

CAPITOLUL 12

Fenomenologia și simptomatologia depresiilor

Alfred Kraus

Utilizarea sinonimă a fenomenelor și simptomelor este larg răspândită, însă inexactă. De fapt, trebuie să facem distincție nu numai între fenomene, ci și între simptome și criterii. În sens medical, simptomul este, întotdeauna, semnul unei boli. Boala propriu-zisă a psihozelor endogene nu este, de fapt, cunoscută și de aceea, doar prin consens vorbim despre o anumită entitate evolutivă formulată psihopatologic "depresie endogenă" ori "schizofrenie". Pentru acest motiv, K. Schneider (1967) consideră că putem vorbi doar despre semne ce survin frecvent, și nu despre simptome în sens strict conceptual. În consecință, DSM-III, de ex., se referă la criterii, și nu la simptome. Criteriile nu arată cauza bolii, așa cum fac simptomele și nici chiar, în sens strict vorbind, la boală, ci definesc concepte ce delimitează anumite entități evolutive.

Prin fenomen, așa cum a fost diferențiat de simptom de către Hofer (1955), Tellenbach (1956, 1987), Muller-Suur (19568), Hafner (1959) și Tatossian (1979), înțelegem modalitățile imediate de comportament și experiențele pacientului, fără o bază teoretică, adică fără a face corelația cu modelul medical al bolii. Odată făcută distincția între fenomene și simptome, ne apare evident faptul că, diagnosticul în psihiatrie se desfășoară în două faze. În prima fază, recunoaștem un anumit mod holistic de a fi, relația existentă a persoanei față de sine și de lumea înconjurătoare. Doar în cea de-a doua fază, pe baza modelului medical al bolii sunt izolate și abstractizate anumite semne, reducând sensurile inițiale și contextul dat sănătății, cu ajutorul unui anumit mod de interpretare. Prima fază este cea fenomenologică, aprecierea unui anumit fenomen, iar cea de-a doua este cea simptomatologică-criteriologică de interpretare a unui fenomen dat, în simptome și criterii.

Punem accentul pe aceste două faze ale diagnosticului, deoarece diagnosticile criteriologice moderne, în conformitate cu manualele de diagnostic, tentează diagnosticianul să neglijeze aprecierea intuitivă, fenomenologica, contextual holistică a pacientului. Din punctul nostru de vedere, aceasta este de importanță specială pentru practician, pentru că, de obicei, el este implicat în tratamentul unor depresii mai ușoare, unde criteriile sunt mai puțin distincte. Doar o înregistrare exactă a modificărilor din modul de experiență și stilul de comportament, precum și o interpretare simptomatologică, face posibilă punerea acestor diagnostice.

Glosarele diagnostice sugerează cu prea mare ușurință ce este deja clar că reprezintă un anumit simptom al unei boli, cum ar fi de ex., dispoziția depresivă. Fără discuție, așa este, după cum vom vedea mai departe. Putem clasifica conținutul unui simptom, științific și în procesul diagnostic doar dacă reflectăm un anumit fenomen, preteoretic. Consider că este sarcina mea de a discuta fenomenele și simptomele tulburării depresive. Acestea apar, în principal, în tipul endogenomorfic și unul non-endogenomorfic. Această diferențiere poate fi făcută la nivelul fenomenelor și simptomelor, fără considerente etiologice.

Înțelegem prin fenomenele (sau în sens strict simptomele) de tip endogenomorfic, cele ale melancoliei clasice, depresia endogenă sau depresia majoră, tipul endogen.

Fenomenele sau simptomele tipului non-endogenomorfic se găsesc în reacțiile depresive anormale. În concordanță cu K. Schneider, noi nu considerăm depresia endogenă un simptom al unei tulburări mentale ori organice în sine, chiar dacă poate fi precipitată de aceasta.

Ca să începem cu tipul endogenomorf al depresiei majore, clasificările sale în capitolul tulburărilor dispoziției în DSM-III-R apar pentru noi foarte problematic din punct de vedere fenomenologic. Întrebarea pe care ne-o punem este: dispoziția depresivă este semnul esențial al melancoliei? Și cu toate acestea, nu ne îndoim că pacienții sunt depresivi. Din punctul nostru de vedere, miezul melancolic al acestor așa numite modificări ale dispoziției, reprezintă mai mult decât o simplă varietate a dispoziției, așa după cum vom vedea în continuare. În DSM-III-R există o afirmație privind lipsa răspunsului la stimuli, care, de obicei, provocau plăcere. Potrivit acestui sistem de clasificare, dincolo de aceasta, în melancolie, calitatea dispoziției depresive nu diferă de cea din alte stări depresive din alte cauze.

În opinia noastră, acesta nu este corect.

Să vorbim, în primul rând, despre absența responsivității. Aceasta pare a fi corelată cu faptul că această schimbare a dispoziției depresive este rezultatul unei viziuni unilaterale a vieții, a sinelui și a viitorului, așa-numita triadă cognitivă a lui Beck (1970).

Punctul esențial este faptul că pacienții nu-și pot schimba dispoziția. Aceasta diferențiază, spre exemplu, de reacția de doliu, prin aceea că melancolicii sunt incapabili să dezvolte o altă dispoziție decât aceea depresivă prezentă, ceea ce, cel puțin în principiu, oamenii triști și alți depresivi non-endogenomorfi sunt capabili să o facă.

Un indicator foarte sensibil al acestor circumstanțe este testarea umorului. După cum putem observa într-o cercetare recent efectuată, împreună cu Ortuno (1989), depresivii endogenomorfi și depresivii nevrotici dovedesc diferențe semnificative în reacțiile lor la desene animate. Chiar și în melancoliile mai puțin severe, conținutul unei glume nici măcar nu este înțeles. Testul umorului, în mod evident, este un instrument atât de senzitiv, pentru că se ocupă special de anumite aspecte, preconceptuate și atitudini discordante, care sunt imposibile pentru o persoană melancolică. Aceasta se întâmplă chiar și în doliu, când o persoană trece prin discrepanța sentimentului de apartenență, pe de o parte, și cel de neapartenență, pe de alta. În cazul morții unei persoane apropiate, pacientul melancolic exprimă doar experiența fixației emoționale pentru persoana care a murit. El simte doar pierderea. Din cauza atitudinii și viziunii unilaterale, persoana melancolică nu are emoțiile ce însoțesc aceste sentimente.

Fără a aprofunda aceste probleme, aș dori să menționez că am descris aceste fenomene sub titlul unei ambiguități cognitive, precum și a unei intoleranțe emoționale. Referitor la aceasta, în curând, vor fi publicate rezultatele semnificative ale unui studiu întreprins de colegii de la clinica noastră.

Intoleranța emoțională și ambiguitatea cognitivă par să fie cauza reală a "incapacității de a fi trist", care, potrivit lui Schulte (1961) este o caracteristică a melancoliei și trebuie completat de o incapacitate de a trăi bucuria sau plăcerea, așa-numita anhedonie. Din cauza intoleranței și ambiguității sale, persoana melancolică este complet insensibilă la influențele din exterior și nu este posibil pentru ea să-și modifice aceste opinii asupra sinelui și lumii, nici pe calea experienței.

Un psihiatru melancolic, așa cum descrie Gaupp (1939) a descris odată această nonresponsivitate (intoleranța ambiguității în viziunea noastră) într-un mod impresionant: În stările mele depresive sunt la fel cum aș fi dacă m-aș afla într-un peisaj înzăpezit. Este posibil să îndepărtezi zăpada? Dacă soarele răsare, zăpada va fi, în curând, topită".

Ceea ce ne face să avem îndoieli dacă există cu adevărat o dispoziție depresivă în miezul melancoliei este modificarea relației cu sinele. Aceasta se dovedește fenomenologic

prin faptul că pacientul melancolic trăiește aceste modificări ale dispoziției ca fiind ceva straniu, o lipsă de libertate, ca o forță exercitată asupra sa, o absență de a "a fi tu însuși" o alterare a dispoziției în acest fel.

După cum știți desigur, timp îndelungat aceasta a fost considerată a fi un indicator pentru originea biologică, somatică a melancoliei. Totuși, aceasta nu este o argumentare științifică suficientă. Prima descriere a depersonalizării melancolice a fost făcută de către Heinroth (1818), unul dintre primii reprezentanți ai psihiatriei germane. Heinroth vorbește despre "sentimentul de a nu-și aparține" în melancolie și de "agonia de a se despărți de sine fără însă a se putea separa cu adevărat de sine". Aș putea compara această descriere subtilă, ce datează din 1818, cu criteriile din DSM-III-R. Dacă depersonalizarea trebuie sau nu privită ca una dintre tulburările de bază din melancolie, așa cum considerăm, împreună cu Heinroth (1818), von Gebattel, Hutter, von Difturth sau Glatzel și alții, vizavi de concepția actuală larg răspândită a unei tulburări a dispoziției sau impulsurilor, rămâne un subiect deschis.

Un anumit fel de depersonalizare pare să fie caracteristic nu numai pentru pierderea sentimentelor, cât și pentru modificarea melancolică a dispoziției. Chiar dacă nu sunteți de acord cu ipoteza lui Freud asupra melancoliei, el are cel puțin o descriere fenomenologică adevărată a dispoziției melancolice, care, în comparație cu doliul, unde lumea a devenit sărăcită și goală, în melancolie. Eul însuși a devenit sărac și gol.

Proeminente sunt modificările eului și pierderea sentimentelor descrise de Johnson (1935) și alții sau în sentimentul de vid a lui Jantet.

Aici, elementul decisiv nu este, în opinia noastră pierderea sentimentelor pentru un obiect ci pierderea propriilor sentimente în relație cu obiectul. Acolo unde aceste sentimente de alienare sunt predominante în tabloul clinic, vorbim despre o depresie depersonalizantă.

Severitatea unei alterări a dispoziției depresive, după propria evaluare a pacientului, nu este, în sine, un indicator al tulburării melancolice. Investigațiile recente în clinica noastră (Heerlein și colab. 1989) au confirmat, ceea ce a fost deja arătat de către alți autori, că depresivii nevrotici se auto-apreciază a fi mai grav deprimați decât o fac depresivii endogeni.

K. Schneider (1967) a accentuat caracterul vital ca fiind o caracteristică semnificativă specifică a tulburării melancolice, înțelegând prin aceasta că o "Darniederliegen der Leibgefuhle", ceea ce ar însemna "o senzație de descurajare a trupului. El vorbește de "tristețea vitală" și crede că acest simptom este comparabil cu simptomele de prim rang din schizofrenie, astfel ca fiind de cea mai mare relevanță diagnostică. La fel ca și senzațiile corporale multiple, acest simptom, (care nu este inclus ca un criteriu pentru depresia majoră, tipul melancolic în DSM-III-R) pare să fie o caracteristică a însăși dispoziției depresive. Asemenea senzații corporale sunt descrise de pacient ca cefalee persistentă, sentiment de presiune, "nod în gât-globus melancolicus", senzație de disconfort epigastric, de greutate în extremități și un disconfort vag și confuz în musculatură.

În așa-numita depresie mascată, dispoziția depresivă, la fel ca și alte simptome de melancolie, poate să se estompeze complet în sentimentul lipsei de energie și fatigabilitate precum și prin tulburările corporale menționate anterior. Aceasta poate fi denumită, în mod paradoxal, "depresia fără depresie".

În timp ce tulburările corpului nu corespund nici unor analize obiective, există anumite simptome somatice, cum ar fi tahicardia, transpirațiile, uscăciunea membranelor, constipație, pierderea ponderală și amenoree. Într-o depresie, pacienții apar mai bătrâni decât sunt ca vârstă. Într-o depresie mai puțin severă, diminuarea libidoului și inapetența sunt raportate de către pacient. În faza melancolică se întâlnește rar creșterea apetitului.

Absența semnelor somatice, cu senzații corporale depresive, duce deseori la supoziția falsă de hipocondrie. În orice caz, putem vorbi despre depresie hipocondriacă, doar atunci când, în plus față de manifestările depresive menționate, se evidențiază o accentuare a observației de sine și teama de boală, care nu poate fi influențată de argumente. Impresionante sunt modificările psihomotorii din melancolie. Deseori, toate secvențele motorii sunt încetinite, inhibitate, întrerupte, slăbite, săracite, atât cantitativ cât și calitativ. Deoarece acestea impresionează în mod special, vorbim despre depresia inhibată. În cazul unei absențe a discursului sau mișcărilor, vorbim despre stupoare.

Alți pacienți depresivi sunt într-o succesiune de mișcări permanente, fără rost, stare denumită depresie agitată.

Modificări corespunzătoare trebuie găsite la nivelul procesului gândirii. Aceasta ne conduce la tulburări cognitive și perceptuale. Majoritatea pacienților depresivi au procesul gândirii încetinit și prezintă dificultăți în asociații. Mulți pacienți susțin că nu-și pot păstra gândurile în ordine sau că nu pot scăpa de anumite gânduri monotematice. Atât timp cât acestea nu sunt fenomene delirante, spunem că avem de-a face cu depresia anancastă. În mod frecvent, găsim abulie. Tulburările de atenție, concentrare și memorie, care sunt frecvent întâlnite, ridică, uneori, probleme de diagnostic diferențial, cu tulburarea psihorganică. Tulburările gândirii pot fi recunoscute prin aceea că pacientul nu inițiază conversația, vorbește încet și monosilabic, nu completează propozițiile și răspunde cu întârziere sau deloc. Beck (1970) a descris în depresie o deviație de la gândirea logică. Acești pacienți prezintă deducții arbitrare, abstractizări selective, hipergeneralizare, exagerare și depersonalizare. Aceasta definește triada cognitivă. În primul rând, pacientul depresiv tinde să vadă lumea exterioară din perspectiva prin care aceasta îi face cereri exorbitante, cu obstacole de netrecut de-a lungul întregii sale vieți.

În al doilea rând, se vede pe sine deficient, inadecvat sau nemeritos, tinzând să atribuie experiențele sale neplăcute unui defect fizic, mental sau moral; are, de obicei, o viziune negativă asupra viitorului, anticipând că aceste dificultăți sau suferințe actuale vor continua nedefinit. Beck consideră că nu numai tulburarea impulsurilor, ci și modificările dispoziției ar putea să rezulte din tulburări cognitive.

Există cu siguranță corelații strânse între tulburările cognitive și delirul depresiv. Avem de diferențiat astfel delirul primar (primärer Wahn) de temerile și anxietățile ce rezultă din tulburarea depresivă. Un delir primar poate fi presupus doar dacă este prezentă o estimare falsă, de neclintit, a realității și o incapacitate de a înlătura această falsă estimare. Aceste criterii ale delirului sunt prezente atât la delirantul despre sine, cât și la cel schizofren, totuși, în comparație cu delirul schizofren, delirul depresiv se referă la evenimente reale, el fiind mai mult o aberație calitativă. De obicei, delirul depresiv depinde, în mod evident, de modificarea dispoziției. În ceea ce privește conținutul său, delirul depresiv, (așa cum a accentuat K. Schneider (1950) pare a fi limitat la câteva teme. Acestea sunt temele de culpă, săracire hipocondrie și insuficiență. Noi am mai arătat (Krauss, 1989) în ce mod dimensiunea fundamentală a identității umane este atinsă aici (de ex., relația cu propriul corp, relația de proprietate și rolul social). În supraidentificarea sa cu aceste reprezentări de identitate, pacientul melancolic este doar un obiect-Eu, ceea ce înseamnă că are o identitate legată de obiect, pierzând eul subiectiv.

Kastner (1974) a găsit o discrepanță evidentă între menținerea conștiinței valorice (Wertbewusstsein) și pierderea sau inhibiția simțământului valoric în delirul melancolic (Wertgefühlen). Aceasta indică, de asemenea, că delirul melancolic este o expresie a depersonalizării. Cu excepția unor mici deviații, delirul depresiv pare să aibă același conținut

transcultural ca și interculturalul de-a lungul anilor. Comparat cu acesta, delirul schizofren dovedește o mai mare varietate. Deși temele majore ale delirului melancolic par să fie dincolo de individ, alegerea temei în acest cadru, pare, după cum arată Janzarik (1956/1957) să depindă de anumite condiții individuale. El a observat o legătură strânsă între valorile individuale și conținutul delirului. Potrivit investigațiilor sale, persoanelor ce sunt, spre exemplu, legate de proprietate și pentru care există o legătură între proprietate și muncă (cum ar fi fermierii, muncitorii), au tendința de a dezvolta un delir de sărăcire.

În cazul unui nihilism generalizat, de distrugere a sinelui sau a lumii, vorbim de delir nihilistic sau sindrom Cotard. În mod frecvent, apar dificultăți de diagnostic privind ideile paranoide și falsele interpretări. În ideile depresive de referință și persecuție, pacienții pot crede că pot fi persecutați din cauza greșelilor lor sau că trebuie să moară pentru păcatele lor. O investigație EEG este privită de ex., ca pe o execuție. De asemenea, sunt posibile halucinațiile. Faptul că aceste modele de trăiri aparțin melancoliei este dovedit prin congruența lor cu trăirea de culpă sau, mai generalizat, cu o dispoziție anxioasă sau disperare depresivă. DSM-III-R, de asemenea, presupune posibilitatea delirului și halucinațiilor incongruente cu dispoziția. Prezența unei percepții delirante, fără tăgadă, exclude diagnosticul de melancolie.

Întregul comportament social al persoanelor melancolice este schimbat în mod remarcabil. Ei se retrag de la relațiile sociale, de la viața publică, mai puțin de la prietenii intimi. În propria lor neîncredere evită orice autoreprezentare, fiind prea doritori să se adapteze la așteptările altora sau ale societății. Astfel, înaintea bolii depresive, persoana melancolică arată o mare nesiguranță și o anxietate continuă de a corespunde normelor și așteptărilor. Apare, mai ales, absența stimei de sine, depresivul are puțină încredere în sine, este incapabil de a face față dificultăților vieții, celor profesionale, care i se par enorme.

Există modificări izbitoare de ritm în melancolie. Întâi, există variații diurne care, se manifestă în 71% dintre cazuri, care, mai presus de toate, se găsesc la începutul și sfârșitul fazei melancolice. Este tipic pentru pacienți să se plângă de prezența tulburărilor specifice de muncă, anxietate, neliniște sau inhibiție, mai ales, dimineața. În cursul zilei, simptomele scad în intensitate. Variațiile diurne sunt văzute ca având o semnificație diagnostică specială, mai ales dacă acești pacienți, în bună sănătate, au optimul de eficiență dimineața. Potrivit anumitor cercetători, melancolicii sunt, în principal, tipuri matinale (1967). Tulburările de somn, de care suferă 83 - 99% dintre pacienții depresivi au de asemenea, ritmicitate. Potrivit lui Middelhoff (1967), 49% dintre fazele depresive debutează cu o tulburare de somn. Regăsirea unui somn normal este cel mai fin criteriu pentru remisiunea din faza depresivă.

Acești pacienți suferă mai puțin din probleme de a adormi decât din acelea de a continua somnul. Trezirea matinală, precoce este, deseori, însoțită de ruminări anxioase. Există, de asemenea, un somn superficial, întrerupt sau insomnie completă.

Nu există alt grup de pacienți cu o asemenea rată ridicată de suicid ca cei din grupurile de melancolici. 7 - 10% dintre maniaco-depresivi și 0,1% din populația generală, comit suiciduri. Dintre ei, depresivii monopolari cu 12% au un risc mai mare decât bipolarii cu 7%.

În experiența noastră există o caracteristică specială pentru acești pacienți, care se simt aproape obligați de a comite suicidul.

În final, aș dori să rezum simptomele esențiale ale melancoliei, precum Weitbrecht: tristetea vitală, tulburarea impulsurilor în sensul inhibiției sentimentului de stres, precum și un delir primar de culpă.

Înainte de a considera foarte important diagnosticul diferențial cu nevroza depresivă, aș dori să vă prezint câteva date statistice.

După cum știți, există evoluții monopolare și bipolare ale bolii maniaco-depresive. Două treimi dintre acestea sunt monopolare, o treime bipolară. Mania monopolară este evaluată de către unii autori la 6%, fiind pusă la îndoială de către alții.

Fără tratament, o fază durează aproape o jumătate de an sau aproape un an. Frecvența fazelor este de două ori mai mare la bipolari, cu aproape nouă faze în 20 de ani, față de monopolari cu patru faze.

Evident, melancolia este mai frecventă la femei decât la bărbați. Această diferențiere este de aproape 7:3 și poate fi întâlnită în aproape toate țările vestice industrializate și în Japonia.

Din datele statistice actuale, în India și Iran diferența pe sexe este inversă (însă datele nu sunt concludente).

Potrivit investigațiilor lui Matussek și colab. (1965), femeile se îmbolnăvesc mai devreme decât bărbații, iar femeile singure, mai devreme decât cele căsătorite. Acesta poate fi un indiciu pentru investigarea de rutină. Comparativ cu schizofrenii este notabil că persoanele maniaco-depresive sunt mai ales căsătorite și își au completată pregătirea profesională. Investigațiile noastre, făcute de Vogel (1987) arată că depresivii monopolari, comparați cu bipolarii, dovedesc o diferență remarcabilă, astfel încât, în clinica noastră, 2% dintre monopolari erau divorțați, iar bipolarii, în procent de 20%. În comparație cu populația generală, depresivii monopolari au dovedit înclinația spre căsătorie.

Nu putem face considerații privind personalitatea maniaco-depresivilor și semnificația sa pentru debutul fazei maniaco-depresive. Aceasta va fi o lectură separată ce va avea ca subiect, mai ales, investigațiile întreprinse la Heidelberg.

Probabil vor fi întrebări privind aceasta, în discuția noastră. Ceea ce trebuie analizat aici este că, criteriul precipitării unei faze depresive după un eveniment de viață, nu pledează împotriva unei depresii endogenomorfe.

În final, aș dori să mă refer la diagnosticul diferențial al altor forme non-endogenomorfe de depresie. Trebuie să menționez aici depresia reactivă și depresia nevrotică. Concepția unei reacții depresive anormale (depressive Erlebnisreaktion) este identică cu depresia reactivă. Împreună cu depresia nevrotică, depresia reactivă aparține așa-numitelor depresii psihogene.

Manifestările frecvente ale reacțiilor depresive sunt depresia exhaustivă (Erschöpfungsdepression) potrivit lui Kielholz (1957) și reacția anormală de doliu. Depresia este diferită de o reacție normală de doliu, prin creșterea în intensitate, și printr-o reacție anormală, prelungită la o pierdere sau eveniment; ca și depresia nevrotică, nu există deviație calitativă de la tristețea normală. Vorbim de depresie nevrotică dacă tulburările depresive pot să derive din conflictele din copilărie, încă persistente, însă reprimare. Din cauză că acest criteriu pozitiv este greu de obiectivat, acest diagnostic nu a fost pus în DSM-III-R. Din punctul de vedere al practicii clinice, nu putem însă să o excludem. Cu excepția dispoziției depresive, care se modifică zilnic sau care durează ani de zile, fără a se manifesta în faze clinice distincte, în anamneză apar frecvent alte simptome nevrotice. Deseori se pune diagnosticul de depresie nevrotică sau nevroza depresivă prin excluderea criteriilor depresiei endogenomorfe. Astfel, depresia nevrotică poate fi definită negativ prin absența simptomelor specifice. Fără discuție, este incompatibilă existența delirului și a halucinațiilor cu acest diagnostic, de asemenea, nu există o deteriorare a funcțiilor intelectuale. Lipssește, mai ales, pierderea ponderală, absența libidoului și întreruperea fluxului menstrual.

Alterarea impulsurilor și modificările ritmice sunt aici la fel de pregnante, ca și în depresia endogenomorfă? Alterarea dispoziției dovedesc o reacție puternică la influența mediului extern. Deseori, poate fi recunoscută o alternare între acuzele psihice și corporale cu simptome vegetative, tulburări funcționale, cum ar fi simptome circulatorii, tahipnee și un sindrom de conversiune.

Comparativ cu depresia endogenă, pierderea stimei de sine nu este completă, incapacitatea și inhibițiile interne sunt mai clar corelate în anumite situații. Auto-compătimirea și temerile hipocondriace sunt în prim-plan. Vinovăția este direcționată spre alții sau spre mediul extern.

Numeroase investigații de analiză a factorilor, prin căi noi obiectivabile, au fost în măsură să facă diferențierea dintre depresia nevrotică și depresia endogenă, simptomatologic, precum și în relația cu personalitatea.

Potrivit acestor cercetări, pacienții cu depresie nevrotică sunt caracterizați, mai ales, prin trăsături de personalitate isterice, infantile, psihopate, cu atitudini dramatice, exhibiționiste, egocentrice, dezechilibrate și cu așa-numite atitudini "orale" în dependența lor față de alții.

Bibliografie

- Beck A** (1970) The core problem in depression: The cognitive triad. In: Massermann JH (ed) Depression. Theories and Therapies, Grune & Stratton, New York.
- Ditfurth H von** (1957) Die endogene Depression. Kindler Taschenbücher. Geist und Psyche. Kindler, München.
- Freud S** (1967) Trauer und Melancholie. In: Gesammelte Werke, Bd. X, S. Fischer, Frankfurt/M.
- Gaupp R.** (1939) Ein cyclothymischer Psychiater Über seine seelischen Krankheitszeiten. Z ges Neurol und Psychiatr 166 : 705 - 710.
- Gebattel VE von** (1969) Zur Frage der Depersonalisation. In: Meyer JE (Hrsg) Depersonalisation. Wiss Buchges, Darmstadt.
- Glatzel J** (1974) Zyklotyme Verstimmung und Entfremdungserlebnis. Nervenarzt 45: 119 - 125.
- Häfner H** (1959) Symptom und Diagnose. In: Stolze H (Hrsg) Arzt im Raum des Erlebens. Lehmann, München.
- Heerlein A, Lauer G, Richter P.** (1989) Alexithymie und Affektausdrucksprobleme bei endogener und nicht-endogener Depression. Nervenarzt 60 (noch nicht publiziert)
- Heinroth JCA** (1818) Lehrbuch der Störungen des Seelenlebens oder der Seelenstörungen und ihre Behandlung. Vogel, Leipzig.
- Hofer G** (1954) Phänomen und Symptom. Nervenarzt 25 : 345 oder 342?
- Hutter A.** (1942) Vertiefte klinische und psychologische Betrachtung der endogenen Melancholie. Schweiz Arch Neurol Neurochir Psychiatr 49 : 105 - 127.
- Hutter A** (1949) Phänomenologisch-anthropologische Studie Über die endogene Melancholie. Folia psychiatrica, neurologica et neurochirurgica 52, Neerlandica Amsterdam.
- Janet D** (1914) L'angoisse à l'exstase 2:84.
- Janzarik W** (1956/57) Der lebensgeschichtliche und persönlichkeits-eigene Hintergrund des cyclothymen Verarmungswahnes. Arch Psychiat Nervenkr 195:219 - 234.
- Johnson HK** (1935) The symptoms of loss of feelings. A Gestalt interpretation. Am J Psychiatry 91 : 1327.

- Kaestner G** (1947) Das Wertverhalten der zylothym Depressiven. Arbeiten zur Psychiatrie, Neurologie und ihren Grenzgebieten (Festschrift für Kurt Schneider). Scherer, Willsbach Heidelberg, S. 159 - 173.
- Kielholz P** (1957) Diagnostik und Therapie der depressiven Zustandsbilder. Schweiz Med Wochenschr 87:87 - 90 und 107 - 110.
- Kraus A** (1989) unveröffentlicht. In: Blankenburg W (Hrsg) Perspektive und Wahn. Enke, Stuttgart.
- Matussek PA, Halbach A, Troeger U** (1965) Endogene Depression. Urban & Schwarzenberg, München Berlin.
- Middelhoff HD** (1967) Tagesrhythmische Schwankungen bei endogenen Depressionen im symptomfreien Intervall und während der Phase. Arch Psychiat Nervenkr 209:315 - 339
- Müller-Suur H** (1958) Die schizophrenen Symptome und der Eindruck des Schizophrenen. Fortschr Neurol Psychiatr 26 : 140 - 150
- Ortuno F** (1989) Humorverhalten melancholischer Patienten im Vergleich zu neurotisch-depressiven, manisch-depressiven und schizophrenen Patienten. Dissertation, Heidelberg
- Schneider K** (1950) Die Aufdeckung des Daseins durch die cyclothyme Depression. Nervenarzt 21: 193 - 194.
- Schneider K** (1967) Klinische Psychopathologie. Thieme, Stuttgart
- Schulte W** (1961) Nichttraurigseinkönnen im Kern melancholischen Erlebens. Nervenarzt 32 : 314 - 320.
- Tatossiant A** (1980) Phénoménologie des psychoses. Paris, Masson 1979.
- Tellenbach H** (1987) Psychiatrie als geistige Medizin. Verlag f. angewandte Wissenschaft, München.
- Vogel A** (1987) Berufsstatus und Prestige monopolar und bipolar endogen Depressiver. Eine retrospektive Vergleichsstudie. Dissertation, Heidelberg.