

Heiner Keupp

Depression bei Frauen — im Kontext der sozial-epidemiologischen Forschung

Vorbemerkung

Als ich den Artikel von Ilona Kickbusch (K.) las, hatte ich das Gefühl, eine Fülle von Anregungen erhalten zu haben, mit denen eine weitere Auseinandersetzung wirklich lohnt. Bei meiner professionellen Rezeption von wissenschaftlicher Literatur stellt sich ein solches Gefühl zunehmend seltener ein. Die Reaktionen von Harald Abholz und Dieter Borgers habe ich nicht recht verarbeiten können. Sie gingen mir zu sehr in die Richtung des Einklagens einer Haltung, die erst einen angemessenen wissenschaftlichen Diskurs hervorbringen könne. Warum wurde ihnen das, was ich als offenes Diskussionsangebot empfunden habe, zum Ärgernis? Ist der Stein des Anstoßes ein Typus des „wilden“ Denkens, das sich nicht an die Spielregeln des wissenschaftlichen Diskurses hält? Ich habe die Reaktionen nicht verstanden und finde es schade, daß das *Argument* seine Bereitschaft, in den Medizin-Bänden „etwas Neues“ (148) zuzulassen, auf diese Weise selbst sabotiert. In der Reaktion kommt für mich auch ein Element von Unverhältnismäßigkeit zum Ausdruck, denn so „wild“ ist das Denken von K. doch gar nicht. Aus meiner Sicht hat sie für die allermeisten ihrer Überlegungen eine solide Abstützung durch die internationale sozialpsychiatrische Forschung. Der anregende Charakter ihres Artikels entsteht dadurch, daß sie nicht ergebnishaft bilanziert, was wissenschaftlich belegbar ist, sondern von einem so definierten Wissensstand ausgehend weiterfragt und einen Diskurs anbietet, der offen ist zum Weiterdenken, zum Widerspruch. In diesem Sinne möchte ich in einigen Punkten auf ihre Überlegungen eingehen.

Zum Stand der sozialwissenschaftlichen Depressionsforschung

Ist die Depression jener psychische Leidenszustand, der etwas von der typischen Lebenssituation von Frauen sichtbar machen kann? Ich denke, daß diese Frage auf der Basis der vorhandenen epidemiologischen Forschung positiv beantwortet werden kann. In zwei neuen Literaturzusammenfassungen, die methodenkritisch und von einer eher traditionellen psychiatrischen Position bestimmt sind, wird ein eindeutiger Trend für alle fortgeschrittenen Industriegesellschaften zu höheren Depressionsraten bei Frauen festgestellt. Dieser Befund gelte sowohl für repräsentative Gemeindestudien als auch für solche, die sich auf Fallregister beziehen, die also den gesellschaftlichen Umgang

mit depressiven Befindlichkeitsstörungen abbilden (Hirschfeld und Cross, 1982; v. Zerssen und Weyerer, 1982). Diese Schlußfolgerung ist allerdings noch umstritten.

Gehen wir von der empirischen Absicherung der höheren Depressionsrate für Frauen aus, dann sollten wir uns einzelne und durchaus widersprüchliche Befunde der sozialwissenschaftlichen Depressionsforschung noch ansehen, ehe die Deutung des Befundes zum Zuge kommen soll. Ich nenne mir wichtig erscheinende Befunde, die bei einer differenzierten Diskussion nicht untergehen sollten:

1) Negative soziale und interpersonelle Erfahrungen erhöhen das Depressionsrisiko. Von negativen Ereignissen und Belastungen, die den Beziehungsbereich betreffen, werden Frauen auf Grund ihrer Sozialisation stärker beeinträchtigt. Dies führt zu höheren Depressionsraten bei Frauen (vgl. Rothblum, 1983).

2) Häufig wird die geschlechtsspezifische Depressionsverteilung als Ergebnis eines geschlechtsspezifischen Hilfesuchverhaltens erklärt. In differenzierten Komponentenanalysen wurde allerdings gezeigt, daß die Differenz nicht allein auf das Krankheitsverhalten zurückgeführt werden kann. Das depressive Störungsniveau sowie das Hilfesuchverhalten zusammen klären erst die Gesamtvarianz auf (Kessler, Reuter und Greenley, 1979).

3) Beim Vergleich von Männern und Frauen im Umgang mit unspezifischen Gefühlen der Beeinträchtigung ihres Befindens wurde ermittelt, daß Frauen ihr Befinden bewußter in die Erkenntnis transformieren, daß sie ein behandlungsbedürftiges emotionales Problem haben (Kessler, Brown und Broman, 1981).

4) Frauen können ihre depressiven Gefühle freier ausdrücken als Männer und sich mit ihren Problemen vertrauten Personen mitteilen (Funabiki u.a., 1980). Diese „Veröffentlichungsbereitschaft“ hängt stark mit Geschlechtsrollenstereotypen und deren Verinnerlichung zusammen. So ist in einer Serie von Untersuchungen ermittelt worden, daß depressive Verhaltensmuster typischerweise mit weiblichen Attributen assoziiert werden und daß depressive Bewältigungsmuster bei Männern weit weniger akzeptiert sind als bei Frauen, sie gelten als „unmännlich“ (Padevsky und Hammen, 1981).

5) Im Verlauf der 20 Jahre zwischen 1957 und 1976 haben sich in der geschlechtsspezifischen Rollenverteilung Veränderungen in Richtung auf Angleichung der Rollen vollzogen, dies soll zu einer Reduktion des geschlechtsspezifischen Störungsrisikos bei Frauen geführt haben (Kessler und McRae, 1981).

6) In einer Untersuchung von Paaren mit Rollengleichheit wurde ermittelt, daß sich die Geschlechtsdifferenz bezogen auf das Depressionsrisiko umgedreht hatte: Die Störungsrate der Männer lag höher

(Rosenfield, 1980). In einer nachfolgenden Untersuchung konnte dies aber nicht bestätigt werden, vielmehr wurde sowohl für Paare in traditioneller wie in partschaftlicher-egalitärer Arbeitsteilung bei Frauen eine höhere Depressionsrate ermittelt (Roberts und O'Keefe, 1981).

7) In einer Sekundäranalyse von epidemiologischen Gemeindestudien weist Constance Hammen (1982) darauf hin, daß die geschlechtsspezifische Depressionsrate nur für folgende spezifische demographische Gruppen gilt: Für arme, schlecht ausgebildete, kurz verheiratete jüngere Frauen. Depressive Reaktionen sind hier eher vorübergehende Zustände und sind eher Zeichen einer allgemeinen Demoralisierung als von Depression.

8) Bei epidemiologischen Gemeindestudien ist in letzter Zeit ein Phänomen registriert worden, das „Demoralisierung“ genannt wird. Es beinhaltet Einstellungen und Haltungen, die bestimmt sind durch geringes Selbstwertgefühl, Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit, unbestimmte Zukunftsängste und allgemein gedrückte Stimmung. Ein Viertel der amerikanischen Bevölkerung wird als in diesem Sinne demoralisiert eingeschätzt. Die Hälfte dieser Gruppe leidet zugleich auch an psychischen Störungen. Die Demoralisierungsrate liegt bei Frauen um 10 % höher als bei Männern (Dohrenwend u.a., 1980).

9) Nach einer undifferenzierten Phase, in der der Familienstand einer Person pauschal als Indikator für psychisches Wohlbefinden genommen wurde und meist ebenso undifferenziert behauptet wurde, verheiratete Personen hätten weniger psychische Probleme (so heute noch Ilfeld, 1983), beginnt die Forschung hier ein wenig spezifischer zu werden, auch wenn noch Ergebnisse präsentiert werden, zu denen mir außer ein paar zynischen Kommentaren nichts einfällt (so kommen Gove, Hughes und Style (1983) auf ihre Titelfrage, ob die Heirat positive Effekte auf das psychische Wohlbefinden einer Person ausüben würde, zu der bemerkenswerten Antwort, daß das von der Qualität der ehelichen Beziehung abhängen würde!). Im klaren Widerspruch zu allen Behauptungen, daß die Ehe für Frauen per saldo einen positiven Effekt hätte, steht die englische Studie von Bebbington u.a. (1981), die für verheiratete Frauen eine viermal so hohe Störungsrate ermittelt hat wie für alleinstehende. Diese Quote wird sicherlich zum erheblichen Teil durch die besonders belastende Konstellation der Doppelbelastung von Familie und Beruf hervorgerufen (so in einer neuen Studie von Cleary und Mechanic (1983) festgestellt). In dem Maße wie berufsbedingte und familiäre Verpflichtungen zusammenkommen, wächst das Depressionsrisiko für Frauen, während für Männer die Kombination von Familienvater (mit Kindern im Haushalt) und Berufstätigkeit die für das Wohlbefinden

günstigste Voraussetzung ist (vgl. *Aneshensel, Frerichs und Clark, 1981*).

10) Mit der Titelfrage „Wer leidet mehr?“ ist kürzlich ein Literaturbericht über geschlechtsspezifische Gesundheitsrisiken bei verwitweten Personen vorgelegt worden (*Stroebe und Stroebe, 1983*). Nach dem vorhandenen empirischen Wissen halten es dessen Autoren für gesichert, daß Männer am Tod ihres Ehepartners schwerer zu tragen haben und daß ihr Gesundheitszustand stärker beeinträchtigt wird. In der Sprache der Epidemiologie ist der Tod des Partners ein besonders belastendes Lebensereignis (Life event). In welcher Weise ein Lebensereignis das Wohlbefinden einer Person beeinträchtigt, hängt nicht allein von der Qualität des Ereignisses ab, sondern wesentlich von Bewältigungsressourcen psychischer und sozialer Art. Von besonderer Bedeutung sind hier soziale Unterstützungssysteme, Netzwerke von Personen, zu denen vertrauensvolle Beziehungen bestehen und die bei der Bewältigung schwerwiegender Verlusterlebnisse psychisch und real erreichbar sind. Entsprechende Netzwerkstudien zeigen, daß Frauen im Durchschnitt ein größeres Netz vertrauter Personen außerhalb des familiären Kontextes haben als Männer, deren Ansprechpartner für emotionale Probleme meist ausschließlich der Ehepartner ist (*Fischer und Phillips, 1982*). Witwer haben diesen Partner verloren und häufig keine anderen vertrauten Personen, die ihnen die erforderliche emotionale Unterstützung in der Phase der Trauerarbeit geben könnten.

11) In der aktuellen Belastungs- und sozialepidemiologischen Forschung hat kaum ein anderes Konzept eine solche Konjunktur wie das des sozialen Unterstützungsnetzwerks, zumal in der sozialwissenschaftlichen Depressionsforschung (vgl. *Lin und Dean, 1983*). Als zentrales Unterstützungssystem wird in der Regel die Familie thematisiert, in der jene kompensatorischen, abpuffernden und schützenden sozialen Beziehungsnetze geknüpft sein sollen, die die außerfamiliären Belastungen verhindern oder erträglich machen könnten. Der Typus von Beziehungsarbeit, der in diesem Kontext als Stützsystem angesprochen wird, ist im wesentlichen von Frauen zu leisten, die ihrerseits von der positiven Qualität dieses Systems in besonderer Weise abhängen (vgl. *Holahan und Moos, 1982*). Es spricht einiges dafür, daß Frauen mehr an emotionalen und sozialen Unterstützungsleistungen im familiären Alltag zu erbringen haben, als sie selbst erwarten können und dabei „ausbrennen“ (vgl. *Belle, 1983*). Durch Berufstätigkeit entstehen für Frauen zusätzliche Stützsysteme, so daß sie vom familiären Netzwerk nicht im gleichen Maße abhängig werden wie Hausfrauen (*Schaefer, Coyne und Lazarus, 1982*).

Diese Serie hier zusammengetragener Befunde ergibt sicherlich

kein widerspruchsfreies Bild bzw. bestätigt die Einschätzung von K., daß Depression nicht nur einer spezifischen Belastungssituation eindeutig zugeordnet werden kann, sondern die weibliche Lebenssituation insgesamt zum Ausdruck bringen, die immer wieder durch neue widersprüchliche Anforderungsbedingungen geprägt ist, in welche Richtung sich weibliche Lebensentwürfe auch immer verändern (so bedeutet die Hausfrauensituation eine permanente emotionale Überforderung, die sich durch Berufstätigkeit verbessern läßt, zugleich führt diese jedoch zu einer Doppelbelastung, die die hinzu gewonnenen Handlungsressourcen gleich wieder auffrißt).

Probleme jenseits eines mechanistischen Krankheitsbegriffs

In der sozialwissenschaftlichen Depressionsforschung hat der psychiatrische Krankheitsbegriff seine Funktion als paradigmatischer Fixstern längst verloren. In den allermeisten der oben zusammengestellten Untersuchungen liegt ein Depressionsmodell zugrunde, das gerade davon lebt, daß der Zusammenhang zwischen alltäglichen psychosozialen Belastungen und psychischem Leid nicht zerrissen, sondern in seiner Mikrostruktur aufgespürt wird. Hier zeichnet sich die Überwindung eines mechanistischen Krankheitsverständnisses ab, das es in mindestens zwei Grundformen gab: Das klassische „medizinische Modell“, das sich in Anlehnung an die Organmedizin entwickelt hat und wesentlich nach biologischen Determinanten „psychischer Krankheiten“ gesucht hat bzw. von der Vermutung ihrer Existenz ausging. Zu einem wesentlichen fortgeschrittenerem, aber immer noch mechanistischen Krankheitsverständnis haben die Sozialwissenschaften beigetragen. Sie haben uns gezeigt, das zentrale Faktoren, die die Lebensbedingungen prägen, mit psychischem Leid verknüpft sind (materielle Deprivation, Arbeitslosigkeit, spezifische Arbeitsbedingungen beispielsweise). Wie uns Irma Gleiss (1980) klar gemacht hat, haben die Sozialwissenschaften dem klassischen medizinischen „Noxen-Modell“ zu einer neuen Staffage verholfen, ohne daß es im Kern überwunden worden wäre. Gesellschaftliche Lebensbedingungen werden zu „sozialen Noxen“ und in mechanistischem Fatalismus folgt daraus, daß Individuen unter solchen Bedingungen gar keine andere Chance haben, als mit „Krankheiten“ zu reagieren. Das implizite Subjektmodell in diesem Noxenmodell ist das Individuum als „Reaktions-Depp“, als die Reaktionskopie der Summe aller auf es einwirkender Belastungsfaktoren. In diesen Noxenmodellen ist kein konzeptioneller Platz mehr für ein Subjekt, das sich mit den Lebensbedingungen seiner Alltagswelt aktiv auseinandersetzt, sie bearbeitet, sie sich in spezifischer Weise

aneignet und sie auf der Basis seiner psychischen, sozialen und materiellen Handlungsressourcen aktiv verändert.

In der sozialwissenschaftlichen und sozialpsychiatrischen Erforschung psychischen Leidens hat sich eine „normalisierende“ Perspektive durchgesetzt, die sich ein Verständnis dafür zu erarbeiten versucht, wie Subjekte die Widersprüche und Belastungen ihrer Alltagswelt deuten und verarbeiten, welche unterschiedlichen Krisenverläufe unter jeweils gegebenen gesellschaftlichen Kontextbedingungen real möglich sind. Genau diese Basis schneiden wir uns ab, wenn wir vorschnell einen „klinisch relevanten Ausschnitt“ für uns definieren und konzeptuell abtrennen. Wir müssen eine Sichtweise psychischer Störungen überwinden, die aktuelle soziale Situationsbedingungen nur noch als Reizkonstellation begreift, die ein vorgeformtes Störungsmuster auslöst. Nun sei nicht bestritten, daß die subjektiven Reaktionsmuster einer Person durch ihre spezifische Lebensgeschichte sehr stark präformiert sein können (wie uns das die Psychoanalyse überzeugend klar gemacht hat) und dann tatsächlich der situationspezifische Anteil der je gegebenen sozialen Situation eine eher untergeordnete Rolle spielt. Als allgemeines Erklärungsmodell für psychisches Leiden erscheint mir eine so verstandene Interaktion von Person und situativen Lebensbedingungen fragwürdig.

Die Mikrostruktur des Zusammenhangs von Belastungen, Bewältigung und psychischem Leid in Form von Depression wird im Rahmen der sozialwissenschaftlichen Depressionsforschung meist in irgendeiner Variante des folgenden Modells gefaßt: In welcher Weise belastende Lebensumstände zu depressiven Reaktionen oder Persönlichkeitsveränderungen führen, hängt von den persönlichen, sozialen und materialen Ressourcen einer Person ebenso ab wie von ihrer Einschätzung der Situation und den Bewältigungsreaktionen. Die Handlungsressourcen haben Einfluß auf das Auftreten spezifischer Belastungen, formen die Bewältigungsmuster, die zu ihrer Bearbeitung gewählt werden und haben erheblichen Anteil am Erfolg oder Mißerfolg der Bewältigungsversuche. Das Verbindungsglied zwischen lebensweltlichen Belastungen und Depression wird durch die dem Subjekt jeweils verfügbaren persönlichen und Umweltressourcen, seine kognitiven Deutungsmuster und Bewältigungshandlungen sowie das spezifische Beziehungsgeflecht dieser Variablen untereinander gebildet. Die persönlichen Ressourcen beinhalten Merkmale wie das Selbstkonzept, die Einschätzung eigener Chancen der Umweltbeeinflussung, Attributionsstile, Problemlösungsfähigkeiten und soziale Kompetenz. Umweltressourcen bezeichnen emotionale, materielle und informationsmäßige Unterstützung durch andere Personen und durch den jeweiligen sozialen Status. Die kognitiven Deutungsmuster

schließen persönliche Wahrnehmungen und Erklärungen ebenso ein wie von den Subjekten übernommene kollektive Deutungen und ideologische Muster. Bewältigungsreaktionen reichen von Vermeidungsreaktionen, über Umdefinitionen bis hin zu aktiven Strategien der Auseinandersetzungen mit den Bedingungen, die eine Person für die konkret erlebten Belastungen verantwortlich macht. Ein zentraler Bewältigungsmechanismus wird als Hilfesuchverhalten untersucht, das wesentlich von sozialen Netzwerkstrukturen geprägt wird (vgl. hierzu ausführlich *Billings und Moos, 1982*).

Dieses knapp angerissene Modell psychischen Leidens im Kontext alltäglicher Belastungen und der darauf bezogenen Bewältigungsversuche stellt meines Erachtens einen bedeutenden Fortschritt dar und hat eine gut abgesicherte empirische Basis. Zugleich ist es geprägt von einem empiristischen sozialwissenschaftlichen Zugang zur sozialen Realität, der diese zergliedert in einzelne operationalisierbare Faktoren, die in der methodologischen Mechanik ihrer Kovarianz wieder zusammengepuzzelt werden. Besonders gut meßbar scheinen individuell zurechenbare Faktoren und sie bilden deshalb auch das Herzstück des Modells. Die Gesellschaft als Totalität sozialer Beziehungen wird häufig in Variablen dekomponiert, die in keinen inneren Zusammenhang mehr gebracht werden (zu einer ausführlichen Kritik vgl. *Young, 1980*).

Mit ihrem Artikel nutzt K. die progressiven Möglichkeiten des sozialepidemiologischen Depressionsmodells auf aktuellem Niveau und drängt mit ihren weiterführenden Überlegungen zugleich über die empiristischen Grenzen dieses Modells hinaus. Sie stützt sich dabei auf die Thesen von Piven und Cloward, die ich für die Überwindung eines mechanistischen Streßmodells für außerordentlich fruchtbar halte und die mir selbst auch wesentlich geholfen haben, ein Verständnis von psychischem Leiden zu entwickeln, das sozialepidemiologisches Wissen nutzt, ohne sich seinen impliziten mechanistischen Verkürzungen auszuliefern (*Keupp, 1981*). *Piven und Cloward (1979)*, Experten für die Analyse sozialer Bewegungen, stellen die nie explizit formulierte und begründete Prämisse in Frage, daß auf soziale Widersprüche und Belastungen, ab einem bestimmten Niveau, nur noch abweichende und pathologische Reaktionsformen möglich sind. Die Autoren bezweifeln durchaus nicht die empirische Validität der ermittelten Zusammenhänge etwa zwischen ökonomischen Krisen als einem „objektiven und systematischen Spannungszustand“ und der Häufung von depressiven Befindlichkeitsstörungen. Sie kritisieren aber zurecht, daß mit der Ermittlung solcher Zusammenhänge das Problem als erklärt gilt. Sie sehen den entscheidenden Mangel streßtheoretischer Modelle in einem „Bias, der uns Form und Inhalt

der jeweils unterschiedlichen Verhaltensformen ignorieren läßt, weil wir alle zusammen als form- und inhaltslose, irrationale Ausbrüche begreifen“ (S. 287) die dann allenfalls noch nach psychopathologischen Klassifikationssystemen weiter differenziert werden. Für Piven und Cloward ist im Unterschied zu diesem Ansatz die entscheidende sozialwissenschaftliche Fragestellung darin zu sehen, „warum Menschen auf objektive und systemische Bedingungen mit Verhaltensweisen reagieren, die subjektiv und individualistisch sind“ (ebd.). Auf gesellschaftliche Widersprüche und Belastungen kann ja offensichtlich auch anders reagiert werden. Die verschiedenen kollektiven Kampfformen der Arbeiterbewegung, der Frauenbewegung und aktueller sozialer Bewegungen zeigen dies.

Die Depression als besonders bei Frauen gehäuft auftretender Typus der Reaktion auf die Besonderheiten der weiblichen Lebenssituation ist im Kontext einer Zunahme psychologierender Verarbeitungsmodalitäten gesellschaftlicher Erfahrungen zu sehen, zugleich aber auch als ein inhaltlich spezifischer Typus, der in seiner besonderen Formbestimmtheit einer spezifischen Interpretation bedarf. Genau dieses versucht K. dadurch, daß sie aus dem konzeptuellen Reservoir feministischer Theoriebildung Interpretationsangebote formuliert. Mit diesem Versuch steht sie in der guten Tradition von Arbeiten, die einen ähnlichen Ansatz verfolgt haben (z.B. *Psychologinnengruppe München*, 1978; *Ochel*, 1982). Diesen Versuchen ist gemeinsam, daß das mit dem sozialepidemiologischen Noxenmodell implizierte Verständnis vom Opferstatus des psychisch Leidenden überwunden werden soll und das gelingt am ehesten über ein Depressionsverständnis, das von folgender Einsicht ausgeht: „Das Individuum tut sich selbst das an, was anderen gilt und wird zu Täter und Opfer in einer Person“ (*Siebert*, 1981, S. 200). Von einem solchen Ansatz her öffnet sich auch der Zugang zu Frigga Haugs Thesen.

Fragen an das Konzept der „somatischen Kultur“ und Anregungen über dies hinaus

Bis zu diesem Punkt habe ich meine Übereinstimmung mit der Vorgehensweise von K. begründet. Ihre Herangehungsweise für sinnvoll zu halten, heißt aber auch, die Punkte anzusprechen, die einer weiteren Klärung bedürfen. Dies in einigen knappen Notizen:

1) Die besondere Bedeutung des Körpers für die weibliche Identitätsbildung ist unbestritten. Das Konzept der „somatischen Kultur“, das K. wenig expliziert und das in ihrem Artikel ein bißchen den Status einer schwer zugänglichen Zauberformel einnimmt, mag sinnvoll sein, um die sozialen und kulturellen Aneignungsformen des weiblichen Körpers zu entkodifizieren. Es mag sicherlich auch einiges dazu

beitragen, um das sog. „Frauensyndrom“, also somatisierende weibliche Bewältigungsstrategien, besser zu begreifen (vgl. dazu Vogt, 1983). Auch nach mehrmaligem Lesen habe ich nicht verstanden, wie die von K. als Spezifikum der Depression benannte „Ausbeutung der Beziehungsarbeit“ (143) durch die „somatische Kultur“ konzeptuell eingeholt werden soll.

2) Ich halte es für sinnvoll, das Konzept der Beziehungsarbeit ins Zentrum der Interpretation weiblicher Depression zu rücken. Wir brauchen allerdings eine ausführlichere und systematischere Ableitung dieser Kategorie (einiges findet sich dazu bei *Negt und Kluge*, 1981). Wichtige Anregungen zu diesem Problemkomplex lassen sich einer Arbeit aus der Schule von Norbert *Elias* entnehmen, in der danach gefragt wird, wie sich die globalen gesellschaftlichen Umwälzungen im Zuge der Entstehung der bürgerlichen Gesellschaft auf die Beziehungen innerhalb intimer sozialer Kreise ausgewirkt haben. Dabei wird die Hysterie (und speziell die Agoraphobie) als weiblicher Reaktionsmodus bestimmt, der als Revolte gegen die gesellschaftliche Rollenzuschreibung für die bürgerliche Frau verstanden werden kann. Die Hysterie in ihren dramatischen Ausdrucksformen ist so gut wie verschwunden. Dies ist die Folge der Veränderung der Frauenrolle und einer tiefgreifenden Erosion von traditionellen Normierungen gesellschaftlicher Beziehungen. Es gibt kaum mehr über Generationen tradierbare und statusfixierte Leitfäden für die soziale Gestaltung von Beziehungen. Diese sind zunehmend Gegenstand und abhängig von einer aushandelnden Beziehungsarbeit (*deSwaan*, 1981). Die Depression ist Ausdruck der Risiken und Enttäuschungen, die diese Beziehungsarbeit begleiten und zugleich in ihr laufend zu bearbeiten sind. Frauen haben am meisten von dieser Beziehungsarbeit zu erbringen.

3) Ein opferzentrierter Diskurs über die weibliche Depression ist in Gefahr, die progressiven Möglichkeiten in der Depression zu übersehen, die allerdings einer kollektiven Aneignung bedürfen. In der Depression und in den weiblichen Formen des Hilfesuchverhaltens liegt eine Sensibilität und Kommunikationsfähigkeit, die in den „härteren“ psychosomatischen Krankheitsformen der Männer abgewehrt werden müssen. In den um sich greifenden Formen der Medialisierung und Psychologisierung wird das Potential weiblicher Leidensformen häufig integrativ absorbiert und entwertet. Die anfangs aufgeführte Untersuchung über zunehmende depressive Reaktionen von Männern in partnerschaftlichen Beziehungen läßt vermuten, daß der Ausbruch aus dem „Gehäuse der Hörigkeit“ traditioneller Geschlechterrollen neue Verletzlichkeiten, aber wohl doch auch neue Sensibilitäten ermöglicht. Hier liegt für mich eine vorsichtige Hoff-

nung, die ich in die neuen sozialen Bewegungen setze: Sie experimentieren mit Verkehrsformen, in denen Beziehungsarbeit nicht nur kompensatorisch an psychischen Verletzungen und Kränkungen zu arbeiten hat und dabei vor allem Frauen emotional erschöpfen, sondern in denen sie zu neuen gemeinsamen Lebensentwürfen führen können. Die gesellschaftlichen Randbedingungen sind für solche Entwicklungen allerdings alles andere als günstig. Die neokonservativen Wendemanöver im Bereich der Sozialpolitik gehen eindeutig in die Richtung, weibliche Beziehungsarbeit in ihrer „Pufferfunktion“ weiter auszubeuten und politisch zu instrumentalisieren (*Ostener und Durst*, 1984). Zu befürchten ist, daß durch diese Entwicklung die Depressionsraten bei Frauen weiter steigen werden.

In diesem Diskussionsbeitrag konnte vieles nur angedeutet werden, vieles blieb ungesagt. Das *Argument* wird noch viel Platz einzuräumen haben, damit das Potential entfaltet werden kann, das K. mit ihrem Artikel hat ahnen lassen.

Literatur

- Aneshensel, Carol S., Frerichs, Ralph R. & Clark, Virginia A.*: Family roles and sex differences in depression. In: *Journal of Health and Social Behavior*, 22, 1981, S. 379-393.
- Bebbington, Paul et al.*: Epidemiology of mental disorders in Camberwell. In: *Psychological Medicine*, 11, 1981, S. 561-579.
- Belle, Deborah*: The stress of caring: Women as providers of social support. In: L. Goldberger & S. Breznitz (Hg.) *Handbook of stress*. New York/London 1983.
- Billings, Andrew G. & Moos, Rudolf H.*: Psychosocial theory and research on depression: An integrative framework and review. In: *Clinical Psychology Review*, 2, 1982.
- Cleary, Paul D. & Mechanic, David*: Sex differences in psychological distress among married women. In: *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 1983, S. 111 - 121.
- Dohrenwend, Bruce P. et al.*: *Mental illness in the United States. Epidemiological estimates*. New York 1980.
- Fischer, Claude & Phillips, Susan*: Who is alone? Social characteristics of people with small networks. In: L. Peplau & D. Perlman (Hg.): *Loneliness*. New York 1982.
- Funabiki, D. et al.*: Revisiting sex differences in the expression of depression. In: *Journal of Abnormal Psychology*, 89, 1980, S. 194 - 202.
- Gleiss, Irma*: *Psychische Störungen und Lebenspraxis. Entwurf einer psychologischen Perspektive der sozialen Epidemiologie*. Weinheim/Basel 1980.
- Gove, Walter R., Hughes, M. & Style, C.B.*: Does marriage have positive effects on the psychological well-being of the individual? In: *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 1983, S. 122 - 131.
- Hammen, Constance L.*: Gender and depression. In: I.Al-Issa (Hg.): *Gender and psychopathology*. New York 1982.

- Hirschfeld, Robert M.A. & Cross, Christine K.:* Epidemiologie of effective disorders. Psychosocial risk factors. In: Archives of General Psychiatry, 39, 1982, S. 35 - 46.
- Holahan, Charles J. & Moos, Rudolf H.:* Social support and adjustment. In: American Journal of Community Psychology, 10, 1982, S. 403 - 415.
- Ilfeld, Frederic C., Jr.:* Marital stressors, coping styles, and symptoms of depression. In: L. Goldberger & S. Breznitz (Hg.): Handbook of stress. New York/London 1983.
- Kessler, Ronald C., Brown, Roger L. & Broman, Clifford L.:* Sex differences in psychiatric help-seeking. In: Journal of Health and Social Behavior, 22, 1981, S. 49 - 64.
- Kessler, Ronald C., Reuter, James A. & Greenley, James R.:* Sex differences in the use of psychiatric outpatient facilities. In: Social Forces, 58, 1979, S. 557-571.
- Keupp, Heiner:* Psychologen im psychosozialen Arbeitsfeld. Versuch einer Grenzmarkierung im unwegsamen Gelände widersprüchlicher Deutungsmuster. In: E.v. Kardorff & E. Koenen (Hg.): Psyche in schlechter Gesellschaft. München 1981.
- Lin, Nan & Dean, Alfred (Hg.):* Social support. life events and depression. New York 1983.
- Negt, Oskar & Kluge, Alexander:* Geschichte und Eigensinn. Frankfurt 1981.
- Ochel, Anke:* Hausarbeit — „Schattenarbeit“. In: H. Keupp & D. Rerrich (Hg.): Psychosoziale Praxis. München 1982.
- Ostener, Ilona & Durst, Anneliese:* Der private Haushalt — Eine Ressource alternativer Sozialpolitik? Erscheint in: M. Opielka (Hg.): Die ökosoziale Frage. Frankfurt 1984.
- Padevsky, C. & Hammen, Constance L.:* Sex differences in depressive symptom expression and help-seeking among college students. In: Sex Roles, 7, 1981, S. 309 -320.
- Piven, Francis F. & Cloward, Richard A.:* Sozialpolitik und politische Bewußtseinsbildung. In: Leviathan, 7, 1979, S. 283 - 307.
- Psychologinnengruppe München:* Spezifische Probleme von Frauen und ein Selbsthilfe-Ansatz. In: H. Keupp & M. Zaumseil (Hg.): Die gesellschaftliche Organisation psychischen Leidens. Frankfurt 1978.
- Roberts, Robert E. & O'Keefe, Stephen J.:* Sex differences in depression reexamined. In: Journal of Health and Social Behavior, 22, 1981, S. 394 - 400.
- Rosenfield, S.:* Sex differences in depression: Do women always have higher rates? In: Journal of Health and Social Behavior, 21, 1980, S. 33 - 42.
- Rothblum, E.:* Sex role stereotypes and depression in women. In: V. Franks & E. Rothblum (Hg.): The stereotyping of women. New York 1983.
- Schaefer, Catherine, Coyne, James C. & Lazarus, Richard S.:* The health-related functions of social support. In: Journal of Behavior Medicine, 4, 1982, S. 381 - 406.
- Siebert, Gisela:* De-pressionen bei Frauen. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Braunschweig 1981.
- deSwaan, Abram:* The politics of agoraphobia. In: Theory and Society, 10, 1981, S. 359 - 385.
- Stroebe, Margret S. & Stroebe, Wolfgang:* Who suffers more? Sex differences in health risks of the widowed. In: Psychological Bulletin, 93, 1983, S. 279 -301.
- Vogt, Irmgard:* Frauen als Objekte der Medizin: Das Frauensyndrom. In: Leviathan, 11, 1983, S. 161 - 199.
- Young, Allan:* The discourse on stress and the reproduction of conventional knowledge. In: Social Science and Medicine, 148, 1980, S. 133 - 146.
- Zerssen, Detlef v. & Weyerer, Siegfried:* Sex differences in rates of mental disorders. In: International Journal of Mental Health, 11, 1982, S. 9 - 44.