

Depression als Handlungsstörung

Von JAN SLABY (Berlin) und ACHIM STEPHAN (Osnabrück)

Im Folgenden entwickeln wir einen zugespitzten philosophischen Deutungsversuch der veränderten Erfahrung in Zuständen schwerer depressiver Erkrankung. Gestützt auf phänomenologische Betrachtungen, auf literarische Erfahrungsberichte sowie auf eine Online-Befragung von Betroffenen in England, beschreiben wir die Depression als eine schwere Störung des menschlichen Handlungsvermögens. Im Kern der depressiven Erfahrung steht eine lähmende Antriebsschwäche, ein Ausfall jeglicher Initiative, eine Unfähigkeit, sich aus sich selbst heraus zu stabilisieren und zielgerichtet Handlungen zu beginnen. Mit diesem Ausfall gehen tiefgreifende Erfahrungen des Selbst- und Weltverlusts einher: ein Rückzug aus interpersonalen Bezügen, ein Verlust von lebensweltlicher Bedeutsamkeit, ein radikal verändertes körperliches Erleben sowie subtile Modifikationen der Zeiterfahrung. Die philosophische Tragweite dieser Analysen wird deutlich, wenn wir die Rolle des Handlungsvermögens in grundlegenden Formen eines affektiv fundierten Selbstbewusstseins betrachten. Zu diesem Zweck nehmen wir eine heute weitgehend aus dem Blick geratene Diskussion in Ansätzen wieder auf: die Debatte um das, was im 18. und 19. Jahrhundert als „Selbstgefühl“ bezeichnet wurde. Nur am Rande beziehen wir unsere Analyse auf Aspekte der gegenwärtigen Kontroversen um die vermeintliche kultur- und epochenspezifische Natur dessen, was derzeit unter dem – problematisch breiten – Banner der Depression versammelt wird. Methodologische Auskünfte zum von uns gewählten philosophischen Verfahren runden unsere Überlegungen ab.

I. Depression im Fokus: Streit um die Deutungsmacht

Kaum ein Tag vergeht, an dem nicht vom Vormarsch der längst zur „Volkskrankheit“ erklärten Depression berichtet wird. OECD und WHO schicken Schreckensmeldungen von der rapide steigenden Prävalenz in westlichen Gesellschaften und über auf Depression zurückzuführende Einbußen im Bruttoinlandsprodukt über den Äther.¹ Auch in nicht-westlichen Kulturen steigt die Anzahl der Menschen, die an Depressionsstörungen erkranken, deutlich an. So lässt sich in

¹ Die Kosten, die dem Gemeinwesen auf Grund von psychischen Krankheiten wie Depression und Angststörungen entstehen, liegen in Europa bei rund 170 Milliarden Euro; vgl. <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/news/news/2012/10/depression-in-europe/depression-in-europe-facts-and-figures> (zuletzt aufgerufen am 16.11.2012).

Japan eine immense Verbreitung von depressiven Erkrankungen beobachten – einem Land, das vor der Einführung von Psychopharmaka und der Verbreitung psychologischer Ratgeberliteratur als weitgehend „depressionsfrei“ galt (vgl. Kitanaka 2012, Watters 2010). Insgesamt leiden heute weltweit mehr als 350 Millionen Menschen an Depressionserkrankungen.² Mutmaßlich aus Depression resultierende Selbstmorde von prominenten wohlhabenden Personen wie dem Fußballspieler Robert Enke oder dem Schriftsteller David Foster Wallace heizen die öffentliche Debatte an, schaffen Problembewusstsein und sorgen für eine teilweise Normalisierung des Depressionsdiskurses, weil deutlich wird: Es kann jeden treffen. Unter dem Titel *Burn-Out-Syndrom* – keine Marketingkampagne hätte sich eine bessere Bezeichnung ausdenken können – wird etwas, das der einst stigmatisierten Gemütsschwäche verwandt ist, zur sozial akzeptablen Störung: die Krankheit derer, die alles gegeben haben, ein Heldenschicksal. Gleichzeitig zeigt die mühsame Etablierung des Titels Burn-Out, wie vielfältig das unter dem Obertitel „Depression“ versammelte Phänomenspektrum ist. Während die in ihrer kategorialen Vagheit schillernde Depression zur vermeintlich epocheprägenden Krankheit aufsteigt (Ehrenberg 2006, Menke u. Rebentisch 2010), entbrennt in der Wissenschaft der Kampf um die Deutungshoheit. Medizinische Ansätze und Therapieschulen streiten untereinander; Psychologen, Hirnforscher, Molekularbiologen wetteifern mit ihren Depressions-Modellen. Vor allem aber geht es ums Grundsätzliche: Handelt es sich bei depressiven Störungen im Kern *überhaupt* um organisch verortbare Erkrankungen? Oder ist das, was unter diesem Begriff versammelt ist, eher ein buntes Paket aus sozial und kulturell konstituierten Erscheinungen, wie es vor allem historische und kulturvergleichende Untersuchungen nahe zu legen scheinen? Wie so oft fließt die Kontroverse bald in die Bahnen eines allzu bekannten – und allzu fruchtlosen – Grundsatzkonflikts: Natur versus Kultur – biologischer Essentialismus versus sozialer Konstruktivismus – naturwissenschaftliche versus sozial- oder kulturwissenschaftliche Ansätze.

Ein zentrales Problem kann als die Staubsauger-Funktion des medizinischen Depressionsbegriffs bezeichnet werden: Während es einen robusten Anteil von Schwerfällen gibt, denen man nicht im Ernst eine professionelle medizinische Behandlung wird verweigern wollen, bildet die Gesamtklasse des unter dem Begriff der Depression Versammelten ein in sich heterogenes, unübersichtliches Kontinuum. Es reicht vom Härtefall an der Schwelle zum Suizid bis zu sehr verschiedenen Fällen von lebensweltlichen Verstimmtheiten, die sich etwa mit Charaktereigenschaften, saisonalen Gemütsschwankungen oder problematischen Lebensumständen erklären ließen – und die in anderen Zeiten und in anderen Kulturen nicht annähernd als pathologisch gelten würden. Verharmlosende *label* wie Burn-Out, die problemlose Verfügbarkeit vermeintlich nebenwirkungsarmer Antidepressiva, ein normalisierender öffentlicher Diskurs, Diagnosen mittels einfacher Checklisten (von diagnostischen Manualen wie dem DSM IV nahe gelegt) sowie die gesellschaftliche Tendenz, zunehmend auf medizinische oder technologische *shortcuts* im Bereich der Lebensführung zu setzen (die sprichwörtliche „Glücksspielle“, bewirken, dass immer mehr Phänomene unter den Depressionsbegriff gebracht werden. Auf diese Weise weitet sich der vermeintliche Zuständigkeitsbereich medizinischer Experten für Lebensprobleme verschiedenster Art immer weiter aus (Horwitz u. Wakefield 2007, Elliott 2004).

Im Verbund mit dem medizinisch-molekularen Verständnis der Depression mit seinen reduktiven Tendenzen ist die Pharmaindustrie zur beliebten Zielscheibe sozialkonstruktivistischer Kritiker geworden (vgl. Jurk 2008). Vertreter kulturalistischer Ansätze betonen die

² Vgl. WHO-Factsheet, Oktober 2012 – <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/> (zuletzt aufgerufen am 16.11.2012).

gut belegte historische Wandlung von Melancholie- und Depressionsverständnissen und die großen interkulturellen Differenzen hinsichtlich Prävalenz und Symptomatik. Zu dieser Kritik passen Beobachtungen der Medikalisierungstendenzen in entwickelten westlichen Gesellschaften³, ebenso Wandlungsprozesse in der Arbeitswelt und im Erziehungssektor. Ein neuer Wertekanon – zentriert um Adjektive wie eigeninitiativ, flexibel, motiviert, kreativ, kommunikativ, emotional und sozial kompetent – prägt und sanktioniert einen neuen Subjektivitätstypus, befördert durch entsprechend gewandelte Anforderungen in der Arbeitswelt (vgl. Boltanski u. Chiapello 2006). Die Depression ist gleichsam das Negativ zum hochenergetischen Normsubjekt: ein starres, antriebsarmes, gehemmtes und unglückliches Wesen, das wehleidig sein Zurückbleiben gegenüber dem beschleunigten Weltlauf konstatiert – *das erschöpfte Selbst* (Ehrenberg).

Ohne Zweifel trifft diese im weitesten Sinne sozialkonstruktivistische Kritik etwas Wahres. Die Symptomprofile von psychiatrischen Störungen sind in das jeweilige Zeitgeschehen eingepasste, insofern teilweise historisch und kulturell geprägte Phänomene (vgl. Hacking 1999). Deshalb aber von einer durchgängig sozial konstruierten Natur der Depression zu sprechen oder zu bestreiten, dass es sich überhaupt um medizinisch zu behandelnde und naturwissenschaftlich erforschbare Konditionen handelt, schießt über das Ziel hinaus. Auch Konstruiertes ist real – und wo akutes Leiden ist, sollten Wege zu seiner möglichen Linderung nicht vorschnell verbaut werden. Wir streben daher nicht an, den zahlreichen Beiträgen zur Grundsatzkontroverse zwischen Anhängern und Gegnern des biomedizinischen Modells ein weiteres Kapitel hinzuzufügen. Vielmehr geht es uns um einen deskriptiven Zugriff auf einen Kernbereich der Depressionserfahrung und um dessen philosophische Deutung. Fragen danach, wie Erfahrungen dieser Art zu Stande kommen, wovon sie geprägt und inwiefern sie historisch oder kulturell wandelbar sind, sind für unsere Zwecke von nachrangigem Interesse.

Wir befassen uns im Folgenden vornehmlich mit Fällen schwerer unipolarer Depression – also mit dem, was in der Psychiatrie als *major depressive episode* (DSM-IV) beziehungsweise als melancholische Depression bezeichnet wird. Es geht uns also weder um die milderen Fälle unipolarer (zum Beispiel die, die oft als *Burn-Out* firmieren) noch um Fälle bipolarer Depression (so genannte manisch-depressive Störungen). Trotz stark fließender Grenzen zwischen den einzelnen Depressionsvarianten und auch, was die Identifikation im Einzelfall nochmals erschwert, zwischen der Depression und anderen psychiatrischen Erkrankungen (insbesondere Angststörungen, Borderline-Persönlichkeitsstörungen oder gar Schizophrenie; vgl. Buckley u. a. 2009) ist die Annahme nicht abwegig, dass es einen Kernbereich von Erkrankungen gibt, die vergleichsweise in Reinform schwere unipolare Depressionssymptome aufweisen. Unsere Analysen zielen auf diese Kernfälle und ihren nahen Umkreis. Den umfassenderen Anspruch, über die große Phänomenfamilie „Depression“ in ihrer Gesamtheit Auskunft zu geben, erheben wir nicht.

³ Joseph Dumit (2012) zeigt jüngst auf, wie dieser Trend Teil einer breiteren Entwicklung ist, welche das in westlichen Gesellschaften herrschende Verständnis von „krank“ und „gesund“ betrifft: Zunehmend verstehen sich auch offenkundig Gesunde als potenziell krank, als vielfältig gefährdet – Früherkennung, das verbreitete *screening* auf Risikofaktoren, flächendeckende Präventionsmaßnahmen und die Herabsetzung zentraler Schwellenwerte (Cholesterinspiegel etc.) führen dazu, dass immer breitere Bevölkerungsgruppen immer durchgängiger auf ihr potenzielles Kranksein orientiert sind und daher auch immer bereitwilliger und immer früher zu Medikamenten greifen. Das dank der zahlreichen Kampagnen gestiegene „Bewusstsein“ für „die Gefahren der Volkskrankheit Depression“ reiht sich nahtlos in diesen Trend ein.

II. Methodologische Auskunft: Philosophie der Psychiatrie

Welches Vorgehen ist angesichts des Wildwuchses der Perspektiven und der skizzierten Grundsatzkontroversen ratsam? Welche spezifische Leistung kann man von der Philosophie mit Blick auf diese unübersichtliche Situation vernünftigerweise erwarten? Weder ist die Philosophie der Psychiatrie auf die Rolle beschränkt, ihr Material vollständig aus anderen Diskursen und Disziplinen zu beziehen, noch tritt sie allein als Vermittlerin zwischen diesen Diskursen auf. Vielmehr gehört zu ihrem Selbstverständnis ein eigener Erkenntnisanspruch und (zumindest teilweise) eigener Gegenstand. Es gibt einen Erfahrungsbereich, der mit den Mitteln einer phänomenologischen Primärbeschreibung erfasst und gedeutet werden kann – dies freilich niemals in Reinform (als ob sich eine Schicht kulturell unbeleckerter „innerer Erfahrung“ isoliert betrachten ließe), aber dennoch mit eigenständigem Gewicht. Es lassen sich Muster in der Erfahrung und im Verhalten von Personen identifizieren und beschreiben, die in den Diskursen anderer Disziplinen keine Berücksichtigung finden.

Die Philosophie erhebt dabei den Anspruch, aufs Wesentliche zu zielen. Weil sie von der direkten praktischen Verwertung ihrer Ergebnisse enthoben ist, kann sie epistemische Risiken eingehen und Zuspitzungen wagen, die im Gebiet der Praxis mitunter problematisch wären. Heidegger hat dafür den hilfreichen Ausdruck „Überhellung“ gewählt: Eine Deutungshinsicht wird in maximaler Schärfe an einen Gegenstand herangebracht, damit an diesem Aspekte hervortreten, die bei normaler Sicht – im Gewirr sich überlagernder Abläufe – meist verborgen bleiben (vgl. Heidegger 1922/2002, 39). Wir unternehmen im Folgenden einen solchen Konturierungsversuch in Bezug auf Depression, indem wir die Depression als eine fundamentale Störung des Handlungsvermögens beschreiben – einer Störung des Handlungsvermögens gleichsam am tiefsten Punkt seines Auftretens. Daher blenden wir viele der zu Anfang genannten Aspekte aus, um jene spezifische Modifikation zu erfassen, die in zentralen Fällen von schweren depressiven Erkrankungen dem menschlichen Handlungsvermögen zu widerfahren scheint. Den Kern der hier im Fokus stehenden schweren depressiven Störung bildet eine profunde Antriebsschwäche, ein Abschaffen jeglicher Initiative, eine leiblich-motorische Blockade und insgesamt die Unfähigkeit der betroffenen Person, sich aus sich selbst heraus zu stabilisieren, eine „Haltung“ anzunehmen und zu wahren und auf Basis solcher Haltungen zielgerichtet zu handeln. Mit dem Ausfall des Handlungsvermögens gehen Erfahrungen einher, die als Selbst- und Weltverlust beschrieben werden können: Die Wirklichkeit rückt aus dem Bereich des Erfass- und Kontrollierbaren, und korrelativ dazu wird die eigene Person oftmals als geisterhaft, körperlos oder gar als vollständig leblos erfahren. Hinzu kommen in vielen Fällen ein katastrophal verändertes interpersonales Erleben, ein weitgehender Verlust von lebensweltlicher Bedeutsamkeit („*nothing matters*“), eine stark eingeschränkte Kontrolle über leiblich-motorische Abläufe sowie grundlegende Veränderungen im Bereich der Zeiterfahrung.

Wir wollen mit unserer Analyse einen Beitrag zur psychiatrischen Grundlagenforschung leisten, insofern zu dieser mehr gehört als die Suche nach physiologischen Mechanismen, die kausal für Aspekte des Krankheitsgeschehens verantwortlich sind. Eine Primärbeschreibung des gestörten personalen Seins – Deskriptionen von Erfahrung im Vorfeld wissenschaftlicher Theoriebildung – sollte diesen ambitionierteren Anspruch erheben. Bei aller Bescheidenheit muss sich die Philosophie nicht *per se* hinter den vermeintlich „harten“ Naturwissenschaften verstecken, zumal wenn es um die menschliche Erfahrung geht. Eine Wissenschaft vom Menschen, die glaubt, ohne den philosophischen Blick fürs Wesentliche auszukommen, läuft Gefahr, ihren Gegenstand in einem Gewirr von empirischen Details aus den Augen zu verlieren.

Die hier erprobte Philosophie der Psychiatrie operiert zweigleisig. Es geht ihr zum einen darum, mit den Methoden der Philosophie – insbesondere mittels einer begrifflich präzi-

sen phänomenologischen Explikation – wesentliche Dimensionen zentraler psychiatrischer Krankheitsbilder konturiert herauszuarbeiten. Zum anderen geht es ihr darum, in umgekehrter Richtung philosophische Einsichten in zentrale Aspekte des personalen Seins auf dem Wege einer genauen Betrachtung von Erscheinungsformen psychiatrischer Störungen zu gewinnen. Psychiatrische Phänomene liefern Einblicke in Zusammenhänge, die von breiterer philosophischer Relevanz sind und die philosophische Begriffs- und Theoriebildung informieren können, ohne dass die Philosophie selbst ohne weiteres Zugang zu diesen Erfahrungsbereichen hätte. Somit sind in jedem Fall gewinnbringende Einsichten für die Philosophie zu erwarten. Ob auch das Umgekehrte gilt, ob also auch die Psychiatrie sich Aspekte der phänomenologischen Beschreibung zunutze machen kann, ist im Vorfeld konkreter Analysen nur schwer auszumachen und wird sich vermutlich von Fall zu Fall unterschiedlich gestalten.

III. Handlungsvermögen und Selbstgefühl

Personale Vollzüge besitzen Handlungscharakter. Insbesondere für jene Kernstruktur der menschlichen Erfahrung, die in fehlgeleiteter Substantivierung oft als „das Selbst“ bezeichnet wird, ist das Handlungsvermögen zentral. Sogar die Emotionalität als die paradigmatisch passive Dimension der Erfahrung kann ohne einen konstitutiven Handlungsanteil kaum anders denn als pathologisch beschrieben werden. Ohne die Fähigkeit, sich in Emotionen *zu halten*, Emotionen aktiv zu durchleben, sich im Einklang mit ihren Handlungstendenzen *aktiv* auf die Welt zu beziehen (und sei es im Modus des Rückzugs), und ebenso ohne das oft charakteristische *Handeln aus Emotionen*, fehlt dem affektiven Geschehen eine entscheidende Zutat. Etwas just von dieser Art ist in der melancholischen Depression der Fall. Die fundamentale Handlungsfähigkeit im Zentrum der personalen Existenz ist bei schweren Formen der Depression in einer Weise beeinträchtigt, dass nur noch eine pathologische Affektivität zurückbleibt: Gefühle extremer Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit, der Ohnmacht und Isolation, des Ausgeliefertseins an die Welt und die Anderen sowie übersteigerte Schuld oder Scham.⁴ Bevor wir anhand von Selbstauskünften depressiver Patienten diese These in ihren verschiedenen konkreten Ausformungen erhärten, skizzieren wir das für unsere Analysen maßgebende Verständnis des Zusammenhangs von Handlungsvermögen, Affektivität und Selbstbewusstsein.

Als vorthoretischer Ausgangspunkt möge das fungieren, was außerhalb philosophischer Kontexte als *Selbstvertrauen* bezeichnet wird. „Selbstvertrauen“ meint ein Grundgefühl der Sicherheit im eigenen Sein, ein Vertrauen auf die eigenen Fähigkeiten und den eigenen *Wert*; ein Vertrauen darauf, dass man in der (sozialen) Welt stabil situiert ist und insgesamt gut mit dem zurechtkommt, worum es einem im Leben geht. Insofern geht ein stabiles Selbstvertrauen in der Regel auch mit einem soliden Selbstwertgefühl einher. Schon auf dieser vorthoretischen Ebene wird klar, dass Selbstvertrauen maßgeblich von dem abhängt, was wir uns zutrauen *zu tun* und welche Interaktionen mit der Welt wir für erfolgversprechend halten. Begriffsgeschichtlich geht die gängige Rede vom Selbstwertgefühl aus dem Wort *Selbstgefühl* hervor. Dieser heute weitgehend aus dem Blick geratene Begriff stand im 18. und 19. Jahrhundert im Brennpunkt philosophischer und auch früher psychiatrischer Diskussionen (vgl. Frank 2002). Sein besonderer Reiz für Philosophie und Psychologie lag darin, den Kern der menschlichen Personalität aus dem leibfernen Bereich des *Selbstbewusstseins* in die vergleichsweise

⁴ Wir verstehen diesen Zusammenhang nicht als ein Kausalverhältnis, in dem die verminderte Handlungsfähigkeit linear die Affektivität des Patienten beeinträchtigt. Vielmehr *entspricht* der Mangel an Handlungsfähigkeit dem Verlust an affektiver Differenziertheit.

unvermittelten Gefilde des Gefühls zu verschieben: Ohne den Umweg über die Reflexion zeigt das Selbstgefühl dem Menschen seine Situiertheit in der Welt mit präreflexiver Evidenz an.

Die Tatsache, dass das Selbstgefühl dem Subjekt das eigene Sein nicht über Reflexion vermittelt, sondern situativ aus dem aktuellen und gerade anstehenden Lebensvollzug als unmittelbare Erfahrung als *je seines* gibt, rückt es bereits sehr deutlich in die Nähe zum Handlungsvermögen. Das Subjekt erfährt sich selbst primär in demjenigen Bewusstseinsmodus, der den Rahmen seiner *aktiven Zugriffe* auf die Welt bildet, also in einem fundamentalen Handlungs- und aktiven Möglichkeitssinn. Selbstgefühl ist diejenige Dimension des bewussten Lebens, aus der unser Handeln und Tätigsein entspringt. Deshalb lassen sich Modifikationen des Selbstgefühls primär am Wandel oder anhand des Ausfalls des Tätigseins und zu Tätigkeiten Motiviertseins ablesen. Möchte man dies durch einen Verweis auf spezifische Gefühlsarten ausdrücken, so könnte man von demjenigen Gefühlsspektrum sprechen, das zwischen den Polen Beherztheit und Verzagttheit, Mut und Mutlosigkeit, oder in den Worten Humes: zwischen *pride* und *humility* – (aktivierendem) Stolz und (hemmender) Niedergedrücktheit – aufgespannt ist.⁵

Neben dieser aktivistischen Auffassung setzte sich auch das vor allem von Novalis prominent entwickelte Verständnis von Selbstgefühl als einem nicht-reflexiven Innesein oder Zumute-sein durch, in dem einer Person ihre eigene Existenz vorbegrifflich „erschlossen“ ist (vgl. Frank 2002, 8–51). Damit ist in etwa das angesprochen, was Heidegger die Faktizität, das *nackte Daß* des eigenen Seins nennt und als primär von der Stimmung beziehungsweise Befindlichkeit erschlossen betrachtet (Heidegger 1927, 134 ff.). Diese beiden Dimensionen des Selbstgefühlsbegriffs gehen nicht ganz nahtlos ineinander über. Das Selbstgefühl im Sinne eines aktiven Möglichkeitssinns scheint phänomenal mehr gesättigt zu sein; es ist reich an persönlicher und individueller Bestimmung und bezieht sich auf die Handlungen, die einer Person *in ihrer spezifischen* Situation konkret möglich sind. Das Selbstgefühl im Sinne eines Faktizitäts- oder Wirklichkeitssinns soll hingegen – wie Heideggers Bestimmung schon klar macht – tendenziell als ein *nacktes*, von inhaltlicher Spezifität weitgehend gereinigtes Gefühl konzipiert werden.⁶ Wie wir jedoch weiter unten verdeutlichen werden, scheint gerade der Faktizitätssinn im Rahmen pathologischer Veränderungen gravierende Abwandlungen zu erfahren – mit der Folge, dass den Betroffenen das vermeintlich Reale als weniger real, als teilweise oder zur Gänze unwirklich erscheint. Der Wirklichkeitssinn scheint in einer noch zu klärenden Weise vom Handlungsvermögen abhängig zu sein.

Eine Frage, die sich hier stellt, ist diese: Wie lässt sich das Selbstgefühl als grundlegender Handlungssinn mit dem Selbstgefühl als Wirklichkeitssinn im Sinne von Novalis vermitteln? Wie verhält sich das Gefühl als Kraftquelle, als Rahmung von und Bereitschaft zu Tätigkeit, das Gefühl als Rückgrat meines aktiven Engagiert- und Involviertseins auf der einen Seite, zum Gefühl für meine faktische Existenz, dem *sense of reality* bezogen auf mich selbst und auf die Welt, in der ich konkret existiere, auf der anderen (vgl. Ratcliffe 2008)? Haben wir es hier mit einem schlichten Nebeneinander zweier Erfahrungsweisen zu tun, oder ist eine der beiden Dimensionen primär? Wie bereits angedeutet, halten wir das Handlungsvermögen für grundlegend. *Ich bin*, ich erfahre die Faktizität meines Seins, *weil und insofern* ich handle

⁵ Vgl. D. Hume, *Treatise of Human Nature*, Book II (Hume 1739/40).

⁶ Heideggers Ausführungen hierzu sind nicht ganz eindeutig. In § 29 von *Sein und Zeit* ist sowohl die Rede davon, dass die Befindlichkeit das *nackte* „Daß es ist und zu sein hat“ des Daseins erschließe (134), als auch davon, dass sich im „stimmungsmäßig flackernden Sehen der ‚Welt‘“ das Zuhandene zeige „in seiner spezifischen Weltlichkeit, die an keinem Tag dieselbe ist“ (138). Letzteres lässt sich durchaus im Sinne eines qualitativ wandelbaren, gleichsam gradierbaren Wirklichkeitssinns deuten, was gut zu unserer im Folgenden skizzierten Auffassung passt.

und mich somit als wirksam erlebe. Handelnd wirke ich auf die Welt und erlebe diese gerade *im Vollzug* meiner Handlung als auf mich zurück wirkend. Umgekehrt besteht die Möglichkeit, dass der Realitätssinn just in dem Maße schwindet, in dem meine Handlungsfähigkeit abnimmt. Nur wer handeln kann, situiert sich in der Wirklichkeit, erlebt *sich* – und korrelativ dazu eine widerständige Wirklichkeit.

Dies spricht auch für ein vorsichtiges Umdenken in Bezug auf unser Verständnis von Emotionalität. Emotionen sind nicht Begleitphänomene menschlichen Handelns, sondern mit dem Handlungsvermögen eng verschränkt, ja von diesem gar nicht sinnvoll zu trennen: Sie gehen unweigerlich mit Handlungstendenzen einher, zugleich werden Handlungserfolge beziehungsweise -misserfolge oder negative Veränderungen des Weltgeschehens emotional unter Berücksichtigung der verbliebenen Handlungsoptionen erschlossen. Insbesondere können Handlungen als die Bahnen verstanden werden, auf denen Emotionen sich entfalten. Das berühmte Diktum von William James, wir weinten nicht, weil wir traurig sind, sondern wir seien traurig, weil wir weinen (James 1884, 190), sollte dahingehend korrigiert werden, dass wir traurig sind, *indem* wir weinen oder indem wir unsere Trauer einer anderen Handlungsmöglichkeit zuführen und entsprechend ausagieren.⁷ Sind jedoch alle Handlungsmöglichkeiten ausgeschlossen – so deuten wir zumindest manche Selbstberichte depressiver Patienten –, haben selbst so basale Emotionen wie Trauer oder Wut keine Möglichkeit, sich adäquat zu vollziehen. Und erst infolgedessen „schrumpft“ die Wahrnehmung der Faktizität auf ein Gefühl von Ohnmacht und Verzweiflung zusammen.

Wir widersprechen also nicht dem von Novalis herausgestellten Verständnis von Selbstgefühl; wir versuchen vielmehr eine Präzisierung dieses grundlegenden Faktizitätssinns durch Angabe einer in ihm liegenden Orientierung. Unterschiedliche Ausprägungen des Selbstgefühls finden sich, gemäß unserer Deutung, insbesondere in Relation zur Dimension des Tätigseins, sei es in der *Bereitschaft* zur Tätigkeit (*action readiness*), dem aktuellen *Vollzug* einer Tätigkeit (*sense of agency*) oder dem Erfahren von Widerständigkeit, auf welche eine Tätigkeit während ihres Verlaufs stößt. Selbstgefühl bedeutet dann nicht primär eine epistemisch zu verstehende „Vertrautheit mit sich“, wie es die Vertreter der Heidelberger Schule postuliert haben (Henrich 1967, zuletzt Frank 2011), sondern tatsächlich eher ein *Selbst-Vertrauen*, im Sinne eines aktiven, die Handlung führenden Möglichkeits- und Wirklichkeitssinns. Ein solches Verständnis liegt letztlich auch näher an der heute gebräuchlichen, umgangssprachlichen Verwendung von „Selbstwertgefühl“.

Dies ist also unser theoretischer Ausgangspunkt: die Annahme, dass die Primärdimension des Bewusstseins, die Minimalstruktur, die man annehmen muss, wenn man überhaupt von Bewusstsein und Subjektivität handelt, eine auf Aktivität orientierte Struktur ist. Tätigkeit ist dasjenige, von dem aus sich erst alle weiteren Aspekte und Dimensionen von Subjektivität schrittweise aufbauen. Wir erfahren Sein also viel weniger „nackt“, als Heidegger es gelegentlich andeutet, sondern primär als Widerständigkeit, die uns im Rahmen einer primären (Selbst-)Tätigkeit entgegenschlägt – woraus natürlich folgt, dass eine Erlahmung oder gar ein Ausfall der Dimension der Tätigkeit zu einer Verminderung beziehungsweise zu einem Verlust des Wirklichkeitssinns führen muss, sowohl mit Blick auf das eigene Sein als auch bezüglich des Seins der Dinge und Personen in der Umgebung.

Genau dies, so möchten wir im weiteren Verlauf zeigen, ist bei schweren Fällen von Depression der Fall.

⁷ Der Vorschlag zu dieser erhellenden James-Abwandlung stammt von Philipp Wüschner.

IV. Depression als Handlungsstörung: Die Kernerfahrung

Im Anschluss an Husserl und Merleau-Ponty verstehen wir die affektive Primärerfahrung als ein leiblich fundiertes, variabel inhaltlich ausformbares *Ich kann* oder *Ich kann nicht*.⁸ Diese dynamische Struktur beschreibt am besten die Dualität der affektiven Intentionalität, die in einem korrelativen Erschließen von Welt und Selbst besteht (vgl. Slaby u. Stephan 2008): Insofern ich mich als fähig erfahre, Bestimmtes zu tun, erscheint mir die Welt als ein Raum spezifischer Möglichkeiten. Ein wandelbarer Möglichkeitssinn fungiert als das Schema, durch das eine Person auf die Welt zugreift. In diesem Sinne lassen sich auch einzelne Emotionstypen als jeweils spezifische Erschließungen von Handlungsmöglichkeiten beschreiben (dazu ausführlicher Slaby 2011). Dieses Verständnis hat auch Konsequenzen für die Betrachtung der intentionalen Gehalte von Emotionen. Wenn die Gehaltsdimension isoliert betrachtet wird – etwa nur im Hinblick auf ihre deskriptive und evaluative Angemessenheit –, droht etwas Zentrales aus dem Blick zu geraten, nämlich die energetische, aktivisch-dynamische Dimension der Affektivität. Eine emphatisch-zupackende Wut, eine beherzte Empörung, eine überbordend expressive Freude, ein vitaler Stolz, eine aggressive Eifersucht sind von ihren weniger dynamischen, weniger energetischen, aber inhaltsähnlichen Pendanten sehr klar unterschieden.

In der Depression ist diese aktiv-dynamische Dimension der Affektivität radikal verändert. Die betroffene Person verliert die Fähigkeit zur Initiative, sowohl in Bezug auf das Initiieren von Handlungen als auch in Bezug auf das *Sich-Halten* in bestimmten Erfahrungen, Einstellungen, Emotionen. Zunehmend schwerer fällt das Fokussieren von Aufmerksamkeit auf eine Sache oder das Widerstehen in Bezug auf Anfechtungen oder sonstige Herausforderungen. Etwas technizistisch könnte man sagen, dass die *operative Stabilität* der Person vermindert und schließlich mehr und mehr erodiert ist; dazu zählen sowohl die Fähigkeit zu handeln als auch die Fähigkeit *zu widerstehen* – also die eigene Position beziehungsweise Haltung gegen Widerstände und Anfechtungen zu wahren. Der aktive Weltzugriff mittels des „Ich kann“ modifiziert sich einseitig hin zu einem „Ich kann nicht“; als Folge erscheinen selbst routinemäßige Tätigkeiten als Herausforderungen, die größte Anstrengungen erfordern, bis sie irgendwann zur Gänze unmöglich scheinen. Derweil wird die Welt zunehmend als oppressiv, bedrohlich, nicht bewältigbar erfasst, während die eigene Existenz in der Welt und inmitten anderer Personen entsprechend als prekär, fragil, gefährdet erscheint. Je nach Verlauf der Depression kann es dann so weit kommen, dass der Sinn für das eigene Sein – und ebenso für das Sein anderer Personen – immer mehr ins Leere geht, die Faktizität der eigenen Existenz also nahezu vollständig aus dem Erfahrungsfeld schwindet, sodass sich die betroffenen Personen zunehmend als körperlos, nicht existent oder sogar als tot betrachten.

V. Erfahrungsberichte depressiver Patienten

Im Folgenden analysieren wir Erfahrungsberichte depressiver Personen im Hinblick auf die verschiedenen Dimensionen, von denen es plausibel ist anzunehmen, dass sie in einem Zusammenhang mit einer grundlegenden Handlungseinschränkung stehen. Dabei beziehen wir uns hauptsächlich auf Berichte, die Depressive im Rahmen eines Internet-basierten

⁸ Vgl. Husserl (1966), dazu insb. Zahavi (2003), 101 ff., Merleau-Ponty (1966).

Fragebogens verfasst haben.⁹ Ergänzt werden ihre Angaben durch Zeugnisse aus publizierten Erinnerungen depressiver Patienten. Vorrangiges Ziel des Fragebogens ist es, neben einschlägigen Hintergrundinformationen (etwa zu Alter, Geschlecht und psychiatrischer Diagnose) detaillierte Beschreibungen über das persönliche Erleben in depressiven Lebensphasen zu erhalten. So betreffen die entsprechenden Fragen zum Beispiel das Zeiterleben, das Erleben der „Welt“ und anderer Menschen, aber auch das Wahrnehmen des eigenen Körpers und der eigenen Handlungsfähigkeiten und -möglichkeiten. Insgesamt gingen 147 vollständig ausgefüllte Fragebögen ein; davon stammen 134 von Befragten, die medizinisch als depressiv diagnostiziert wurden. Bei 88 Personen lag keine weitere psychiatrische Diagnose vor; zwei Drittel der Teilnehmer gaben an, zur Zeit ihres Berichtes depressiv gewesen zu sein.

1. Gestörter Weltbezug, gestörte Intersubjektivität, Handlungsstörungen. In einer Vielzahl von Fällen berichten die Befragten über eine alle Bereiche ihres Lebens erfassende Erfahrung des Unvermögens oder der Unfähigkeit, in der sie sich mitunter als nahezu vollständig paralysiert fühlen, sodass ihnen selbst einfachste Verrichtungen als kaum zu vollbringende erscheinen¹⁰:

„[Depression] makes me completely incapable of doing things. When I’m at my worst I can barely drag myself out of bed. My concentration is affected, I can’t hold everyday conversations or complete every day tasks. Even getting dressed feels like a challenge.“ (#292, Q5)

„I do nothing, won’t even move from bed.“ (#341, Q5)

Wir erachten den vollständigen Verlust (beziehungsweise die starke Einschränkung) von Handlungsfähigkeit als einen zentralen Schlüssel zum Verständnis der *conditio depressiva*. Im Folgenden richten wir daher unsere Aufmerksamkeit insbesondere auf das Erleben beeinträchtigter Handlungsfähigkeit in seinem Verhältnis zu anderen Erfahrungen, die das Erleben depressiver Patienten prägen: etwa ihren Zugang zu ihrer Umwelt und Mitwelt, zu ihrem eigenen Körper, ihren Vorstellungen und Entwürfen, gestaltend in Geschehnisse eingreifen zu können, und damit auch ihr Erleben von Zeitlichkeit.

Zunächst wenden wir uns dem Verhältnis von reduzierter Handlungsfähigkeit und dem Verlust an erlebtem Zugang zur Umwelt im Allgemeinen und zu anderen Menschen im

⁹ Der Fragebogen, der 2011 auf der Homepage der Hilfsorganisation für psychische Erkrankungen SANE öffentlich zugänglich war, wurde im Rahmen eines vom AHRC und der DFG geförderten deutsch-britischen Forschungsprojektes zum *Emotionalen Erleben in der Depression* an der Universität Durham entwickelt. Die Forschergruppen arbeiteten an den Universitäten Durham <http://philosophyofdepression.wordpress.com/> und Osnabrück (<http://www.animal-emotionale.de/eed/>). Antwortende Personen identifizierten sich als depressiv erkrankt und gaben in der Regel näher Auskunft über ihre psychiatrische Diagnose. Insbesondere gaben sie in freiem Text (ohne Wortbegrenzung) Auskunft über ihr persönliches Erleben in der Depression. Ausführlichere Analysen zu diesen Berichten finden sich etwa in Jacobs u. a. (im Erscheinen); vgl. auch Ratcliffe u. a. (im Erscheinen) und Slaby u. a. (im Erscheinen).

¹⁰ Im Folgenden beziehen wir uns auf die Respondenten der Durham-Studie jeweils mit der persönlichen Ziffer, die ihnen im Rahmen der Studie zugewiesen wurde, gefolgt von einer zweiten Ziffer, die sich auf das jeweilige Element des Fragebogens bezieht. Wir haben in den Antworten irrelevante Tippfehler korrigiert, Idiosynkrasien im Sprachgebrauch wurden unverändert übernommen. Sobald wir im Text Antworten auf ein neues Element zu zitieren beginnen, wird die entsprechende Frage in einer Fußnote genannt. Die folgenden Antworten beziehen sich sämtlich auf Element #5 des Fragebogens: „How does depression affect your ability to perform routine tasks and other everyday activities?“

Besonderen zu. Während wir in der Regel die Welt als einen Raum voller Möglichkeiten und unser Leben als reich an Wünschen und Vorhaben begreifen, erleben viele Depressive die sie umgebende Welt als fern, fremd und unzugänglich, in die sie kaum aktiv eingreifen können und nicht involviert sind. Das eigene Leben erscheint zerfahren, gehemmt und manchmal bis auf das Nötigste reduziert. Die Wurzel dieser Erfahrung könnte eine grundlegende Störung der Handlungsfähigkeit bilden, die depressive Patienten davon abhält, mit anderen und anderem in Kontakt zu treten, sodass die Welt und die Anderen als unerreichbar, fremd und letztlich sogar als bedrohlich und gefährlich erscheinen.¹¹

„There is the feeling that your life ‚contracts‘ – you stop seeing it as an expansive project and it all zeroes in on feelings of despair and wanting to escape.“ (#61, Q8)

„[...] when I was very young – 6 or less years old. The world seemed so large and full of possibilities. [...] Now I feel that the world is small.“ (#130, Q8)

„Depression is a state of utter *being*: I could do nothing. Life had to be reduced to its most basic level [...].“ (Smith 2001, 8)

Für Jeffrey Smith, Autor der zuletzt zitierten Erinnerung, scheint es gar, als schmelze das Leben in der Depression auf einen Zustand „bloßen Seins“ zusammen: Statt aktiv in diverse Vorhaben involviert zu sein, findet Leben auf basaler vegetierender Stufe statt. Die erlebte Unfähigkeit, Zugang zur Welt und zu anderen zu finden, ist besonders hervorstechend, wenn es um Möglichkeiten sozialer Interaktion geht. Im Zustand tief erlebter und umfassender Unfähigkeit, der sich insbesondere durch die Unmöglichkeit auszeichnet, mit anderen Menschen Kontakt aufzunehmen, fühlen sich depressive Patienten gegenüber den Anderen als unverbunden, abgetrennt, losgelöst und entfremdet. In den charakteristischen Schilderungen werden andere Menschen – oft sogar nächste Freunde und Verwandte – als Fremde beschrieben, zu denen man keinen Zugang (mehr) findet:

„I spent an increasing amount of time alone. If I was with people, I felt as I were surrounded by strangers on a bus. [...] I spent hours walking around campus at all times of day, encased in a loneliness as palpable armor, armed with an unreasoning hostility.“ (Thompson 1995, 45)

Im schlimmsten Fall werden die Anderen nicht einmal mehr als (entfremdete) Personen wahrgenommen, zu denen wenigstens im Prinzip ein Zugang erfolgen könnte; vielmehr erscheinen sie attrappenhaft als bloße Schaufensterpuppen („shop dummies“; vgl. Plath 1963, 149–150), sodass bereits die Vorstellung einer potenziellen Kontaktaufnahme als sinnlos erscheinen muss. Die gespürte Unverbundenheit – „they [other people] seem far away hard to relate to [...]“ (#80, Q3) – bildet vermutlich zugleich die Basis der ebenfalls häufig anzutreffenden Gefühle des Alleinseins und der Einsamkeit, erscheint die Welt doch so, als gebe es überhaupt niemanden mehr, mit dem man in Kontakt treten und sinnvoll zusammen sein könnte. Diese äußerst unangenehmen Erfahrungen haben unseres Erachtens ebenfalls ihre Wurzel in der Unfähigkeit, mit anderen in erfolgreiche Interaktionen zu treten: Der Einsatz kommunikativer und interpersoneller Fähigkeiten – sei es die Koordination von Mimik, Gestik, Haltung, Blick und Stimme, oder sei es die Fähigkeit, die Aufmerksamkeit anderer zu erheischen oder

¹¹ Die meisten der folgenden Antworten beziehen sich auf Element #8 des Fragebogens: „In what ways, if any, does depression make you think differently about life compared to when you are not depressed?“

sie diesen zu gewähren – bedarf offensichtlich einer stabilen und weitgehend ungestörten Handlungsfähigkeit. Je größer deren Verlust, das heißt, je beeinträchtigt und reduzierter die eigenen verkörperten Beziehungsangebote sind, desto weniger wird man fähig sein, in einen Austausch ‚mit‘ einer anderen Person einzutreten. Die Anderen sind somit lebensweltlich unerreichbar, was sie wiederum fern, fremd oder gar bedrohlich erscheinen lässt, besonders dann, wenn es nicht gelingt, die Intentionen des anderen zu erfassen und sondieren.

Die Unmöglichkeit, sich mit anderen zu verbinden, beziehungsweise das merkbare Entkoppeln von anderen, selbst den nächsten Personen des eigenen sozialen Umfeldes, ist wiederholt als eine mögliche Kerndimension depressiven Erlebens beschrieben worden, manchmal auch als ein Zusammenbruch körperlicher Interaktion beziehungsweise „leiblicher Intersubjektivität“ (vgl. zum Beispiel Fuchs 2005a).

2. *Gestörtes Körpererleben.* Die normalerweise für sicher und gegeben erachtete Beziehung zur Welt verändert sich in dramatischer Weise, wenn sich depressive Patienten nicht mehr in die gewohnten Zusammenhänge alltäglicher Verrichtungen und Routinetätigkeiten eingebunden fühlen können und selbst einfachste Tätigkeiten derart große Kraftanstrengungen erfordern, dass die eigenen körperlichen Kräfte nicht auszureichen scheinen. Auch wenn die Erfahrung eigener Handlungsfähigkeit in den nachfolgenden Beispielen noch nicht völlig verloren gegangen ist, ist diese doch zutiefst verändert und ‚aus der Bahn‘ geraten, insbesondere im Hinblick auf die selbst für einfache Aufgaben zu erwartenden Anstrengungen:

„Everything feels 1000 times harder to do. To get out of bed, hold a cup of tea, it’s all such an effort.“ (#14, Q4)

„Sometimes it felt impossible to live normally. [...] Even getting out of bed was a struggle, and many times on the way to work I felt like simply curling into a ball and staying there.“ (#17, Q5)

„Things seem almost impossible. [...] I used to eat a lot of ready meals or things that wouldn’t take long to prepare, or I’d just snack, because cooking just felt too difficult. It was an effort to do things like have a shower and get dressed.“ (#22, Q5)

Einige der Befragten beziehen ihre immensen Schwierigkeiten, Routineverrichtungen ausführen zu können, auf die schiere Sinnlosigkeit dieser Aufgaben – angesichts der Tatsache, dass ihnen ihr ganzes Leben als sinnlos erscheint. Die erlebte Sinnlosigkeit des eigenen Daseins könnte wiederum das Ergebnis einer Selbstinterpretation (oder auch eines Reflexionsprozesses) sein, die ihre Basis in der ursprünglichen Erfahrung von Unfähigkeit findet:

„When depressed your ability to perform routine tasks and activities become hindered. When life becomes pointless and your body seems to be on a permanent go slow normal routine goes out the window as the effort just seems too much and pointless.“ (#34, Q5)

Der zum Objekt gewordene, dysfunktionale Körper wird mitunter als zutiefst sperrig erlebt, besonders im Hinblick auf die Interaktionen, die zwischen Person, Welt und anderen möglich sein könnten. Damit geht eine fundamentale Veränderung des emotionalen Selbsterlebens einher, in der sich körperliche Gefühle des Gefangen- und Verfangenseins einstellen, die zugleich als Ausdruck der Unmöglichkeit, frei kommen oder ‚hinausreichen‘ und mit anderen in Kontakt treten zu können, erlebt werden. Die Gefühle des Ausgeschlossen- und Isoliertseins gegenüber früher einmal als sinnvoll erachteten Zusammenhängen verstärken das Erleben depressiver Menschen:

„Sometimes I felt like some creature caught in a net, thrashing around and unable to get free. I didn't know what the net was, but I knew it was there; I didn't know what was standing between me and deep connections with other people, but that was there too. I felt it distinctly. It was a wall [...] I couldn't get around it, or over it. It was just there.“ (Thompson 1995, 89)

In der Folge solcher Erfahrungen mag es zu Gefühlen der Selbst-Entfremdung und zu Depersonalisationserscheinungen kommen, die bis zur erlebten Auflösung der eigenen Existenz reichen können.

3. *Veränderungen des Zeiterlebens.* Eine weitere Dimension, bezüglich derer es in der Depression regelmäßig zu affektiv erlebten Veränderungen kommt, ist das Erleben von Zeit: So wird immer wieder von dem Gefühl berichtet, dass sich die erlebte Zeit markant ausdehne – „time seems to drag. A day feels like a year“ (#26, Q6).¹² Auch klagen Patienten häufig über eine radikale Störung alltäglicher Zeitlichkeit. Insbesondere scheint den Betroffenen jeglicher Sinn für Zukünftiges – nämlich als vom Gegenwärtigen potenziell verschieden – abhanden gekommen zu sein. Andrew Solomon gewährt in der folgenden Passage einen sehr präzisen Einblick in diese Veränderungen zeitlichen Erlebens:

„When you are depressed, the past and the future are absorbed entirely by the present moment, as in the world of a three-year-old. You cannot remember a time when you felt better, at least not clearly; and you certainly cannot imagine a future time when you will feel better. [...] depression is atemporal. Breakdowns leave you with no point of view.“ (Solomon 2001, 55)

„Depression minutes are like dog years, based on some artificial notion of time.“ (Solomon 2001, 53–54)

Die von Solomon registrierten Veränderungen finden in einer ganzen Reihe von Berichten der Befragten Wiederhall:

„Sloooooow. Time goes so slowly when I'm depressed. Painfully slow. Yet at the same time when I look at my past it seems to have passed me by without me noticing.“ (#14, Q6)

Die Zeit scheint stillzustehen, da die Vorstellung, der gegenwärtige Zustand besitze das Potenzial zur Änderung, als unrealisierbar erachtet wird, oder gar nicht gedacht werden kann. Auch in diesem Falle erscheint es sinnvoll anzunehmen, dass die Störung der Erfahrung von Handlungsfähigkeit diesen pathologischen Veränderungen zu Grunde liegt. Ein verändertes Zeiterleben zeigt sich häufig auch in einer merklichen Desynchronisation des Zeiterlebens der depressiven Person verglichen mit dem ihrer Umgebung (vgl. Fuchs, im Erscheinen). Die subjektive Seite dieser Diskrepanz scheint erneut eng mit der verminderten Handlungsfähigkeit des Patienten verbunden zu sein, wie die folgende Passage zeigt:

„Time is immaterial to me during a depressional episode. I lose track of time. I wonder what I've done all day when the children suddenly burst through the door from school. Time has gone by, but I have done nothing, even to think one thought seems to have taken all day. Everything around me seems to carry on with routines and time scheduled activities, it feels like I'm watching it all happen but am not part of it: as though I'm inside a

¹² Einige der folgenden Antworten beziehen sich auf Element #6 des Fragebogens: „When you are depressed, does time seem different to you? If so, how?“

bubble. My living becomes mechanical, based on necessities to be done. Children need to be fed. Plates need to be washed. School clothes need to be clean. Everything else in life is put on hold.“ (#117, Q6)

Die hier beschriebene automatenhafte Verlangsamung eigener Tätigkeit, die zugleich mit einer gefühlten Distanz von der Zeitlichkeit der ‚alltags-geschäftigen‘ Umgebung einhergeht, mündet bisweilen in noch stärkeren Verstörungen im zeitlichen Erleben. Insofern sich depressive Patienten als völlig handlungsunfähig erleben und somit resignierend feststellen, keinerlei Veränderung in der Welt hervorbringen zu können, verlieren sie jegliches Gefühl für die Möglichkeiten und Chancen in einer veränderbaren Gegenwart (sowohl im Hinblick auf die Welt als auch auf die eigene Befindlichkeit). Die folgenden Berichte geben davon Zeugnis¹³:

„I felt a genuine sense of being an incapable person and was tired of trying to put it right. Life seemed like a struggle, and admittedly one I didn’t always want to work at. [...] I felt trapped, like nothing I did could make things better [...].“ (#21, Q8)

„You can’t see far into the future so you can’t see aspirations or dreams. Everything I ever wanted to do with my life before seemed impossible now. I also would think that I would never get out, that I’d be depressed forever.“ (#22, Q8)

Die gefühlte Unfähigkeit, in bedeutungsvolle Handlungszusammenhänge eintreten zu können (wie einem Team beizutreten, oder sich als Teil einer Gruppe zu fühlen, die sich für eine gemeinsame Sache engagiert), bindet die Betroffenen unentrinnbar an den gegenwärtigen Augenblick, an den bestehenden Zustand der Verhältnisse. Die so erlebte Gegenwart scheint sich somit ins Unendliche zu erstrecken und sich in das zu wandeln, was Heidegger ein *stehendes Jetzt* nannte – den völligen Zusammenbruch existenzieller Zeitlichkeit (vgl. Heidegger 1929/30, § 26 sowie § 29 ff.). Offensichtlich hat die so erlebte eingefrorene Zeitlichkeit nichts mit dem gemein, das wir bei völligem Aufgehen in einer gegenwärtigen Verrichtung erleben, die einen ganz in ihren Bann zieht. Jene führt vielmehr zu einem völligen Verlust dessen, was normalerweise als erlebtes Eintauchen (*flow*) in gegenwärtige, ungestörte Aktivität erscheint. Heideggers ‚stehendes Jetzt‘ ist ein Grenzfall von Erfahrung – ein Zustand frei von Sinn und Hoffnung. Angesichts dieser Veränderungen ist es nicht überraschend, dass das veränderte Zeiterleben zu extremen Gefühlen der Verzweiflung und Bedrohung Anlass gibt – Gefühle, die ebenfalls häufig von depressiven Patienten berichtet werden:

„Time seems to run slower and hang when depressed. The word oppressive comes to mind and fear grows as to when and if any respite will come.“ (#231, Q6)

Einige Patienten scheinen freilich nicht jeden Sinn für Künftiges verloren zu haben, vor allem dann nicht, wenn sie die Zukunft als fortwährende Agonie antizipieren, in der nur noch Schlimmeres, größerer Schmerz und weiteres Unglück zu erwarten sind – die Zukunft als Ort für das Katastrophale schlechthin:

„You think negatively, feel under threat, like something bad will happen.“ (#312, Q8)

¹³ Detaillierte Analysen der veränderten Zeiterfahrung bei psychiatrischen Erkrankungen sowie bei Depression im Besonderen haben Thomas Fuchs (2001, 2005b, im Erscheinen) sowie Ratcliffe (2012) vorgelegt. Unsere Deutung überschneidet sich teilweise mit diesen Ansätzen, betont aber eine andere Kernstruktur der pathologisch veränderten Erfahrung, nämlich die These, dass die hier untersuchte Störung des Handlungsvermögens auch für das modifizierte Zeiterleben zentral ist.

„I am paranoid and pessimistic, convinced something bad will happen to me or others.“
 (#85, Q2)¹⁴

„There are lots of threats in the world and they all seem to be about to happen, or be very likely they will happen. Loved ones are in danger.“ (#312, Q2)

Auch die negative Erwartungshaltung kommenden Ereignissen gegenüber kann als ein Resultat gestörter oder verminderter Handlungsfähigkeit interpretiert werden: Erlebt man sich als weitgehend handlungsunfähig, führt dies zu einem radikal veränderten Verhältnis gegenüber allem Künftigen – gleichsam als wäre man der Betrachtung eines schlechten Films ausgeliefert, und ohne jede Chance, handelnd in die Geschehnisse einzugreifen. Folglich erscheint der Gang der Dinge als fremdartig, von externen Kräften initiiert, unkontrollierbar und insofern bedrohlich:

„I lose faith in myself and my ability to cope with life. [...] There seemed to be no future, no possibility that I could ever be happy again or that life was worth living. [...]“ (#160, Q8)

Das fortbestehende Gefühl, generell des Handelns unfähig und kraftlos zu sein, scheint dazu beizutragen, sich selbst als von entfernten, fremden und unkontrollierbaren Kräften abhängig zu wähen (vgl. Wyllie 2005, Ratcliffe 2012).

Natürlich ließe sich noch sehr viel mehr über die verschiedenen Formen veränderten Erlebens in der Depression sagen, als es der hier zur Verfügung stehende Raum gestattet. Aber auch wenn die von uns angeführten Beispiele und Interpretationen nicht in konklusiver Weise für die These sprechen, dass der Verlust des Gefühls von Handlungsfähigkeit den meisten dieser Veränderungen wesentlich zu Grunde liegt, hoffen wir doch gezeigt zu haben, dass unsere These genügend Anfangskredit verdient und daher weiter verfolgt werden sollte.

VI. Fazit

Wenn unsere Deutungen zutreffend sind, lässt sich die Erfahrungsdimension schwerer Depression in mancherlei Hinsicht als eine Art negatives Spiegelbild des normalen affektiven Selbstbewusstseins verstehen, insofern zentrale Aspekte desselben exakt invertiert sind. Die affektive Weltorientierung der betroffenen Person ist tiefgreifend gestört. Insofern können phänomenologische Betrachtungen des Erlebens depressiver Patienten dabei helfen, etwas mehr Licht in die komplexe Tiefenstruktur der menschlichen Affektivität und in ihre grundlegende Bedeutung für die Struktur gewöhnlicher Erfahrung zu bringen. Auf der anderen Seite mag die genaue Beschreibung dieser Erfahrungsdimension dabei helfen, die im Vergleich zur gewöhnlichen so gravierend andersartige Erfahrung depressiven Seins zu verstehen und somit in Ansätzen zu ermessen, wie es für die Betroffenen selbst sein mag, unter dieser Krankheit zu leiden. Die hierfür erforderliche Vorstellungsleistung stellt Angehörige, Ärzte und Betreuer oftmals vor große Schwierigkeiten.

Im Fall des basalen affektiven Selbstgewahrens oder Selbstgefühls stützen unsere Analysen der Patientenauskünfte und Erfahrungsberichte die Annahme, dass dieses Grundgefühl sehr eng mit einem praktischen Fähigkeits- und Möglichkeitssinn verbunden beziehungsweise mit diesem sogar identisch ist. Während ein solcher Sinn in der nicht-pathologischen Erfahrung

¹⁴ Die folgenden Antworten beziehen sich auf Element #2 des Fragebogens: „Does the world look different to you when you are depressed? If so, how?“

meist einfach zum gewöhnlichen Handlungsvollzug gehört und diesen orientiert, stabilisiert und energetisiert, verwandelt sich diese Gefühlsdimension in der Erfahrung Depressiver in ein profundes, teils gar unheimliches Ohnmachts- und Unmöglichkeitsegefühl. Der ansonsten meist unreflektiert vollzogene praktische Weltzugriff, das Handlungsvermögen mit seiner affektiven Orientierung und seinen hedonischen Rückwirkungen, erfährt in der Depression eine fatale Verwandlung hin zu einer fremden und entfremdenden Erfahrungsstruktur. Diese „infiltriert“ andere Erfahrungs- und Seinsdimensionen, sodass die Betroffenen nach und nach ihren Wirklichkeitssinn verlieren, ihr Gefühl dafür, ein Akteur zu sein, über einen fungierenden Körper zu verfügen, und insbesondere auch das Gefühl, eine robuste Präsenz in der Welt, einschließlich der Welt anderer Personen, zu besitzen. Die empfundene Handlungsunfähigkeit weitet sich folglich zu einem alles umgreifenden Gefühl von Ohnmacht, Defizienz, Schwäche – ja zum Gefühl eines „ Mangels an Sein“ aus. Nicht unwahrscheinlich ist, dass auf der Basis dieser Erfahrungsstruktur Selbstreflexionen einsetzen, welche den Eindruck des eigenen Ungenügens noch verstärken, und daher etwa zu reflexiven Gefühlen wie Scham und Schuld führen können, unter denen Depressive bekanntlich verstärkt leiden.

Zudem lässt sich dieser umfassende Unmöglichkeitssinn mit dem in der Depression veränderten Zeiterleben in Verbindung bringen, und zwar in Bezug auf jede der drei zeitlichen Dimensionen – Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft. Der Zukunftsbezug der Patienten fällt entweder gänzlich aus oder erfolgt in Form von unheilvollen Antizipationen künftigen Unglücks, also etwa mittels übersteigerter Angst oder Gefühlen der Bedrohung, der akuten Erwartung heraufziehenden Unheils. Die Vergangenheit hingegen kommt fast ausschließlich durch die Brille von Verlust und Versagen in den Blick – vermutlich deshalb, weil die aktuelle Handlungsunfähigkeit rückprojiziert und zur Rahmung des Erinnerungten wird. Als Folge stellen sich Gefühle der Schuld, des Bedauerns, des Versäumens von Möglichkeiten ein. Die Gegenwart hingegen ist oft von Gefühlen der Unfähigkeit, Passivität, Stasis geprägt – und davon, auf Grund der eigenen Untätigkeit eine ungemene Bürde für die Anderen zu sein, während man sich von ihnen bisweilen akut bedroht oder verachtet fühlt und sich zugleich als völlig unfähig erlebt, überhaupt noch mit anderen Menschen in interaktiven Kontakt zu treten.

Auf diese vielfach differenzierte Weise erodiert die Depression die Weltorientierung und das Selbstgefühl der von ihr Betroffenen. Wenn es so etwas gibt wie den dynamischen Kernbereich der Erfahrung, das Herzstück der praktischen Perspektive einer Person auf die Welt und auf sich selbst, dann ist es diese Kernstruktur, die von der Depression gleichsam befallen und erodiert, ja bisweilen gar zur Gänze ausgelöscht wird. Deshalb handelt es sich bei der Depression um eine Erkrankung des personalen Seins – und vermutlich um etwas, das sich aus der Perspektive Unbeteiligter nur vage antizipieren, nicht jedoch in seiner vollen Verheerung adäquat ermessen lässt.¹⁵

Prof. Dr. Jan Slaby, Freie Universität Berlin, Institut für Philosophie und Exzellenzcluster „Languages of Emotion“, Habelschwerdter Allee 45, 14195 Berlin

Prof. Dr. Achim Stephan, Universität Osnabrück, Institut für Kognitionswissenschaft, Albrechtstrasse 28, 49076 Osnabrück

¹⁵ Wir danken Asena Paskaleva für ihre Hilfe bei der Auswertung der Antworten auf den Durhmer Fragebogen. Ferner danken wir Christoph Demmerling, Laura Moisi, Somogy Varga und insbesondere Philipp Wüschner für hilfreiche Hinweise zur Verbesserung des Textes. Matthew Ratcliffe hat eine frühere, englische Version von Abschnitt V sehr konstruktiv kommentiert. Jan Slaby bedankt sich zudem bei Manfred Frank für erhellende Gespräche über das Selbstgefühl.

Literatur

- Boltanski, L. u. Chiapello, E. (2006), *Der neue Geist des Kapitalismus*, Konstanz.
- Buckley, P. F. u. a. (2009), *Psychiatric Comorbidities and Schizophrenia*, in: *Schizophrenia Bulletin*, 35, 383–402.
- Dumit, J. (2012), *Drugs for Life. How Pharmaceutical Companies Define our Health*, London.
- Ehrenberg, A. (2006), *Das erschöpfte Selbst*, Frankfurt/M.
- Elliott, C. (2004), *Better than Well. American Medicine Meets the American Dream*, New York.
- Frank, M. (2002), *Selbstgefühl*, Frankfurt/M.
- Ders. (2011), *Ansichten der Subjektivität*, Frankfurt/M.
- Fuchs, Th. (2001), *Melancholia as Desynchronization: Towards a Psychopathology of Interpersonal Time*, in: *Psychopathology*, 34, 179–186.
- Ders. (2005a), *Corporealized and Disembodied Minds: A Phenomenological View of the Body in Melancholia and Schizophrenia*, in: *Philosophy, Psychiatry & Psychology*, 12, 95–107.
- Ders. (2005b), *Implicit and Explicit Temporality*, in: *Philosophy, Psychiatry & Psychology*, 12, 195–198.
- Ders. (im Erscheinen), *Temporality and Psychopathology*, in: *Phenomenology and the Cognitive Sciences* (online-first).
- Hacking, I. (1999), *The Social Construction of What?*, Cambridge/Mass.
- Heidegger, M. (1922/2002), *Phänomenologische Interpretationen zu Aristoteles*, Stuttgart.
- Ders. (1927), *Sein und Zeit*, Tübingen.
- Ders. (1929/30), *Grundbegriffe der Metaphysik. Welt, Endlichkeit, Einsamkeit*, in: ders., *Gesamtausgabe*, Bd. 29/30, Frankfurt/M.
- Henrich, D. (1967), *Fichtes ursprüngliche Einsicht*, Frankfurt/M.
- Horwitz, A. V. u. Wakefield, J. C. (2007), *The Loss of Sadness: How Psychiatry transformed Normal Sorrow into Depressive Disorder*, Oxford.
- Hume, D. (1739/40, 1967), *A Treatise of Human Nature*, Oxford.
- Husserl, E. (1966), *Husserliana 11. Analysen zur passiven Synthesis. Aus Vorlesungs- und Forschungsmanuskripten 1918–1926*, Den Haag.
- Jacobs, K. u. a. (im Erscheinen), *Existential and Atmospheric Feelings in Depressive Comportment*, in: *Philosophy, Psychiatry & Psychology*.
- James, W. (1884), *What is an Emotion?*, in: *Mind*, 9, 188–205.
- Jurk, C. (2008), *Der niedergeschlagene Mensch. Depression – Geschichte und gesellschaftliche Bedeutung einer Diagnose*, Münster.
- Kitanaka, J. (2012), *Depression in Japan. Psychiatric Cures for a Society in Distress*, Princeton.
- Menke, Ch. u. Rebentisch, J. (Hg.) (2010), *Kreation und Depression. Freiheit im gegenwärtigen Kapitalismus*, Berlin.
- Merleau-Ponty, M. (1966), *Phänomenologie der Wahrnehmung*, Berlin.
- Plath, S. (1963), *The Bell Jar*, London.
- Ratcliffe, M. J. (2008), *Feelings of Being. Phenomenology, Psychiatry, and the Sense of Reality*, Oxford.
- Ders. (2012), *Varieties of Temporal Experience in Depression*, in: *Journal of Medicine and Philosophy*, 37, 114–138.
- Ders. u. a. (im Erscheinen), *A Bad Case of the Flu? Comparative Phenomenology of Depression and Somatic Illness*, in: *Journal of Consciousness Studies*.
- Slaby, J. u. a. (im Erscheinen), *Enactive Emotion and Impaired Agency in Depression*, in: *Journal of Consciousness Studies*.

- Ders. u. Stephan, A. (2008), Affective Intentionality and Self-Consciousness, in: *Consciousness and Cognition*, 17, 506–513.
- Ders. (2011), Möglichkeitsraum und Möglichkeitssinn. Bausteine einer phänomenologischen Gefühlstheorie, in: K. Andermann u. U. Eberlein (Hg.), *Gefühle als Atmosphären*, Berlin, 125–138.
- Smith, J. (2001), *Where the Roots reach for Water: A Personal and Natural History of Melancholia*, New York.
- Solomon, A. (2001), *The Noonday Demon: An Atlas of Depression*, London.
- Thompson, T. (1996), *The Beast: A Journey through Depression*, New York.
- Watters, E. (2010), *Crazy Like Us. The Globalization of the American Psyche*, New York.
- Wyllie, M. (2005), Lived Time and Psychopathology, in: *Philosophy, Psychiatry & Psychology*, 12, 173–185.
- Zahavi, D. (2003), *Husserl's Phenomenology*, Stanford.

Abstract

We develop a philosophical interpretation of altered experience in conditions of severe unipolar depression. Drawing on phenomenological analysis, on published depression memoirs and on a recent questionnaire study with patients in Britain, we hold that depression is a profound impairment of agency. Its experiential core consists in a paralyzing loss of drive and energy, a suspension of initiative, an inability to adopt a stance and act in accordance with it. Moreover, we show that experiences such as a loss of self and world, altered interpersonal relatedness, modified corporeal experience as well as marked changes in the experience of time go along with the loss of agency. In order to assess their broader philosophical significance, we relate our analyses to an almost forgotten philosophical discussion: that of the term *Selbstgefühl* (“self feeling”) in 19th century German philosophy and early psychiatry. We also briefly discuss recent debates about the alleged historical and cultural specificity of depression.