die eigene Unzulänglichkeit.

[105] Vor diesem Hintergrund verwundert der Forumseintrag einer Betroffenen kaum, die schreibt: „Wenn ich mich wenigstens entschließen könnte. Ja, das Schlimmste ist immer, Entscheidungen zu treffen, das hasse ich am meisten" (Müller-Rörich 2007, S. 34).

Die kognitive Verhaltenstherapie zielt dementsprechend auch darauf, das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten, die sogenannten *internalen Erfolgsfaktoren* (vgl. Verres 1990, S. 144), zu stärken. So finden sich in den Ratgebern immer wieder entsprechende Übungen, das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten zu heben: „Sie müssen sich wieder auf Ihre Stärken besinnen! Nur wenn Sie wissen, dass Sie welche haben, können Sie sie einsetzen und gebrauchen", ruft Antoinette Borri (2005, S. 39) ihren LeserInnen zu. Die Rede von den eigenen Stärken ist dabei direkt an das entsprechende Handlungsvermögen gebunden. Die LeserInnen sollen von ihrer eigenen Selbstwirksamkeit – zumindest in Teilbereichen – überzeugt werden bzw. sich selbst davon überzeugen, um in weiterer Folge tatsächlich Handlungsfähigkeit zurückzugewinnen. Gelingen soll dies durch ein entsprechendes Übungsprogramm: „Nehmen Sie Ihr Aufgabenheft zur Hand und betiteln Sie die ersten beiden Seiten mit: ‚Meine Stärken'. Unterteilen Sie diese beiden Seiten in je drei Spalten. Notieren Sie in jede Spalte eine ihrer Stärken" (Borri 2005, S. 38). Sind die eigenen Stärken gesammelt – die entsprechenden Aufgaben ziehen sich durch das gesamte Buch – sollen diese durch ständiges Wiederholen verinnerlicht werden: „Erinnern Sie sich an Ihre Stärken beim Aufwachen und beim Schlafengehen! Sprechen Sie sich Ihre Stärken dabei ruhig vor" (Borri 2005, S. 39, im Original fett gedruckt). Immer wieder sollen die LeserInnen sich von ihrer Selbstwirksamkeit überzeugen: „Ich vertraue auf meine Kraft, ich vertraue auf meine Stärken. Ich vertraue auf mich. Ich *weiß*, dass ich es schaffen werde – immer" (Borri 2005, S. 150, im Original fett gedruckt). Das Zutrauen in die eigenen Fähigkeiten soll durch ständiges Wiederholen gefestigt werden und wird gegen aufkeimende Selbstzweifel in Stellung gebracht: „Notieren Sie mindestens zehn positive Eigenschaften von sich. […] Schreiben Sie diese zehn positiven Seiten auf einen kleinen Zettel, den Sie immer bei sich tragen. Wenn Sie sich dabei ertappen, dass Sie sich wieder abwerten, holen Sie den Zettel heraus und lesen Sie ihn durch" (Merkle 2003, S. 75). Da Sprache in der Depression ihre Fähigkeit verliert, Selbststimulierung zu gewährleisten und als Belohnungssystem zu fungieren, wie Julia Kristeva ausführt (vgl. 2007, S. 17), wird diese Funktion gleichsam externalisiert. Auch hier besteht jedoch die Möglichkeit des Scheiterns: Wenn die geforderte Externalisierung nicht gelingen will, der Erfolg sich nicht einstellt und das negative Selbstbild sich trotz aller entsprechenden Versuche als stabil erweist, kommt zur depressiven Selbstentwertung eine Selbstentwertung höherer Ordnung, nämlich der Selbstvorwurf, auch an der

Bekämpfung der eigenen Selbstvorwürfe gescheitert zu sein. Die Zuschreibung von Verantwortung erweist sich auch hier als potentieller therapeutischer Bumerang.

Auch Krankheitsmodelle und Theorien über Ursachen der Depression sind eng mit Fragen individueller Verantwortung verbunden. Aus der Frage, was die Depression verursacht hat, wird schnell die Frage, wer die Depression verursacht hat. Psychosoziale Krankheitsmodelle, wie etwa jenes von Josef Giger-Bütler (s.o.), machen wesentlich soziale Umfeldfaktoren verantwortlich, die wiederum für die Ausbildung spezifischer, innerpsychischer Strukturen verantwortlich gemacht werden. Dies gilt auch für die Kognitive Verhaltenstherapie, die solche Strukturen als in Interaktion mit dem eigenen sozialen Umfeld gelernt betrachtet. Die Erkrankung wird damit teilweise zu einer Folge individuellen Fehlverhaltens anderer und zugleich auf den Kranken selbst zurückgebogen, denn letztlich ist er es, dessen Denken sich in diesen Strukturen bewegt, die grundsätzlich als veränderbar betrachtet werden: Während die Verantwortung für die Entstehung der Erkrankung im sozialen Umfeld gesehen wird, wird zugleich die Verantwortung für die Veränderung der dysfunktionalen kognitiven Strukturen den Erkrankten selbst aufgetragen. Die depressive Symptomatik steht jedoch im Widerspruch zu dieser Forderung, ein Problem, das etwa von Hegerl, Althaus und Reiners thematisiert wird: „Eine einseitig psychosoziale Position hat als weitere Konsequenz, dass in vielen Fällen dem Erkrankten zumindest teilweise die Verantwortung für seinen Zustand aufgebürdet wird, was wir bei einer als rein körperlich aufgefassten Erkrankung, wie z.B. einer Blinddarmentzündung, nicht tun würden. Implizit und explizit stehen Forderungen an den Patienten im Raum, wie ‚Reiß dich zusammen, sieh nicht immer alles so negativ, du musst etwas an deinem Leben ändern, deine Probleme aufarbeiten, Sport machen, dich nicht zurückziehen' usw. Gerade bei schweren Depressionen können derartige Ansprüche den Patienten völlig überfordern und noch mehr in die Verzweiflung treiben, da er genau dies ja versucht, aber durch die Erkrankung nicht schaffen kann" (2006, S. 96).

Die Psychiaterin Brigitte Woggon argumentiert vor diesem Hintergrund für ein biologisches Krankheitsmodell. Darin sieht sie eine Möglichkeit, sowohl ihre PatientInnen als auch deren Angehörige zu entlasten, denn das „Gefühl irgendetwas falsch gemacht zu haben, die Krankheit des Ehepartners oder eines Kindes ‚verschuldet' zu haben, führt oft zu einer ablehnenden Haltung gegenüber dem Erkrankten oder zu einer Verleugnung der Krankheit insgesamt. […] Entlastung von

Schuld führt meiner Erfahrung nach in der Regel dazu, daß gesunde und kranke Ehepartner oder Eltern und Kinder gemeinsam miteinander gegen die Krankheit ankämpfen können“ (Woggon 2002, S. 16). Der Konflikt des Kranken mit sich selbst und seinem sozialen Umfeld löst sich auf und wirkt im therapeutischen Geschehen, das bei Brigitte Woggon auf die regelmäßige Einnahme von entsprechenden Medikamenten reduziert ist, nicht länger als Störfaktor. Für Daniel Hell ist genau dies Anlass der Kritik, denn für ihn wird mit einem rein biologischen Krankheitsmodell „das depressive Geschehen im Elfenbeinturm ‚Gehirn‘ eingeschlossen und individualisiert (2008, S. 36). Dadurch, so Hell weiter, würde das konflikthafte Element der Depression verloren gehen. Alain Ehrenberg sieht im „verlorenen Bezug auf den Konflikt“ (2004, S. 11) den Aufstieg der Depression begründet (vgl. ebd.), doch bleibt der Konflikt im biologischen Krankheitsmodell erhalten, er wandelt sich lediglich. Er kehrt wieder als von Ehrenberg an anderer Stelle beschriebener „Konflikt zwischen dem hohen und dem niederen Teil des Menschen“ (ebd., S. 254). Der Körper selbst wird so zum Gegner in einem Konflikt, indem es darum geht „die Herrschaft des Geistes über den Körper aufrechtzuerhalten“ (ebd.). Mit anderen Worten: den Körper und seine Funktionen zu regieren, seine Fähigkeiten zu stärken und ihn auf ein Ziel hin auszurichten.

Die Diagnose lockert den Verantwortungsdruck, der auf den Betroffenen lastet, weil die Kategorisierung als krank zugleich eine moralische Verurteilung ihres Verhaltens ausschließt. Krankheit und Schuld schließen sich in diesem Sinne aus, weil der Ursprung des Verhaltens nicht in der individuellen Freiheit sondern in der Krankheit gesehen wird. Das Verhalten wird zum Symptom einer Krankheit, die sich dem Betroffenen als äußerer Feind entgegenstellt. Konkret bedeutet dies eine Entlastung von Selbstvorwürfen ebenso wie von Vorwürfen durch andere. Depressive, so liest man immer wieder, könnten sich eben nicht anders verhalten (vgl. Hautzinger 2006, S. 65). Eine Depression sei eine Krankheit, etwas, das den Betroffenen widerfährt und sich ihrer eigenen Kontrolle entzieht: „Sie sind an einer Depression erkrankt und nicht willensschwach, unfähig oder schlecht“ (Hegerl/Niesken 2004, S. 101). Dies ist eine zentrale Argumentationsfigur, durch die Schuldgefühle zurückgedrängt werden sollen, die aus Selbst- und Fremdvorwürfen resultieren. Eine Teilnehmerin im Internetforum des Kompetenznetzwerks Depression bringt das Problem auf den Punkt: „[E]infach nicht funktionieren zu können, ohne irgendeinen körperlichen Befund aufweisen zu können, ist mit Unverständnis und auch Scham gekoppelt“ (Müller-Rörich u.a. 2007, S.

62). Ein körperlicher Befund, die Apostrophierung als krank, hilft, sich gegen Fremd- und Selbstvorwürfe zu schützen. Wie dieselbe Betroffene ausdrückt, reicht das Gefühl, nicht zu können, nicht aus. Es bleibt der nagende Zweifel, ob es sich nicht nur um eine Ausrede handle „die man sich zurechtlegt um nicht zu müssen" (ebd.). Krank zu sein bedeutet, mit der Autorität der Medizin bestätigt zu bekommen, nicht funktionieren zu können und sich damit auch gegen Vorwürfe zur Wehr setzen zu können, man sei bequem und solle sich endlich zusammenreißen: „Bevor meine Ärztin bei mir eine Depression diagnostizierte, haben diese Bemerkungen nur Schuldgefühle in mir hervorgerufen, ich kam mir wie der absolute Versager vor" (Müller-Rörich 2007, S. 59), schreibt eine andere Betroffene in ihrem Forumsbeitrag.

Während die Bezeichnung als krank eine erfolgreiche Strategie gegen Schuldgefühle sein kann, gilt dies keineswegs für Gefühle der Scham, ganz im Gegenteil. Scham basiert nicht auf dem Wissen um eine individuelle Verfehlung, sondern auf einer, als negativ apostrophierten Abweichung von der Norm, ohne dass diese als Folge einer freien Entscheidung verstanden werden muss (vgl. Kapitel 3.2). Genau eine solche Abweichung wird jedoch durch die Diagnose einer Depression festgeschrieben. Während eine Depressionsdiagnose einerseits Schuldgefühle dämpft, fördert sie zugleich Gefühle der Scham. Diese werden besonders in Situationen akut, in denen die eigene Erkrankung für andere offensichtlich werden könnte, wenn etwa von den Vorgesetzten Fehlzeiten angesprochen werden (vgl. Müller-Rörich 2007, S. 207), sich immer wieder Fehler in der geleisteten Arbeit einschleichen (vgl. Woggon 2002, S. 72), oder wenn PsychiaterInnen oder PsychotherapeutInnen aufgesucht werden (vgl. Labro 2005, S. 79). Dabei ist es offenbar genau jenes Moment, das zur Entlastung von Schuld beiträgt, das der Apostrophierung als krank ihren beschämenden Charakter verleiht: Der Kranke ist nicht autonom und damit einerseits nicht schuld an der Verfehlung der Norm. Gleichzeitig verfehlt er damit eine wesentliche Norm für das Subjekt, nämlich die Norm der Autonomie.

Einen besonders interessanten und in Ratgebern verbreiteten Ansatz, den Spagat zwischen Responsibilisierung als wesentliches Vehikel von Beratung einerseits und der Linderung von Schuldgefühlen als zentrales depressives Symptom andererseits zu bewerkstelligen, zeigt sich beispielhaft am folgenden Zitat der kognitiven Verhaltenstherapeutin und Autorin eines Selbsthilferatgebers, Antoinette Borri: „Denken Sie daran: Für die Vergangenheit sind Sie nicht verantwortlich. Als Kind

wurden Sie da hineingeboren. Sie sind aber voll verantwortlich für das Hier und Jetzt“ (Borri 2005, S. 105). Einerseits kommt es hier zu einer Entlastung von Verantwortung: Das von der Norm abweichende Verhalten und Empfinden wird zu einem Symptom einer Krankheit erklärt und diese wird wiederum als Folge von der Person äußerlichen Einflüssen oder organischer Geschehnisse dargestellt. Die damit verbundene Entlastung von Verantwortung zielt auf eine Milderung von Schuldgefühlen. Die Angesprochenen werden von der Verantwortung für ihr bisheriges Handeln freigesprochen und zugleich dazu aufgefordert, ihr Handeln ab jetzt zu ändern. Wenn Antoinette Borri in ihrem Ratgeber den LeserInnen zuruft: „Klagen Sie sich nicht an, Sie konnten nicht anders denken und handeln. Rufen Sie sich das immer wieder ins Gedächtnis. Sie *konnten* ihr Verhalten nicht ändern, weil Sie keine andere Lösung, keinen anderen Weg sahen“ (2005, S. 37, Hervorhebung im Original), so zeigt die Verwendung des Präteritums, dass es damit nun aber auch vorbei sein müsse. Auf die Verzeihung folgt die Aufforderung zur Umkehr. Wer aus Unwissenheit einen Fehler macht, tut gut daran sich das nächste Mal besser zu informieren. Wer sich aufgrund seelischer Probleme falsch verhält, sucht sich besser einen Therapeuten. Was zunächst nach einem pauschalen Freispruch von Verantwortung klingt, folgt einem ökonomischen Kalkül – Schuldgefühle führen zu einer depressiven Antriebshemmung und sind daher unproduktiv – und soll das Subjekt auf die Zukunft ausrichten, statt der unproduktiven Betrachtung des Vergangenen die Kräfte für die produktive Arbeit an sich verfügbar machen. So wird die totale Verantwortlichkeit des Subjekts in einem zweiten Schritt wieder eingesetzt.

Viele AutorInnen gehen noch weiter. Für sie ist bereits die Suche nach den tieferen Ursachen einer depressiven Erkrankung ebenso fruchtlos wie diesbezügliche Schuldgefühle. Für Rolf Merkle ist es schlicht unsinnig, sich für falsche Handlungen zu verurteilen, denn dies liege an Gründen wie Unwissenheit, mangelnder Erfahrung und seelischen Problemen, die es einem eben unmöglich gemacht hätten, sich anders zu verhalten (vgl. Merkle 2003, S. 82-86). Die Beschäftigung mit der eigenen Vergangenheit würde nur dazu führen, sich „das Leben unnötig schwer zu machen“ (Merkle 2003, S. 129). Unnötig deshalb, weil die Vergangenheit nicht mehr verändert werden kann, sich der Macht der LeserInnen entzieht. Umso intensiver treten die AutorInnen dem Glauben daran entgegen, die Gegenwart wäre durch die Vergangenheit gewissermaßen determiniert. Ganz anders als in tiefenpsychologischen Ansätzen wird

die Bedeutung der Vergangenheit für das gegenwärtige Denken, Empfinden und Handeln relativiert bis geleugnet. Besonders radikal formuliert dies Albert Ellis, selbst ursprünglich psychoanalytisch ausgebildeter Therapeut und in den 1950er Jahren Begründer der heute überaus populären Rational-Emotiven Verhaltenstherapie (REVT). Die Auseinandersetzung mit der Vergangenheit, mit den auslösenden Erfahrungen für gegenwärtige Probleme, sei an sich nicht therapeutisch (vgl. Ellis 2006, S. 103). Was geschehen sei, sei geschehen, es könne von uns nicht verändert werden. Der von ihm formulierte Satz „Vergessen Sie ihre schreckliche Vergangenheit“ (Ellis 2006, S. 104) ist die Negation der von Freud und Breuer bereits in den *Studien zur Hysterie* (1970) formulierten psychoanalytischen Überzeugung, das Erinnern auslösender Ereignisse und der zugehörigen Affekte könnte bestehende Symptome auflösen. Ellis’ Ansatz hat jedoch zur Folge, dass damit auch die Entlastung, externe Ursachen für die eigene Erkrankung anzunehmen, nicht länger möglich ist: „Ihre frühkindlichen Erfahrungen und Ihre vergangenen Eindrücke sind nicht der Ursprung Ihrer Probleme. Dafür sind Sie selbst verantwortlich“, schreibt Ellis (2006, S. 105, im Original kursiv). Selbst die Sichtweise der Depression als Krankheit steht damit in Frage. Antoinette Borri formuliert dies besonders konsequent, wenn sie schreibt: „Eine Depression ist keine Krankheit, aber sie ist auch keine Sünde oder etwas Unmoralisches. Was sie wirklich ist: Ein Denkfehler“ (Borri 2005, S. 33). Die damit den Betroffenen aufgebürdete Verantwortung für die eigene Heilung ist der Preis für das damit verknüpfte Versprechen, sich selbst und frei von äußeren Limitierungen von den Krankheitssymptomen befreien zu können. Die entsprechenden therapeutischen Ansätze versuchen einerseits zu zeigen, wie die Betroffenen „*im Augenblick* Ihre Gefühls- und Verhaltensprobleme immer noch selbst schaffen“ um in weiterer Folge darzulegen „was Sie *heute* unternehmen können, um dieses fortdauernde unnötige Verhalten abzulegen“ (Ellis 2006, S. 23).

Wie angesprochen beinhaltet die Entlastung von Schuldgefühlen konkret meist auch die Möglichkeit, sich bis zu einem gewissen Grad von Anforderungen, etwa die individuelle berufliche oder soziale Leistungsfähigkeit betreffend, zu distanzieren. Wer depressiv ist, wird von vielen Forderungen temporär entbunden. Doch die Diagnose als depressiv bedeutet zugleich, dass die Depressiven von nun an mit der Forderung konfrontiert sind, ihre eigene Gesundung zu befördern. Tatsächlich entbindet die Diagnose als depressiv niemanden von normativen Anforderungen, es kommt lediglich

zu einer Verschiebung und Neuordnung der Prioritäten. Gesundung ist angesagt. Hier zeigt sich auch die Kehrseite der Rede von der guten Behandelbarkeit depressiver Erkrankungen. „Die Möglichkeiten der Medikation", schreibt der Betroffene und Autor David Salomon, „haben die soziale Intoleranz noch verschärft" (2001, S. 64). Wenn die Depression als vermeidbares Übel erscheint, wird Behandlung zur Pflicht. Und wenn Behandlung als Frage der Initiative der Kranken erscheint, bekommen diese in letzter Konsequenz die Verantwortung für ihre Erkrankung wieder aufgebürdet, denn unabhängig davon, was diese verursacht hat, sie tragen die Verantwortung, dass sie fortbesteht. Die Verpflichtung, seine eigene Heilung zu befördern, stellt ein verbindendes Element der einschlägigen Ratgeberliteratur dar und lässt sich grob und ohne Anspruch auf Vollständigkeit in verschiedene Teilverpflichtungen aufdröseln:

Informiertes Handeln ist Pflicht

Überblicksratgeber zielen darauf, die Handlungsfähigkeit der LeserInnen durch Informationen über Erscheinungsformen und Behandlungsmöglichkeiten von Depressionen zu steigern. Den LeserInnen wird jedoch nicht bloß entsprechendes Wissen vermittelt, sie werden zugleich auf ein solches Handeln hin verpflichtet. Hinter dem Angebot: Hier können Sie sich informieren steht der Imperativ: „Informieren sie sich" (Hautzinger 2006, S. 47). Aus den LeserInnen sollen „Experten in eigener Sache" (Hegerl/Niesken 2004, S. 124) werden. Auch wenn sich Ratgeber nicht als psychotherapeutische Selbsthilfeprogramme verstehen, verpflichten sie die LeserInnenschaft auf ein möglichst erfolgreiches Krankheitsmanagement, das auch Angehörige und Lebenspartner (vgl. ebd.) mit einschließt. Die Depression, so ist zu lesen, „ist eine ernsthafte, oft rezidivierend verlaufende Erkrankung und erfordert ein lebenslanges Krankheitsmanagement. Hierzu gehören ein intensives Sich-Beschäftigen mit der Erkrankung und ihrer Behandlung, Konsequenz in der Behandlung und oft auch eine Umstellung der Lebensführung" (Althaus/Hegerl/Reiners 2005, S. 235).

Das Problem ist, dass „Rückzug und abwarten, Resignation und zaudern" (Hautzinger 2006, S. 47) eben zur Symptomatik der Depression zählen. Das Krankheitsmanagement der PatientInnen scheitert somit oft genug an ihrer Krankheit selbst. Eine Autorin wünscht sich von ihren LeserInnen sogar „dass der eine oder andere Patient mit unserem neuen Buch in der Hand zu seinem Arzt/Therapeuten geht und sagt: ‚Hier habe ich gelesen, dass (ein bestimmtes Medikament) geholfen hat, warum haben wir

das noch nicht probiert?'" (Woggon 2002, S. 10), muss gleich darauf jedoch eingestehen: „Viele Patienten sind auf Grund ihrer Krankheitssymptomatik nicht in der Lage, bei ihrem behandelnden Psychiater/Therapeuten durchzusetzen, dass er eine neue Behandlungsstrategie akzeptiert" (Woggon 2002, S. 10).

Wie sich zeigt, wollen selbst VerfechterInnen einer Depressionsbehandlung durch Psychopharmaka nicht auf den aktiven, seine Krankheit managenden Patienten verzichten. Auch hier sei das Verhalten der PatientInnen „der Schlüssel zum Behandlungserfolg" (Hegerl/Niesken 2004, S. 86). Die „Bereitschaft, die Medikamente wie verordnet und besprochen einzunehmen (Compliance), beeinflusst den Krankheitsverlauf entscheidend mit. Sehr oft scheitern Behandlungen daran, dass die Medikamente aus unterschiedlichen Gründen eben nicht wie empfohlen eingenommen werden" (ebd.). Das Problem häufig vorkommender chronischer Krankheitsverläufe wird damit an die PatientInnen zurückgespielt. Gleichzeitig findet sich auch hier der Verweis, dass die Gründe für mangelnde Compliance oft „in der Erkrankung selbst" (ebd.) liegen würden. Das Dilemma ist immer das gleiche: Weil die Patienten depressiv sind, müssen sie behandelt werden, aber aus dem gleichen Grund können sie nicht jene Eigeninitiative entwickeln, welche die Behandelnden von ihnen fordern.

Selbstdiagnose

Der bekannten Floskel folgend, dass Selbsterkenntnis der erste Schritt zur Besserung sei[106], werden jene, die glauben von Depressionen betroffen zu sein, aufgefordert, ihre Erkrankung selbst zu diagnostizieren. Julia Kristeva schreibt, der Depressive sei „ein hellsichtiger Beobachter, der Tag und Nacht über seine Unglücke und Nöte wacht" (2007, S. 63), eine Eigenschaft, die sich vortrefflich nützen lässt. Gefördert und kanalisiert wird diese depressive Neigung zur Selbstbeobachtung, indem sie durch entsprechende Selbstdiagnose-Tools strukturiert und an ein symptomatisches Krankheitsverständnis gebunden wird. Versprochen wird, dass man selbst herausfinden könne, ob man an einer Depression leide (Borri 2005, S. 14). Man müsse sich dafür nur ein paar Minuten Zeit nehmen und Einschätzungsfragen zur depressiven Symptomatik möglichst ehrlich beantworten (vgl. Merkle 2003, S. 25-30 sowie Borri 2005, S. 14-17). Die Anzahl, Ausprägung und Dauer der Symptome gibt dann Auskunft darüber, ob sich

[106] Martin Hautzinger schreibt dazu: „Vor jeder Veränderung sollte eine genaue Diagnostik stehen. Das heißt genaue Selbstbeobachtung und die Analyse von Zusammenhängen" (2006, S. 22).

die eigenen Missstimmungen noch im Normalbereich befinden und falls nicht, wie ernsthaft die eigene Erkrankung ist, ob also eine leichte, mittlere, schwere, oder gar eine sehr ernsthafte und schwere Depression vorliegt und welche Behandlungen dementsprechend gewählt werden sollen (vgl. Merkle 2003, S. 29). Die quantitative Auswertung hat nicht nur den Vorteil, dass sie leicht selbst durchzuführen ist und ihr Prinzip dank der Psycho- und Persönlichkeitstests in zahllosen Zeitschriften den LeserInnen bereits vertraut ist. Da „Traurigkeit und Interessensverlust, Gedächtnislücken, Antriebsmangel und Schlafprobleme […] normale, allen bekannte Erfahrungen" (Hautzinger 2006, S. 47) sind, kann nur eine Erhebung ihrer spezifischen Ausprägung Aufschluss über deren Krankheitswert geben.[107]

Das eigene Denken ändern

Die Ursachen der Depression werden individualisiert, um damit zugleich einen Raum zu eröffnen, der sich individuell bearbeiten lässt. Ein solcher Raum ist das eigene Denken. Depression wird in der kognitiven Verhaltenstherapie und der Rational-Emotiven Verhaltenstherapie als Denkfehler konzipiert (s.o.), die affektive Symptomatik und die depressive Antriebshemmung wird zu einer Folge entsprechenden Denkens erklärt und dieses damit zugleich zum Ziel der therapeutischen Arbeit der LeserInnen an sich selbst: „Wenn Sie depressiv sind, dann liegt das nur an Ihren unrealistischen und übertrieben negativen Gedanken. Wenn Sie sich besser fühlen wollen, dann müssen Sie Ihre Einstellung ändern" (Merkle 2003, S. 126). Als Charakteristika des depressiven Denkens gelten die pessimistische Einschätzung von Gegenwart und Zukunft und die negative Einschätzung der eigenen Person. Dieses Denken selbst wird zum Objekt entsprechender therapeutischer Bemühungen erklärt: „Diese Gedanken sind Ihre wahren Feinde. Sie sind dafür verantwortlich, dass es Ihnen schlecht geht. Sie gilt es mit allen Mitteln zu bekämpfen" (Merkle 2003, S. 34). Man solle, so Merkle, diese Gedanken aus seinem „Kopf verbannen" (edd. S. 38).

[107] Zusätzlich zu ihrer Stärke muss dafür deren Dauer erhoben werden, die seit der vierten Ausgabe des *Diagnostischen und Statistischen Manuals psychischer Störungen* (DSM-IV) mit zwei Wochen festgesetzt ist (vgl. Ehrenberg 2004, S. 186). Möglich wird die geforderte Selbstdiagnostik überhaupt erst dadurch, dass sich ab dem DSM-III ein rein symptomatisches Verständnis der Depression durchgesetzt hat (vgl. ebd., S. 120 f.). Da nun auch der diagnostizierende Arzt „nur noch die Symptome abhaken" (ebd., S. 186) muss, kann man dies auch den Betroffenen selbst überlassen (siehe Kapitel 2.3).

Entscheidend ist, dass die Depression nicht als Folge bestimmter Ereignisse sondern einer bestimmten kognitiven Verarbeitung dieser Ereignisse erscheint. Bei Merkle ist es das Denken, das zwischen Ereignis und Emotion vermittelt. Das Denken aber könnten wir umprogrammieren. Wenn wir die Ereignisse anders wahrnehmen, dann fühlen wir uns auch anders. Wie wir uns fühlen, können wir bestimmen, weil wir unser Denken bestimmen können. Das ist der Kernsatz sowohl der Kognitiven Verhaltenstherapie als auch der REVT. Das Kunststück, einerseits sehr wohl lebensgeschichtliche oder auch biologische Ursachen für Depressionen anzunehmen und dennoch die vollkommene Verantwortung und damit (Entscheidungs-)Freiheit des Subjekts zu retten gelingt Albert Ellis, indem er zwischen „Aktivierendem Ereignis“ und „Konsequenz“ eine weitere Instanz einführt, die er „System der Überzeugungen“ nennt (vgl. Ellis 2006, S. 104). Diese Überzeugungen bilden den logischen Ansatzpunkt der REVT, denn nur sie können durch die Therapie verändert werden. Nur weil es für Ellis keinen unmittelbaren Zusammenhang zwischen „Aktivierendem Ereignis“ und dem seelischen Befinden gibt, ist Heilung möglich. Freiheit und Verantwortung sind, nicht nur bei Ellis, zwei Seiten einer Medaille. Der Reiz, die Zuschreibung totaler Verantwortung anzunehmen, liegt in ihrem gleichzeitigen Versprechen totaler Autonomie. Möglich ist dies aber nur, wenn Abhängigkeit radikal geleugnet wird: So sei die Überzeugung „Ich *brauche* die Liebe meiner Mutter“ (Ellis 2006, S. 104) irrational und der eigentliche Ursprung der ultimativen Forderung danach, gestellte Ansprüche erfüllen zu müssen (vgl. ebd.).

Die Umprogrammierung des eigenen Denkens wird zum Mittel der Wahl in der Behandlung der Depression. Dazu sollen die Gedanken auf ihre Richtigkeit hin überprüft werden, denn „Kennzeichen allen negativen Denkens ist, dass es nicht mit der Wirklichkeit übereinstimmt“ (Merkle 2003, S. 55). Die Formulierung Merkles täuscht jedoch, denn tatsächlich geht es darum, das eigene Denken nicht so zu modifizieren, dass es die Realität angemessen widerspiegelt. Merkle und andere VertreterInnen der Kognitiven- sowie Rational-Emotiven Verhaltenstherapie zielen auf Performanz des Denkens, nicht auf seine Korrespondenz mit einer vom Subjekt unabhängigen Realität. Realistisch ist, was zweckmäßig ist, zweckmäßig ist, was gesund und leistungsfähig erhält. Die Umprogrammierung des eigenen Denkens setzt jedoch den skeptischen Umweg über die Frage nach dessen Realitätsangemessenheit voraus, denn die „Menschen sind meist von dem, was sie denken, überzeugt“ (Merkle 2003, S. 41 f.).

Daher gilt es, diese Überzeugung aufzubrechen. Man solle, so Merkle, wie ein Rechtsanwalt nach Beweisen für die eigenen Überzeugungen suchen um dann festzustellen, dass man unrealistisch gedacht hat (ebd., S. 54). In skeptischer Manier sollen bestehende Überzeugungen aufgebrochen werden, um den Boden für eine neue Sichtweise zu eröffnen. Sowohl am Beginn als auch am Ende dieses Prozesses steht jedoch die Frage nach der Zweckmäßigkeit der Überzeugungen: Zu befragen sind stets absolut gesetzte Überzeugungen, die als für psychische Störungen ursächlich betrachtet werden; nach der skeptischen Befragung und Destruierung dieser Überzeugungen werden sie durch andere Überzeugungen, die als zweckmäßiger gelten, ersetzt. Nicht um Erkenntnis geht es, sondern um Performanz. Die Erkenntniskritik dient nur dazu, vorhandene Überzeugungen aufzulösen.

ManagerInnen des eigenen Lebens

Die den Depressionsratgebern eigene Responsibilisierungslogik zeigt sich auch darin, dass den Betroffenen nicht nur suggeriert wird, die Sicht ihrer Lebensbedingungen sondern sogar diese selbst völlig kontrollieren zu können. So beschreibt Martin Hautzinger Depressionen zunächst – hier dem klassischen verhaltenspsychologischen Paradigma folgend – als Konsequenz einer negativen Verstärkerbilanz: „Schwermut bzw. Depression können entstehen, wenn Menschen wenig Positives, wenig Angenehmes, also wenig Verstärkung erleben. Oder, wenn sehr viel Negatives und Belastendes geschieht und damit das Positive im Leben ‚erdrückt' wird" (Hautzinger 2006, S. 29). Für ihn folgt daraus jedoch nicht, dass Depressionen von äußeren Umständen ausgelöst und aufrechterhalten werden können, die sich dem individuellen Zugriff entziehen. Ganz im Gegenteil: „Die Menge an positiven Aktivitäten kann jeder selbst bestimmen und (fast) beliebig ausweiten" (ebd., S. 29). Eine Erkenntnis, die sich sofort in ein Selbsthilfeprogramm übersetzen lässt: „Daraus folgt, dass die beste Selbsthilfe bei Schwermut ist, den Alltag geschickter zu gestalten, freundlicher zu strukturieren, viele positive und wenige negative Erfahrungen einzubauen sowie die Pflichten zu reduzieren" (ebd., S. 32). Die individuelle Verstärkerbilanz wird zu einer Frage des geschickten Lebensmanagements, das keine Hindernisse außerhalb der Betroffenen selbst kennt. Erlebte Belastungen und Überforderungen, etwa im Beruf, werden damit zu einer Konsequenz individuellen Fehlmanagements, die Verantwortung wird total.

Wesentliches Werkzeug für das individuelle Management von Pflichten und Vergnügungen ist die exakte Planung. Besonders depressive Personen müssten „[j]eden Tag und jede Woche genau planen“ (ebd., S. 63). Auf einem Stundenplan sollen Aktivitäten, die man erledigen will oder muss eingetragen werden (vgl. Hegerl/Niesken 2004, S. 136). Dies sei umso wichtiger, je schwerer die eigenen Depressionen seien (vgl. Merkle 2003, S. 104). Der optimal geplante Tag zeichne sich dadurch aus, „genau so viel Zeit mit Angenehmem zu verbringen wie mit Pflichten“ (Hautzinger 2006, S. 53). Dieser Anspruch scheitert jedoch nicht nur an einer dieses Ausmaß meist weit überschreitenden Arbeitsbelastung. Selbst wenn für Vergnügungen genügend Zeit bleibt, hindert die Depression die Betroffenen häufig daran, sie als solche zu erleben. David Solomon, Autor und selbst jahrelang schwer depressiv, beschreibt, dass der Versuch sich zu vergnügen auch kläglich scheitern kann: „Das Gefühl, mir selbst abhanden zu kommen, machte mir Angst, und ich begann, ganz bewusst Vergnügungen zu planen. Ich ging auf mehrere Partys, ohne mich zu amüsieren, traf mich mit Freunden, fand aber keinen Zugang zu ihnen, kaufte mir teure Dinge, die ich einst begehrt hatte, doch gaben sie mir nichts, erkundete neue Extreme, um meine Lust wiederzuentdecken, ging in Pornofilme und regelmäßig zu Prostituierten. Nichts von diesen Eskapaden beunruhigte mich sonderlich, doch gelang mir auch nicht, ihnen Vergnügen oder etwas Erlösendes abzugewinnen“ (Solomon 2001, S. 47). Der Rat, Beschäftigungen nachzugehen, die einem „früher Spaß gemacht haben“ (Borri 2005, S. 43), scheitert dann daran, dass sie den Betroffenen *jetzt* keine Freude mehr bereiten. Aktivität wird so zum Selbstzweck und dies wird auch nicht verheimlicht. Man solle sich von der Planung seines Lebens keine Stimmungsaufhellung erwarten, so Antoinette Borri, aber immerhin helfe sie dabei „aktiver zu werden und das Leben trotz der Depression besser in den Griff zu bekommen“ (2005, S. 44). In erster Linie gehe es darum, dem Hang zur Bequemlichkeit nicht nachzugeben und auch dann aktiv zu werden wenn einem „nicht danach ist“ (ebd., S. 55). Bequemlichkeit sei immerhin kein Lebensziel, und außerdem hätten Untersuchungen ergeben, dass sich Selbstdisziplin positiv auf die Stimmung auswirke (vgl. ebd., 57). Und wenn gar nichts mehr geht, kann man sich immer noch selbst herumkommandieren: „Sie fühlen sich morgens wie gelähmt. Sie glauben, nicht aufstehen zu können. – Geben Sie ihren Muskeln Befehle: ‚Beine, bewegt euch! Füße, berührt den Boden, Muskeln, spannt euch, arbeitet, bewegt euch!“ (Borri 2005, S. 61). Aktivität wird als zentrales Mittel gegen die depressive Symptomatik angesehen: „Veränderungen der Schwermut, der Schuldgefühle, der

Antriebslosigkeit, der Selbstzweifel gelingen nur durch aktives Handeln“ (Hautzinger 2006, S. 47). Aktivität ist nicht nur Ziel sondern Weg der Behandlung einer Krankheit, deren zentrales Charakteristikum die Antriebslosigkeit ist. Der depressiven Antriebslosigkeit soll mit Aktivität begegnet werden: „Aktiv bleiben, nicht verkriechen, nicht im Bett oder auf dem Sofa liegen“ (ebd., S. 63). Je größer die Antriebshemmung, desto mehr insistieren einschlägige Selbsthilfeprogramme auf Aktivität[108]: „Sie sind der Meinung, nur dann etwas tun zu können, wenn Ihnen danach zu Mute ist. Diesen Luxus können Sie sich in Ihrer Lage jedoch nicht leisten“ (Merkle 2003, S. 96). Man solle sich, so Antoinette Borri, „geradezu an sie [die Aktivitäten, JK] klammern“ (2005, S. 42). Rolf Merkle rät: „Geben Sie nicht Ihrem Gefühl nach. Tun Sie gerade das Gegenteil davon. Wenn Ihnen danach zu Mute ist, sich ins Bett zu legen, dann bleiben Sie erst recht auf und tun Sie etwas“ (2003, S. 102).

Neben Pflichten und Vergnügungen solle im individuellen Krankheitsmanagement auch ausreichend Zeit für sportliche Ertüchtigung eingeplant werden, denn „Sport und tägliche Bewegung wirken antidepressiv! Körperliche Fitness verbessert das Wohlbefinden und stärkt das Selbstwertgefühl“ (Hautzinger 2006, S. 60). Außerdem senke körperliche Aktivität das „Sterblichkeitsrisiko“ (ebd.), insbesondere durch „Herz-Kreislauferkrankungen“ (ebd.). Auch hier gilt: Aktivität hilft, egal welche (vgl. Borri 205, S. 58 f.). David Servan-Schreiber, der die Arbeit am Körper in den Mittelpunkt seines Stimmungsratgebers gestellt hat (2004), macht die Segnungen sportlicher Betätigung anhand eines Beispiels deutlich: Er berichtet uns von Bernhard, der nach einigen Panikattacken zunächst in eine Beruhigungsmittelabhängigkeit schlitterte und sich von dieser durch regelmäßiges Radfahren befreite (vgl. ebd., S. 180 f.). Zwar sei hier eine Abhängigkeit an die Stelle einer anderen getreten, aber mit segensreichen Wirkungen: „Bernhard hält sein Gewicht, er schläft besser, der Sport steigert seine Libido, senkt seinen Blutdruck, stärkt sein Immunsystem, schützt ihn vor Herzkrankheiten und sogar vor bestimmten Krebsarten. Mag sein, dass er ‚abhängig‘ ist, seine Sucht nach Bewegung erlaubt ihm jedenfalls, *besser* zu leben – das ist genau die gegenteilige Wirkung wie bei Xanax“ (ebd., S. 181). Genauso wie gegen Angststörungen helfe Sport auch gegen Depressionen (vgl. ebd., S. 182) und zwar genauso gut wie Antidepressiva (vgl. ebd., S. 187). Wie diese wirkt er leider auch nur,

[108] Und zwar egal, welche: „Es ist nicht so wichtig, was Sie tun und wie Sie es tun. Wichtig ist nur *dass* Sie etwas tun.“ (Merkle 2003, S. 95)

wenn er regelmäßig und dauerhaft angewandt wird (vgl. ebd., S. 185). Dass viele Depressionen chronisch oder zumindest rezidivierend verlaufen, macht das depressive Krankheitsmanagement zu einem unabschließbaren Prozess.

Auch dem häufigen Symptom von Schlafstörungen begegnen viele Ratgeber mit dem Aufruf zum aktiven Schlafmanagement: „Zunächst ist ein möglichst geregelter Tagesablauf mit festen Zeiten fürs Aufstehen und Zubettgehen wichtig. […] Wenn Sie die Kraft dazu haben, sollten Sie auch morgens regelmäßig zur gewohnten Zeit aufstehen. Bedenken Sie, dass Ihr Körper nur etwa 7 bis 8 Stunden Schlaf pro Tag benötigt“ (Hegerl/Niesken 2004, S. 72). Martin Hautzinger fordert seiner LeserInnen auf: „Liegen Sie nicht zu lange im Bett. Machen Sie am Tag kein Nickerchen. Begrenzen Sie die Schlafzeit auf z.B. sieben Stunden bezogen auf den gesamten Tag“ (Hautzinger 2006, S. 59). Kein Lebensbereich bleibt aus dem Krankheitsmanagement ausgespart. Für die Ernährung gilt **„**täglich frisches Obst“ (Hegerl/Niesken 2004, S. 139) und eine „ballaststoffreiche Kost mit viel Obst und Gemüse und der regelmäßige Verzehr von Fisch“ (Hautzinger 2006, S. 60). Die besonders in Fisch enthaltenen Omega-3-Fettsäuren wirkten als „Schmieröl des Gehirns“ (Servan-Schreiber 2004, S. 157) und würden sogar gegen schwere Depressionen helfen (vgl. ebd. 163-165).

Distanzierung und Norm

In einschlägigen Ratgebern scheint sich die Überzeugung durchgesetzt zu haben, dass eine erfolgreiche (Selbst-)behandlung der Depression nur dann möglich ist, wenn es den Betroffenen gelingt zu bestehenden normativen Forderungen eine gewisse Distanz herzustellen. Der oft zu lesende Aufruf, gegen die eigenen perfektionistischen Tendenzen anzukämpfen, steht damit letztlich nicht in Opposition zu jenen Forderungen, denen Betroffene möglichst umfassend gerecht werden wollen, sondern dient letztlich dazu, deren Erfüllung überhaupt erst zu ermöglichen. Eine zu große Nähe zu bestehenden Anforderungen macht ihre Erfüllung unmöglich. Das Optimum liegt in einer relativen Distanz zu bestehenden normativen Forderungen, die einerseits dazu führt, die eigenen Kräfte auf deren Erfüllung auszurichten und zugleich die negativen Auswirkungen zu vermeiden, die aus der Neigung folgen, diese absolut zu setzen. Albert Ellis formuliert diese zentrale These entlang eines Antagonismus von wollen und müssen: „Wenn Sie eine gute Leistung bringen und von andern akzeptiert werden *wollen*, sind Sie *besorgt* darüber, ob Sie versagen und zurückgewiesen werden könnten.

Diese gesunde Besorgnis lässt Sie möglichst gut und kompetent handeln. Wenn Sie jedoch fest daran glauben, dass Sie unbedingt unter allen Umständen eine gute Leistung bringen und von anderen akzeptiert werden *müssen*, dann neigen Sie dazu, sich selbst in Panik zu versetzen, wenn Sie eine weniger gute Leistung erbringen als Sie vermeintlich *müssen*" (2006, S. 33). Erfolgreiche Selbstregierung benötigt relative Distanz. Ellis teilt die verbreitete Ansicht, eine sehr ausgeprägte Leistungsorientierung würde psychische Störungen, vor allem Störungen des Selbstwerts, die einen Kernaspekt der depressiven Symptomatik ausmachen, herbeiführen: „gewöhnliche emotionale Störungen oder Neurosen (wie die meisten Ängste und Aggressionen) lassen sich hauptsächlich auf überhöhte Erwartungen zurückführen. […] Ihre Minderwertigkeitsgefühle sind ironischerweise das Resultat der absolutistischen Ansprüche, die Sie an sich stellen" (Ellis 2006, S. 40). Dementsprechend fordert Ellis: „Hände weg von der Perfektion! […] Bereits der *Wunsch* nach Perfektion erscheint sinnlos. Aber sie absolut zu setzen grenzt bereits an Wahnsinn" (ebd., S. 45). Das Beste ist der Feind des Guten, weil das Streben nach Perfektion letztlich zur Depression und damit zum kompletten Verlust der Leistungsfähigkeit führen kann.

Besonders im Zustand akuter Depression sollen sich die Betroffenen auf den Rest an Handlungsfähigkeit besinnen, der ihnen geblieben ist. Die Krankheit und ihr Management werden zum Maß. Antoinette Borri schreibt: „Vergleichen Sie sich nicht ständig mit sich selbst, d.h. Ihre momentanen Leistungen mit denen vor der Depression. Es geht jetzt wirklich nicht um Leistung. Das einzig wichtige ist, mit und in einer Depression leben zu können. Sie sehen ja, dass Sie tatsächlich etwas tun. Auch, dass Sie dieses Buch durcharbeiten, ist eine wichtige Aktivität. Sie können also noch Kraft zum Handeln entwickeln" (2005, S. 61 f.). Es gilt, Anforderungen zu begrenzen um ihnen wenigstens in Grenzen zu entsprechen. Man solle sich, so Rolf Merkle, „Stück für Stück voran arbeiten" (2003, S. 99). Möglichst überschaubare Zwischenziele sollen Zustände der Überforderung vermeiden (vgl. ebd.). Die Forderung, wieder gesund zu werden wird zur Bedingung der Möglichkeit, überhaupt wieder Leistungen erbringen zu können. Dementsprechend bleibt die Leistungsorientierung unangetastet, nur dass sie in ihrem eigenen Namen vorübergehend suspendiert auf das Ziel der eigenen Gesundung verschoben wird.

Das Elend der Depressionsratgeber ist, dass sie voraussetzen müssen, was sie erst hervorbringen wollen: Das selbstverantwortliche, sich selbst managende Subjekt ist ihr

Ziel, denn es gilt ihnen als das gesunde Subjekt. Doch dieses Subjekt soll sich selbst hervorbringen, was aber jene Eigenschaften voraussetzen würde, die es schmerzhaft vermisst. Dabei liegt der Widerspruch auf der Hand: Das Subjekt kann sich entweder selbst helfen, dann braucht es auch keine Hilfe, oder es braucht Hilfe. Die können ihm die Ratgeber nicht geben. So müssen sie letztlich mit ihren wohlmeinenden Absichten scheitern. Wenigstens hält eine Armee von TherapeutInnen und BeraterInnen die Depressiven beschäftigt, wenn auch nur mit dem Lesen ihrer Bücher und das unüberschaubare Angebot sorgt dafür, dass ihnen der Lesestoff und damit auch die Hoffnung nicht ausgehen: Der nächste Ratgeber wird endlich Linderung bringen.

Es gelingt den Ratgebern nicht, sich aus dem Strudel normativer Forderungen zu befreien. Ihr pastoraler Anspruch lässt sie einzig um das Wohl ihrer LeserInnen besorgt sein und dennoch arbeiten sie letztlich den Forderungen zu, welche die neoliberale Gouvernementalität an die gesunden wie an die kranken Subjekte stellt. Denn um glücklich zu sein, so die mehr oder weniger implizite Annahme, müssen die Subjekte zu dem werden, was sie sein wollen. Und sie wollen so werden, wie sie sein sollen. Ihr Unglück entsteht daraus, dass ihnen dies nicht gelingen mag und ist dabei selbst Ausdruck ihres Scheiterns an der Norm des Glücks. Selbst die Suspendierung von Normen steht letztlich in deren Dienst, ist nur halbherzig und vorübergehend.

Resümee

In der vorliegenden Arbeit habe ich versucht, Verbindungen zwischen neoliberaler Gouvernementalität, Depression und Ratgeberliteratur herauszuarbeiten. Abschließend möchte ich meine Ergebnisse in kurzer Form zusammenfassen: Der Anstieg der Depression fällt mit der Durchsetzung einer neuen Regierungs- und Produktionsweise ab den 1960er Jahren zusammen. Sie ist mit einem neuen Subjektideal verbunden, dem unternehmerischen, sich selbst managenden Subjekt. Dieses Ideal ist das logische Komplement einer Regierungsweise, die auf direkte Steuerung zugunsten der Anregung von Selbststeuerung verzichtet. Das Unternehmerische Selbst regiert sich selbst indem es sich als Marktakteur imaginiert und seine Handlungen entsprechend ausrichtet. Dem Ideal des sich selbst managenden Subjekts gegenüber steht das moderne Verständnis der Depression als Krankheit der verlorenen Selbststeuerungsfähigkeiten, zentral organisiert um die Begriffe Traurigkeit und Antriebslosigkeit, die Unfähigkeit sein eigenes Handeln und – damit eng verbunden – seine Gefühle zu steuern. Ratgeber versprechen jenen, die bei sich eine Depression vermuten und ihren Zustand als solche beschreiben, Linderung ihrer Leiden. Dazu setzen sie ihre AdressatInnen als AkteurInnen (und nicht bloß als Objekte) dieser Heilung ein. Damit manövrieren sie sich jedoch, teilweise sehenden Auges, in einen schwerwiegenden Widerspruch: Um sich selbst heilen zu können, müsste der Depressive bereits geheilt sein, denn nur dann würde er über jene Eigenschaften verfügen, die von den Ratgebern als Bedingung der Selbsthilfe vorausgesetzt werden. Würde er umgekehrt über die geforderten Eigenschaften verfügen, wäre eine Heilung nicht mehr nötig.

Verschärft wird das angesprochene Problem durch die Regierungstechnik der Responsibilisierung, die sowohl eine zentrale Technik neoliberalen Regierens als auch der einschlägigen Ratgeber darstellt. Die Zuschreibung von Verantwortung ist eng mit individuellen Schuldzuschreibungen und damit mit den zentralen Depressionssymptomen von Schuldgefühlen und Selbstherabsetzung verbunden. Um diesem Symptom zu begegnen, wird individuelle Verantwortung im Ratgeberdiskurs um die Depression teilweise negiert. Die Depression wird zu einem Resultat biologischer Vorgänge oder verfehlter Lernprozesse und damit als nicht durch das erkrankte Subjekt verursacht erklärt. Diese Strategie kann jedoch nicht konsequent verfolgt werden, da nur durch die Zuschreibung individueller Verantwortung die Depression als durch das Subjekt selbst behandelbar imaginiert werden kann. Individuelle Verantwortung wird daher stets nur vorübergehend und nie konsequent suspendiert. Dahinter steht die pragmatische Überlegung, Verantwortung im Dienste der Heilung auszusetzen, nur um sie anschließend und zum selben Zweck wieder einzusetzen.

Hinter dem Verantwortungsdruck und der depressiven Symptomatik der Schuldgefühle steht bei den Betroffenen ein empfundenes Zurückbleiben hinter jenen Normen, denen sie sich verpflichtet fühlen. Die Setzung solcher Normen und Idealvorstellungen ist dabei selbst eine Technik des Regierens, denn sie geben die Richtung für die

gewünschten Selbsttransformationsprozesse der Subjekte vor. Ihnen gerecht zu werden ist vor dem Hintergrund zunehmend unbestimmter und – als Folge einer allgegenwärtig betonten, umfassenden Konkurrenz zwischen den Subjekten um knappe Ressourcen – unabschließbarer Normen höchstens vorübergehend möglich. Mit anderen Worten: nimmt man das Ideal des Unternehmerischen Selbst ernst, kann man daran nur scheitern. Die logische Konsequenz für die Therapie der Depression ist, dass eine Distanzierung von diesen Normen angestrebt wird. Diese wird jedoch ihrerseits zu einer vom kranken Subjekt selbst zu leistenden Aufgabe erklärt. Darüber hinaus ist die therapeutisch motivierte Forderung nach Distanzierung nicht nur selbst eine Norm, an deren Erfüllung der Einzelne scheitern kann, sie steht auch weiter im Dienste der suspendierten Normen, denn sie soll nur so viel Distanz herstellen wie notwendig ist, um die gestellten Forderungen wenigstens wieder teilweise erfüllen zu können. Die Distanzierung dient der Gesundung des kranken Subjekts, diese wiederum ist gleichbedeutend mit der Wiederherstellung des sich selbst steuernden Subjekts und damit der Annäherung an das Ideal des Unternehmerischen Selbst.

Vor diesem Hintergrund wird auch klar, warum Depressionsratgeber als wesentliche Elemente neoliberalen Regierens verstanden werden können: Zwar fühlen sie sich nur der psychischen Gesundheit ihrer LeserInnen verpflichtet, doch was unter psychischer Gesundheit als Gegenteil einer depressiven Erkrankung verstanden wird, hängt eng mit den gegenwärtig vorherrschenden Subjektidealen und diese wiederum mit einer bestimmten Weise des Regierens zusammen. Auf der einen Seite bedeutet das Ziel psychischer Gesundheit die Überwindung von empfundenem Leid, auf der anderen Seite die Wiederherstellung von Regierbarkeit. Depression stellt aus dem Blickwinkel der vorliegenden Arbeit immer auch ein Problem für das Regieren dar, denn wenn Regierung nur über Selbstregierung funktioniert, können auch nur die regiert werden, die fähig sind sich selbst zu regieren. Die Betroffenen wiederum erwarten sich von der Wiedergewinnung ihrer Leistungsfähigkeit das Ende ihrer quälenden Schuldgefühle und damit die Wiedergewinnung individuellen Glücks. Die enge Verzahnung von diesen verschiedenen Interessen macht es für die AutorInnen leicht, sich in einem Akt pädagogischer Selbsttäuschung als AnwältInnen ihrer LeserInnen zu imaginieren. An ihrer Bedeutung für das Funktionieren gegenwärtiger Regierungsweisen ändert dies nichts: sie individualisieren Verantwortung und sprechen damit bestehende Strukturen von jeder Verantwortung frei, und sie regen Selbsttransformationsprozesse an und geben ihnen eine bestimmte, an hegemonialen Subjektnormen orientierte Richtung.

Literaturverzeichnis

ABRAHAM, Karl (1972) [1912]: *Ansätze zur psychoanalytischen Erforschung und Behandlung des manisch-depressiven Irreseins und verwandter Zustände*. In: Ders.: *Schriften zur Theorie und Anwendung der Psychoanalyse. Eine Auswahl*.- Frankfurt am Main: Athenäum-Fischer-Taschenbuchverlag, 1. Auflage, S. 93-107.

ALTHAUS, David/HEGERL, Ulrich/ REINERS, Holger (2005): *Das Rätsel Depression. Eine Krankheit wird entschlüsselt*.- München: Beck, 2. Auflage.

ALTHAUS, David/HEGERL, Ulrich/REINERS, Holger (2006): *Depressiv?. Zwei Fachleute und ein Betroffener beantworten die 111 wichtigsten Fragen*.- München: Kösel, 2. Auflage.

ALTHUSSER, Louis (1977): *Ideologie und ideologische Staatsapparate*. In: Ders.: *Ideologie und ideologische Staatsapparate. Aufsätze zur marxistischen Theorie*.- Hamburg/Berlin: VSA, 1. Auflage, S. 108-153.

BARLOW, Thomas (2000): *Die Aussucher*.- In: ENGELMANN, Jan/WIEDEMEYER, Michael (Hrsg.): *Kursbuch Arbeit. Ausstieg aus der Jobholder-Gesellschaft – Start in eine neue Tätigkeitskultur?*.- Stuttgart/München: Deutsche Verlagsanstalt, 1. Auflage, S. 331-337.

BÖHM, Karin/CORDES, Michael (2009): *Kosten psychischer Erkrankungen im Vergleich zu anderen Erkrankungen*. In: BADURA, Bernhard u.a. (Hrsg.): *Fehlzeiten-Report 2009: Arbeit und Psyche. Belastungen reduzieren - Wohlbefinden fördern*.- Berlin: Springer, 1. Auflage, S. 51-60.

BOLTANSKI, Luc/CHIAPELLO, Ève (2006): *Der neue Geist des Kapitalismus*.- Konstanz: UVK, 2. Auflage.

BORRI, Antoinette (2009): *Schritte aus der Depression: Anleitung zur Selbsthilfe*.- Freiburg: Herder, 4. Auflage.

BREIDENBACH, Peter (2009): *In 30 Tagen Optimist. Ein neues Denken braucht das Land!*.- Darmstadt: Schirner, 3. Auflage.

BRÖCKLING, Ulrich (2004): *Kreativität*.- In: BRÖCKLING, Ulrich/KRASMANN, Susanne/LEMKE, Thomas: *Glossar der Gegenwart*.- Frankfurt am Main: Suhrkamp, 1. Auflage, S. 139-144.

BRÖCKLING, Ulrich (2007): *Das unternehmerische Selbst. Soziologie einer Subjektivierungsform*.- Frankfurt am Main: Suhrkamp, 1. Auflage.

BÜHRMANN, Andrea Dorothea (2004): *Der Kampf um ‚weibliche Individualität'. Zur Transformation moderner Subjektivierungsweisen in Deutschland um 1900*.- Münster: Westfälisches Dampfboot, 1. Auflage.

BUTLER, Judith (2001): *Psyche der Macht. Das Subjekt der Unterwerfung*.- Frankfurt am Main: Suhrkamp, 1. Auflage.

BUTLER, Judith (2002): *Was ist Kritik? Ein Essay über Foucaults Tugend*.- In: Deutsche Zeitschrift für Philosophie.- 3/1999, Jg. 50, S. 249-265.

DAHLKE, Ruediger (2006): *Depression: Wege aus der dunklen Nacht der Seele*.- München: Goldmann, 1. Auflage.

DELEUZE, Gilles (1992): *Foucault*.- Frankfurt am Main: Suhrkamp, 6. Auflage.

DELEUZE, Gilles (1993): *Postskriptum über die Kontrollgesellschaften*. In: DELEUZE, Gilles: *Unterhandlungen. 1972-1990*.- Frankfurt am Main: Suhrkamp, 4. Auflage, S. 254-262.

DREYFUS, Hubert L./RABINOW, Paul (1987): *Michel Foucault. Jenseits von Strukturalismus und Hermeneutik*.- Frankfurt am Main: Athenäum, Erstausgabe.

DUTTWEILER, Stefanie (2004): *Beratung*.- In: BRÖCKLING, Ulrich/KRASMANN, Susanne/LEMKE, Thomas: *Glossar der Gegenwart*.- Frankfurt am Main: Suhrkamp, 1. Auflage, S. 23-29.

DUTTWEILER, Stefanie (2006): *Ökonomisierung der Therapie – Therapeutisierung der Ökonomie: von Kunden, Märkten und Unternehmen*. In: STRAUSS, Bernhard/GEYER, Michael (Hrsg.): *Psychotherapie in Zeiten der Globalisierung*.- Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 46-70.

DUTTWEILER, Stefanie (2007): *Beratung als Ort neoliberaler Subjektivierung*. In: ANHORN, Roland/BETTINGER, Frank/STEHR, Johannes (Hrsg.): *Foucaults Machtanalytik und Soziale Arbeit. Eine kritische Einführung und Bestandsaufnahme*.- Wiesbaden: VS-Verlag, 1. Auflage, S. 261-276.

DZIERZBICKA, Agnieszka (2001): *Pädagogische Ambitionen im Übergang von der Disziplinar- zur Kontrollgesellschaft*.- Unveröffentlichte Diplomarbeit, Institut für Bildungswissenschaft, Universität Wien.

DZIERZBICKA, Agnieszka (2006): *Vereinbaren statt anordnen. Neoliberale Gouvernementalität macht Schule*.- Wien: Löcker, 1. Auflage.

EHRENBERG, Alain (2004): *Das erschöpfte Selbst. Depression und Gesellschaft in der Gegenwart*.- Frankfurt am Main: Campus, 1. Auflage.

ELLIS, Albert (2006): *Training der Gefühle. Wie Sie sich hartnäckig weigern, unglücklich zu sein*.- Heidelberg: MVG, aktualisierte und erweiterte Neuauflage.

ENKELMANN, Nikolaus B. (2009a): *Optimismus ist Pflicht. Wie wir mit der richtigen Lebenseinstellung mehr erreichen*.- Offenbach: GABAL, 1. Auflage.

ENKELMANN, Nikolaus B. (2009b): *Mit Optimismus erreicht man deutlich mehr im Leben*.- Online im Internet unter URL: www.perspektive-mittelstand.de/Positives-Denken-Mit-Optimismus-erreicht-man-deutlich-mehr-im-Leben/management-wissen/print/3044.html [2010-09-09].

EPSTEIN ROSEN, Laura/AMADOR, Xavier Francisco (1998): *Wenn der Mensch, den du liebst, depressiv ist. Wie man Angehörigen oder Freunden hilft*.- Bern/München/Wien: Scherz, 1. Auflage.

FACH, Wolfgang (2004): *Selbstverantwortung*.- In: BRÖCKLING, Ulrich/KRASMANN, Susanne/LEMKE, Thomas (Hrsg.): *Glossar der Gegenwart*.- Frankfurt am Main: Suhrkamp, 1. Auflage, S. 228-235.

FOUCAULT, Michel (1974): *Die Ordnung der Dinge. Eine Archäologie der Humanwissenschaften*.- Frankfurt am Main: Suhrkamp, 1. Auflage.

FOUCAULT, Michel (1976): *Mikrophysik der Macht: Michel Foucault über Strafjustiz, Psychiatrie und Medizin*.- Berlin: Merve, 1. Auflage.

FOUCAULT, Michel (1978): *Die Dispositive der Macht. Über Sexualität, Wissen und Wahrheit*.- Berlin: Merve, 1. Auflage.

FOUCAULT, Michel (1981): *Archäologie des Wissens*.- Frankfurt am Main: Suhrkamp, 1. Auflage.

FOUCAULT, Michel (1983): *Der Wille zum Wissen. Sexualität und Wahrheit 1*.- Frankfurt am Main: Suhrkamp, 1. Auflage.

FOUCAULT, Michel (1985): *Freiheit und Selbstsorge*.- In: BECKER, Helmut/WOLFSTETTER, Lothar (Hrsg.): *Freiheit und Selbstsorge. Interview 1984 und Vorlesung 1982*.- Frankfurt am Main: Materialis, Erstausgabe, S. 7-28.

FOUCAULT, Michel (1987): *Das Subjekt und die Macht*. In: DREYFUS, Hubert/RABINOW, Paul: *Michel Foucault – Jenseits von Strukturalismus und Hermeneutik*.- Weinheim: Athenäum, 1. Auflage, S. 243-264.

FOUCAULT, Michel (1992): *Was ist Kritik?*. Berlin: Merve, 1. Auflage.

FOUCAULT, Michel (1994): *Überwachen und Strafen. Die Geburt des Gefängnisses*.- Frankfurt am Main: Suhrkamp, 1. Auflage.

FOUCAULT, Michel (1996): *Der Mensch ist ein Erfahrungstier. Gespräch mit Ducio Trombadori*.- Frankfurt am Main: Suhrkamp, 1. Auflage.

FOUCAULT, Michel (2000): *Staatsphobie*.- In: BRÖCKLING, Ulrich/KRASMANN, Susanne/LEMKE, Thomas: *Gouvernementalität der Gegenwart. Studien zur Ökonomisierung des Sozialen*.- Frankfurt am Main: Suhrkamp, 1. Auflage, S. 68-71.

FOUCAULT, Michel (2002a): *In Verteidigung der Gesellschaft. Vorlesungen am Collège de France 1975-1976*.- Frankfurt am Main: Suhrkamp, 3. Auflage.

FOUCAULT, Michel (2002b): *Gespräch über das Gefängnis; das Buch und seine Methode*. In: DEFERT, Daniel u.a. (Hrsg.): *Michel Foucault. Schriften in vier Bänden. Dits et Ecrits. Band II, 1970-1975*.- Frankfurt am Main: Suhrkamp, 1. Auflage, S. 913-932.

FOUCAULT, Michel (2002c): *Macht und Körper*. In: DEFERT, Daniel u.a. (Hrsg.): *Michel Foucault. Schriften in vier Bänden. Dits et Ecrits. Band II, 1970-1975*.- Frankfurt am Main: Suhrkamp, 1. Auflage, S. 932-943.

FOUCAULT, Michel (2002d): *Nietzsche, die Genealogie, die Historie*. In: DEFERT, Daniel u.a. (Hrsg.): *Michel Foucault. Schriften in vier Bänden. Dits et écrits. Band II, 1970-1975*.- Frankfurt am Main, 1. Auflage, S. 166-191.

FOUCAULT, Michel (2003): *Gespräch über die Macht*. In: DEFERT, Daniel u.a. (Hrsg.): *Michel Foucault. Schriften in vier Bänden. Dits et écrits. Band III, 1976-1979*.- Frankfurt am Main: Suhrkamp, 1. Auflage, S. 594-608.

FOUCAULT, Michel (2006a): *Sicherheit, Territorium, Bevölkerung. Geschichte der Gouvernementalität I*.- Frankfurt am Main: Suhrkamp, 1. Auflage.

FOUCAULT, Michel (2006b): *Die Geburt der Biopolitik. Geschichte der Gouvernementalität II*.- Frankfurt am Main: Suhrkamp, 1. Auflage.

FOUCAULT, Michel (2007): *Die Ordnung des Diskurses*.- Frankfurt am Main: Fischer, 10. Auflage.

FREUD, Sigmund (1999) [1908]: *Die „kulturelle" Sexualmoral und die moderne Nervosität*. In: Ders.: *Gesammelte Werke. Chronologisch geordnet. Band 7. Werke aus den Jahren 1906-1909*. (Unter Mitwirkung von Marie Bonaparte herausgegeben von Anna Freud).- Frankfurt am Main: Fischer. Nachdruck der Ausgabe von 1941, S. 143-167.

FREUD, Sigmund/BREUER, Josef (1970) [1895]: Studien über Hysterie.- Frankfurt am Main: Fischer, 1. Auflage.

GIGER-BÜTLER, Josef (2003): *Sie haben es doch gut gemeint: Depression und Familie*.- Weinheim u.a.: Beltz, 1. Auflage.

GORZ, André (2000): *Arbeit zwischen Misere und Utopie*.- Frankfurt am Main: Suhrkamp, 1. Auflage.

GORZ, André (2004): *Wissen, Wert und Kapital. Zur Kritik der Wissensökonomie*.- Zürich: Rotpunktverlag, 1. Auflage.

GORZ, André (2009): *Auswege aus dem Kapitalismus. Beiträge zur politischen Ökologie*.- Zürich: Rotpunkt, 1. Auflage.

GOTTESLEBEN, Florian (2006): *Schwarze Galle. Depression – Erfahrungsbericht und Leitfaden*.- Norderstedt: Books on Demand, 1. Auflage.

GRAEFE, Stefanie (2007): *Autonomie am Lebensende? Biopolitik, Ökonomisierung und die Debatte um Sterbehilfe*.- Frankfurt am Main: Campus, 1. Auflage.

GRÜN, Anselm (2008): *Wege durch die Depression. Spirituelle Impulse*.- Freiburg: Herder, 1. Auflage.

HAU, Stephan (2005): *Kreativität und Depression. Ein ausgewähltes psychoanalytisch-klinisches Konzept der Depression*. In: HAU, Stephan/BUSCH, Hans-Joachim/DESERNO, Heinrich (Hg.): *Depression – zwischen Lebensgefühl und Krankheit*.- Göttingen: Vandenbrecht & Ruprecht, 1. Auflage, S. 46-76.

HAUTZINGER, Martin (2006): *Ratgeber Depression. Informationen für Betroffene und Angehörige*.- Wien: Hogrefe, 1. Auflage.

HEGERL, Ulrich/NIESCKEN, Svenja (2004): *Depressionen bewältigen. Die Lebensfreude wiederfinden*.- Stuttgart: TRIAS, 1. Auflage.

HELL, Daniel (1994): *Welchen Sinn macht Depression? Ein integrativer Ansatz*.- Reinbek: Rowohlt, 2. Auflage.

HELL, Daniel (2007): *Depression. Wissen was stimmt*.- Freiburg: Herder, 3. Auflage.

HEYDE, Kerstin/MACCO, Katrin (2009): *Krankheitsbedingte Fehlzeiten aufgrund psychischer Erkrankungen. Eine Analyse der AOK-Arbeitsunfähigkeitsdaten des Jahres 2008*. In: BADURA, Bernhard u.a. (Hrsg.): *Fehlzeiten-Report 2009: Arbeit und Psyche. Belastungen reduzieren - Wohlbefinden fördern*.- Berlin: Springer, 1. Auflage, S. 30-40.

HOLCH, Christine (2000): *Arbeiten ohne Ende*. In: ENGELMANN, Jan/WIEDERMEYER, Michael (Hrsg.): *Kursbuch Arbeit. Ausstieg aus der Jobholder-Gesellschaft –Start in eine neue Tätigkeitskultur?*.- Stuttgart/München: Deutsche Verlagsanstalt, 1. Auflage, S. 241-247.

HUXLEY, Aldous (1999): *Schöne neue Welt*.- Frankfurt am Main: Fischer, 1. Auflage.

JAGOW, Bettina/STEGER, Florian (2005): *Literatur und Medizin. Ein Lexikon*.- Göttingen: Vandenhoek & Ruprecht, 1. Auflage.

JURK, Charlotte (2005): *Der Niedergeschlagene Mensch. Depression. Eine Sozialwissenschaftliche Studie zu Geschichte und gesellschaftlicher Bedeutung einer Diagnose*.- Unveröffentlichte Dissertation, Fachbereich Gesellschaftswissenschaften, Justus-Liebig-Universität Gießen. Online im Internet unter URL: http://geb.uni-giessen.de/geb/volltexte/2006/2711/pdf/JurkCharlotte-2006-02-13.pdf [2010-10-13].

KATSCHNIG u.a. (2001): *Österreichischer Psychiatriebericht 2001. Teil 1. Daten zur psychiatrischen und psychosozialen Versorgung der österreichischen Bevölkerung*.- Wien: Ludwig-Boltzmann-Institut für Sozialpsychiatrie. Online im Internet unter: URL: www.bmg.gv.at/cms/site/standard.html?channel=CH0963&doc=CMS1038920009809 [2010-10-13].

KATSCHNIG, Heinz/DENK, Peter/SCHERER, Michael (2004): *Österreichischer Psychiatriebericht 2004. Analysen und Daten zur psychiatrischen und psychosozialen Versorgung der österreichischen Bevölkerung*.- Wien: Ludwig Boltzmann Institut für Sozialpsychiatrie und Universitätsklinik für Psychiatrie. Online im Internet unter: URL: www.bmgfj.gv.at/cms/site/attachments/9/9/5/CH0963/CMS1098965386003/oesterreichischer_psychiatriebericht_2004_katschnig_et_al.pdf [2010-10-13].

KRAMER, Peter (1995): *Glück auf Rezept. Der unheimliche Erfolg der Glückspille Fluctin*.- München: Kösel, 1. Auflage.

KRISTEVA, Julia (2007): *Schwarze Sonne. Depression und Melancholie*.- Frankfurt am Main: Brandes & Apsel, 1. Auflage.

LABRO, Philippe (2005): *Siebenmal fallen, achtmal wieder aufstehen: Bericht von meiner Depression*.- Freiburg: Herder, 1. Auflage.

LANG, Hermann (1990): *Wirkfaktoren bei der Psychotherapie depressiver Erkrankungen*. In: Ders. (Hrsg.): *Wirkfaktoren der Psychotherapie*.- Berlin/Heidelberg: Springer, 1. Auflage, S. 309-325.

LANG, Hermann (2000): *Strukturale Psychoanalyse*.- Frankfurt am Main: Suhrkamp, 1. Auflage.

LEPENIES, Wolf (1969): *Melancholie und Gesellschaft*.- Frankfurt am Main: Suhrkamp, 1. Auflage.

LEUTZINGER-BOHLEBER, Marianne (2005): *Depressionsforschung zwischen Verweigerung und Anpassung. Eine Einführung*.- In: HAU, Stephan/BUSCH, Hans-Joachim/DESERNO, Heinrich (Hrsg.): *Depression – zwischen Lebensgefühl und Krankheit*.- Göttingen: Vandenbrecht & Ruprecht, 1. Auflage, S. 11-45.

LIEBL, Franz (2003): *Depression und die Strategien ihrer Vermarktung*. In: HEGEMANN, Carl (Hrsg.) (2003): *Erniedrigung genießen. Kapitalismus und Depression III*.- Berlin: Alexander Verlag, 2. Auflage, S. 113-141.

LINK, Jürgen (2009): *Versuch über den Normalismus. Wie Normalität produziert wird*.- Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 2. Auflage.

MASSCHELEIN, Jan/QUAGHEBEUR, Kerlijn/SIMONS, Maarten (2004): Das Ethos kritischer Forschung. In: Pongratz u.a.: *Nach Foucault. Diskurs- und machtanalytische Perpektiven der Pädagogik*.- Wiesbaden: VS-Verlag, 1. Auflage, S. 9-29.

MAURER, Susanne/WEBER, Susanne Maria (2006): *Die Kunst, nicht dermaßen regiert zu werden. Gouvernementalität als Perspektive der Erziehungswissenschaft*.- In: Dies. (Hrsg.): *Gouvernementalität und Erziehungswissenschaft. Wissen – Macht – Transformation*.- Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. 1 Auflage, S. 9-36.

MENAPACE, Sabine (2009): *Depression und die Kunst des Regierens. Psychische Erkrankungen aus der Perspektive der Gouvernementalität*.- Unveröffentlichte Masterarbeit, eingereicht am Institut für Erziehungswissenschaft, Universität Salzburg.

MERKLE, Rolf (2003): *Nie mehr deprimiert. Selbsthilfeprogramm zur Überwindung negativer Gefühle*.- München: MVG, 8. Auflage.

MEYER-DRAWE, Käte (1996): *Versuch einer Archäologie des pädagogischen Blicks*. In: Zeitschrift für Pädagogik, Heft 42, S. 655-664.

MEYER-DRAWE, Käte (2000): *Illusionen von Autonomie. Diesseits von Ohnmacht und Allmacht des Ich*.- München: Kirchheim, 2. Auflage.

MISES, Ludwig (1927): Liberalismus.- Jena: Gustav Fischer. Online im Internet unter http://docs.mises.de/Mises/Mises_Liberalismus.pdf [2010-10-13].

MÜLLER-RÖRICH, Thomas u.a. (2007): *Schattendasein. Das unverstandene Leiden Depression*.- Berlin: Springer, 1. Auflage.

NECKEL, Sighard (1991): *Status und Scham. Zur symbolischen Reproduktion sozialer Ungleicheit*.- Frankfurt am Main: Campus, 1. Auflage.

NECKEL, Sighard (2000): *Die Macht der Unterscheidung. Essays zur Kultursoziologie der modernen Gesellschaft*.- Frankfurt am Main: Campus, veränderte und erweiterte Neuausgabe.

NIKLEWSKI, Günter/RIECKE-NIKLEWSKI, Rose (2008): *Depressionen überwinden. Niemals aufgeben*.- Berlin: Stiftung Warentest, 4. Auflage.

NUBER, Ursula (2001): *Depression. Die verkannte Krankheit*.- Zürich: Kreuz Verlag, überarbeitete Neuauflage.

OPITZ, Sven (2004): *Gouvernementalität im Postfordismus. Macht, Wissen und Techniken des Selbst im Feld unternehmerischer Rationalität*.- Hamburg: Argument, 1. Auflage.

PETERS, Uwe H. (2007): *Depression*. In: Ders. (Hrsg.) (2007): *Lexikon Psychiatrie, Psychotherapie, medizinische Psychologie*.- München: Urban & Fischer, 6. Auflage, S. 122-123.

PHILIPSON, Ilene (2001): *Work Is Life. A Psychologist Looks at Identity and Work in America*.- Online im Internet unter: URL: http://www.psychotherapy.net/article/Work_is_Life [2010-05-11].

PHILIPSON, Ilene (2002): *Married to the Job. Why We Live to Work and What We Can Do About It*.- New York: The Free Press, 1. Auflage.

REUTHER, Lydia (2009): *Alte Mythen – neue Gesichter: Melancholie und Weiblichkeit im Wandel (1850-2005)*.- Unveröffentlichte Dissertation, Philosophische Fakultät der Universität des Saarlandes, Saarbrücken.

RIBOLITS, Erich (1995): *Die Arbeit hoch?. Berufspädagogische Streitschrift wider die Totalverzweckung des Menschen im Post-Fordismus*.- München/Wien: Profil, 1. Auflage.

RIBOLITS, Erich (2009a): *Führe mich sanft. Beratung, Coaching & Co. - die postmodernen Instrumente der Gouvernementalität*. In: Ders.: *Bildung ohne Wert. Wider die Humankapitalisierung des Menschen*.- Wien: Löcker, 1. Auflage, S. 205-218.

RIBOLITS, Erich (2009b): *Pädagogisierung – oder: „Wollt ihr die totale Erziehung?“*.- In: Ders.: *Bildung ohne Wert. Wider die Humankapitalisierung des Menschen*.- Wien: Löcker, 1. Auflage, S. 219-226.

ROSE, Nikolas (1996): *Inventing Our Selves. Psychology, Power und Personhood*.- Cambridge u.a.: Cambridge University Press, 1. Auflage.

ROSE, Nikolas (2000): *Das Regieren von unternehmerischen Individuen*.- In: *Kurswechsel. Zeitschrift für gesellschafts-, wirtschafts- und umweltpolitische Alternativen*. Heft 2/2000, S. 8-27.

ROSELT, Jens (2003): *Die Würde des Menschen ist antastbar*. In: HEGEMANN, Carl (Hrsg.) (2003): *Erniedrigung genießen. Kapitalismus und Depression III*.- Berlin: Alexander Verlag, 2. Auflage, S. 47-59.

SAAR, Martin (2007): *Macht, Staat, Subjektivität. Foucaults Geschichte der Gouvernementalität im Werkkontext*.- In: KRASMANN, Susanne/VOLKMER, Michael (Hrsg.) (2007*): Michel Foucaults „Geschichte der Gouvernementalität" in den Sozialwissenschaften*.- Bielefeld: Transcript, S. 23-45.

SCHUI, Herbert/BLANKENBURG, Stephanie (2002): *Neoliberalismus. Theorie, Gegner, Praxis*.- Hamburg: VSA, 1. Auflage.

SENNELART, Michel (2006): *Situierung der Vorlesung*. In: FOUCAULT, Michel: *Geschichte der Gouvernementalität I. Sicherheit, Territorium, Bevölkerung. Vorlesung am Collège de France 1978-1979*.- Frankfurt am Main: Suhrkamp, 1. Auflage, S. 527-571.

SERVAN-SCHREIBER, David (2004): *Die Neue Medizin der Emotionen. Stress, Angst, Depression: Gesund werden ohne Medikamente*.- München: Kunstmann, 1. Auflage.

SOLOMON, Andrew (2006): *Saturns Schatten. Die dunklen Welten der Depression*.- Frankfurt am Main: Fischer, 1. Auflage.

SPRENGER, Reinhard K. (2004): *Die Entscheidung liegt bei Dir! Wege aus der alltäglichen Unzufriedenheit*.- Frankfurt am Main: Campus, Überarbeitete Neuauflage.

VERRES, Rolf (1990): *Wirkfaktoren in der Verhaltenstherapie*. In: Lang, Hermann (Hrsg.): *Wirkfaktoren der Psychotherapie*.- Berlin/Heidelberg: Springer, 1. Auflage, S. 139-149.

VEYNE, Paul (1990): *Geschichtsschreibung und was sie nicht ist*.- Frankfurt am Main: Suhrkamp, 1. Auflage.

WALDSCHMIDT, Anne (2004): *Normalität*. In: BRÖCKLING, Ulrich/KRASMANN, Susanne/LEMKE, Thomas (Hg.): *Glossar der Gegenwart*.- Frankfurt am Main: Suhrkamp, 1. Auflage, S. 190-196.

WOGGON, Brigitte (2002): *Ich kann nicht wollen! Berichte depressiver Patienten*.- Bern: Huber, 3., ergänzte Auflage.

WRANA, Daniel (2006a): *Das Subjekt schreiben. Reflexive Praktiken und Subjektivierung in der Weiterbildung. Eine Diskursanalyse.*- Hohengehren: Schneider, 1. Auflage.

WRANA, Daniel/OTT, Marion/LANGER, Antje (2006): *Die Verknappung des Selbst. Stellenanzeigen und ihre Transformation in steuerungsrelevantes Wissen*.- In: WEBER, Susanne/MAURER, Susanne: *Gouvernementalität und Erziehungswissenschaft. Wissen – Macht – Transformation*.- Wiesbaden: VS-Verlag, 1. Auflage, S. 281-300.

Verzeichnis der Onlinequellen

Antrittsrede von Horst Köhler, 1. Juli 2004.
Online im Internet unter: URL: www.netzeitung.de/nachrichten_archiv/ 293719_2_Antrittsrede_von_Bundespraesident_Horst_Koehler. html [2010-09-09]

Definition der Major Depressive Episode im DSM IV.
Online im Internet unter URL:www.behavenet.com/capsules/disorders/mjrdepep.htm [2010-09-09]

Deutsches Statistisches Bundesamt, Statistik der Todesursachen.
Online im Internet unter: URL:www-genesis.destatis.de/genesis/online Statistik 23211 [2010-08-13]

Die Bunte, 4.11.2006.
Online im Internet unter: URL: www.clubderoptimisten.de/pressestimmen/ artikel/06-11-04-heinrichsdorff.pdf [2010-09-09]

Die Bunte, 4.11.2006.
Online im Internet unter: URL: www.clubderoptimisten.de/pressestimmen/ artikel/06-11-04-heinrichsdorff.pdf [2010-09-09]

ICD-10. Version 2006. Vollständige amtliche Ausgabe.
Online im Internet auf der Seite des Deutschen *Instituts für Medizinische Dokumentation und Information* unter: URL: www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/ diagnosen/ icd10/ htmlamtl2006/fr-icd.htm [2008-09-09]

Interview mit Wolf Lepenies im Deutschland Radio Kultur, 16.02.2006.
Online im Internet unter URL: www.dradio.de/dkultur/sendungen/kulturinterview/ 470005/ [2010-09-09]

Kieler Nachrichten, 21.04.2007.
Online im Internet unter: URL: www.clubderoptimisten.de/pressestimmen/artikel/07-04-21-kielernachrichten.pdf [2010-09-09]

Kieler Nachrichten, 21.04.2007.
Online im Internet unter: URL: www.clubderoptimisten.de/pressestimmen/artikel/07-04-21-kielernachrichten.pdf [2010-09-09]

Manifest für Deutschland. Online im Internet : URL: www.abendblatt.de/daten/ 2005/09/29/487150.html [2010-09-09]

Pressekampagne „Stimmungen sind ansteckend“.
Online im Internet unter: URL: www.effie.at/inc/modul_configuration/ plugins/MediaManagement/uploads/1261132355%5BPresseaussendung%5D.pdf
sowie unter URL:www.effie.at/inc/modul_configuration/plugins/MediaManagement/ uploads/ 1250762836%5BIAA-Sujets-neutral-Presse%5D.pdf [2010-09-09]

Roman Herzog, „Aufbruch ins 21. Jahrhundert“.
Online im Internet unter: URL: www.bundespraesident.de/dokumente/-,2.15154/ Rede/dokument.htm [2010-09-09]

Statistik Austria, Statistik der Todesursachen.
Online im Internet unter: URL: www.statistik.at/web_de/statistik/gesundheit/todesursachen_im_ueberblick/index.html [Stand 2010-08-13]

Süddeutsche Zeitung, 02.01.2006.
Online im Internet unter URL: clubderoptimisten.de.dd18014.kasserver.com/media/presse/2006-01-02_sueddeutsche.pdf [2010-09-09]

The Guardian, 26. Februar 2008.
Online im Internet unter: URL: http://www.guardian.co.uk/society/2008/feb/26/mentalhealth.medicalresearch [2010-04-06])

Website der Optimisten für Deutschland.
Online im Internet unter: URL: www.optimisten -fuer-deutschland.de [2010-09-09]

Website des Clubs der Optimisten.
Online im Internet unter: URL: www.clubderoptimisten.de [2010-09-09]

Weltgesundheitsorganisation (WHO), Definition der Einheit DALY.
Online im Internet unter URL: www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en/index.html [2010-08-13]

Anhang A: Verzeichnis aller lieferbaren Depressionsratgeber und Praxismanuale[109]

Alphabetisches Gesamtverzeichnis

ADLER, Georg (2005): *Verhaltens-Einzelpsychotherapie von Depressionen im Alter (VEDIA). Ein standardisiertes Programm*.- Stuttgart: Schattauer, 1. Auflage.

ALTHAUS, David/HEGERL, Ulrich/REINERS, Holger (2006): *Depressiv?. Zwei Fachleute und ein Betroffener beantworten die 111 wichtigsten Fragen*.- München: Kösel, 2. Auflage.

ARIETI, Silvano/BEMPORAT, Jules (1998): *Depression: Krankheitsbild, Entstehung, Dynamik und psychotherapeutische Behandlung*.- Stuttgart: Klett-Cotta.

BACHOFNER, Karin (2003): *Das Leben hat mich wieder. Was mich meine Depression lehrte*.- Holzgerlingen: SCM Hänssler, 1. Auflage.

BACHOFNER, Karin (2008): *Jetzt lebe ich – erst recht! Mit Depressionen leben*.-Witten: SCM Hänssler, 2. Auflage.

BADE, Jörg (2008): *Bis das Leben zurückgekehrt ist: Ein Durchhaltebuch für Zeiten der Depression*.- Bielefeld: Luther-Verlag, 1. Auflage.

BAER, Udo/FRICK-BAER, Gabriele (2008): *Vom Sich-fremd-Sein zum In-sich-Wohnen*.- Weinheim und Basel: Beltz, 1. Auflage.

BAUER, Michael u.a. (Hg.) (2004): *Biologische Behandlung unipolarer depressiver Störungen*.- Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 1. Auflage.

BAUER, Michael/BERGHÖFER, Anne/ADLI, M.(2005): *Therapieresistente Depressionen. Aktueller Wissensstand und Leitlinien für die Behandlung in Klinik und Praxis*.- Heidelberg: Springer, 2., neubearbeitet und erweiterte Auflage.

[109] Praxismanuale und Ratgeber für PraktikerInnen sowie für Betroffene und ihre Angehörigen zu unipolaren Depressionen. Berücksichtigt werden nur lieferbare Depressionsratgeber (Stand 31.12.2009), also keine antiquarisch erhältlichen Bücher. Insgesamt wurden 231 Titel in die Liste aufgenommen.

BÄUMER, Regina/PLATTIG, Michael (Hg.) (2008): *„Dunkle Nacht“ und Depression. Geistliche und psychologische Krisen verstehen und unterscheiden*.- Ostfildern: Grünewald, 1. Auflage.

BÄUML, Josef/KISSLING, Werner/PITSCHEL-WALZ, Gabriele (2003): *Psychoedukation Depressionen. Manual zur Leitung von Patienten und Angehörigengruppen*.- München: Urban & Fischer, 1. Auflage.

BEARDSLEE, William (Hg.) (2009): *Hoffnung, Sinn und Kontinuität: Ein Programm für Familien depressiv erkrankter Eltern*.- Tübingen: dgvt, 1. Auflage.

BECK, Aaron T. u.a. (2001): *Kognitive Therapie der Depression*.- Weinheim: Beltz, 2. Auflage.

BENKERT, Otto (2005): *StressDepression. Die neue Volkskrankheit und was man dagegen tun kann*.- München: Beck, 1. Auflage.

BENKERT, Otto (2009): *StressDepression. Warum macht Stress depressiv? Warum macht Depression das Herz krank?*.- München: C.H. Beck, 1. Auflage.

BISCHKOPF, Jeannette (2005): *Angehörigenberatung bei Depressionen*.- München: Reinhardt, 1. Auflage.

BISCHKOPF, Jeannette (2009): *So nah und doch so fern: Mit depressiv erkrankten Menschen leben*.- Bonn: Balance Buch + Medien, 1. Auflage.

BLITZ, Erika (2008): *Wenn die Seele aus dem Takt gerät: Depressionen im höheren Lebensalter bewältigen*.-dgvt, 1. Auflage.

BLOHM, Wolfgang (2006): *Selbsthypnose und Hypnotherapie: Neue Wege bei Ängsten, Schmerzen, Stress und Depressionen*.- München: mvg, 1. Auflage.

BLUM, Dorothea/DAUENHAUER, Matthias (2004): *Und wo bleibe ich?. Leben mit depressiven Menschen. Ein Leitfaden für Angehörige*.- Ostfildern: Deutscher Verein für Gesundheitspflege.

BODENMANN, Guy (2009): *Depression und Partnerschaft. Hintergründe und Hilfen*.- Bern: Huber, 1. Auflage.

BOJACK, Barbara (2006): *Älter werden – lebensfroh bleiben. Wie wir uns vor Altersdepression schützen*.- Freiburg: Herder.

BONDY, Britta (2008): *Wenn die Depression das Herz bricht. Seelische Störungen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen*.- München: C.H. Beck, 1. Auflage.

BORRI, Antoinette (2009): *Schritte aus der Depression: Anleitung zur Selbsthilfe*.- Freiburg: Herder, 4. Auflage.

BOUS, Raimund (2007): *Das Leben mit und in der Depression*.-Goch: BPV, 1. Auflage.

BRAMPTON, Sally (2009): *Das Monster, die Hoffnung und ich: Wie ich meine Depression besiegte*.-Bergisch Gladbach: Lübbe, 1. Auflage.

BRANDENSTEIN, Ingrid von (2007): *Hinter gläsernen Mauern. Bericht über eine Depression*.- Norderstedt: Books on Demand, 1. Auflage.

BRAUN, Andreas/EBERST, Anke (2003): *Energie Punkt Technik. Selbsthilfe bei Schmerzen, Ängsten, Süchten und Depressionen*.- Elben: Veena, 1. Auflage.

BRAUN-SCHARM, Hellmuth (2001): *Depression und komorbide Störungen bei Kindern und Jugendlichen*.- Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 1. Auflage.

BREHM, Edda (2008a): *Individuation. Überwindung einer Depression. Band I. Der Clown. Bilder aus dem Unbewussten*.- Stuttgart: Opus Magnum, 1. Auflage.

BREHM, Edda (2008b): *Individuation. Überwindung einer Depression. Band 2. Vom Kind, das die Sonne fand ... und andere Geschichten*.- Stuttgart: Opus Magnum, 1. Auflage.

BREYER-PFAFF, Ursula/GÄRTNER, Hans Jörg/BAUMANN, Pierre (2005): *Antidepressiva. Pharmakologie, therapeutischer Einsatz und Klinik der Depression*.- Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 2., vollständig neubearbeitete Auflage.

BROICHHAGEN, Dieter (2005): *Irrfahrt durch die Depression*.- Niebüll: Videel, 1. Auflage.

BÜRGER-RASQUIN, Rahel (2008): *Mangelkrankheit Depression. Wieder gesund und fröhlich werden*.- Berlin: Books on Demand, 2. Auflage.

BURNS, David (2006): *Feeling Good. Depressionen überwinden, Selbstachtung gewinnen. Sich wieder wohlfühlen lernen ohne Medikamente*.- Paderborn: Jungfermann, 1. Auflage.

CAINE, Linda/ROYSTON, Robin (2004): *Ich pflück dir den Mond vom Grund des Meeres. Geschichte einer Heilung*.- Frankfurt: Fischer, 1. Auflage.

CLEVE, Jay (2000): *Licht am Ende des Tunnels. Wie Depressive und ihre Angehörigen sich selbst helfen können*.- Bern: Huber, 2. Auflage.

DAHLKE, Ruediger (2006): *Depression: Wege aus der dunklen Nacht der Seele*.- München: Goldmann.

DALTON, Katharina (2003): *Wochenbettdepression. Erkennen, Behandeln, Vorbeugen*.- Bern: Huber, 1. Auflage.

DEHNER-RAU, Cornelia/RAU, Harald (2007): *Ängste verstehen und hinter sich lassen: Wie Sie belastende Ängste und Depressionen aufgeben, eigene Stärken entdecken und endlich Ihr Leben leben*.- Stuttgart: Trias, 1. Auflage.

DEICK, Hubertus (2007): *Depression. Das Erlebnis einer Heilung*.- Halle: Projekte Verlag, 1. Auflage.

DEPPING, Klaus (2002): *Depressive alte Menschen seelsorgerlich begleiten. Auswege aus Schwermut und Verzweiflung*.- Hannover: Lutherisches Verlagshaus, 2. Auflage.

DEXEL, Karin (2004): *Wolken über dem Tag. Leben mit einer endogenen Depression*.- Norderstedt: Books on Demand, 1. Auflage.

DINNER, Piere (2005): *Depression. 100 Fragen, 100 Antworten. Hintergründe, Erscheinung, Therapie*.- Bern: Huber, 1. Auflage.

ELLIS, Albert (2006): *Training der Gefühle. Wie sie sich hartnäckig weigern, unglücklich zu sein*.- München: mvg, 2., aktualisierte und erweiterte Auflage.

EMMONS, Robert (2008): *Vom Glück, dankbar zu sein. Eine Anleitung für den Alltag*.- Frankfurt am Main: Campus, 1. Auflage.

EPSTEIN ROSEN, Laura/AMADOR, Xavier Francisco (2002): *Wenn der Mensch, den du liebst, depressiv ist. Wie man Angehörigen oder Freunden hilft*.- Reinbeck: Rowohlt, 6. Auflage.

FAUST, Volker (1999): *Schwermut. Depressionen erkennen und verstehen, betreuen, behandeln und verhindern*.- Stuttgart: Hirzel.

FINK, Anna (2006): *Der Seiltanz. Mein Sieg über chronische Krankheit und Depressionen*.- Aachen: Spirit Rainbow, 1. Auflage.

FISCHER, Holger W. H. (2008): *Depression, Angst und Unbewusstes*.- Berlin: Books on Demand, 3. Auflage.

FLACH, Frederic F. (2001): *Depression als Lebenschance. Seelische Krisen und wie man sie nutzt*.- Reinbek: Rowohlt.

FREISLEDER, Franz Joseph/SCHLAMP, Dieter/NABER, Gabriele (2001): *Depression, Angst, Suizidalität. Affektive Störungen im Kindes- und Jugendalter*.-Germering bei München: Zuckschwerdt.

FRITZE-SOLÉR, Carmen (2006): *Die Zeit einer Depression*.- Frankfurt am Main: Weimarer Schiller-Presse, 1. Auflage.

FRÖHLICH, Günter (2009): *Die wahre Geschichte einer Selbstheilung durch das Gesetz der Anziehung: Wie sich ein junger Mann von Depressionen und schwerer Krankheit befreite*.- Berlin: Books on Demand, 1. Auflage.

GAMPER, Karin (2007): *Tropfen meiner Zeit. Depression, Angst und Panikattacken. Meine Chance, mein Leben zu ändern*.- Berlin: Pro Business, 1. Auflage.

GERHARDT, Günther/NIESCKEN, Svenja (2003): *Depressionen. Mehr als nur ein Stimmungstief. Ursachen, Behandlung und Selbsthilfe*.- Stuttgart: TRIAS, 1. Auflage.

GIGER-BÜTLER, Josef (2008): *Sie haben es doch gut gemeint: Depression und Familie*.- Weinheim: Beltz, Neuauflage.

GIGER-BÜTLER, Josef (2009): *Endlich frei: Schritte aus der Depression*.- Weinheim und Basel: Beltz, 2. Auflage.

GMÜR, Pascale (2001): *MutterSeelenAllein. Erschöpfung und Depression bei Müttern von Kleinkindern*.- Zürich: Orell Füssli.

GMÜR, Pascale/KESSLER, Helga (2005): *Wege aus der Depression. So finden Betroffene und ihre Angehörigen Hilfe*.-Zürich: Beobachter, 2. Erweiterte und aktualisierte Auflage.

GOTTESLEBEN, Florian (2006): *Schwarze Galle. Depression – Erfahrungsbericht und Leitfaden*.- Norderstedt: Books on Demand, 1. Auflage.

GRABE, Martin (2003): *Trauer und Depression. Vom Umgang mit Grenzerfahrungen*.- Marburg: Francke, 1. Auflage.

GRABERNSTEDT, Yvonne/VÖLKL, Günther/BANCK, Gudrun/WILL, Herbert (2008): *Depression: Psychodynamik und Therapie*.- Stuttgart: Kohlhammer, 3. Auflage.

GRÄFF, Christine/L., Maria (2005): *Aus dem Tunnel der Depression. Ein Entwicklungsweg mit Konzentrativer Bewegungstherapie*.- Gießen: Psychosozial, 1. Auflage.

GROEN, Gunther/PETERMANN, Franz (2002): *Depressive Kinder und Jugendliche*.- Wien: Hogrefe, 1. Auflage.

GRÖHE, Friederun (2003): *Nehmt es weg von mir. Depressionen nach der Geburt eines Kindes*.-Göttingen: Vandenhoek & Ruprecht.

GRÜN, Anselm (2008): *Wege durch die Depression. Spirituelle Impulse*.- Freiburg: Herder, 1. Auflage.

GSCHWINDER, Sabrina (2009): *Wenn die Seele mein Herz berührt*.-Hennef: Biografiestube, 1. Auflage.

HAAK, Anke (2001): *Nimm meine Hände. Leben mit Angst und Depression*.- Norderstedt: Books on Demand, 1. Auflage.

HAENEL, Thomas (2008): *Depression. Leben mit der schwarz gekleideten Dame*.- Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag, 1. Auflage.

HAMMEN, Constance (1999): *Depression. Erscheinungsformen und Behandlung*.- Bern: Huber.

HÄNSEL, Rudolf/FAUST, Volker (1997): *Spektrum Johanniskraut*.- Linkenheim-Hochstetten: Aesopus.

HARNISCH, Günter (2009): *Alternative Heilmittel für die Seele. Selbsthilfe bei depressiven Verstimmungen, Schlafstörungen und nervöser Erschöpfung*.- Hannover: Schlütersche, 1. Auflage.

HARRINGTON, Richard C. (2001): *Kognitive Verhaltenstherapie bei depressiven Kindern und Jugendlichen*.- Wien: Hogrefe.

HÄRTER, Martin (2007): *Praxismanual Depression. Diagnostik und Therapie erfolgreich umsetzen*.- Köln: Deutscher Ärzte Verlag, 1. Auflage.

HAUTZINGER, Martin (1998): *Depression*.- Wien: Hogrefe.

HAUTZINGER, Martin (2000): *Depression im Alter*.- Weinheim: Beltz PVU, 1. Auflage.

HAUTZINGER, Martin (2003): *Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen. Behandlungsanleitungen und Materialien*.- Weinheim: Beltz PVU, 6., überarbeitet Auflage.

HAUTZINGER, Martin (2006): *Ratgeber Depression. Informationen für Betroffene und Angehörige*.- Wien: Hogrefe, 1. Auflage.

HAUTZINGER, Martin (2006): *Wenn Älter schwermütig werden. Hilfe für Betroffene und Angehörige bei Depression im Alter*.- Weinheim: Beltz, 1. Auflage.

HAUTZINGER, Martin (2009): *Depression im Alter: Erkennen, bewältigen, behandeln. Ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Gruppenprogramm*.- Weinheim: Psychologie Verlagsunion, 1. Auflage.

HAUTZINGER, Martin u.a. (2007): *Evidenzbasierte Leitlinie zur Psychotherapie Affektiver Störungen*.- Wien: Hogrefe, 1. Auflage.

HEGERL, Ulrich/ALTHAUS, David/REINERS, Holger (2006): *Das Rätsel Depression. Eine Krankheit wird entschlüsselt*.- München: Beck, 2. Auflage.

HEGERL, Ulrich/HOFF, Paul/HENKEL, Verena (2003): *Depressionsbehandlung unter komplizierten Bedingungen*.- Bremen: Uni-Med, 1. Auflage.

HEGERL, Ulrich/NIESCKEN, Svenka (2008): *Depressionen bewältigen. Die Lebensfreude wiederfinden*.- Stuttgart: TRIAS, 2. Auflage.

HELL, Daniel (2006): *Welchen Sinn macht Depression? Ein integrativer Ansatz*.- Reinbek: Rowohlt, 4. Auflage.

HELL, Daniel (2007): *Depression. Wissen was stimmt*.- Freiburg: Herder, 3. Auflage.

HERMES, Kathryn (2007): *Die Depression überleben. Eine katholische Annäherung*.- Hauteville: Parvis, 1. Auflage.

HERMES, Kathryn (2008): *Die Depression überleben. Gebete*.- Hauteville: Parvis, 1. Auflage.

HESSE, Andrea M. (2006): *Depressionen. Was sie wissen sollten. Antworten auf die häufigsten Fragen*.- Freiburg: Herder, 1. Auflage.

HIRSCH, Hanne (2006): *Depressionen. Hilfe zur Selbsthilfe. Alarmsignale erkennen, Depressionen behandeln, Lebensqualität verbessern*.- München: Süd West, 1. Auflage.

HOFECKER-FALLAHPOUR, Maria u.a. (2005): *Was Mütter depressiv macht. ...und wodurch sie wieder Zuversicht gewinnen. Ein Therapiemanual für depressive Mütter kleiner Kinder*.- Bern: Huber, 1. Auflage.

HOFMANN, Birgit/SCHAUENBURG, Henning (Hg.) (2007): *Psychotherapie der Depression. Krankheitsmodelle und Therapiepraxis – störungsspezifisch und schulenübergreifend*.- Stuttgart: Thieme, 2., überarbeiteteund erweiterte Auflage.

HOFMANN, Peter (Hg.) (2003): *Dysthymie. Diagnostik und Therapie der chronisch depressiven Verstimmung*.- Wien: Springer, 1. Auflage.

HOLSBOER-TRACHSLER, Edith/VANONI, Christian (2008): *Depression in der Praxis*.- socio-medico, 4. Auflage.

HOSNER, Robert (2006): *Als meiner Seele der Strom ausging. Lebenserinnerungen eines depressiven Arztes*.- Norderstedt: Books on Demand, 1. Auflage.

HUEMER, Werner (2003): *Wege aus der Seelenkrise: Hilfe bei Ängsten und Depressionen. Lebenshilfen aus der Gralsbotschaft*.- Ditzingen: Gralsbotschaft.

HUG, Anette (2005): *Wenn der Tag zur Nacht wird. Ausbruch aus dem Gefängnis der Depression*.- Lüdenscheid: ASAPH, 1. Auflage.

IHLE, Wolfgang/HERRLE, Johannes (Hg.) (2003): *Stimmungsprobleme bewältigen. Ein kognitiv Verhaltenstherapeutisches Gruppenprogramm zur Prävention, Behandlung und Rückfallprophylaxe depressiver Störungen im Jugendalter nach Clarke, Lewinsohn und Hopes. Manual für Kursleiter*.- Tübingen: dgvt, 1. Auflage.

JOHMANN, Stefanie (2009): *Meine Depression kreativ genutzt. Texte und Illustrationen*.- Berlin: Books on Demand, 1. Auflage.

JOHNSTONE, Ainsley/JOHNSTONE, Mathew (2009): *Mit dem schwarzen Hund leben: Wie Angehörige und Freunde depressiven Menschen helfen können, ohne sich dabei selbst zu verlieren*.- München: Kunstmann, 1. Auflage.

JOHNSTONE, Mathew (2008): *Mein schwarzer Hund. Wie ich meine Depression an die Leine legte*.- München: Kunstmann, 1. Auflage.

JOST, Klaus (2006): *Depression, Verzweiflung, Suizidalität: Ursachen, Erscheinungsformen, Hilfen*.- Ostfilden: Mathias Grünewald, 1. Auflage.

JOSURAN, Ruedi/HOEHNE, Verena/HELL, Daniel (2002): *Mittendrin und nicht dabei. Mit Depressionen leben lernen*.- Norderstedt: Books on Demand, 1. Auflage.

JOSURAN, Ruedi/KNAPP, Thomas/HEIM, Rolf (2008): *Seele am Abgrund. Ratgeber für Angehörige, Freunde und Arbeitskollegen*.-Olten: Knapp, 1. Auflage.

JUNG, Mathias (2007): *Die erschöpfte Seele. Depression. Wege aus der Finsternis*.- Lahnstein: emu, 1. Auflage.

JURSCH, Günter (2007): *Die Depression: Krankheit oder Notbremse? Ursachen und Auswege*.- Books on Demand, 1. Auflage.

KAPLAN, Bettina (2006): *Schluss mit Depression!*.- Nerderstedt: Books on Demand, 1. Auflage.

KASPER, Siegfried/Möller, Hans-Jürgen (Hg.) (2003): *Herbst-/Winterdepression und Lichttherapie*.- Wien: Springer.

KASPER, Siegfried/MÖLLER, Hans-Jürgen/MÜLLER-SPAHN, Franz (2002): *Depression. Diagnose und Pharmakotherapie*.- Stuttgart: Thieme, 2., überarbeitete Auflage.

KASPER, Siegfried/MÖLLER-LEIMKÜHLER, Anne Maria (Hg.) (2009): *Volkskrankheit Depression*?.- Wien: Picus Verlag, 1. Auflage.

KATSCHNIG, Heinz/DEMAL, Ulrike (2003): *Die Crux mit der Praxis. Depressionsbehandlung im Alltag*.- Wien: Facultas, 1. Auflage.

KATSCHNIG, Heinz/DEMAL, Ulrike (Hg.) (2001): *Trauer und Depression. Wo hört das eine auf, wo fängt das andere an?*.- Wien: Facultas.

KAUFMANN, Heinrich (2005): *Depressionen – was tun?. Ein Leitfaden für Angehörige und Begle*iter.- Gießen: Brunnenverlag, 3., veränderte Auflage.

KIRSCHNER, Silvia (2009): *Die Geschichte eines Mädchens. Wie eine Jugendliche ihre Depressionen überwindet*.- Berlin: Books on Demand, 2. Auflage.

KLIER, Claudia M./DEMAL, Ulrike/KATSCHNIG, Heinz (Hg.) (2001): *Mutterglück und Mutterleid. Diagnose und Therapie postpartaler Depression*.- Wien: Facultas.

KRAMER, Jutta (2009): *Burn On statt Burn Out: Motivation statt Depression*.- Weinheim: Rainer Bloch, 1. Auflage.

KÜHNE, Thomas (2009): *Depression – Mehr als eine Krankheit: Lebensgeschichte*.- Frankfurt am Main: August von Goethe, 1. Auflage.

KÜHNER, Christine/WEBER, Iris (2001): *Depressionen vorbeugen. Ein Gruppenprogramm nach R.F. Munoz*.- Wien: Hogrefe.

LABRO, Philippe (2005): *Siebenmal fallen, achtmal wieder aufstehen: Bericht von meiner Depression*.- Freiburg: Herder, 1. Auflage.

LABRO, Philippe (2009): *Siebenmal fallen, achtmal wieder aufstehen: Ein Topmanager besiegt seine Depression*.- Freiburg: Herder, 1. Auflage.

LECHNER, Christine (2009): *Balance – für mehr Lebensfreude im Alter: Ein Trainingsprogramm gegen depressive Verstimmung*.- Freiburg: Lambertus, 1. Auflage.

LEHMANN, Andreas/LEHLE, Bernd (1993): *Depression und was man dagegen tun kann. Ein Ratgeber für Betroffene und Angehörige*.- Freiburg: Lambertus, 1. Auflage.

LEHMANN, Peter (2008): *Psychopharmaka absetzen. Erfolgreiches Absetzen von Neuroleptika, Antidepressiva, Phasenprophylaktika, Ritalin und Tranquilizern*.- Berlin: Lehmann, 3. Auflage.

LEHOFER, Michael/STUPPÄCK, Christoph (Hg.) (2005): *Depressionstherapien. Pharmakotherapie, Psychotherapie, Soziotherapie, Ergänzende Therapien*.- Stuttgart: Thieme, 1. Auflage.

LINARES, Juan/CAMPO, Carmen (2003): *Familientherapie bei Depressionen*.- Heidelberg: Carl-Auer-Systeme, 1. Auflage.

LINDNER, Kathrin (2009): *Krise als Chance – Depression als Weg: Krisenmanagement als Hilfsansatz der Sozialarbeit*.- Marburg: Tectum, 1. Auflage.

LÖSTO, Angelika (2003): *Beneidenswert, wer nicht betroffen ist. Erfahrungsbericht über Erschöpfung und Depression durch Mobbing*.- Frankfurt am Main: R.G. Fischer, 2., überarbeitete Auflage.

LUKAS, Elisabeth (2006): *Wertfülle und Lebensfreude. Logotherapie bei Depressionen und Sinnkrisen*.- München: Profil, 3., erweiterte Auflage.

LURIE, Melvyn (2007): *Depression. Antworten auf die wichtigsten Fragen*.- München: Dorling Kindersley, 1. Auflage.

MAIER, Karl F./STUFLESSER (2000): *Balance für die Seele. Wege aus der Depression*.- Wien: Kneipp.

MARNEROS, Andreas (2004): *Das neue Handbuch der Bipolaren und Depressiven Erkrankungen*.- Stuttgart: Thieme.

MARNEROS, Andreas/BAUER, Michael/ROHDE, Anke (2007): *Depressionen und bipolare Erkrankungen in der psychiatrischen und allgemeinärztlichen Praxis. Ein Leitfaden*.- Berlin: abw, 1. Auflage.

MARTIN, Philip (2000): *Der Zen-Weg aus der Depression. Therapeutisch-spirituelle Hilfe zur Selbsthilfe*.- Frankfurt am Main: O.W. Barth, 4. Auflage.

MARYA, Sabine (2001): *Wenn sich der Nebel lichtet. Frauen erleben und überwinden Depression*.- München: Frauenoffensive.

MAY, Gerald (2008): *Die Nacht der Seele: Mit Mystikern aus der Depression*.- Augsburg: Sankt Ulrich Verlag, 1. Auflage.

MCCULLOUGH, James P. (2007): *Behandlung von Depressionen mit dem Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapie CBASP*.- München: Cip-Medien-Verlag, 1. Auflage.

MEHLER-WEX, Claudia (2008): *Depressive Störungen (Manuale psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen)*.- Heidelberg: Springer Medizin, 1. Auflage.

MERKLE, Rolf (2001): *Wenn das Leben zur Last wird. Ein praktischer Ratgeber zur Überwindung seelischer Tiefs und depressiver Verstimmungen*.- Mannheim: Pal, 1. Auflage.

MERKLE, Rolf (2004): *Nie mehr deprimiert. Selbsthilfeprogramm zur Überwindung negativer Gefühle*.- München: mvg, 9., aktualisierte Auflage.

MEYENDORF, Rudolf/KABZA, Helga (2009): *Depressionen und Angst*.- Stuttgart: Hirzel, 16. Auflage.

MITTELSTÄDT, Elisabeth (2005): *Jedem Dunkel folgt ein Licht. Mutmachendes für depressive Zeiten*.- Gießen: Brunnen-Verlag, 1. Auflage.

MOSCH, Edmute von (2009): *Mamas Monster: Was ist nur mit Mama los?*.- Bonn: Balance Buch + Medien, 2. Auflage.

MÜLLER, Wenzel (2009): *Depression: Erkennen – behandeln – damit leben*.- Wien: Verlagshaus der Ärzte, 1. Auflage.

MÜLLER, Wenzel (2009): *Depressionen: Die Krankheit erkennen. Medikamente und andere Therapien. Hilfe für betroffene Angehörige*.- Wien: VKI, 1. Auflage.

MÜLLER, Wunibald (2002): *Dein Herz lebe auf: Hilfen aus der Depression*.- Münsterschwarzach: Vier-Türme, 2., aktualisierte und neugestaltete Auflage.

MÜLLER, Wunibald (2009): *Du bist die Liebe, die stärker ist als alles: Mit Gott sprechen in Angst, Depression und Verzweiflung*.- Würzburg: Echter, 1. Auflage.

MÜLLER, Wunibald (2009): *Ich wage mich in meine Dunkelheit: Der Depression begegnen*.- Münsterschwarzach: Vier-Türme, 1. Auflage.

MÜLLER-RÖRICH, Thomas u.a. (2007): *Schattendasein. Das unverstandene Leiden Depression*.- Berlin: Springer, 1. Auflage.

MUNDY, Linus (2002): *Elfenhelfer. Aus Depression auferstehen*.- Gutenstein: Sequoyah, 1. Auflage.

NECHLEBA, Bianca (2004): *Depression natürlich heilen. Natürliche Therapien zur Hilfe der Selbstheilung*.- Norderstedt: Books on Demand, 1. Auflage.

NEUKIRCH, Marie-Anne (2004): *Ein langer Weg aus Depressionen. Ursachen und Heilungschancen. Ein Erfahrungsbericht*.- Frankfurt am Main: R.G. Fischer, 1. Auflage.

NEUMANN, Bernd/DIETRICH, Detlef (2005): *Depression ist kein Schicksal: Die besten Therapien und Heilmethoden. Wirksame Hilfe für Betroffene und Angehörige*. – München: Droemer Knaur, 1. Auflage.

NEVERMANN, Christiane/REICHER, Hannelore (2009): *Depression im Kindes- und Jugendalter: Erkennen, Verstehen, Helfen*.- München: Beck, 2. Auflage.

NICKEL, Marius (2008): *Depressive Erkrankungen*.- Wien/New York: Springer, 1. Auflage.

NIKLEWSKI, Günter/RIECKE-NIKLEWSKI, Rose (2008): *Depressionen überwinden. Niemals aufgeben*.- Berlin: Stiftung Warentest, 4. Auflage.

NOLEN-HOEKSEMA, Susan (2008): *Wege aus der Frustfalle. Warum Frauen zu viel grübeln, zu viel essen und zu viel trinken*.- Frankfurt am Main. Eichborn, 1. Auflage.

NÜBEL, Gerhard u.a. (Hg.) (2008): *Alter Tage schwere Last. Trauer und Depression im Alter*.- Frankfurt: Mabuse, 1. Auflage.

NUBER, Ursula (2006): *Depression. Die verkannte Krankheit*.- München: dtv, 4. Auflage.

ORTBERG, John/TAN, Siang-Yang (2006): *Was die Seele befreit. Wege aus der Depression*.- Asslar: Gerth, 1. Auflage.

PALLARDY, Pierre (2008): *Bauchgefühl. Praktische Schritte zur Heilung von Verdauungsproblemen, Übergewicht, Schlaflosigkeit, Kopfschmerzen und Depression*.- München: Goldmann, 1. Auflage.

PESESCHKIAN, Nossrat/BOESSMANN, Udo (2007): *Angst und Depression im Alltag. Eine Anleitung zu Selbsthilfe und positiver Psychotherapie*.- Frankfurt am Main: Fischer, 6. Auflage.

PETERSEN, Maria (2008): *Danke! Jetzt bin ich wunschlos glücklich. Eine Hochbegabte geht ihren Weg raus aus der Krise*.- Berlin: Books on Demand, 2., überarbeitete Auflage.

PIES, Josef (2007): *SAM. Die körpereigene Substanz gegen Depressionen, Arthrose, Lebererkrankungen*.-Kirchzarten: vak, 2. Auflage.

PITSCHEL-WALZ, Gabriele (2003): *Lebensfreude zurückgewinnen. Ratgeber für Menschen mit Depressionen und deren Angehörige*.- München: Urban & Fischer, 1. Auflage.

PLINZ, Nicole (2009): *Yoga bei Erschöpfung, Burnout und Depression*.- Bonn: Balance Buch + medien, 1. Auflage.

PÖSSEL, Patrick u.a. (2004): *Trainingsprogramm zu Prävention von Depression bei Jugendlichen. Lars&Lisa: Lust an realistischer Sicht & Leichtigkeit im sozialen Alltag*.- Göttingen: Hogrefe, 1. Auflage.

POTIAN, Renate (2008): *Die Kraft des Eros. Der Mensch auf der Suche nach der Mitte zwischen Depression und Manie*.- Norderstedt: Books on Demand, 1. Auflage.

REINERS, Holger (2007): *Die gezähmte Depression. Erfülltes Leben nach der Krankheit*.- München: Kösel, 1. Auflage.

REINERS, Holger (2009): *Das heimatlose Ich: Aus der Depression zurück ins Leben*.- München: Piper, 6. Auflage.

ROEDIGER, Eckhard (2008): *Depression – die Sehnsucht nach Zukunft. Ein Ratgeber für Betroffene und Angehörige*.- Stuttgart: Freies Geistesleben, 1. Auflage.

ROHDE, Anke (2004): *Rund um die Geburt eines Kindes. Depressionen, Ängste und andere psychische Probleme. Ein Ratgeber für Betroffene, Angehörige und soziales Umfeld*.- Stuttgart: Kohlhammer, 1. Auflage.

RÖHR, Heinz-Peter (2007): *Vom Glück sich selbst zu lieben. Wege aus Angst und Depression*.- Düsseldorf und Zürich: Walter, 1. Auflage.

ROSENTHAL, Norman E./KASPER, Siegfried (2004): *Lichttherapie. Das Programm gegen Winterdepression*.- Wien: Kneipp, 1. Auflage.

RÜBELMANN, Marianne/ERNST, Heiko (Hg.) (2009): *Psychologie Heute compact Depression: Die Krankheit verstehen – die Richtige Behandlung finden – Neue Hoffnung schöpfen*.- Weinheim und Basel: Beltz, 1. Auflage.

SALIS, Bettina (2003): *Freudentränen und Babyblues*.- Reinbeck: Rowohlt.

SCHÄFER, Ulrike (2001): *Depression im Erwachsenenalter. Ein kurzer Ratgeber für Angehörige und Betroffene*.- Bern: Huber.

SCHÄFER, Ulrike (2003): *Das Depressions-Tagebuch. Aktiv mit der Krankheit umgehen*.- Bern: Huber, 1. Auflage.

SCHAUB, Annette/ROTH, Elisabeth/GOLDMANN, Ulrich (2006): *Kognitiv-psychoedukative Therapie zur Bewältigung von Depressionen. Ein Therapiemanual*.- Wien: Hogrefe, 1. Auflage.

SCHLÄPFER, Thomas/FRICK, Caroline (2007): *Angst und Depression*.- Bremen: Uni-Med, 1. Auflage.

SCHMIDT-TRAUB, Sigrun/LEX, Tina-Patricia (2005): *Angst und Depression. Kognitive Verhaltenstherapie bei Angststörungen und unipolarer Depression*.- Wien: Hogrefe, 1. Auflage.

SCHNYER, Rosa N./ALLEN, John J. (2007): *Akupunktur bei Depressionen: Das Krankheitsbild aus Sicht der Psychiatrie und chinesischen Medizin*.- München: Elsevier, 1. Auflage.

SCHÖPF, Josef (2003): *Moderne Antidepressiva. Wechseln, Kombinieren, Augmentieren*.- Heidelberg: Steinkopff, 1. Auflage.

SCHÖPF, Josef (2006): *Therapie der Depression*.- Darmstadt: Steinkopff, 2., vollständig überarbeitete Auflage.

SCHWARZ, Ida (2006): *Zurück ins Leben. Selbsthilfe bei Depression*.-Norderstedt: Books on Demand, 1. Auflage.

SEGAL, Zindel V./WILLIAMS, J. Mark G./TEASDALE, John D. (2008): *Die Achtsamkeitsbasierte Kognitive Therapie der Depression: Ein neuer Ansatz zur Rückfallprävention*.- Tübingen: dgvt, 1. Auflage.

SERVAN-SCHREIBER, David (2006): *Die Neue Medizin der Emotionen. Stress, Angst, Depression: Gesund werden ohne Medikamente*.- München, Goldmann, 11. Auflage.

SHERRILL, Elizabeth (2003): *Vom Himmel umgeben*.- Witten SCM Brockhaus, 1. Auflage.

SHIELDS, Brooke (2006): *Ich würde dich so gerne lieben. Über die große Traurigkeit nach der Geburt*.- Berlin: Marion Von Schröder.

SIEGEL, Regina (2009): *Tagebuch einer Depression: Gedichte*.- Berlin: Books on Demand, 1. Auflage.

SMITH, Laura L./ELLIOT, Charles H. (2008): *Depression für Dummies*.- Weinheim: Wiley-VCH, 1. Auflage.

SOLOMON, Andrew (2006): *Saturns Schatten. Die dunklen Welten der Depression*.- Frankfurt am Main: Fischer, 1. Auflage.

STRECKER, Dieter (2007): *Vom guten Umgang mit sich in dunklen Momenten. Leben trotz Ohnmacht, Zweifel und Angst*.- München: Claudius, 1. Auflage.

STROSAHL, Kirk D./ROBINSON, Patricia J. (2009): *Durch Achtsamkeit und Akzeptieren Ihre Depression überwinden. Ein Handbuch zur Acceptance & Commitment Therapie (ACT)*.-Paderborn: Jungfernmannsche Verlagsbuchhandlung, 1. Auflage.

THEWS, Franz (2007): *Grau ist alle Farbe. Depressive Störungen in der TCM*.- Durchhausen: thews, 1. Auflage.

THOMPSON, Tracy (2007): *Mütter und Depression. Ursachen und Auswege*.- Düsseldorf: Patmos, 1. Auflage.

TISMAR, Jens (2006): *Fünf Typen der Depression. Über einige Zusammenhänge zwischen inneren Organen und Gefühlsregungen mit Vorschlägen zur Behandlung*.- Frankfurt am Main: Haag + Herchen, 1. Auflage.

TÖLLE, Rainer (2003): *Depression. Erkennen und Behandeln*.- München: CH. Beck, 2., durchgesehene Auflage.

TREICHLER, Markus (2004): *„Danke, mir geht's gut!". Wie Männer mit ihren Depressionen umgehen*.- Esslingen: Gesundheitspflege Initiativ, 1. Auflage.

TRICKETT, Shirley (2008): *Endlich wieder angstfrei leben. Selbsthilferatgeber gegen Angst, Depressionen und Panikattacken*.- München: Piper, 4. Auflage.

TRIENDL, Annelore (2008): *Richtig essen – psychisch gesunden: Ein Mittel gegen Depression und Angstzustände*.- Innsbruck: Berenkamp, 1. Auflage.

TRUNK, Dieter S. (2009): *Depression verlieren: Die eigene Seele verstehen und heilen*.- Hamburg: tredition.

UHLMANN, Dagmar (2004): *Depressionen die stille Hölle. Eine Betroffene erzählt*.- Berlin: Viademica, 1. Auflage.

ULLRICH, Manfred A. (2004): *Depressionen heilt man anders*.- Pößneck: GGP Media, 1. Auflage.

ULLRICH, Manfred A. (2007): *Depressionen. Der alternative Behandlungsweg. Colon-Hydro-Therapie: Bauchhirn kuriert Kopfhirn*.- Hilden: Wolfland.

VAN DER DOES, Willem (2009): *Licht am Ende des Tunnels! Gib der Depression keine Chance – wie wir aus der Melancholiefalle herausfinden*.-Zürich: Oesch, 1. Auflage.

VITIELLO, Annuziata (2008): *Schuss vor den Bug – Oder: Wie ich meinen Träumen Flügel wachsen ließ*.- Heppenheim-Erbach: Hierophant, 1. Auflage.

VOLZ, Hans-Peter (2000): *Spektrum Antidepressiva*.- Linkenheim-Hochstetten: Aesopus.

WAGNER-NEUHAUS, Doris (2003): *Depressionen. Ratgeber für Angehörige*.- Bonn: Psychiatrie-Verlag, 2. Auflage.

WALK, Angelika (2002): *Ich sah in den Spiegel und erkannte mich nicht. Mein Weg aus der Hölle der Depression*.- Köln: Bastei Lübbe, 3. Auflage.

WASZKEWITZ, Bernhard (2006): *Vielfache Wurzeln depressiver Phänomene. Oder widersprüchliche psychische Quellen depressiv wirkenden menschlichen Verhaltens*.- Stuttgart: ibidem, 1. Auflage.

WELCH, Edward T. (2008): *Depressionen. Die Hartnäckige Dunkelheit*.- Waldems: 3L Verlag, 1. Auflage.

WELSCH, Anja (2007): *Depressionen. Möglichkeiten und Grenzen naturheilkundlicher Therapieverfahren*.- München: Elsevier, 1. Auflage.

WILLEMS, Heike (2009): *Erwacht aus dem Dornröschenschlaf: Mein Weg aus der Depression. Tagebuchaufzeichnungen*.- Frankfurt am Main: Fischer, 1. Auflage.

WILLIAMS, Mark/TEASDALE, John/SEGAL, Zindel/KABAT-ZINN, Jon (2009): *Der achtsame Weg durch die Depression*.- Freiburg: Arbor, 1. Auflage.

WIMMER-PUCHINGER, Beate/RIECHER-RÖSSLER, Anita (Hg.)(2006): *Postpartale Depression. Von der Forschung zur Praxis*.- Wien: Springer, 1. Auflage.

WITTCHEN, Hans-Ulrich u.a. (1995): *Depression. Wege aus der Krankheit*.- Basel: Karger.

WOGGON, Brigitte (2002): *Ich kann nicht wollen! Berichte depressiver Patienten*.- Bern: Huber, 3., ergänzte Auflage.

WOLF, Doris/MERKLE, Rolf (2003): *Gefühle verstehen, Probleme bewältigen. Ein praktischer Ratgeber zur Bewältigung von Ängsten, Unsicherheiten, Minderwertigkeits- und Schuldgefühlen, Eifersucht, depressiven Verstimmungen*.- Mannheim: PAL, 20. Auflage.

WOLFERSDORF, Manfred (2002): *Depression verstehen und bewältigen*.- Heidelberg: Springer, 3. Auflage.

WOLFERSDORF, Manfred (2002): *Krankheit Depressionen erkennen, verstehen, behandeln*.- Bonn: Psychiatrie-Verlag, 3. Auflage.

WOLFERSDORF, Manfred (2007): *Depression. Die Krankheit bewältigen*.- Bonn: Balance buch+medien, 1. Auflage.

WOLFERSDORF, Manfred G./HEINDL, Andrea (2003): *Chronische Depression. Grundlagen, Erfahrungen und Empfehlungen*.- Lengerich: Pabst, 1. Auflage.

WOLFERSDORF, Manfred/SCHÜLER, Michael (Hg.) (2004): *Depression im Alter. Diagnostik, Therapie, Angehörigenarbeit und Fürsorge*.- Stuttgart: Kohlhammerm, 1. Auflage.

WOLPERT, Lewis (2008): *Anatomie der Schwermut. Über die Krankheit Depression*.- München: Beck, 1. Auflage.

YAPKO, Michael D. (2003): *S.O.S. Depression. Schnelle und wirksame Hilfe für Betroffene. 70 Fragen und Antworten*.- Heidelberg: Carl-Auer-Systeme, 2., korrigierte Auflage.

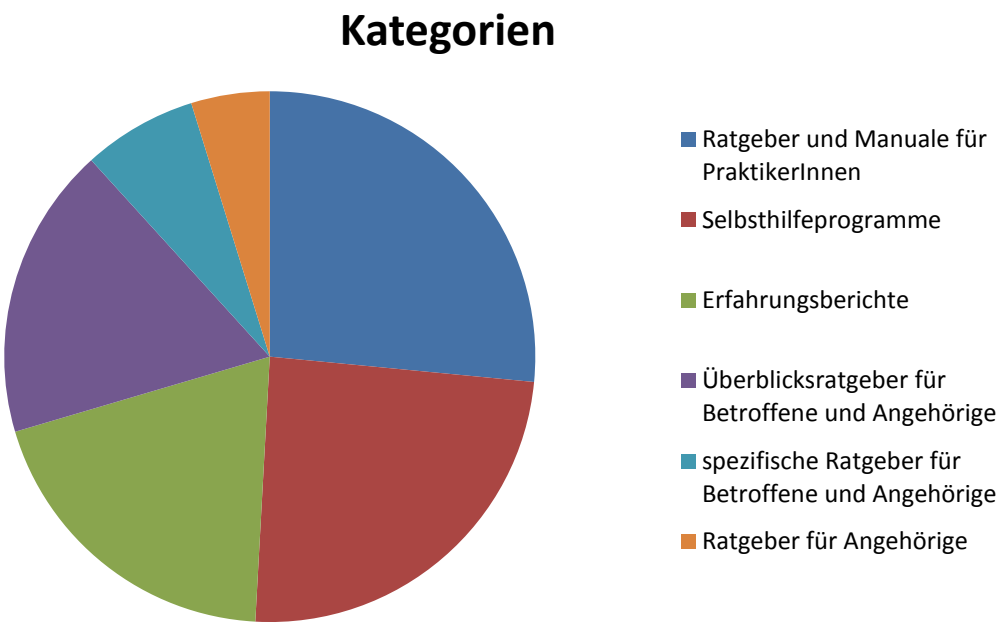
ZAADE, Sara (2008): *Seelentod. Der poetische Reichtum einer Depression*.- Norderstedt: Books on Demand, 1. Auflage.

ZAHN, Tina (2007): *Warum ich von der Brücke sprang. Die wahre Geschichte meiner postpartalen Depression, dramatischen Return und Rückkehr der Hoffnung*.- Holzgerlingen: SCM Hänssler, 1. Auflage.

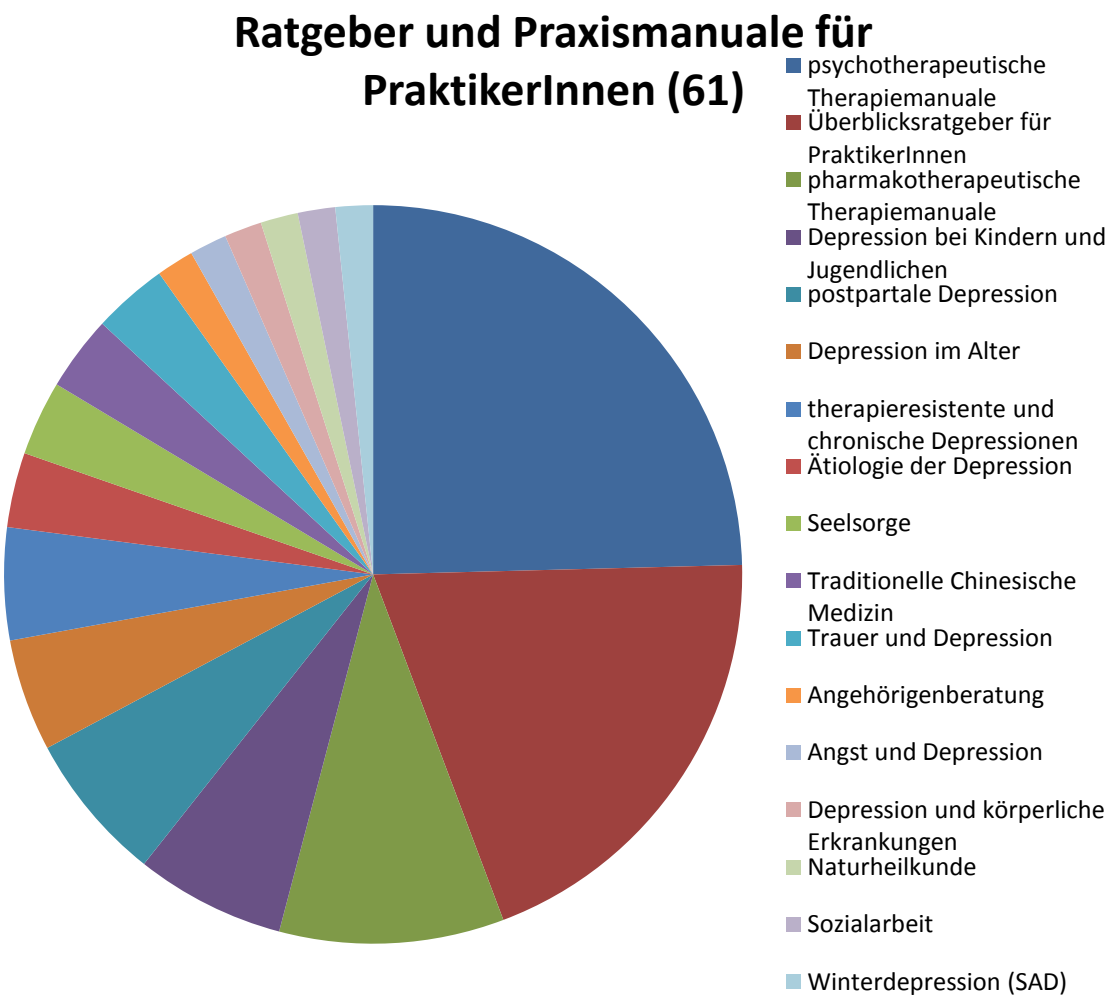
ZULLEY, Jürgen (1999): *Lichttherapie*.- Regensburg: Roderer, 3. Auflage.

ZUMSTEIN, Carlo (2005): *Reise hinter die Finsternis. Aus der Depression zur eigenen Schamanenkraft*.- Berlin: Ullstein, 1. Auflage.

Ratgeber und Praxismanuale geordnet nach Kategorien



Ratgeber und Manuale für PraktikerInnen (61)	**26,5 %**
Selbsthilfeprogramme (56)	**24,3 %**
Erfahrungsberichte (45)	**19,6 %**
Überblicksratgeber für Betroffene und Angehörige (41)	**17,8 %**
Spezifische Ratgeber für Betroffene und Angehörige (16)	**7 %**
Ratgeber für Angehörige (11)	**4,8 %**



psychotherapeutische Therapiemanuale (15)	**24,6 %**
Überblicksratgeber für PraktikerInnen (12)	**19,7 %**
pharmakotherapeutische Therapiemanuale (6)	**9,8 %**
Depression bei Kindern und Jugendlichen (4)	**6,6 %**
postpartale Depression (4)	**6,6%**
Depression im Alter (3)	**4,9 %**
therapieresistente und chronische Depressionen (3)	**4,9 %**
Ätiologie der Depression (2)	**3,3 %**
Seelsorge (2)	**3,3 %**
Traditionelle Chinesische Medizin (TCM) (2)	**3,3 %**
Trauer und Depression (2)	**3,3 %**
Angehörigenberatung (1)	**1,6 %**
Angst und Depression (1)	**1,6 %**
Depression und körperliche Erkrankungen (1)	**1,6 %**
Naturheilkunde (1)	**1,6 %**
Sozialarbeit (1)	**1,6 %**
Winterdepression (1)	**1,6 %**

psychotherapeutische Therapiemanuale (15)

Kognitive Verhaltenstherapie (10)

ADLER, Georg (2005): *Verhaltens-Einzelpsychotherapie von Depressionen im Alter (VEDIA). Ein standardisiertes Programm*.- Stuttgart: Schattauer, 1. Auflage.

BECK, Aaron T. u.a. (2001): *Kognitive Therapie der Depression*.- Weinheim: Beltz, 2. Auflage.

HARRINGTON, Richard C. (2001): *Kognitive Verhaltenstherapie bei depressiven Kindern und Jugendlichen*.- Wien: Hogrefe.

HAUTZINGER, Martin (2003): *Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen. Behandlungsanleitungen und Materialien*.- Weinheim: Beltz PVU, 6., überarbeitete Auflage.

HAUTZINGER, Martin (2009): *Depression im Alter: Erkennen, bewältigen, behandeln. Ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Gruppenprogramm*.- Weinheim: Psychologie Verlagsunion, 1. Auflage.

IHLE, Wolfgang/HERRLE, Johannes (Hg.) (2003): *Stimmungsprobleme bewältigen. Ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Gruppenprogramm zur Prävention, Behandlung und Rückfallprophylaxe depressiver Störungen im Jugendalter nach Clarke, Lewinsohn und Hopes. Manual für Kursleiter*.- Tübingen: dgvt, 1. Auflage.

KÜHNER, Christine/WEBER, Iris (2001): *Depressionen vorbeugen. Ein Gruppenprogramm nach R.F. Munoz*.- Wien: Hogrefe.

PÖSSEL, Patrick u.a. (2004): *Trainingsprogramm zu Prävention von Depression bei Jugendlichen. Lars&Lisa: Lust an realistischer Sicht & Leichtigkeit im sozialen Alltag*.- Göttingen: Hogrefe, 1. Auflage.

SCHMIDT-TRAUB, Sigrun/LEX, Tina-Patricia (2005): *Angst und Depression. Kognitive Verhaltenstherapie bei Angststörungen und unipolarer Depression*.- Wien: Hogrefe, 1. Auflage.

SEGAL, Zindel V./WILLIAMS, J. Mark G./TEASDALE, John D. (2008): *Die Achtsamkeitsbasierte Kognitive Therapie der Depression: Ein neuer Ansatz zur Rückfallprävention*.- Tübingen: dgvt, 1. Auflage.

Psychoedukation (2)

BÄUML, Josef/KISSLING, Werner/PITSCHEL-WALZ, Gabriele (2003): *Psychoedukation Depressionen. Manual zur Leitung von Patienten und Angehörigengruppen*.- München: Urban & Fischer, 1. Auflage.

SCHAUB, Annette/ROTH, Elisabeth/GOLDMANN, Ulrich (2006): *Kognitiv-psychoedukative Therapie zur Bewältigung von Depressionen. Ein Therapiemanual*.- Wien: Hogrefe, 1. Auflage.

Allgemeine Therapiemanuale (1)

HAUTZINGER, Martin u.a. (2007): *Evidenzbasierte Leitlinie zur Psychotherapie Affektiver Störungen*.- Wien: Hogrefe, 1. Auflage.

Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapie (CBASP) (1)

MCCULLOUGH, James P. (2007): *Behandlung von Depressionen mit dem Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapie CBASP*.- München: Cip-Medien-Verlag, 1. Auflage.

Systemische Familientherapie (1)

LINARES, Juan/CAMPO, Carmen (2003): *Familientherapie bei Depressionen*.- Heidelberg: Carl-Auer-Systeme, 1. Auflage.

Überblickratgeber für PraktikerInnen (12)

ARIETI, Silvano/BEMPORAT, Jules (1998): *Depression: Krankheitsbild, Entstehung, Dynamik und psychotherapeutische Behandlung*.- Stuttgart: Klett-Cotta.

GRABERNSTEDT, Yvonne/VÖLKL, Günther/BANCK, Gudrun/WILL, Herbert (2008): *Depression: Psychodynamik und Therapie*.- Stuttgart: Kohlhammer, 3. Auflage.

HAMMEN, Constance (1999): *Depression. Erscheinungsformen und Behandlung*.- Bern: Huber.

HÄRTER, Martin (2007): *Praxismanual Depression. Diagnostik und Therapie erfolgreich umsetzen*.- Köln: Deutscher Ärzte Verlag, 1. Auflage.

HAUTZINGER, Martin (1998): *Depression*.- Wien: Hogrefe.

HOFMANN, Birgit/SCHAUENBURG, Henning (Hg.) (2007): *Psychotherapie der Depression. Krankheitsmodelle und Therapiepraxis – störungsspezifisch und schulenübergreifend*.- Stuttgart: Thieme, 2., überarbeitete und erweiterte Auflage.

HOLSBOER-TRACHSLER, Edith/VANONI, Christian (2008): *Depression in der Praxis*.- socio-medico, 4. Auflage.

KATSCHNIG, Heinz/DEMAL, Ulrike (2003): *Die Crux mit der Praxis. Depressionsbehandlung im Alltag*.- Wien: Facultas, 1. Auflage.

LEHOFER, Michael/STUPPÄCK, Christoph (Hg.) (2005): *Depressionstherapien. Pharmakotherapie, Psychotherapie, Soziotherapie, Ergänzende Therapien*.- Stuttgart: Thieme, 1. Auflage.

MARNEROS, Andreas (2004): *Das neue Handbuch der Bipolaren und Depressiven Erkrankungen*.- Stuttgart: Thieme.

MARNEROS, Andreas/BAUER, Michael/ROHDE, Anke (2007): *Depressionen und bipolare Erkrankungen in der psychiatrischen und allgemeinärztlichen Praxis. Ein Leitfaden*.- Berlin: abw, 1. Auflage.

NICKEL, Marius (2008): *Depressive Erkrankungen*.- Wien/New York: Springer, 1. Auflage.

pharmakotherapeutische Therapiemanuale (6)

BAUER, Michael u.a. (Hg.) (2004): *Biologische Behandlung unipolarer depressiver Störungen*.- Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 1. Auflage.

BREYER-PFAFF, Ursula/GÄRTNER, Hans Jörg/BAUMANN, Pierre (2005): *Antidepressiva. Pharmakologie, therapeutischer Einsatz und Klinik der Depression*.- Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 2., vollständig neubearbeitete Auflage.

HÄNSEL, Rudolf/FAUST, Volker (1997): *Spektrum Johanniskraut*.- Linkenheim-Hochstetten: Aesopus.

KASPER, Siegfried/MÖLLER, Hans-Jürgen/MÜLLER-SPAHN, Franz (2002): *Depression. Diagnose und Pharmakotherapie*.- Stuttgart: Thieme, 2., überarbeitete Auflage.

SCHÖPF, Josef (2003): *Moderne Antidepressiva. Wechseln, Kombinieren, Augmentieren*.- Heidelberg: Steinkopff, 1. Auflage.

VOLZ, Hans-Peter (2000): *Spektrum Antidepressiva*.- Linkenheim-Hochstetten: Aesopus.

Depression bei Kindern und Jugendlichen (4)

BRAUN-SCHARM, Hellmuth (2001): *Depression und komorbide Störungen bei Kindern und Jugendlichen*.- Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 1. Auflage.

FREISLEDER, Franz Joseph/SCHLAMP, Dieter/NABER, Gabriele (2001): *Depression, Angst, Suizidalität. Affektive Störungen im Kindes- und Jugendalter*.-Germering bei München: Zuckschwerdt.

GROEN, Gunther/PETERMANN, Franz (2002): *Depressive Kinder und Jugendliche*.- Wien: Hogrefe, 1. Auflage.

MEHLER-WEX, Claudia (2008): *Depressive Störungen (Manuale psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen)*.- Heidelberg: Springer Medizin, 1. Auflage.

postpartale Depression (4)

DALTON, Katharina (2003): *Wochenbettdepression. Erkennen, Behandeln, Vorbeugen*.- Bern: Huber, 1. Auflage.

HOFECKER-FALLAHPOUR, Maria u.a. (2005): *Was Mütter depressiv macht. ...und wodurch sie wieder Zuversicht gewinnen. Ein Therapiemanual für depressive Mütter kleiner Kinder*.- Bern: Huber, 1. Auflage.

KLIER, Claudia M./DEMAL, Ulrike/KATSCHNIG, Heinz (Hg.) (2001): *Mutterglück und Mutterleid. Diagnose und Therapie postpartaler Depression*.- Wien: Facultas.

WIMMER-PUCHINGER, Beate/RIECHER-RÖSSLER, Anita (Hg.)(2006): *Postpartale Depression. Von der Forschung zur Praxis*.- Wien: Springer, 1. Auflage.

Depression im Alter (3)

HAUTZINGER, Martin (2000): *Depression im Alter*.- Weinheim: Beltz PVU, 1. Auflage.

NÜBEL, Gerhard u.a. (Hg.) (2008): *Alter Tage schwere Last. Trauer und Depression im Alter*.- Frankfurt: Mabuse, 1. Auflage.

WOLFERSDORF, Manfred/SCHÜLER, Michael (Hg.) (2004): *Depression im Alter. Diagnostik, Therapie, Angehörigenarbeit und Fürsorge*.- Stuttgart: Kohlhammer, 1. Auflage.

therapieresistente und chronische Depressionen (3)

BAUER, Michael/BERGHÖFER, Anne/ADLI, M.(2005): *Therapieresistente Depressionen. Aktueller Wissensstand und Leitlinien für die Behandlung in Klinik und Praxis*.- Heidelberg: Springer, 2., neubearbeitet und erweiterte Auflage.

HOFMANN, Peter (Hg.) (2003): *Dysthymie. Diagnostik und Therapie der chronisch depressiven Verstimmung*.- Wien: Springer, 1. Auflage.

WOLFERSDORF, Manfred G./Heindl, Andrea (2003): *Chronische Depression. Grundlagen, Erfahrungen und Empfehlungen*.- Lengerich: Pabst, 1. Auflage.

Ätiologie der Depression (2)

KASPER, Siegfried/MÖLLER-LEIMKÜHLER, Anne Maria (Hg.) (2009): *Volkskrankheit Depression*?.- Wien: Picus Verlag, 1. Auflage.

WASZKEWITZ, Bernhard (2006): *Vielfache Wurzeln depressiver Phänomene. Oder widersprüchliche psychische Quellen depressiv wirkenden menschlichen Verhaltens*.- Stuttgart: ibidem, 1. Auflage.

Seelsorge (2)

BÄUMER, Regina/PLATTIG, Michael (Hg.) (2008): *„Dunkle Nacht" und Depression. Geistliche und psychologische Krisen verstehen und unterscheiden*.- Ostfildern: Grünewald, 1. Auflage.

DEPPING, Klaus (2002): *Depressive alte Menschen seelsorgerlich begleiten. Auswege aus Schwermut und Verzweiflung*.- Hannover: Lutherisches Verlagshaus, 2. Auflage.

Traditionelle Chinesische Medizin (TCM) (2)

SCHNYER, Rosa N./ALLEN, John J. (2007): *Akupunktur bei Depressionen: Das Krankheitsbild aus Sicht der Psychiatrie und chinesischen Medizin*.- München: Elsevier, 1. Auflage.

THEWS, Franz (2007): *Grau ist alle Farbe. Depressive Störungen in der TCM*.- Durchhausen: thews, 1. Auflage.

Trauer und Depression (2)

GRABE, Martin (2003): *Trauer und Depression. Vom Umgang mit Grenzerfahrungen*.- Marburg: Francke, 1. Auflage.

KATSCHNIG, Heinz/DEMAL, Ulrike (Hg.) (2001): *Trauer und Depression. Wo hört das eine auf, wo fängt das andere an?*.- Wien: Facultas.

Angehörigenberatung (1)

BISCHKOPF, Jeannette (2005): *Angehörigenberatung bei Depressionen*.- München: Reinhardt, 1. Auflage.

Angst und Depression (1)

SCHLÄPFER, Thomas/FRICK, Caroline (2007): *Angst und Depression*.- Bremen: Uni-Med, 1. Auflage.

Depression und körperliche Erkrankungen (1)

HEGERL, Ulrich/HOFF, Paul/HENKEL, Verena (2003): *Depressionsbehandlung unter komplizierten Bedingungen*.- Bremen: Uni-Med, 1. Auflage.

Naturheilkunde (1)

WELSCH, Anja (2007): *Depressionen. Möglichkeiten und Grenzen naturheilkundlicher Therapieverfahren*.- München: Elsevier, 1. Auflage.

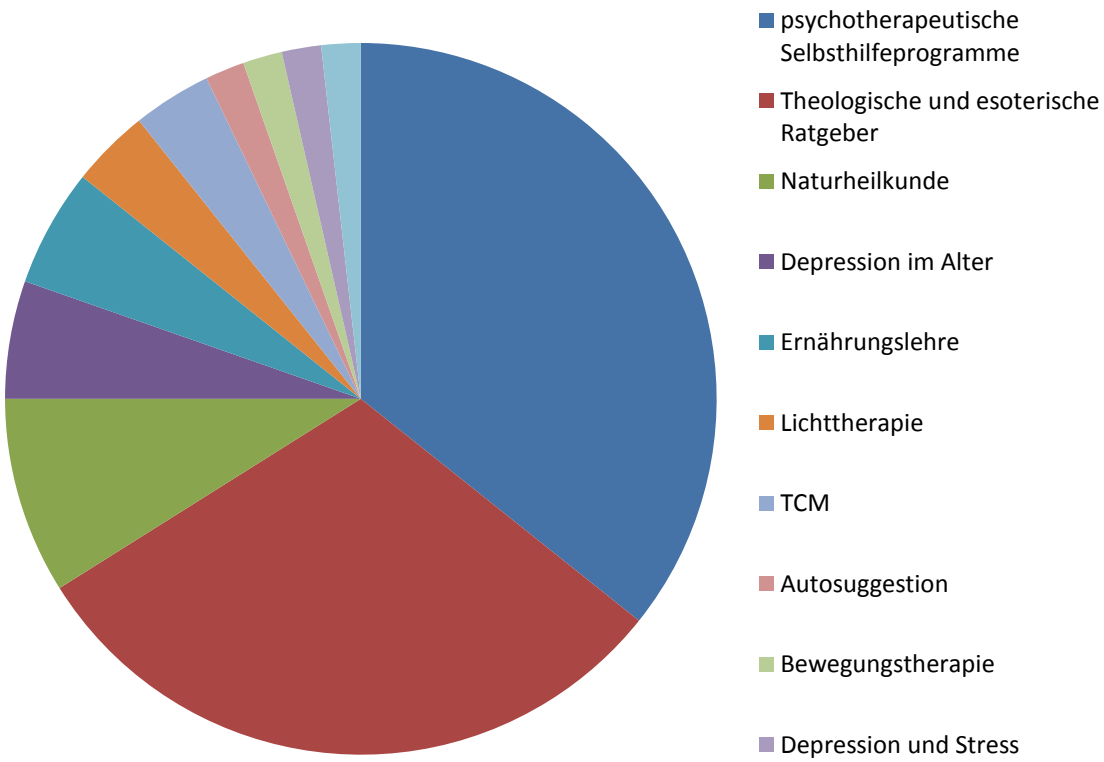
Sozialarbeit (1)

LINDNER, Kathrin (2009): *Krise als Chance – Depression als Weg: Krisenmanagement als Hilfsansatz der Sozialarbeit*.- Marburg: Tectum, 1. Auflage.

Winterdepression (SAD) (1)

KASPER, Siegfried/MÖLLER, Hans-Jürgen (Hg.) (2003): *Herbst-/Winterdepression und Lichttherapie*.- Wien: Springer.

Selbsthilfeprogramme (56)



psychotherapeutische Selbsthilfeprogramme (20)	**35,7 %**
theologische und esoterische Selbsthilfeprogramme (17)	**30,4 %**
Naturheilkunde (5)	**8,9 %**
Selbsthilfe bei Depression im Alter (3)	**5,3 %**
Ernährungslehre (3)	**5,3 %**
Lichttherapie (2)	**3,6 %**
Traditionelle Chinesische Medizin (TCM) (2)	**3,6 %**
Autosuggestion (1)	**1,8 %**
Bewegungstherapie (1)	**1,8 %**
Selbsthilfe bei Depression und Stress (1)	**1,8 %**
Pharmakotherapie (Selbstbehandlung/Nahrungsergänzung) (1)	**1,8 %**

psychotherapeutische Selbsthilfeprogramme (20)

Kognitive Verhaltenstherapie und rational-emotive Verhaltenstherapie (10)

BORRI, Antoinette (2009): *Schritte aus der Depression: Anleitung zur Selbsthilfe*.- Freiburg: Herder, 4. Auflage.

BURNS, David (2006): *Feeling Good. Depressionen überwinden, Selbstachtung gewinnen. Sich wieder wohlfühlen lernen ohne Medikamente*.- Paderborn: Jungfermann, 1. Auflage.

CLEVE, Jay (2000): *Licht am Ende des Tunnels. Wie Depressive und ihre Angehörigen sich selbst helfen können*.- Bern: Huber, 2. Auflage.

ELLIS, Albert (2006): *Training der Gefühle. Wie sie sich hartnäckig weigern, unglücklich zu sein*.- München: mvg, 2., aktualisierte und erweiterte Auflage.

MERKLE, Rolf (2001): *Wenn das Leben zur Last wird. Ein praktischer Ratgeber zur Überwindung seelischer Tiefs und depressiver Verstimmungen*.- Mannheim: Pal.

MERKLE, Rolf (2004): *Nie mehr deprimiert. Selbsthilfeprogramm zur Überwindung negativer Gefühle*.- München: mvg, 9., aktualisierte Auflage.

STROSAHL, Kirk D./ROBINSON, Patricia J. (2009): *Durch Achtsamkeit und Akzeptieren Ihre Depression überwinden. Ein Handbuch zur Acceptance & Commitment Therapie (ACT)*.-Paderborn: Jungfernmannsche Verlagsbuchhandlung, 1. Auflage.

VAN DER DOES, Willem (2009): *Licht am Ende des Tunnels! Gib der Depression keine Chance – wie wir aus der Melancholiefalle herausfinden*.-Zürich: Oesch, 1. Auflage.

WILLIAMS, Mark/TEASDALE, John/SEGAL, Zindel/KABAT-ZINN, Jon (2009): *Der achtsame Weg durch die Depression*.- Freiburg: Arbor, 1. Auflage.

WOLF, Doris/MERKLE, Rolf (2003): *Gefühle verstehen, Probleme bewältigen. Ein praktischer Ratgeber zur Bewältigung von Ängsten, Unsicherheiten, Minderwertigkeits- und Schuldgefühlen, Eifersucht, depressiven Verstimmungen*.- Mannheim: PAL, 20. Auflage.

psychotherapeutische Ausrichtung unbekannt (5)

KAPLAN, Bettina (2006): *Schluss mit Depression!*.- Nerderstedt: Books on Demand, 1. Auflage.

KRAMER, Jutta (2009): *Burn On statt Burn out: Motivation statt Depression*.- Weinheim: Rainer Bloch, 1. Auflage.

SCHÄFER, Ulrike (2003): *Das Depressions-Tagebuch. Aktiv mit der Krankheit umgehen*.- Bern: Huber, 1. Auflage.

TRICKETT, Shirley (2008): *Endlich wieder angstfrei leben. Selbsthilferatgeber gegen Angst, Depressionen und Panikattacken*.- München: Piper, 4. Auflage.

TRUNK, Dieter S. (2009): *Depression verlieren: Die eigene Seele verstehen und heilen*.- Hamburg: tredition.

Positive Psychologie (2)

EMMONS, Robert (2008): *Vom Glück, dankbar zu sein. Eine Anleitung für den Alltag*.- Frankfurt am Main: Campus, 1. Auflage.

PESESCHKIAN, Nossrat/BOESSMANN, Udo (2007): *Angst und Depression im Alltag. Eine Anleitung zu Selbsthilfe und positiver Psychotherapie*.- Frankfurt am Main: Fischer, 6. Auflage.

kreative Leib- und Traumtherapie (1)

BAER, Udo/FRICK-BAER, Gabriele (2008): *Vom Sich-fremd-Sein zum In-sich-Wohnen*.- Weinheim und Basel: Beltz, 1. Auflage.

Personenzentrierte Psychotherapie (1)

GIGER-BÜTLER, Josef (2009): *Endlich frei: Schritte aus der Depression*.- Weinheim und Basel: Beltz, 2. Auflage.

Tiefenpsychologie (1)

RÖHR, Heinz-Peter (2007): *Vom Glück sich selbst zu lieben. Wege aus Angst und Depression*.- Düsseldorf und Zürich: Walter, 1. Auflage.

Theologische und esoterische Ratgeber (17)

BADE, Jörg (2008): *Bis das Leben zurückgekehrt ist: Ein Durchhaltebuch für Zeiten der Depression*.- Bielefeld: Luther-Verlag, 1. Auflage.

GRÜN, Anselm (2008): *Wege durch die Depression. Spirituelle Impulse*.- Freiburg: Herder, 1. Auflage.

HERMES, Kathryn (2007): *Die Depression überleben. Eine katholische Annäherung*.- Hauteville: Parvis, 1. Auflage.

HERMES, Kathryn (2008): *Die Depression überleben. Gebete*.- Hauteville: Parvis, 1. Auflage.

HUEMER, Werner (2003): *Wege aus der Seelenkrise: Hilfe bei Ängsten und Depressionen. Lebenshilfen aus der Gralsbotschaft*.- Ditzingen: Gralsbotschaft.

MARTIN, Philip (2000): *Der Zen-Weg aus der Depression. Therapeutisch-spirituelle Hilfe zur Selbsthilfe*.- Frankfurt am Main: O.W. Barth, 4. Auflage.

MAY, Gerald (2008): *Die Nacht der Seele: Mit Mystikern aus der Depression*.- Augsburg: Sankt Ulrich Verlag, 1. Auflage.

MITTELSTÄDT, Elisabeth (2005): *Jedem Dunkel folgt ein Licht. Mutmachendes für depressive Zeiten*.- Gießen: Brunnen-Verlag, 1. Auflage.

MÜLLER, Wunibald (2002): *Dein Herz lebe auf: Hilfen aus der Depression*.- Münsterschwarzach: Vier-Türme, 2., aktualisierte und neugestaltete Auflage.

MÜLLER, Wunibald (2009): *Du bist die Liebe, die stärker ist als alles: Mit Gott sprechen in Angst, Depression und Verzweiflung*.- Würzburg: Echter, 1. Auflage.

MÜLLER, Wunibald (2009): *Ich wage mich in meine Dunkelheit: Der Depression begegnen*.- Münsterschwarzach: Vier-Türme, 1. Auflage.

MUNDY, Linus (2002): *Elfenhelfer. Aus Depression auferstehen*.- Gutenstein: Sequoyah.

ORTBERG, John/TAN, Siang-Yang (2006): *Was die Seele befreit. Wege aus der Depression*.- Asslar: Gerth, 1. Auflage.

SCHWARZ, Ida (2006): *Zurück ins Leben. Selbsthilfe bei Depression*.-Norderstedt: Books on Demand, 1. Auflage.

STRECKER, Dieter (2007): *Vom guten Umgang mit sich in dunklen Momenten. Leben trotz Ohnmacht, Zweifel und Angst*.- München: Claudius, 1. Auflage.

WELCH, Edward T. (2008): *Depressionen. Die Hartnäckige Dunkelheit*.- Waldems: 3L Verlag, 1. Auflage.

ZUMSTEIN, Carlo (2005): *Reise hinter die Finsternis. Aus der Depression zur eigenen Schamanenkraft*.- Berlin: Ullstein, 1. Auflage.

Naturheilkunde (5)

HARNISCH, Günter (2009): *Alternative Heilmittel für die Seele. Selbsthilfe bei depressiven Verstimmungen, Schlafstörungen und nervöser Erschöpfung*.- Hannover: Schlütersche, 1. Auflage.

NECHLEBA, Bianca (2004): *Depression natürlich heilen. Natürliche Therapien zur Hilfe der Selbstheilung*.- Norderstedt: Books on Demand, 1. Auflage.

SERVAN-SCHREIBER, David (2006): *Die Neue Medizin der Emotionen. Stress, Angst, Depression: Gesund werden ohne Medikamente*.- München, Goldmann, 11. Auflage.

ULLRICH, Manfred A. (2004): *Depressionen heilt man anders*.- Pößneck: GGP Media, 1. Auflage.

ULLRICH, Manfred A. (2007): *Depressionen. Der alternative Behandlungsweg. Colon-Hydro-Therapie: Bauchhirn kuriert Kopfhirn*.- Hilden: Wolfland.

Depression im Alter (3)

BLITZ, Erika (2008): *Wenn die Seele aus dem Takt gerät: Depressionen im höheren Lebensalter bewältigen*.-dgvt, 1. Auflage.

BOJACK, Barbara (2006): *Älter werden – lebensfroh bleiben. Wie wir uns vor Altersdepression schützen*.- Freiburg: Herder.

LECHNER, Christine (2009): *Balance – für mehr Lebensfreude im Alter: Ein Trainingsprogramm gegen depressive Verstimmung*.- Freiburg: Lambertus, 1. Auflage.

Ernährungslehre (3)

BÜRGER-RASQUIN, Rahel (2008): *Mangelkrankheit Depression. Wieder gesund und fröhlich werden*.- Berlin: Books on Demand, 2. Auflage.

PALLARDY, Pierre (2008): *Bauchgefühl. Praktische Schritte zur Heilung von Verdauungsproblemen, Übergewicht, Schlaflosigkeit, Kopfschmerzen und Depression*.- München: Goldmann, 1. Auflage.

TRIENDL, Annelore (2008): *Richtig essen – psychisch gesunden: Ein Mittel gegen Depression und Angstzustände*.- Innsbruck: Berenkamp, 1. Auflage.

TCM (Traditionelle Chinesische Medizin) (2)

BRAUN, Andreas/EBERST, Anke (2003): *Energie Punkt Technik. Selbsthilfe bei Schmerzen, Ängsten, Süchten und Depressionen*.- Elben: Veena, 1. Auflage.

TISMAR, Jens (2006): *Fünf Typen der Depression. Über einige Zusammenhänge zwischen inneren Organen und Gefühlsregungen mit Vorschlägen zur Behandlung*.- Frankfurt am Main: Haag + Herchen, 1. Auflage.

Lichttherapie (2)

ROSENTHAL, Norman E./KASPER, Siegfried (2004): *Lichttherapie. Das Programm gegen Winterdepression*.- Wien: Kneipp, 1. Auflage.

ZULLEY, Jürgen (1999): *Lichttherapie*.- Regensburg: Roderer, 3. Auflage.

Autosuggestion (1)

BLOHM, Wolfgang (2006): *Selbsthypnose und Hypnotherapie: Neue Wege bei Ängsten, Schmerzen, Stress und Depressionen*.- München: mvg, 1. Auflage.

Bewegungstherapie (1)

PLINZ, Nicole (2009): *Yoga bei Erschöpfung, Burnout und Depression*.- Bonn: Balance Buch + medien, 1. Auflage.

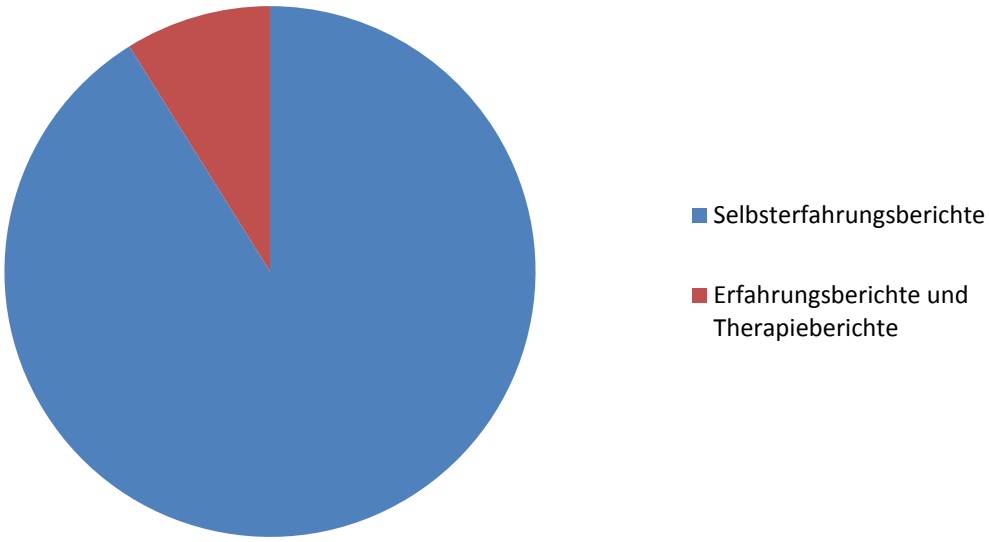
Depression und Stress (1)

BENKERT, Otto (2005): *StressDepression. Die neue Volkskrankheit und was man dagegen tun kann*.- München: Beck, 1. Auflage.

Pharmakotherapie (1)

PIES, Josef (2007): *SAM. Die körpereigene Substanz gegen Depressionen, Arthrose, Lebererkrankungen*.-Kirchzarten: vak, 2. Auflage.

Erfahrungsberichte (45)



Selbsterfahrungsberichte (41)	**91 %**
Erfahrungsberichte und Therapieberichte (4)	**9 %**

Selbsterfahrungsberichte (41)

BACHOFNER, Karin (2003): *Das Leben hat mich wieder. Was mich meine Depression lehrte*.- Holzgerlingen: SCM Hänssler, 1. Auflage.

BACHOFNER, Karin (2008): *Jetzt lebe ich – erst recht! Mit Depressionen leben*.-Witten: SCM Hänssler, 2. Auflage.

BOUS, Raimund (2007): *Das Leben mit und in der Depression*.-Goch: BPV, 1. Auflage.

BRAMPTON, Sally (2009): *Das Monster, die Hoffnung und ich: Wie ich meine Depression besiegte*.-Bergisch Gladbach: Lübbe, 1. Auflage.

BRANDENSTEIN, Ingrid von (2007): *Hinter gläsernen Mauern. Bericht über eine Depression*.- Norderstedt: Books on Demand, 1. Auflage.

BREHM, Edda (2008a): *Individuation. Überwindung einer Depression. Band I. Der Clown. Bilder aus dem Unbewussten*.- Stuttgart: Opus Magnum, 1. Auflage.

BREHM, Edda (2008b): *Individuation. Überwindung einer Depression. Band 2. Vom Kind, das die Sonne fand ... und andere Geschichten*.- Stuttgart: Opus Magnum, 1. Auflage.

BROICHHAGEN, Dieter (2005): *Irrfahrt durch die Depression*.- Niebüll: Videel, 1. Auflage.

CAINE, Linda/ROYSTON, Robin (2004): *Ich pflück dir den Mond vom Grund des Meeres. Geschichte einer Heilung*.- Frankfurt: Fischer, 1. Auflage.

DEICK, Hubertus (2007): *Depression. Das Erlebnis einer Heilung*.- Halle: Projekte Verlag, 1. Auflage.

DEXEL, Karin (2004): *Wolken über dem Tag. Leben mit einer endogenen Depression*.- Norderstedt: Books on Demand, 1. Auflage.

FINK, Anna (2006): *Der Seiltanz. Mein Sieg über chronische Krankheit und Depressionen*.- Aachen: Spirit Rainbow, 1. Auflage.

FRITZE-SOLÉR, Carmen (2006): *Die Zeit einer Depression*.- Frankfurt am Main: Weimarer Schiller-Presse, 1. Auflage.

GAMPER, Karin (2007): *Tropfen meiner Zeit. Depression, Angst und Panikattacken. Meine Chance, mein Leben zu ändern*.- Berlin: Pro Business, 1. Auflage.

GOTTESLEBEN, Florian (2006): *Schwarze Galle. Depression – Erfahrungsbericht und Leitfaden*.- Norderstedt: Books on Demand, 1. Auflage.

GSCHWINDER, Sabrina (2009): *Wenn die Seele mein Herz berührt*.-Hennef: Biografiestube, 1. Auflage.

HAAK, Anke (2001): *Nimm meine Hände. Leben mit Angst und Depression*.- Norderstedt: Books on Demand, 1. Auflage.

HOSNER, Robert (2006): *Als meiner Seele der Strom ausging. Lebenserinnerungen eines depressiven Arztes*.- Norderstedt: Books on Demand, 1. Auflage.

HUG, Anette (2005): *Wenn der Tag zur Nacht wird. Ausbruch aus dem Gefängnis der Depression*.- Lüdenscheid: ASAPH, 1. Auflage.

JOHMANN, Stefanie (2009): *Meine Depression kreativ genutzt. Texte und Illustrationen*.- Berlin: Books on Demand, 1. Auflage.

JOHNSTONE, Mathew (2008): *Mein schwarzer Hund. Wie ich meine Depression an die Leine legte*.- München: Kunstmann, 1. Auflage.

JOSURAN, Ruedi/HOEHNE, Verena/HELL, Daniel (2002): *Mittendrin und nicht dabei. Mit Depressionen leben lernen*.- Norderstedt: Books on Demand, 1. Auflage.

KÜHNE, Thomas (2009): *Depression – Mehr als eine Krankheit: Lebensgeschichte*.- Frankfurt am Main: August von Goethe, 1. Auflage.

LABRO, Philippe (2005): *Siebenmal fallen, achtmal wieder aufstehen: Bericht von meiner Depression*.- Freiburg: Herder, 1. Auflage.

LABRO, Philippe (2009): *Siebenmal fallen, achtmal wieder aufstehen: Ein Topmanager besiegt seine Depression*.- Freiburg: Herder, 1. Auflage.

LÖSTO, Angelika (2003): *Beneidenswert, wer nicht betroffen ist. Erfahrungsbericht über Erschöpfung und Depression durch Mobbing*.- Frankfurt am Main: R.G. Fischer, 2., überarbeitete Auflage.

NEUKIRCH, Marie-Anne (2004): *Ein langer Weg aus Depressionen. Ursachen und Heilungschancen. Ein Erfahrungsbericht*.- Frankfurt am Main: R.G. Fischer, 1. Auflage.

PETERSEN, Maria (2008): *Danke! Jetzt bin ich wunschlos glücklich. Eine Hochbegabte geht ihren Weg raus aus der Krise*.- Berlin: Books on Demand, 2., überarbeitete Auflage.

POTIAN, Renate (2008): *Die Kraft des Eros. Der Mensch auf der Suche nach der Mitte zwischen Depression und Manie*.- Norderstedt: Books on Demand, 1. Auflage.

REINERS, Holger (2007): *Die gezähmte Depression. Erfülltes Leben nach der Krankheit*.- München: Kösel, 1. Auflage.

REINERS, Holger (2009): *Das heimatlose Ich: Aus der Depression zurück ins Leben*.- München: Piper, 6. Auflage.

SHERRILL, Elizabeth (2003): *Vom Himmel umgeben*.- Witten SCM Brockhaus, 1. Auflage.

SHIELDS, Brooke (2006): *Ich würde dich so gerne lieben. Über die große Traurigkeit nach der Geburt*.- Berlin: Marion Von Schröder.

SIEGEL, Regina (2009): *Tagebuch einer Depression: Gedichte*.- Berlin: Books on Demand, 1. Auflage.

SOLOMON, Andrew (2006): *Saturns Schatten. Die dunklen Welten der Depression*.- Frankfurt am Main: Fischer, 1. Auflage.

UHLMANN, Dagmar (2004): *Depressionen, die stille Hölle. Eine Betroffene erzählt*.- Berlin: Viademica, 1. Auflage.

VITIELLO, Annuziata (2008): *Schuss vor den Bug – Oder: Wie ich meinen Träumen Flügel wachsen ließ*.- Heppenheim-Erbach: Hierophant, 1. Auflage.

WALK, Angelika (2002): *Ich sah in den Spiegel und erkannte mich nicht. Mein Weg aus der Hölle der Depression*.- Köln: Bastei Lübbe, 3. Auflage.

WILLEMS, Heike (2009): *Erwacht aus dem Dornröschenschlaf: Mein Weg aus der Depression. Tagebuchaufzeichnungen*.- Frankfurt am Main: Fischer, 1. Auflage.

ZAADE, Sara (2008): *Seelentod. Der poetische Reichtum einer Depression*.- Norderstedt: Books on Demand, 1. Auflage.

ZAHN, Tina (2007): *Warum ich von der Brücke sprang. Die wahre Geschichte meiner postpartalen Depression, dramatischen Return und Rückkehr der Hoffnung*.- Holzgerlingen: SCM Hänssler, 1. Auflage.

Erfahrungsberichte und Therapieberichte (4)

FRÖHLICH, Günter (2009): *Die wahre Geschichte einer Selbstheilung durch das Gesetz der Anziehung: Wie sich ein junger Mann von Depressionen und schwerer Krankheit befreite*.- Berlin: Books on Demand, 1. Auflage.

GRÄFF, Christine/L., Maria (2005): *Aus dem Tunnel der Depression. Ein Entwicklungsweg mit Konzentrativer Bewegungstherapie*.- Gießen: Psychosozial, 1. Auflage.

KIRSCHNER, Silvia (2009): *Die Geschichte eines Mädchens. Wie eine Jugendliche ihre Depressionen überwindet*.- Berlin: Books on Demand, 2. Auflage.

WOGGON, Brigitte (2002): *Ich kann nicht wollen! Berichte depressiver Patienten*.- Bern: Huber, 3., ergänzte Auflage.

Überblicksratgeber für Betroffene und Angehörige (41)

ALTHAUS, David/HEGERL, Ulrich/REINERS, Holger (2006): *Depressiv?. Zwei Fachleute und ein Betroffener beantworten die 111 wichtigsten Fragen*.- München: Kösel, 2. Auflage.

DAHLKE, Ruediger (2006): *Depression: Wege aus der dunklen Nacht der Seele*.- München: Goldmann.

DEHNER-RAU, Cornelia/RAU, Harald (2007): *Ängste verstehen und hinter sich lassen: Wie Sie belastende Ängste und Depressionen aufgeben, eigene Stärken entdecken und endlich Ihr Leben leben*.- Stuttgart: Trias, 1. Auflage.

DINNER, Piere (2005): *Depression. 100 Fragen, 100 Antworten. Hintergründe, Erscheinung, Therapie*.- Bern: Huber, 1. Auflage.

FAUST, Volker (1999): *Schwermut. Depressionen erkennen und verstehen, betreuen, behandeln und verhindern*.- Stuttgart: Hirzel.

FISCHER, Holger W. H. (2008): *Depression, Angst und Unbewusstes*.- Berlin: Books on Demand, 3. Auflage.

FLACH, Frederic F. (2001): *Depression als Lebenschance. Seelische Krisen und wie man sie nutzt*.- Reinbek: Rowohlt.

GERHARDT, Günther/NIESCKEN, Svenja (2003): *Depressionen. Mehr als nur ein Stimmungstief. Ursachen, Behandlung und Selbsthilfe*.- Stuttgart: TRIAS, 1. Auflage.

GMÜR, Pascale/KESSLER, Helga (2005): *Wege aus der Depression. So finden Betroffene und ihre Angehörigen Hilfe*.-Zürich: Beobachter, 2., erweiterte und aktualisierte Auflage.

HAENEL, Thomas (2008): *Depression. Leben mit der schwarz gekleideten Dame*.- Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag, 1. Auflage.

HAUTZINGER, Martin (2006): *Ratgeber Depression. Informationen für Betroffene und Angehörige*.- Wien: Hogrefe, 1. Auflage.

HEGERL, Ulrich/ALTHAUS, David/REINERS, Holger (2006): *Das Rätsel Depression. Eine Krankheit wird entschlüsselt*.- München: Beck, 2. Auflage.

HEGERL, Ulrich/NIESCKEN, Svenka (2008): *Depressionen bewältigen. Die Lebensfreude wiederfinden*.- Stuttgart: TRIAS, 2. Auflage.

HELL, Daniel (2007): *Depression. Wissen was stimmt*.- Freiburg: Herder, 3. Auflage.

HESSE, Andrea M. (2006): *Depressionen. Was sie wissen sollten. Antworten auf die häufigsten Fragen*.- Freiburg: Herder, 1. Auflage.

HIRSCH, Hanne (2006): *Depressionen. Hilfe zur Selbsthilfe. Alarmsignale erkennen, Depressionen behandeln, Lebensqualität verbessern*.- München: Süd West, 1. Auflage.

JOST, Klaus (2006): *Depression, Verzweiflung, Suizidalität: Ursachen, Erscheinungsformen, Hilfen*.- Ostfilden: Mathias Grünewald, 1. Auflage.

JUNG, Mathias (2007): *Die erschöpfte Seele. Depression. Wege aus der Finsternis*.- Lahnstein: emu, 1. Auflage.

JURSCH, Günter (2007): *Die Depression: Krankheit oder Notbremse? Ursachen und Auswege*.- Books on Demand, 1. Auflage.

LEHMANN, Andreas/LEHLE, Bernd (1993): *Depression und was man dagegen tun kann. Ein Ratgeber für Betroffene und Angehörige*.- Freiburg: Lambertus, 1. Auflage.

LURIE, Melvyn (2007): *Depression. Antworten auf die wichtigsten Fragen*.- München: Dorling Kindersley, 1. Auflage.

MAIER, Karl F./STUFLESSER (2000): *Balance für die Seele. Wege aus der Depression*.- Wien: Kneipp.

MEYENDORF, Rudolf/KABZA, Helga (2009): *Depressionen und Angst*.- Stuttgart: Hirzel, 16. Auflage.

MÜLLER, Wenzel (2009): *Depression: Erkennen – behandeln – damit leben*.- Wien: Verlagshaus der Ärzte.

MÜLLER, Wenzel (2009): *Depressionen: Die Krankheit erkennen. Medikamente und andere Therapien. Hilfe für betroffene Angehörige*.- Wien: VKI, 1. Auflage.

MÜLLER-RÖRICH, Thomas u.a. (2007): *Schattendasein. Das unverstandene Leiden Depression*.- Berlin: Springer, 1. Auflage.

NEUMANN, Bernd/DIETRICH, Detlef (2005): *Depression ist kein Schicksal: Die besten Therapien und Heilmethoden. Wirksame Hilfe für Betroffene und Angehörige*. – München: Droemer Knaur, 1. Auflage.

NIKLEWSKI, Günter/RIECKE-NIKLEWSKI, Rose (2008): *Depressionen überwinden. Niemals aufgeben*.- Berlin: Stiftung Warentest, 4. Auflage.

NUBER, Ursula (2006): *Depression. Die verkannte Krankheit*.- München: dtv, 4. Auflage.

PITSCHEL-WALZ, Gabriele (2003): *Lebensfreude zurückgewinnen. Ratgeber für Menschen mit Depressionen und deren Angehörige*.- München: Urban & Fischer, 1. Auflage.

ROEDIGER, Eckhard (2008): *Depression – die Sehnsucht nach Zukunft. Ein Ratgeber für Betroffene und Angehörige*.- Stuttgart: Freies Geistesleben, 1. Auflage.

RÜBELMANN, Marianne/ERNST, Heiko (Hg.) (2009): *Psychologie Heute compact Depression: Die Krankheit verstehen – die richtige Behandlung finden – Neue Hoffnung schöpfen*.- Weinheim und Basel: Beltz, 1. Auflage.

SCHÄFER, Ulrike (2001): *Depression im Erwachsenenalter. Ein kurzer Ratgeber für Angehörige und Betroffene*.- Bern: Huber.

SMITH, Laura L./ELLIOT, Charles H. (2008): *Depression für Dummies*.- Weinheim: Wiley-VCH, 1. Auflage.

TÖLLE, Rainer (2003): *Depression. Erkennen und behandeln*.- München: CH. Beck, 2., durchgesehene Auflage.

WITTCHEN, Hans-Ulrich u.a. (1995): *Depression. Wege aus der Krankheit*.- Basel: Karger.

WOLFERSDORF, Manfred (2002): *Depression verstehen und bewältigen*.- Heidelberg: Springer, 3. Auflage.

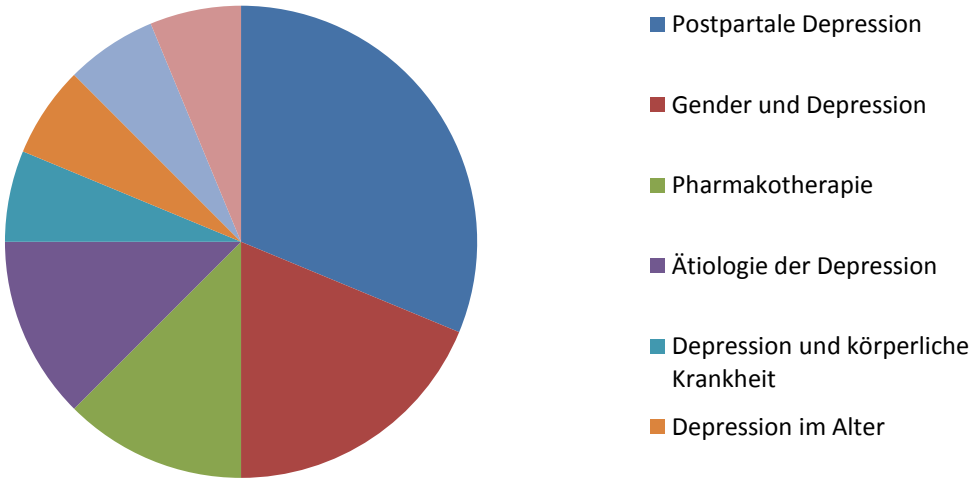
WOLFERSDORF, Manfred (2002): *Krankheit Depressionen erkennen, verstehen, behandeln*.- Bonn: Psychiatrie-Verlag, 3. Auflage.

WOLFERSDORF, Manfred (2007): *Depression. Die Krankheit bewältigen*.- Bonn: Balance buch+medien, 1. Auflage.

WOLPERT, Lewis (2008): *Anatomie der Schwermut. Über die Krankheit Depression*.- München: Beck, 1. Auflage.

YAPKO, Michael D. (2003): *S.O.S. Depression. Schnelle und wirksame Hilfe für Betroffene. 70 Fragen und Antworten*.- Heidelberg: Carl-Auer-Systeme, 2., korrigierte Auflage.

spezifische Ratgeber für Betroffene und Angehörige (16)



Postpartale Depression (5)	**31,2 %**
Gender und Depression (3)	**18,7 %**
Pharmakotherapie (2)	**12,5 %**
Ätiologie der Depression (2)	**12,5 %**
Depression im Alter (1)	**6,3 %**
Depression und körperliche Krankheit (1)	**6,3 %**
Noogene Depression (1)	**6,3 %**
Stress und Depression (1)	**6,3 %**

Postpartale Depression (5)

GMÜR, Pascale (2001): *MutterSeelenAllein. Erschöpfung und Depression bei Müttern von Kleinkindern*.- Zürich: Orell Füssli.

GRÖHE, Friederun (2003): *Nehmt es weg von mir. Depressionen nach der Geburt eines Kindes*.-Göttingen: Vandenhoek & Ruprecht.

ROHDE, Anke (2004): *Rund um die Geburt eines Kindes. Depressionen, Ängste und andere psychische Probleme. Ein Ratgeber für Betroffene, Angehörige und soziales Umfeld*.- Stuttgart: Kohlhammer, 1. Auflage.

SALIS, Bettina (2003): *Freudentränen und Babyblues*.- Reinbeck: Rowohlt.

THOMPSON, Tracy (2007): *Mütter und Depression. Ursachen und Auswege*.- Düsseldorf: Patmos, 1. Auflage.

Gender und Depression (3)

MARYA, Sabine (2001): *Wenn sich der Nebel lichtet. Frauen erleben und überwinden Depression*.- München: Frauenoffensive.

NOLEN-HOEKSEMA, Susan (2008): *Wege aus der Frustfalle. Warum Frauen zu viel grübeln, zu viel essen und zu viel trinken*.- Frankfurt am Main. Eichborn, 1. Auflage.

TREICHLER, Markus (2004): *„Danke, mir geht's gut!". Wie Männer mit ihren Depressionen umgehen*.- Esslingen: Gesundheitspflege Initiativ, 1. Auflage.

Antidepressiva und Pharmakotherapie (2)

LEHMANN, Peter (2008): *Psychopharmaka absetzen. Erfolgreiches Absetzen von Neuroleptika, Antidepressiva, Phasenprophylaktika, Ritalin und Tranquilizern*.- Berlin: Lehmann, 3. Auflage.

SCHÖPF, Josef (2006): *Therapie der Depression*.- Darmstadt: Steinkopff, 2., vollständig überarbeitete Auflage.

Ätiologie der Depression (2)

GIGER-BÜTLER, Josef (2008): *Sie haben es doch gut gemeint: Depression und Familie*.- Weinheim: Beltz, Neuauflage.

HELL, Daniel (2006): *Welchen Sinn macht Depression? Ein integrativer Ansatz*.- Reinbek: Rowohlt, 4. Auflage.

Depression im Alter (1)

HAUTZINGER, Martin (2006): *Wenn Ältere schwermütig werden. Hilfe für Betroffene und Angehörige bei Depression im Alter*.- Weinheim: Beltz, 1. Auflage.

Depression und körperliche Krankheit (1)

BONDY, Britta (2008): *Wenn die Depression das Herz bricht. Seelische Störungen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen*.- München: C.H. Beck, 1. Auflage.

Noogene Depression (Depression und Sinnkrisen) (1)

LUKAS, Elisabeth (2006): *Wertfülle und Lebensfreude. Logotherapie bei Depressionen und Sinnkrisen*.- München: Profil, 3., erweiterte Auflage.

Stress und Depression (1)

BENKERT, Otto (2009): *StressDepression. Warum macht Stress depressiv? Warum macht Depression das Herz krank?*.- München: C.H. Beck, 1. Auflage.

Ratgeber für Angehörige (11)

BEARDSLEE, William (Hg.) (2009): *Hoffnung, Sinn und Kontinuität: Ein Programm für Familien depressiv erkrankter Eltern*.- Tübingen: dgvt, 1. Auflage.

BISCHKOPF, Jeannette (2009): *So nah und doch so fern: Mit depressiv erkrankten Menschen leben*.- Bonn: Balance Buch + Medien, 1. Auflage.

BLUM, Dorothea/DAUENHAUER, Matthias (2004): *Und wo bleibe ich?. Leben mit depressiven Menschen. Ein Leitfaden für Angehörige*.- Ostfildern: Deutscher Verein für Gesundheitspflege.

BODENMANN, Guy (2009): *Depression und Partnerschaft. Hintergründe und Hilfen*.- Bern: Huber, 1. Auflage.

EPSTEIN ROSEN, Laura/AMADOR, Xavier Francisco (2002): *Wenn der Mensch, den du liebst, depressiv ist. Wie man Angehörigen oder Freunden hilft*.- Reinbeck: Rowohlt, 6. Auflage.

JOHNSTONE, Ainsley/JOHNSTONE, Mathew (2009): *Mit dem schwarzen Hund leben: Wie Angehörige und Freunde depressiven Menschen helfen können, ohne sich dabei selbst zu verlieren*.- München: Kunstmann, 1. Auflage.

JOSURAN, Ruedi/KNAPP, Thomas/HEIM, Rolf (2008): *Seele am Abgrund. Ratgeber für Angehörige, Freunde und Arbeitskollegen*.-Olten: Knapp, 1. Auflage.

KAUFMANN, Heinrich (2005): *Depressionen – was tun?. Ein Leitfaden für Angehörige und Begle*iter.- Gießen: Brunnenverlag, 3., veränderte Auflage.

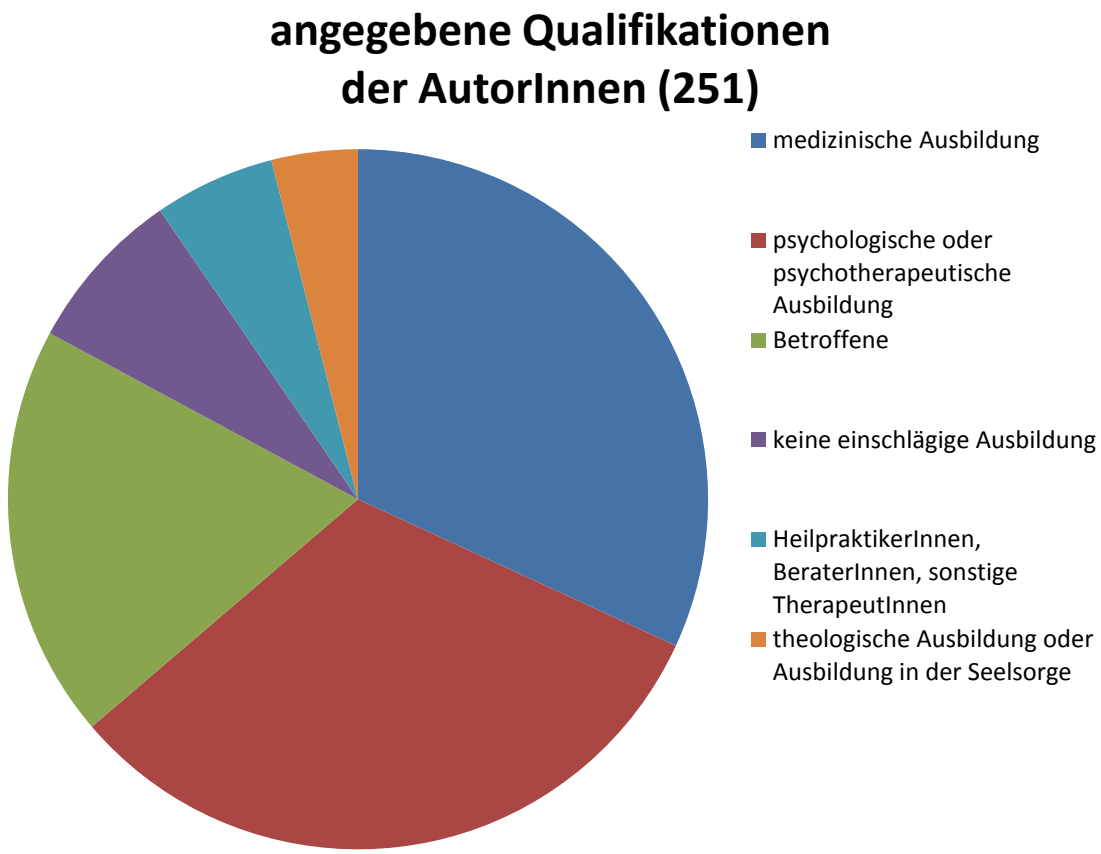
MOSCH, Edmute von (2009): *Mamas Monster: Was ist nur mit Mama los?*.- Bonn: Balance Buch + Medien, 2. Auflage.

NEVERMANN, Christiane/REICHER, Hannelore (2009): *Depression im Kindes- und Jugendalter: Erkennen, Verstehen, Helfen*.- München: Beck, 2. Auflage.

WAGNER-NEUHAUS, Doris (2003): *Depressionen. Ratgeber für Angehörige*.- Bonn: Psychiatrie-Verlag, 2. Auflage.

Anhang B: AutorInnen der lieferbaren Depressionsratgeber

AutorInnen der aufgelisteten lieferbaren Depressionsratgeber nach angegebener Qualifikation[110]



medizinische Ausbildung (80)	**31,9 %**
psychotherapeutische oder psychologische Ausbildung (80)	**31,9 %**
Betroffene (48)	**19 %**
keine Einschlägige Ausbildung oder Ausbildung unbekannt (19)	**7,6 %**
HeilpraktikerInnen, BeraterInnen, sonstige TherapeutInnen (14)	**5,6 %**
theologische Ausbildung oder Ausbildung in der Seelsorge (10)	**4 %**

[110] Die Kategorien sind nach Häufigkeit geordnet. Die AutorInnen werden unter ihrer höchsten, bekannten, einschlägigen Qualifikation aufgeführt. Ein Psychotherapeut, der zugleich die Qualifikation „Diplompsychologe“ anführt, wird nur unter „PsychotherapeutInnen“ aufgeführt. Ist die höchste bekannte Qualifikation „Diplompsychologe“ oder ein abgeschlossenes Studium in Psychologie, findet sich der Autor oder die Autorin unter „PsychologInnen“. FachärztInnen für Psychiatrie und Psychotherapie werden nur unter „PsychiaterInnen“ geführt, unabhängig davon, ob sie auch psychotherapeutisch tätig sind. Mehrfachnennungen gibt es bei jenen AutorInnen, die über mehrere, relativ unabhängige, relevante Qualifikationen verfügen, beispielsweise als AllgemeinmedizinerIn und PsychotherapeutIn oder als ÄrztIn und Betroffene.

Medizinische Ausbildung (80)

Psychiatrische Facharztausbildung (58)

Adler, Georg	Hegerl, Ulrich	Rohde, Anke
Arieti, Silviano	Hell, Daniel	Rosenthal, Norman E.
Bauer, Michael	Hofecker-Fallahpour, Maria	Schäfer, Ulrike
Bäuml, Josef	Holsboer-Trachsler, Edith	Schauenburg, Henning
Beardslee, William	Kasper, Siegfried	Schlamp, Dieter
Beck, Aaron Temkin	Kasper, Siegfried	Schläpfer, Thomas
Bemborat, Jules	Katschnig, Heinz	Schmidt, Claudia
Benkert, Otto	Kaufmann, Heinrich	Schöpf, Josef
Bondy, Britta	Kissling, Werner	Servan-Schreiber, David
Braun-Scharm, Hellmuth	Klier, Claudia	Stuppäck, Christoph
Burns, David	Lehofer, Michael	Tölle, Rainer
Dietrich, Detlef	Linares, Juan	Treichler, Markus
Dinner, Pierre	Lurie, Melvyn	Volz, Hans-Peter
Faust Volker	Marneros, Andreas	Will, Herbert
Flach, Frederic	Möller, Hans-Jürgen	Woggon, Brigitte
Freisleder, Joseph	Müller-Spahn, Franz	Wolfersdorf, Manfred
Grabe, Martin	Riecher-Rössler, Anita	Zindel, V.

Haenel, Thomas	Nickel, Marius
Harrington, Richard Charles	Nübel, Gerhard
Härter, Martin	Peseschkian, Nossrat

Ausbildung für Allgemeinmedizin und sonstige Facharztausbildungen (17)

Blohm, Wolfgang	Gärtner, Hans	May, Gerald
Boessmann, Udo	Gerhard, Günther	Meyendorf, Rudolf
Bojack, Barbara	Gottesleben, Florian	Niklewski, Günter
Dahlke, Ruediger	Hirsch, Hanne	Vanoni, Christian
Dalton, Katharina	Hosner, Werner	Vitiello, Annunziata
Dehner-Rau, Cornelia	Maier, Karl F.	

Sonstige medizinische, pharmazeutische oder naturwissenschaftliche Ausbildung (5)

Breyer-Pfaff, Ursula (Pharmakologin)	Salis, Bettina (Hebamme)
Gröhe, Friederun (Hebamme)	Trickett, Shirley (Lehrkrankenschwester)
Pies, Josef (Biologe)	Wolpert, Lewis (Biologe)

Psychotherapeutische oder psychologische Ausbildung (80)

PsychotherapeutInnen (38)

Althaus, David	Epstein-Rosen, Laura	Martin, Philip
Baer, Udo	Fischer, Holger W.H.	McCullough, James P.
Blitz, Erika	Frick-Baer, Gabriele	Merkle, Rolf
Blohm, Wolfgang	Gerhard, Günther	Müller, Wunibald
Bodenmann, Guy	Giger-Bütler, Josef	Naber, Gabriele
Boessmann, Udo	Grabernstedt, Yvonne	Pitschel-Walz, Gabriele
Bojack, Barbara	Heim, Rolf	Robinson, Patricia J.
Borri, Antoinette	Hirsch, Hanne	Röhr, Heinz-Peter
Campo, Carmen	Hofmann, Birgit	Schmidt-Traub, Sigrun
Dahlke, Ruediger	Jung, Mathias	Smith, Laura L.
Demal, Ulrike	Jursch, Günter	Wolf, Doris
Elliot, Charles H.	Lechner, Christine Anne	Yapko, Michael D.
Ellis, Albert	Lukas, Elisabeth	

PsychologInnen[111] (42)

Allen, John J.	Hautzinger, Martin	Schnyer, Rosa N.
Amador, Francisco Xavier	Herle, Johannes	Schramm, Elisabeth

[111] Studium der Psychologie und wissenschaftlich tätig oder keine Psychotherapieausbildung bekannt.

Banck, Gudrun

Bischkopf, Jeanette

Blum, Dorothea

Cleve, Jay

Dauenhauer, Mathias

De Jong-Meyer, Renate

Emmons, Robert

Ernst, Heiko

Goldmann, Ulrich

Groen, Gunter

Gröhe, Friederun

Hammen, Constance

Ihle, Wolfgang

Jost, Klaus

Kühner, Christina

May, Gerald

Nevermann, Christiane

Niescken, Svenja

Nolen-Hoeksema, Susan

Petermann, Franz

Rau, Harald

Reicher, Hannelore

Rössel, Patrick

Schaub, Annette

Siang-Yang, Tan

Strohsal, Kirk D.

Stuflesser, Heidi

Teasdale, John D.

Van Der Does, Willem

Völkl, Günther

Waszkewitz, Bernhard

Williams, Mark G.

Wimmer-Buchinger, Beate

Wittchen, Hans-Ulrich

Zulley, Jürgen

Zumstein, Carlo

Betroffene[112] (48)

Bachofer, Karin	Hug, Anette	Reiners, Holger
Bous, Raimund	Johmann, Stefanie	Schwarz, Ida
Brampton, Sally	Johnstone, Ainsley	Sherill, Elizabeth
Brehm, Edda	Johnstone, Mathew	Shields, Brooke
Broichhagen, Dieter	Josuran, Ruedi	Siegel, Regina
Caine, Linda	Kirschner, Silvia	Solomon, Andrew
Deik, Hubertus	Kramer, Jutta	Thompson, Tracy
Dexel, Karin	Kühne, Thomas	Trunk, Dieter
Fink, Anna	L., Maria	Uhlmann, Dagmar
Fritze-Solér, Carmen	Labro, Philippe	Vitiello, Dr. med. Annunziata
Gamper, Karin	Lösto, Angelika	von Brandenstein, Ingrid
Gottesleben, Florian	Mosch, Edmute von	Walk, Angelika
Gschwinder, Sabrina	Müller-Rörich, Thomas	Willems, Heike
Haag, Anke	Neukirch, Marie-Anne	Wolpert, Prof. Dr. Lewis
Hoehne, Verena	Petersen, Maria	Zaade, Sara
Hosner, Dr. med. Werner	Potian, Renate	Zahn, Tina

[112] Unter „Betroffene“ werden jene AutorInnen angeführt, die entweder angeben selbst unter Depressionen zu leiden bzw. eine depressive Erkrankung hinter sich gebracht (der überwiegende Teil) oder depressive Angehörige zu haben.

Keine einschlägige Ausbildung, sonstige Ausbildung, Ausbildung unbekannt (19)

Bäumer, Regina

Gmür, Pascale (Journalistin)

Huemer, Werner

Kabza, Helga

Kaplan, Bettina (Volksschullehrerin)

Knapp, Thomas (Autor)

Lehle, Bernd

Lehmann, Andreas

Lehmann, Peter (Publizist)

Lindner, Kathrin

Marya, Sabine (Autorin)

Mittelstädt, Elisabeth (Publizistin)

Möller-Leimkühler, Anne Maria (Sozialwissenschaftlerin)

Müller, Wenzel

Mundy, Linus (Autor)

Plattig, Michael

Rübelmann, Marianne (Publizistin)

Wagner-Neuhaus, Doris (Journalistin)

Weber, Iris

HeilpraktikerInnen, BeraterInnen, naturheilkundliche und esoterische TherapeutInnen (14)

Braun, Andreas (Heilpraktiker)

Bürger-Rasquin, Rahel (Ernährungsberaterin)

Eberst, Anke (Heilpraktikerin)

Fröhlich, Günter (Hypnosetherapeut)

Gräff, Christine (Bewegungstherapeutin)

Pallardy, Pierre (Ernährungsberatung)

Plinz, Nicole (Yoga-Therapeutin)

Thews, Franz (TCM-Therapeut)

Tismar, Jens (Heilpraktiker)

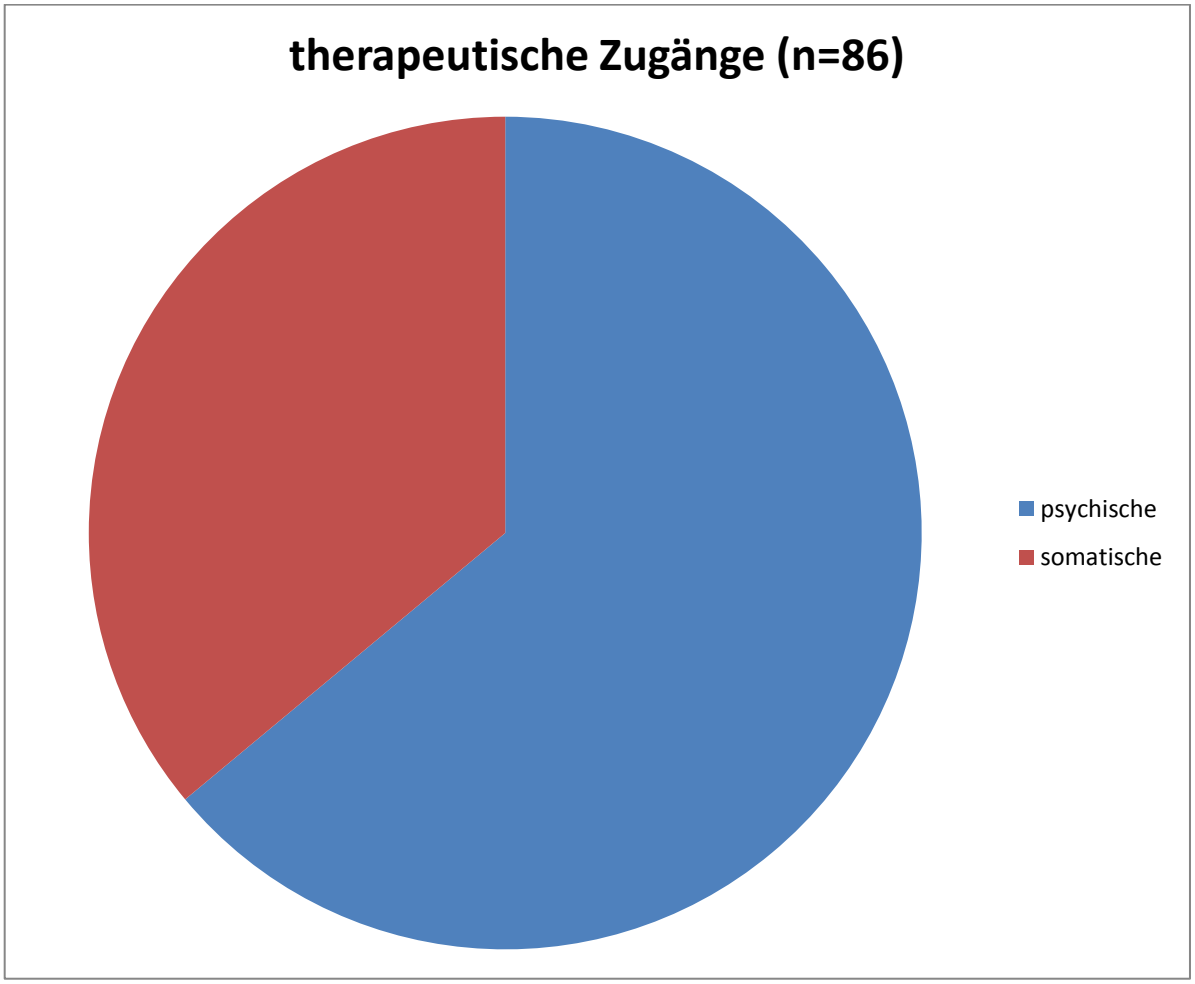
Triendl, Annelore (Lebens- und

	Sozialberaterin)
Harnisch, Günther (Heilpraktiker)	Ullrich, Manfred A. (Heilpraktiker)
Nechleba, Bianca (Heilpraktikerin)	Welsch, Anja (Heilpraktiker)

Theologische Ausbildung oder Ausbildung in der Seelsorge (10)

Bade, Jörg	Hofmann, Peter	Strecker, Dieter
Depping, Klaus	Müller, Wunibald	Welsh, Edward T.
Grün, Anselm	Ortberg, John	
Hermes, Kathryn	Siang-Yang, Tan	

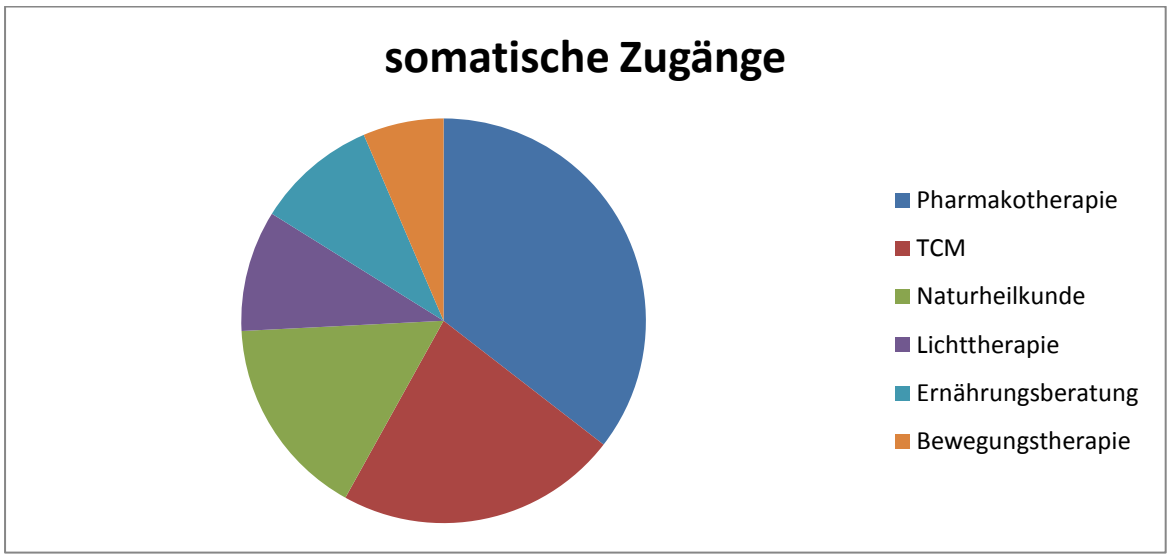
Einteilung der Ratgeber-AutorInnen nach ihrem vorrangigen therapeutischen Zugang[113]



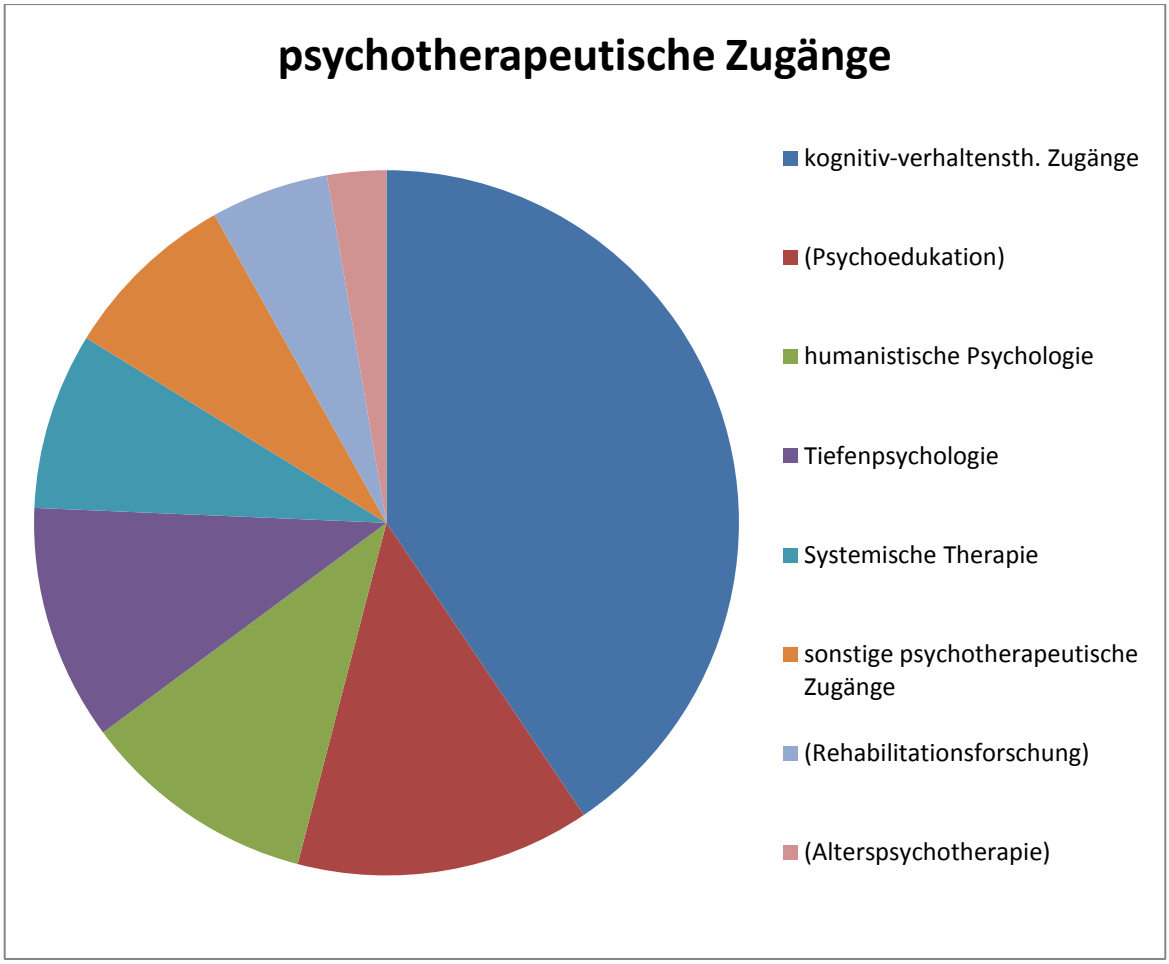
psychische Zugänge (55)	**64 %**
somatische Zugänge (31)	**36 %**

[113] Gemeint ist der therapeutische Zugang, den die AutorInnen selbst verfolgen. Dies konnte nur für etwa ein Drittel (86 von insgesamt 242) der AutorInnen erhoben werden. Die Ergebnisse sind daher für die Gesamtheit der AutorInnen nicht repräsentativ. Einige kleinere psychotherapeutische Ansätze, Seelsorge, esoterische Ansätze, naturheilkundliche und andere alternativ-medizinische Verfahren sind überrepräsentiert, weil sie sich den AutorInnen leichter zuordnen ließen. Einige Tendenzen lassen sich jedoch herauslesen: Eine deutliche Dominanz kognitiv-verhaltenstherapeutischer Therapieansätze insgesamt und unter den anerkannten psychotherapeutischen Zugängen, die große Dominanz der schulmedizinischen Behandlung mit Antidepressiva sowie eine große Anzahl alternativmedizinischer, esoterischer und christlich geprägter Zugänge, die man auf den ersten Blick eher nicht mit der Behandlung von Depressionen in Verbindung bringen würde.

Psychotherapie (37)	**67,3 %**
Seelsorge (15)	**27,3 %**
Sonstige (3)	**5,4 %**



Pharmakotherapie (11)	**35,5 %**
TCM (7)	**22,6 %**
Naturheilkunde (5)	**16 %**
Lichttherapie (3)	**9,7 %**
Ernährungsberatung (3)	**9,7 %**
Bewegungstherapie (2)	**6,5 %**



kognitiv-verhaltenstherapeutische Zugänge (15)	**40,6 %**
(Psychoedukation)[114] (5)	**13,5 %**
Humanistische Psychologie (4)	**10,8 %**
Tiefenpsychologie (4)	**10,8 %**
Systemische Therapie (3)	**8,1 %**
Sonstige psychotherapeutische Zugänge (3)	**8,1 %**
(Rehabilitationsforschung)[114] (2)	**5,4 %**
(Alterspsychotherapie)[114] (1)	**2,7 %**

[114] Keine psychotherapeutischen Techniken im engeren Sinn. Unter Psychoedukation wird die Aufklärung der Kranken und ihrer Angehörigen über die psychische Erkrankung verstanden und die Kranken werden zu einem eigenständigen Krankheitsmanagement aufgefordert und befähigt. Hier besteht eine gewisse Nähe zur Verhaltenstherapie. Rehabilitationsforschung beschäftigt sich mit der Frage nach der Wiedereingliederung (psychisch) Kranker in das (Berufs-)leben. Alterspsychotherapie legt ihren Schwerpunkt nicht auf eine bestimmte Methode, sondern eine bestimmte Zielgruppe von Psychotherapie mit teilweise eigenen Krankheitsbildern (z.B. Demenz).

psychische Zugänge (55)

Psychotherapie (37)

kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansätze (15)

Kognitive Verhaltenstherapie (7)

Adler, Georg	De Jong-Meyer, Renate	Kühner, Christina
Althaus, Psych. David	Groen, Dr. Gunter	McCullough, James P.
Beck, Aaron Temkin	Harrington, Richard Charles	Petermann, Franz
Blitz, Erika	Hautzinger, Martin	Rössel, Patrick
Bodenmann, Guy	Herle, Johannes	Schmidt-Traub, Sigrun
Borri, Antoinette	Hofmann, Birgit	Van Der Does, Willem
Burns, David	Ihle, Wolfgang	Wolf, Doris

Rational-Emotive Verhaltenstherapie (2)

Ellis, Albert

Merkle, Rolf

Acceptance & Commitment Therapie (ACT) (2)

Strohsal, Kirk D.

Robinson, Patricia J.

Achtsamkeitsbasierte Kognitive Therapie (3)

Williams, J. Mark G.

Zindel, Zindel V.

Teasdale, John D.

interpersonelle Psychotherapie (1)

Schramm, Elisabeth

Humanistische Psychologie (4)

personenzentrierte Psychotherapie (1)

Giger-Bütler, Josef

Positive Psychotherapie (3)

Boessmann, Udo

Emmons, Robert

Peseschkian, Nossrat

Tiefenpsychologische Zugänge (4)

Haenel, Thomas

Röhr, Heinz-Peter

Nickel, Marius

Jursch, Günter
(Transaktionsanalyse)

Systemische Therapie (3)

Campo, Carmen

Epstein-Rosen, Laura

Linares, Juan

Weitere psychotherapeutische Ansätze (3)

Lukas, Elisabeth (Logotherapie)

Baer, Udo

Frick-Baer, Gabriele

Psychoedukation (5)

Bäuml, Pr. Doz. Dr. med. Josef

Goldmann, Dipl. Psych. Ulrich

Kissling, Dr. Werner

Pitschel-Walz, Dr. Gabriele

Schaub, Dr. Annette

Rehabilitationsforschung (2)

Groen, Gunter

Petermann, Franz

Alterspsychotherapie (1)

Bojack, Barbara

Seelsorge (15)

Bade, Jörg	Huemer, Werner	Ortberg, John
Depping, Klaus	Hug, Anette	Sherill, Elizabeth
Grabe, Martin	May, Gerald	Siang-Yang, Tan
Grün, Anselm	Mittelstädt, Elisabeth	Strecker, Dieter
Hermes, Kathryn	Müller, Wunibald	Welsh, Edward T.

Sonstige (3)

Fröhlich, Günter (Hypnosetherapie, Autosuggestion)

Martin, Philip (Zen-Buddhismus)

Zumstein, Carlo (Schamanismus)

Somatische Zugänge (31)

Pharmakotherapie (11)

Bauer, Michael

Breyer-Pfaff, Ursula

Faust, Volker

Gärtner, Hans

Pies, Josef

Meyendorf, Rudolf

Möller, Hans-Jürgen

Müller-Spahn, Franz

Schöpf, Josef

Volz, Hans-Peter

Woggon, Brigitte

Lichttherapie (3)

Kasper, Siegfried

Rosenthal, Norman E.

Zulley, Jürgen

Naturheilkunde (5)

Welsch, Anja

Nechleba, Bianca

Ullrich, Manfred A. (Colon-Hydro-Therapie)

Faust, Volker

Harnisch, Günther

Ernährungsberatung (3)

Bürger-Rasquin, Rahel

Pallardy, Pierre

Triendl, Annelore

Traditionelle Chinesische Medizin, Akupressur, Akupunktur (7)

Tismar, Dr. Jens (TCM)

Thews, Franz (TCM)

Schnyer, Rosa N. (TCM, Akupunktur)

Allen, John J. (TCM, Akupunktur)

Braun, Andreas (TCM, Energiepunkttechnik)

Eberst, Anke (TCM, Energiepunkttechnik)

Bischkopf, Jeanette (Emotionsfokussierte Therapie, vgl. Energiepunkttechnik)

Bewegungstherapie (2)

Gräff, Christine

Plinz, Nicole (Yoga)

Abstract

As neoliberalism, depression seems to be on the rise. This simultaneity constitutes the starting-point of the following thesis. Its goal is to find correlations between neoliberalism and depression, using the example of self-help books for people affected by depression. Using the findings of Gouvernementality Studies, this thesis analyses those books as tools of selftransformation. In the first chapter central theoretical concepts are clarified. The following chapter discusses the discours on depression in association with the rising of neoliberalism. At the end of the thesis, depression, neoliberalism and self-help books are related to each other in context of responsibility, blame and guilt.

Der Aufstieg der Depression zur meist thematisierten psychischen Erkrankung unserer Zeit und ein tiefgreifender Wandel von Gesellschaft und Arbeitswelt, der in der sozialwissenschaftlichen Literatur meist als Übergang von Fordismus zum Postfordismus bzw. als Siegeszug des Neoliberalismus verhandelt wird, verlaufen zeitlich parallel. Die vorliegende Arbeit spürt Verbindungen zwischen Neoliberalismus, Depression und einschlägiger Ratgeberliteratur nach. Vor dem Hintergrund gouvernementalitätstheoretischer Arbeiten werden zu diesem Zweck Ratgeber, die sich an von Depression betroffene Menschen wenden, als Werkzeuge der Selbsttransformation analysiert. Im ersten Teil der Arbeit werden die theoretischen Grundlagen und zentralen Begriffe, vor allem unter Rückgriff auf Schriften Michel Foucaults, geklärt. Der zweite Teil ist dem Diskurs um Depressionen im Zusammenhang mit dem Aufstieg neoliberaler Regierungstechniken gewidmet. Im letzten Teil der Arbeit erfolgt eine finale Relationierung von Depression, Ratgebern und Neoliberalismus über die Begriffe Verantwortung und Responsibilisierung.

Lebenslauf

Johannes Kral, geboren am 6.3.1983 in Hallein, Österreich

Adresse/Kontakt:

Rotenmühlgasse 57/42, 1120 Wien

johannes.kral@univie.ac.at

Ausbildung:

2004 – 2011	Schwerpunkt Cultural Studies (Wahlfachmodul), Universität Wien
2003 – 2011	Studium Bildungswissenschaft, Universität Wien mit den gewählten Schwerpunkten „Theoretische Erziehungswissenschaft“ und „Psychoanalytische Pädagogik“
2001 – 2002	Studium Erziehungswissenschaft, Universität Salzburg
1997 – 2001	Christian Doppler Gymnasium, Salzburg
1993 – 1997	evangelische Hauptschule Integration und Montessori, Salzburg
1989 – 1993	evangelische Volksschule Integration und Montessori, Salzburg

Tätigkeiten:

März 2008 bis Juli 2008	Studienassistent am Institut für Bildungswissenschaft der Universität Wien/ Forschungseinheit Allgemeine Erziehungswissenschaft und Medienpädagogik
April 2007 bis November 2007	Tätigkeit für die Wiener Kinderfreunde in der Parkbetreuung
Oktober 2006 bis Sommer 2008	Mobile Studienberatung für die Österreichische HochschülerInnenschaft
Oktober 2006 bis Jänner 2011	laufende Tätigkeit als Tutor in verschiedenen Lehrveranstaltungen am Institut für Bildungswissenschaft der Universität Wien/Forschungseinheit Allgemeine Erziehungswissenschaft und Medienpädagogik
seit Oktober 2005	Lernbetreuung für den Verein Romano Centro
November 2005 bis Februar 2006	Wissenschaftliches Praktikum im Rahmen der „Evaluationsstudie über die Auswirkungen der Neuregelungen des KindRÄG 2001 insbesondere der Obsorge beider Eltern“ im Auftrag des BM für Justiz
Oktober 2002 bis September 2003	Zivildienst im Seniorenheim Nonntal, Salzburg