

De opvatting van de melancholie volgens Tellenbach*

Operationaliteit van het endogenie-begrip

door P. Igodt*

I

De opzet van dit artikel is een overzicht te geven van een belangrijke en waardevolle, naar ons gevoel te weinig bekende theorie over de melancholie, dit centraal referentiepunt voor de studie van de depressieve problematiek in het algemeen. In een tweede deel is het de bedoeling de toepasbaarheid en de inzichtelijke rijkdom van dit model te toetsen aan de hand van een eenvoudig geval uit de klinische praktijk.

Meer dan veertig jaar nadat Freud zijn psycho-analytische verklaringwijze, 'beperkt tot een klein aantal gevallen', uiteenzette in 'Trauer und Melancholie' (1917), verschenen van fenomenologische zijde, na tal van voorbereidende artikelen, kort na elkaar twee fundamentele werken over hetzelfde onderwerp: in 1960 'Melancholie und Manie' van Ludwig Binswanger en in 1961 'Melancholie' van de thans zestigjarige Heidelbergse auteur Hubertus Tellenbach. Het laatste boek verscheen recent in een tweede verruimde uitgave, waardoor deze opvatting misschien een actuele en verhoogde belangstelling verdient. Een eerste verdienste van het boek is de grondige aanpak van de begrippen 'endon' en 'endogeen', op zodanige wijze dat von Gebattel in zijn inleiding het heeft over de beste verheldering die hierover in de laatste zestig jaar werd geleverd. De bespreking hiervan valt echter buiten onze opzet. We zouden namelijk onze belangstelling willen richten op het dynamische model dat Tellenbach omtrent de melancholie hanteert. Zijn uitgangspunt is de beschrijving van een typische premorbide persoonlijkheidsstructuur, door hem 'Typus Melancholicus' genoemd, die in een tweede tijd belandt in karakteristieke situaties en constellaties zodat het verglijden in een melancholische toestand haast onvermijdelijk wordt. De intentie van een dergelijke opvatting is dus essentieel pathogenetisch. Hoe dispositie en situatie nu ineengrijpen en continu verlopen wordt aangetoond aan de hand van eigen begrippen zoals Includentie en Remanentie, die naderhand zullen worden geëxpli-

* Adjunkt-kliniekhoofd Universitaire Psychiatrische Kliniek Salve Mater, Lovenjoel (Prof. G. Buyse).

citeerd. Alvorens over te gaan tot de karakterisering van het Typus Melancholicus volgens Tellenbach is het belangrijk vooraf te vermelden dat de auteur zijn inzichten heeft verworven uit de katamnesticke studie van een 120-tal melancholici waarbij overwegend monopolair endogeen depressieven voorkwamen, dus patiënten die zelden of nooit manische fazen hadden vertoond. De resultaten moeten zeker in het kader van deze restrictie geïnterpreteerd worden.

De grondtrek van het aldus bekomen Typus Melancholicus ligt in een bepaalde verhouding van deze personen tot de orde, in hun 'Ordentelijkheid'. (Ordelijkheid is geen afdoende vertaling voor de Duitse term, die veel meer dan het Nederlands een connotatie vervat van fatsoenlijkheid, behoorlijkheid; dit laatste is misschien minder verloren gegaan in ons wat ongewone 'ordentelijk'). 'Ordentelijkheid' is op zichzelf geen kenmerk van abnormaliteit. Niet elke 'ordelijke of ordentelijke persoon' loopt gevaar melancholisch te worden. Het gericht zijn op orde en ordening, dat bij zovele normalen voorkomt, moet bij de melancholicus begrepen worden als het *star, programmatisch, zonder maat, exclusief gefixeerd zijn op orde*, indien niet in alle, dan toch tenminste in één wezenlijk levensgebied. Dit gefixeerd zijn betekent dreigend verlies aan vrijheid, stoornis in de zelfrealisatie, omdat het normale levensgebeuren zich niet laat fixeren, op straffe zijn soepele aanpassing aan elke situatie te verliezen. In de huiselijke en professionele sfeer vooral komt deze sterke drang naar orde tot uiting. In de omgang met de dagelijkse dingen overheerst het 'opruimen' en het 'opgeruimd houden'. Het arbeidsleven is bepaald door vlijt, nauwgezetheid, plichtbewustzijn en degelijkheid. Orde doortrekt ook de medemenselijke relaties in de angstige bezorgdheid de atmosfeer vrij te houden van storingen, conflicten en vooral van schuld onder elke vorm. 'Het geweten wordt pijnlijk zuiver gehouden . . .' Autoriteit en rangorde worden gerespecteerd. De familie is meestal patriarchaal gestructureerd. Het zijn-voor-de-ander wordt gekenmerkt door afhankelijkheid, door een opofferend zorgen voor de ander, sterke verbondenheid aan de partner en aan de kinderen vooral. Karakteristiek is ook 'de meer dan gemiddelde eis die gesteld wordt aan het eigen presteren, zowel kwantitatief als kwalitatief'. Alles samengenomen zijn dit sociaal zeer gewaardeerde kentrekken. Het zijn deze vrouwen waarbij het huishouden onberispelijk is, tip-top in orde, die dan nog in het continu gevoel leven dat ze niet genoeg doen. Het zijn deze mannen die niet kunnen ophouden met presteren, ook na hun dagtaak verder werken, nooit vakantie nemen en die een enorm arbeidsvolume verzetten. Het werk is voor hen een fascinatie. Er kan nu een vicieuze kringloop ontstaan tussen de pijnlijke drang alle werk ordelijk en nauwgezet uit te voeren en de behoefte om terzelfdertijd ook een groot volume arbeid te leveren. Kwaliteit en kwantiteit van de prestatie geraken in oppositie met elkaar. Het is om het even aan welk eind de kringloop

begint: met een onverwachte toename van het werk of met een verhoogde drang tot accuratesse.

De relatie tot de ander wordt exclusief bepaald door het 'zorgend inspringen voor de ander'. Men 'leeft voor zijn familie'. Voor de gehuwde vrouw betekent dit dat zowel persoonlijke partnerrelatie als moederschap beleefd worden in de zin van een prestatie. Het leven begint pas als man en kinderen thuis zijn. Voor deze depressieve vrouw komen de suicidegedachten vooral als ze alleen is; haar houvast ontbreekt dan. Het afgeven van de kinderen doet meestal een crisis-situatie ontstaan. Doordat de medemenselijke omgang onder het motto van het presteren staat, verdraagt de Melancholicus het ook niet van in de schuld te geraken ten opzichte van iemand. Hij laat zich niets schenken, zonder het op zijn minst éénmaal, meestal meermalen te vergoeden. Liefde kan niet beleefd worden als bevestiging van een ander, eenvoudig omwille van de ander, maar enkel als prestatie waardoor aanspraak kan worden gemaakt op de (weder)liefde van de ander. De depressieve man beleeft sexualiteit minder als uitdrukking van een liefdesrelatie dan als liefdesprestatie, waarbij de vrouw tevreden gesteld moet worden. Vermits de ordening van de tussenmenselijke relaties volgens het Typus Melancholicus het best gerealiseerd wordt in het huwelijk, wordt alles wat dit komt verstoren (ziekte, dood, ontrouw, alcoholisme van de man) als uiterst bedreigend beleefd. Ook de bedreiging door het eigen lichamelijk ziek-zijn wordt vaak aangetroffen in het voorstadium van de Melancholie. Lichamelijke ziekte betekent dat men verhinderd wordt in de verwezenlijking van de orde waarop men zo vastgespijkerd is. De ziekte is een situatie die door de plannende wil niet kan gevat worden, het wanordelijke, hetgeen zich niet voegt in het leven. Andere typische bedreigende situaties treden op ter gelegenheid van zwangerschap en bevalling. De menstruatiefcyclus heeft voor de Melancholica reeds een speciale betekenis, omdat het als periodisch proces een ordegebeuren vertegenwoordigt. Vele depressieven neigen in de tijd vóór de regels naar een laagtepunt in de stemming. Het uitblijven van de regels kan dit accentueren en tot radeloosheid leiden. Tijdens de zwangerschap kan de bedreiging voor het kind een belangrijk thema zijn. Bij de geboorte is de angst een misvormd kind te hebben sterk aanwezig. Hierbij gaat het veel meer om de gestoorde orde van de familiale verhoudingen die door de geboorte van zo'n kind wordt teweeggebracht dan om een gevoel van schaamte of minderwaardigheid.

De toekomstige melancholicus vreest dus niets meer dan het toeval, het risico, de sprong. Hij probeert dit het hoofd te bieden met behulp van het plan, het programma. Vandaar dat hij zich opsluit binnen de onelastische grenzen van de orde. Hij stelt zich objectieven die nabij zijn, maar mankeert elan en breder perspectief. Hij kan geen onderscheid maken tussen hoofdzaak en bijzaak. Hij tilt even zwaar aan de geringste details; vandaar de zwaarwichtigheid, de overgevoeligheid voor de last-zijde van de

dingen, die hem typeert. Verder gaan dan de orde die hij zich gesteld heeft, is bedreigend. Het is kenmerkend wanneer men over een vrouw, die later melancholisch zal worden vertelt 'dat zij de morgen na de dood van haar echtgenoot, de wasmand genomen heeft en begonnen is met de strijk . . . "omwille van de orde" . . .'. Er mag eenvoudigweg niets onverwachts, onvoorziens tussenkomen in de gang van de dingen of er dreigt stagnatie op te treden. Daardoor kunnen de intermenselijke relaties zo bedreigend in deze ordening ingrijpen; zij komen altijd uit de nabijheid en treffen de zozeer op nabijheid aangelegde melancholicus dieper dan de anderen. Het geweten van de melancholicus is dan ook vooral bewaker van de bestaande ordeningen van de wereld, de relatie tot de anderen en tot zichzelf. Tellenbach spreekt van het 'seculier geweten' (versus regulier) van de Melancholicus omdat het niet in staat is bestaande ordeningen te overschrijden in functie van een hogere orde.

In dit Dasein heerst orde, geen maat! Maat heeft als scheidsrechter in het leven ook te maken met orde, maar dan met eigenlijke orde, waarbij zij nu eens het starre versoepelt, dan weer het al te vluchtige bindt, het opdringerige distancieert en het om zich heen grijpende grenzen stelt. Als de maat ontbreekt in de orde, dan vervalt deze in het krampachtige, het pedante, in een catalogiserende systematiek. De echte gelukte orde is gearticuleerde creatie en dit betekent schaduw, nuance, perspectief, proportie.

Tenslotte worden de verschillende stappen van de pathogenetische ontwikkeling vanuit een type naar de eigenlijke toestand van melancholie behandeld. De verbinding tussen beide is het begrip situatie. Situatie moet begrepen worden als doorlopende betrokkenheid van het individu op zijn wereld. 'In-situatie-zijn is identiek aan mens-zijn, ex-sistere'. Nu kunnen er bepaalde grond-situaties voor het Typus Melancholicus geanalyseerd worden waarbij de specifieke toestand van orde op het punt staat over te gaan in één van wanorde. Dit noemt men de 'pre-melancholische situaties'. Een belangrijke ordening bijvoorbeeld die kan verstoord geraken is deze van het wonen; wat veranderingen in de situatie van het wonen kunnen betekenen voor de Melancholicus wordt duidelijk in de 'verhuisdepressie'. Deze depressie kan enkel goed begrepen worden vanuit de wijze van ordelijkheid waarin patiënte zich in haar oude huis ingeruimd heeft, en waaruit zij nadien verdreven wordt. Het stichten van een nieuwe orde stelt te hoge eisen aan een type dat onvoldoende elasticiteit bezit.

De constellaties waarin de 'pre-melancholische situaties' zich tonen noemt Tellenbach *Inkludentie* en *Remanentie*. Deze begrippen worden verder geëxpliciteerd. Ten eerste: Inkludentie: wanneer men de ordo melancholicus beschouwt vanuit de kenmerken van zijn ruimtelijkheid, dan ontmoet men eerst het reeds behandelde probleem van de grenzen. Het Typus Melancholicus sluit zich op in grenzen die hij naar buiten toe opricht uit angst zijn eigen orde te moeten prijs geven. Binnenin deze grenzen echter is

hij sterk afgestemd op nabijheid. Een paradox dus: grenzen naar buiten toe; nabijheid binnenin. Wanneer zich nu binnen dat beschut ordegebied grenzen gaan instellen, namelijk onder de vorm van een scheiding, dan ontstaat er een toespitsing van de tendenzen van het typus dat zich nog meer gaat insluiten. Dit zich progressief insluiten van het typus melancholicus in grenzen die hij tenslotte niet meer kan overstijgen, deze constellatie noemt Tellenbach Inkludentie en ziet het als een beslissend pathogenetisch aspect van de endofoon-melancholische verandering.

Dit Inkludentie-fenomeen wordt geïllustreerd aan de hand van een rijk aantal voorbeelden. Het zich ingraven in het programma, het zich opsluiten in het enge kader van een familie, het zich verbergen in een woning als schuilplaats, het zich exclusief binden aan een beroep zijn typische situaties waar het Inkludentie-fenomeen ontplooid wordt. De pre-melancholische situatie ontstaat dus door een zich progressief op Inkludentie toespitsende verandering; deze leidt tenslotte tot een uitzichtloze situatie van zelftegenspraak!

Ten tweede: Remanentie. De Melancholie kan ook opgevat worden als een stoornis in de vertijdelijking van de persoonlijkheid, waarbij de toekomstbetrokkenheid van de menselijke persoon beslissend veranderd is. Tellenbach verwijst naar een tekst van Kierkegaard die de 'zwaarmoedigheid' ziet als een verandering in het tijdelijk-zijn van de persoonlijkheid. Deze zwaarmoedigheid ontstaat vanuit het schuldig verzuimen van de zelfrealisatie, van het authentisch-zijn. Er treedt dan een stagneren op in het geestesleven 'een achteruit-blijven-op-zichzelf'; dit noemt Tellenbach Remanentie. Alhoewel hij zwaarmoedigheid en melancholie niet identificeert, probeert hij aan te tonen dat Remanentie een structuur is die het Typus Melancholicus kenmerkt. Het achteruitblijven-op-zichzelf is in alle geval schuld; de schuld toont zich als het beslissende moment van Remanentie. Dit schuldig-zijn toont zich onder andere in het presterend omgaan met de wereld, namelijk in het beroep. Wat de dag brengt, moet absoluut afgehandeld worden; anders blijft er een onbehagen omdat de dag die afgeslotenheid mist, zonder dewelke men hem niet eigenlijk achter zich gebracht heeft. Het Dasein is steeds in de nabijheid van de schuld en dus steeds in de mogelijkheid van Remanentie. In de contradictorische tendens enerzijds om de taken 'achter zich te willen krijgen' en anderzijds de eis tot nauwgezetheid, kondigt zich het gevaar aan in een toestand van zelftegenspraak te geraken. De afstand tussen zijn en moeten-zijn wordt tot een afrond. Ook in de medemenselijke relaties is dit gevoel van verschuldigd zijn aanwezig; het dreigt snel over te gaan in een gevoel van debet en komt daarmee in de zone van Remanentie.

De Typus Melancholicus lijkt op een mens die alle schuld bij voorbaat wil delgen, die als het ware bij voorbaat betaalt en zich achterstallig beleeft wanneer dit niet kan gebeuren. Dit maakt hem echter blind voor het eigenlijke verschuldigd-zijn dat de mens aangrijpt in het bewustzijn van blijvende onvolkomenheid.

Hij wil niet zien dat de mens de existentie steeds iets schuldig blijft, namelijk de 'Daseinsimmanente schuld', het achteruitblijven van de mens op zijn Daseinsmogelijkheden. Het Dasein niets schuldig blijven is onmogelijk. Welnu, de Melancholicus wil het onmogelijke als mogelijk poneren.

De Melancholicus tracht zich te wapenen tegen het toeval, en vooral de gevoeligste vorm van het toeval: het noodlot. Hij doet dit door de pijnlijke observantie van de orde, door het verbodene streng te vermijden en zich te laten inspireren door het gebod. Zo probeert hij het noodlot te bezweren. Wanneer dit hem toch treft dan stelt hij de vraag 'waar hij zoiets verdiend heeft? . . .'. Door te presteren, veel en precies, door een gevoelig geweten te ont-wikkelen had hij gehoopt dat het onverwachte hem niet zou ver-rassen.

De psychose nu is uitdrukking van een uiterste toespitsing van een steeds verder schrijdende situatie van Remanentie, een ver-zinken in de schuld. Dit bijvoorbeeld wanneer het Typus Melan-cholicus door ziekte of ongeval in een toestand terecht komt waarbij hij tot zorg en last voor de anderen wordt en in een uit-zichtloze, niet te delgen schuld geraakt. Zo kan een schuldwaan uitbreken met derealisatie, die in de nabijheid komt van verlies van identiteit.

Tellenbach toont hier nog eens te meer aan dat het Typus Me-lancholicus tenslotte ziek wordt aan zijn pathologische normali-teit, aan karaktertrekken die sociaal, in beroep en familie, hoog gewaardeerd worden. In feite kan het positieve van de karakteri-sering van het Typus Melancholicus veel beter aangegeven wor-den door een dubbele negatie. Dit type wil in ieder geval niet (1) wan(2)ordelijk zijn, niet (1) gewetenloos (2), niet (1) on(2)-werkzaam, niet (1) on(2)aanhankelijk, niet (1) on(2)betrouw-baar. Bij hem bestaat de continue zorg om niet te geraken in een toestand van omkering van de positieve kwaliteiten. Het is deze zorg die in de psychose machteloos gemaakt wordt. De psychose is het negatieve spiegelbeeld van al dit positieve: inhi-bitie (= niet meer presteren, wanorde, verwaarlozing), over-weldiging door schuld, innerlijke verte van alles wat nabij is, enz. Inkludentie en Remanentie constitueren dus de pre-melancholi-sche situatie. Beide fenomenen zijn steeds aanwezig; het ene toont zich niet zonder het andere, weliswaar met een verschil in accent. 'Het ingeperkt zijn is ook altijd een achterop-blijven-op-zich-zelf . . .' De belangrijke overgang nu tussen het einde van de pre-melancholische situatie en het begin van de melancholie zelf, kan men volgens Tellenbach niet anders opvatten dan als een hiaat, een cesuur in de continuïteit van het typologisch en situatief begripen. Tellenbach noemt dit 'Het moment van de vertwijfe-ling'. Wij kunnen het thema van het melancholische lijden vatten; niet vatbaar echter is de manier waarop in de vertwijfeling, de verhouding van het zelf tot zijn thema verandert. In het woord vertwijfeling ligt het accent op het 'twee'; vertwijfeling is een al-terneren, een heen en weer tussen twee mogelijkheden waarvan

geen enkele werkelijkheid wordt. Men denke op de contradictoire eisen die de Melancholicus zich stelt tussen kwantiteit en kwaliteit, distantie en nabijheid. De melancholische psychose stelt zich in wanneer het zelf zich niet meer kan afwenden van dit alterneren tussen tegengestelde eisen en een catastrofale oplossing zoekt. De meest voorkomende is de stagnatie of inhibitie, of het voortdurend hernemen van het gebeurde in een conditionele vorm zoals in de jammerklacht. Volgens Tellenbach is de discontinuïteit in de overgang van een pre-melancholische naar een psychotische melancholische situatie niet enkel typisch voor de pathologische verandering, hetzelfde geldt voor de normale rijpingsfasen van de mens. De ontwikkelingspsychologie kan de situatievoorwaarden voor een gelukke rijping bestuderen. Maar de houdingen van de mens in zijn verschillende leeftijdsfasen kan men niet uit hetgeen eraan voorafging verstaan. Bij elke fase verandert de situatie zich van de grond af. Wat de nieuwe situatie beslissend kenmerkt kan niet uit het vorige afgeleid worden. Tellenbach noemt dit 'het raadsel van de endokinese'. De endokinese is de kwalitatieve bekwaamheid tot verandering van het endon. De endokinese beperkt zich dus niet tot het pathologische. Integendeel, men kan zeggen dat het geniale een voorbeeld is van een nieuwe Daseinskwaliteit die ontstaat in de endokinese. Ook daar gebeurt er een verandering van de mens tot in zijn grond. De psychose, die in de opvatting van Plato over de 'Ametria' zo dicht staat bij de genialiteit, is ook een endokinetische verandering, de ontsporing van een specifiek endon.

Om de theorie van Tellenbach samen te vatten kan men zeggen: dat in de melancholie het endon een typische, typologisch ervaarbare specificiteit heeft; dat de pre-melancholische situatie een toespitsing is daarvan, in Inkludentie en Remanentie; en dat de endokinetische verandering, haar destructieve ombouw of verwringing betekent. Het handteken van de pathologische endokinetische verandering is dat het subject niet meer beschikt over zijn thema, zijn thema niet meer bezit maar erdoor bezeten wordt! Belangrijk is dat om tot een volontplooid melancholie te komen er een dubbele constellatie nodig is: ten eerste het typus en de toespitsing hiervan in de pre-melancholische situatie, ten tweede de endokinese of de specifieke bereidheid tot verandering van het endon. Ontbreekt één van beide dan is de evolutie naar een psychose niet mogelijk.

Deze theoretische samenvatting kan iets verder geëxpliciteerd worden. Om een vergelijkingspunt te hebben zou men kunnen stellen dat het begrip 'Ordentlichkeit' bij Tellenbach ergens op dezelfde hoogte komt te liggen als Kretschmers cycloïdie (1955), namelijk dat het ook een premorbide dispositie vertegenwoordigt. Aan de cyclothymie zou een normale gerichtheid op orde corresponderen. 'Ordentlichkeit' verschilt dan van het normale ordelijk zijn in die zin dat het bij het eerste gaat om een star en exclusief gefixeerd zijn op ordebepalingen in de essentiële levensgebie-

den. Het gaat om 'een bepaalde verhouding tot de orde', zodat men zowel van een kwalitatief als kwantitatief onderscheid met het normale kan spreken. Inkludentie en Remanentie zijn pathologische mechanismen die zich ontwikkelen als een soort negatieve feed-backkoppelingen, die voeren vanuit de pre-melancholische situatie, over een discontinue sprong, tot de eigenlijke melancholie, mits de specifieke bereidheid tot pathologisch veranderen van het endon aanwezig is. Deze beide mechanismen worden op gang gebracht door bepaalde situaties die bijzonder 'Remanentie en/of Inkludentie-op-gang-brengend zijn', zoals bijvoorbeeld een verhuissituatie, een lichamelijke ziekte; dit zijn situaties die speciaal gevaarlijk en bedreigend zijn voor een subject dat de 'Ordentelijkheid' als grondtrek vertoont. Deze voorstellingswijze is verwant met de 'sleutel-slot dynamiek' zoals deze door Kretschmer werd geschetst in verband met zijn 'Sensitive Beziehungswahn' (1950), waarbij het samengaan van een sensitief karakter en een situatie van beschamende insufficiëntie voor dit subject leidt tot een karakteristieke psychotische ontwikkeling.

Een essentiële voorwaarde om tot een melancholie te komen is tenslotte de endokinetische verandering. Deze verandering kan op twee wijzen ontstaan, ofwel 'ideokinetisch', direct vanuit het endon zelf, ofwel vanuit de belastende situatie, die secundair sterke resonanties gaat verwekken in het specifiek endon dat zich dan verandert op zogezegde 'endotropische' wijze. Met andere woorden bij sterke endokinetische veranderbaarheid is een geringe belastende situatie reeds voldoende om een autochtone melancholie te doen ontstaan. Bij sterke situatieve belasting zoals bijvoorbeeld een toestand van diepe ontworteling, kan een lichte endokinetische veranderbaarheid zodanig vanuit de situatie aangewakkerd worden, dat een depressie, die aanvankelijk sterk relatief leek te zijn, uiteindelijk doorschiet naar een typische melancholie, waarin al het psychogene geconsumeerd geraakt en gaat verdwijnen in het toenemend 'endogeen karakter' van de aandoening. Door verhoging van de situatieve druk wordt een eventuele endokinetische verandering waarschijnlijker, maar de belasting op zichzelf is, alhoewel misschien noodzakelijk, dan toch nooit voldoende voorwaarde om tot een melancholie te komen. Men zou zich theoretisch kunnen voorstellen dat bij volledige afwezigheid van specifieke veranderbaarheid van het endon de sterke situatieve belastingen bij een 'ordentliche' persoon, niet zullen leiden tot een melancholie, maar misschien tot een toestand die men in een bepaalde terminologie een 'depressieve vorm van psychisch decompenseren' zou kunnen noemen.

Dit theoretisch model, zoals het hier werd geschetst noemt Tellenbach zijn 'Kinetische Typologie' waarin naar zijn overtuiging het melancholieprobleem verschijnt in een nieuwe verhouding van noodzakelijkheid en vrijheid. Hij meent hieraan ook bepaalde *therapeutische consequenties* te kunnen vastknopen die hier slechts in hoofdlijnen kunnen worden geschetst. Een ideale behan-

deling zou zich op drie vlakken moeten afspeelen. Zeker zal hij ten eerste het belang van de thymoleptische behandeling niet ontkennen; ze komt vooraan en is des te succesvoller naargelang de kracht, de intensiteit en de diepgang van de 'endokinetische verandering', m.a.w. in de mate dat al het situatieve dat mede een rol speelt in het ontstaan verdwijnt achter de psychotische verandering, erin 'geconsumeerd' wordt. Hoe uniformer het beeld, hoe groter het succes met antidepressiva; dit komt overeen met de gewone klinische ervaring. In tegenstelling: hoe meer 'peristatische factoren', zoals Tellenbach dit noemt, het beeld mede blijven bepalen, hoe ineffectiever de thymoleptische behandeling wordt. Deze in de endogene depressie binnendringende 'situatieve' factoren kunnen van zeer uiteenlopende aard zijn: hetzij neurotische elementen, een verhuis, uitputting, hetzij een kraambed, het climacterium of een cerebraalsclerose.

Het is slechts na de thymolepsie dat, ten tweede, het psychotherapeutisch ingrijpen op de situatieve elementen zijn kans kan krijgen. Belangrijk is dat een omkering in de volgorde van behandeling zal moeten worden gemaakt, wanneer daarentegen een biologische therapie de 'peristatische factoren' moet proberen weg te werken. De thymoleptische behandeling zal worden uitgesteld tot de toestand biologisch beter gecompenseerd is. Zo bijvoorbeeld zal de cerebrale doorbloeding en oxygenatie bij oudere begindeteriorerende personen met ernstige depressie verbeterd worden, om resultaat met de antidepressiva te behalen. De psychotherapie nu bestaat in het afzwakken en oplossen, idealer nog in het voorkomen en vermijden van de pathogene melancholische situaties die de endogene verandering voorafgaan. Het is de therapie gericht tegen de recidieven. Zij is zeer uiteenlopend en moet zich aanpassen aan de zeer verschillende situaties. Uiteraard kan de veelheid van situaties die zich kunnen voordoen hier niet behandeld worden. In alle geval zal deze behandeling er steels op gericht zijn de nefaste Inkludentie- en Remanentiefenomenen, die het individu in hun spiraalbeweging steeds nauwer gevangen zetten en aanzuigen als in een draaikolk, te ontkrachten en te doorbreken. Het is een zeer eklektische psychotherapie die probeert de patiënten het bewustzijn en het gevoel bij te brengen voor hetgeen waardoor zij hun eigen zelf in de weg staan, hun fixatie op te eenzijdig en te eng begrepen ordeningen op te heffen, hun de weg tot grotere elasticiteit van handeling en gedrag probeert aan te wijzen, zodat zij komen tot een 'nieuwe onbevangenheid om te leven' (W. Schulte, 1966).

Tenslotte, alhoewel het meestal in de realiteit slechts tot een therapie van de situaties kan komen, toch mag men het ideaal van de structurele psychotherapie niet opgeven. De ombouw van de karakteriële afweer, van de typische destructieve tendenzen van het Typus Melancholicus is de enige therapie die met recht kausaal kan worden genoemd. Volgens Tellenbach moet hierbij alle hoop gesteld worden op een soort synthese, wederzijdse indringing en verrijking van Psychoanalyse en Fenomenologie, hoe

moeilijk bewerkbaar deze synthese ook zal blijken te zijn.

II

In dit tweede gedeelte is het onze bedoeling het model van Tellenbach over depressie te toetsen aan de hand van een eenvoudige ziektegeschiedenis. De waarde van een theoretisch model laat zich immers kennen aan zijn toepasbaarheid op de klinische realiteit. Onze indruk is dat de opvatting van Tellenbach een aanvullend inzicht kan verschaffen in bepaalde depressieve patiënten ten opzichte van de klassieke en psychodynamische theorieën.

Het betreft een 44-jarige man, bedrijfsleider in een belangrijke organisatie, die na lang aarzelen en op sterk aandringen van een familielid, uiteindelijk kwam consulteren op 27-9-74. Het klagen was gecentreerd rond hardnekkige slaapstoornissen, die meer dan een jaar geleden waren begonnen met moeilijk doorslapen en die stilaan een obsederend karakter hadden aangenomen. Daarnaast bestond een sterke zorg om zijn gezondheid die versterkt werd door de onheilspellende verklaringen van een jonge huisarts. Het verslag na het eerste gesprek vermeldt de obsessie rond het slapen als 'een typisch voorbeeld van depressief monodieïsme' en stelt bij deze man, die sinds geruime tijd korte inzinkingen kende, en van wie een oom zelfmoord pleegde door verdrinking, de diagnose van 'matige maar toch duidelijke (endogene) depressie, voornamelijk gekenmerkt door een depressieve stemming met onmachtgevoelens, een versterkte vermoeibaarheid, vermindering van de eetlust met vermagering (4 kg), vermindering van de libido en belangrijke slaapstoornissen . . .'

De huidige ziektegeschiedenis laat patiënt beginnen drie jaar geleden, toen hij voor tintelingen in de linker hand zijn huisarts raad pleegde. Deze stelt de nogal beangstigende diagnostische hypothese van 'een klonterke bloed in de ader' en behandelt patiënt met een vijftal intraveneuze injecties. Herhaling van deze behandeling bracht nog geen beternis en daarom werd patiënt in observatie gestuurd in een kliniek. De geruststellende conclusie aldaar dat geen pathologie in het licht kon worden gesteld, neemt de angst van patiënt weg en laat het symptoom wegebben. Een jaar later doet patiënt ter gelegenheid van een hevige niesbui een acute lumbago. Dezelfde huisarts laat een bloedonderzoek en een RX uitvoeren, en verschijnt enkele dagen later ten tonele met een aantal onheilspellende berichten: 'verhoogde suiker in het bloed . . ., verkalking van de aorta . . ., en artrose van de rug'. Voor dit laatste raadt de arts hem aan aspirine te nemen . . . Op de vraag van patiënt die afkerig staat tegenover de inname van elke medicatie, hoelang hij dit wel zal moeten nemen, antwoordt de iatrogen volhardende dokter: 'wie weet? misschien levenslang?' . . . Lachende, angst- en agressie-bedekkende afweer van patiënt hierop: 'schrijf er mij dan maar enkele kilo's van voor, dokter'.

De maand erop begint patiënt over de woorden van de dokter, die hij in het begin relativerend kon opnemen, te piekeren. 'Zou

hij toch gelijk hebben? Hij begint de medische kronieken in weekbladen na te pluizen. Vertoont frequente stoelgang gedurende enkele weken. De slapeloosheid neemt toe.

In maart '73 besluit patiënt van huisarts te veranderen en kiest een arts, duidelijk ouder van leeftijd dan de vorige, die hij o.a. moet opzoeken voor een 'ontstoken oorlel met lymfangitis'. Behandeling met injecties (antibiotica wellicht). In de loop van de twee volgende maanden wordt hij stilaan neerslachtiger. Het rendement op zijn werk is sterk verminderd; hij is vlug moe, kan zich lastig concentreren, slaapt zeer slecht, vermagert. Cancerofoobe gedachten verschijnen. Op aanraden van de nieuwe huisarts laat hij zich in een ander, ditmaal universitair ziekenhuis ter observatie opnemen. Het nogmaals geruststellend besluit: 'in goede gezondheid . . . , vertoont een lichte depressie . . . ', schijnt een revigerende uitwerking te hebben op patiënt. Hij herneemt het werk 'met nieuwe ijver'. Een maand later wordt hij echter verplicht, omdat het reeds op voorhand geregeld was, vakantie te nemen met zijn familie, echtgenote, zoon en twee dochters. Aangekomen in het vakantieoord, betreft hij een riante kamer, gelegen in het groen en boven een kabbelend beekje. Zijn onmiddellijke voorspelling: 'hier doe ik geen oog dicht', wordt helaas achteraf bewaarheid. Het vergaat hem steeds maar slechter, ook bij de hervatting van het werk en het loopt uit, na heel wat weerstand, op hogervermelde psychiatrische consultatie.

Uit de latere gesprekken is gebleken dat de voornaamste situatie ziekte uitlokkende factoren vooral in het werkmilieu moeten worden gesitueerd. Zes jaar geleden werd patiënt aangesteld als promotor van een nieuw verkoopplan. Het succes hiervan was in het begin twijfelachtig. Drie jaar nadien werd een universitair geschoolde als supervisor van het project aangesteld. Dit was voor patiënt, een self-made man die zijn humaniora-studies niet voleindigde, een eerste krenking die hij rationaliserend verwerkte. Erger werd het toen één jaar geleden naast patiënt een jongere collega werd gezet, die een deel van zijn oude cliënteel moest overnemen. Bovendien werd hem zelf een ander gebied toegewezen waarin hij nieuwe cliënteel moest prospecteren. De 'hulp' werd alleszins door patiënt ambivalent beleefd. Hij vond zijn collega onvoldoende toegewijd en slordig. 's Avonds belde hij zijn vroegere cliënten op om hen te vragen 'of ze wel tevreden waren, of alles in orde was? . . .' Zijn eigen werk kon hij ondertussen steeds minder aan: hij kon geen lange gesprekken meer voeren, voelde zich afgemat, zag tegen alles op. Soms bleef hij verschillende uren in zijn geparkeerde wagen zitten alvorens te kunnen besluiten het huis van een cliënt binnen te stappen. Hij reed steeds trager met de auto en durfde uiteindelijk niemand meer voorbijsteken. Hij liet het roken, supprimeerde koffie en ging iedere dag op weg met een thermosfles slappe lindenthee naast zich. De slapeloosheid werd tenslotte totaal; hij kreeg gedachten van ongeneeslijkheid en voelde zich 'totaal afgeschreven'.

Tot zover enkele relevante gegevens uit de objectieve ziektege-

schiedenis van deze patiënt. Verder zal ingegaan worden op sommige releverende belevingen die hij tussendoor ook bracht.

Om dit geval van depressie te kunnen interpreteren volgens de optiek van Tellenbach moeten twee belangrijke vragen worden beantwoord:

1 – Vertoont deze patiënt de hoger geschetste kenmerken van het Typus Melancholicus, gecentreerd op de 'Ordentlichtheid'?

2 – Indien wel, dan blijft nog na te gaan in welke mate het door Tellenbach bestudeerde typische pathogenetische proces hier kan worden teruggevonden. Namelijk, of vanuit bepaalde karakteristieke grondsituaties, gedefinieerd als Inkludentie en Remanentie, de overgang kan worden aangetoond naar de eigenlijke depressieve toestand. Met andere woorden kan men bij deze patiënt het moment achterhalen 'waarop de karakteristieke orde op het punt staat over te gaan naar een toestand van wanorde'?

De persoonlijkheid van patiënt kan wel degelijk gekarakteriseerd worden als 'ordentlich'. Patiënt is gefixeerd op orde en ordening in alle belangrijke gebieden van zijn leven. Dit komt naar voren in zijn huiselijk leven, de omgang met zijn kinderen, zijn echtgenote. Het meest exemplarisch echter is de verhouding tot het werk. Het arbeidsleven van deze man is gekenmerkt door vlijt, nauwgezetheid, degelijkheid en plichtbewustzijn. Kwantiteit, een groot volume werk, uitgedrukt in tonnen grondstof en miljoenen geldwaarde, moet samengaan met een onberispelijke kwaliteit van de prestatie. Iedere dag moet gevuld worden met één of andere verdienste. 'Als een dag niets opgebracht heeft, dan voel ik mij ongelukkig . . . Ik kost zoveel aan de firma, en als ik dan in zo'n dag niets uitgericht heb . . .' Daarbij is patiënt een typische 'werker volgens het programma'. Alles wordt zorgvuldig vooraf gepland en uitgekiend. Zo bijvoorbeeld de avond voordien wordt de nieuwste wegenkaart bovengehaald om het kortste traject uit te stippelen. Patiënt komt altijd een kwartier, bij voorkeur een half uur vóór tijd op een afspraak. Komt de ander per toeval nog vroeger aan, dan gaat patiënt zich excuseren 'omdat hij slechts de tweede is'. Iedere avond wordt zijn verslagboek stipt ingevuld, precies vóór het eten, anders heeft hij het gevoel alsof de dag niet af is. Netheid en properheid zijn een absolute eis. 'Als er een vlek op het boek komt, dan zou ik heel mijn boek terug overschrijven . . .' Er is ook duidelijke angst voor de leegte. 'Weinig werk, daar moet ik niet van weten . . . Ik moet iets kunnen doen . . . Ik ben altijd met iets bezig.' In de tijd voor ontspanning moet er iets nuttigs verricht worden: een boek lezen, een documentaire op de TV volgen. De levensvoering verloopt volgens een vast plan waar spontaneïteit en verbeelding volledig uitgebannen zijn. Patiënt is een man die geen vakantie kan nemen. 'Mijn werk is trouwens mijn hobby.' Hij vertelt letterlijk: 'vakantie valt altijd tegen . . . Ik kan geen drie weken naeen nemen zonder tussendoor te gaan werken.' De hypothese lijkt mij aannemelijk dat één van de bijkomende redenen waarom patiënt snel her-

viel in zijn depressie na de laatste voor hem opluchtende observatie in de universitaire kliniek, nu precies de daaropvolgende vakantie was die hij verplicht was te nemen, met zijn familie. 'Ik had toen geen behoefte aan verlof . . . Veel liever was ik er weer volop ingevlogen.' Veel meer dan aan een gedwongen rust had hij er wellicht toen behoefte aan om het in zijn ogen herwonnen prestatievermogen uit te testen: 'Ik had zes maand niet goed meer kunnen werken en nu ging het weer.' De vakantie dreef hem in de passiviteit waarop hij zo weinig is aangelegd en liet het depressief mono-ideïsme weer volop aan bod komen.

Orde doortrekt ook de medemenselijke relaties in de angstige bezorgdheid de atmosfeer vrij te houden van alle storing, conflict, vooral van schuld onder elke vorm. Een paar anecdotes zijn hiervoor typerend. Op Sinterklaasdag kreeg patiënt een spekuilaas-koek door een cliënt aangeboden. Zijn reactie: 'ik voelde mij beschaamd . . . Ik heb meer reden om hem een spekuilaas te geven . . . Hij is cliënt.' Een andere keer weigerde hij verontwaardigd een kleine som geld die hem met Nieuwjaar werd toegestoken: 'als U dat niet terugtrekt, dan kom ik hier nooit meer binnen.' De uitspraak van Tellenbach 'dat het geweten pijnlijk zuiver moet worden gehouden' is hier strikt van toepassing! Maar een dergelijke overconsequente houding leidt tot een pijnlijke inconsequentie, komt de hartelijkheid van de menselijke omgang verstoren. Zo bijvoorbeeld stuurde patiënt, spijs protest van zijn vrouw, enkele flessen wijn, die hij cadeau had gekregen, aan de schenker terug. Zoiets toont aan hoe hij de ander de vreugde niet kan laten hem een geschenk aan te bieden. De juiste maat, de toon in de omgang met de ander wordt niet gevonden. De relatie wordt overheerst door de egocentrische bezorgdheid geen last te krijgen met zijn 'seculier' geweten, vooral niet in de schuld te geraken ten opzichte van iemand.

Een ander belangrijk thema bij Tellenbach, dat we hier terugvinden, is het probleem van het lichamenlijk ziek worden, dat zo dikwijls aangetroffen wordt in het voorstadium van de melancholie. Door de lichamenlijke ziekte kan aan de zo gemakkelijk contradictoire eis die het Typus Melancholicus zich stelt van veel maar terzelfdertijd nauwgezet te presteren uiteraard nog minder dan van te voren voldaan worden. Hij kan zich niet neerleggen bij zijn door de ziekte verminderde mogelijkheden, kan noch kwantiteits-eis noch kwaliteitseis opgeven, milderen of met mekaar harmoniëren, waardoor hij tenslotte zowel waarde als volume van het werk doet afnemen en waardoor hij in een onuitkoombare tegenstelling vastloopt. De inzet kan een reële ziekte zijn, zo bijvoorbeeld een hartziekte of hypertensie, maar ook, zoals hier het geval is, de angstige verwachting een ernstige lichamenlijke ziekte (of meerdere ziekten!) te hebben die het presteren, reden van het bestaan, in het gedrang brengen. 'Om het soort werk dat ik moet leveren aan te kunnen, moet men 100 % fit in orde zijn. Lichamenlijk ziek worden betekent het einde.', verklaart patiënt daaromtrent. Lichamenlijke ziekte betekent dus dat men verhinderd

wordt in de realisatie van de orde waarop men zo exclusief is ingesteld. Ziek worden is die situatie bij uitstek, die door de planifiërende wil niet kan worden gevat, het wanordelijke, hetgeen zich niet voegt in het programma, 'der Unfug'. Wat de 'ordentliche' bovenal vreest is het toeval, bijvoorbeeld van een ziekte die onverhoeds treft, waar niets tegen opgewassen is, waar geen enkel plan kan op voorzien zijn. De reactie hierop is een zich nog meer opsluiten binnen de onelastische grenzen van de orde. Hiermee zitten we temidden het fenomeen van de *Inkludentie*, dat in dit geval treffend geïllustreerd wordt.

Het begin van de pre-melancholische situatie bij deze patiënt situeert zich op het moment dat, na het herhaaldelijk zich aanmelden van een aantal 'gedramatiseerde' lichaamskwalen, een reorganisatie van zijn werkschema wordt opgelegd. Er wordt een jongere collega aangesteld waaraan hij een deel van zijn oude cliënteel moet afstaan, terwijl hem een gebied voor werving van nieuwe klanten wordt toegewezen. De situatie die de *Inkludentie* op gang brengt is het verlies van de oude cliënteel, waaraan patiënt vanuit zijn structuur enorm affectief gebonden was. De Typus Melancholicus, zoals we reeds weten, sluit zich op binnen grenzen, trekt muren op die zijn ordesysteem tegen de buitenwereld moeten beveiligen; naar binnen toe echter, in zijn 'citadel', is hij sterk afgestemd op nabijheid en nauwe banden. Het getroffen worden in de dichte relaties, het verlies van de nabijheid (de oude cliënteel) verwekt een toespitsing van de tendenzen die nog meer opsluiten binnen nog engere grenzen, hogere muren. Als dit verder doorgaat komt het tot een uitzichtloze situatie van tegenspraak tussen de eisen aan zichzelf en de zelfverdedigende tendenzen. Want om te presteren moet men zich wagen naar buiten toe.

Patiënt beschrijft als volgt: 'het ergste was de oude trouwe cliënteel die wegviel . . . Dit is als een huis dat ge zelf opgebouwd hebt, steen voor steen, en als het af is, dan moogt ge er niet in gaan wonen, of slechts in een gedeelte ervan. De patiënt gebruikt hier om zijn lijden te beschrijven, zijn problematiek van de grenzen, niet zonder toeval ruimtelijke categorieën. Daarbij gebruikt hij om zich uit te drukken het beeld van de verhuis, wat Tellenbach beschrijft als de 'meest typische *Inkludentie*-op-gangbrengende situatie'. Het zelfgebouwde huis waar hij niet in mag trekken heeft dezelfde betekenis als het oude huis waar men uit verdreven wordt. Het depressief vastgelopen zijn komt zelfs in de vermengde metafoor waar oud en nieuw verwisseld kunnen worden tot uiting.

Bovendien werd patiënt nog verplicht, na het verlies van de nabijheid, het veraf-liggende te exploreren, te zijnertijd nieuwe cliënteel te zoeken, uitbreiding te bewerken. Dit is nu hetgene waarop het 'ordentliche' type veel minder is aangelegd. Het betekent risico, zich wagen, het is élan, breder perspectief, allemaal zaken waar hij angstig voor is. Objectieven binnen zijn bereik, waar hij serieus en nauwgezet, detaillistisch, ietwat zwaartillend aan kan

werken, dat is eerder zijn sterkte. Dus, hier werd tezelfdertijd de behoefte aan nabijheid getroffen en de vrees voor het verderaf-
liggende aangewakkerd. Over zijn reactie op deze dubbele situa-
tie, verlies van nabijheid en opgave in het verderaf-
liggende, vertelt patiënt: 'toen ben ik in mijn pijp gekropen . . . Ik ben dat be-
ginnen verwerken van binnen . . . Naar buiten toe loog ik, wou ik
niet laten zien dat ik ongelukkig was . . . Ik kroop in mijn schelp
en zei tegen mezelf: "nu meer dan ooit ga ik het op mijn manier
doen" . . . Als ze mij vragen: "hoe legt U dat aan boord met uw
werk?", wel dan zal ik nog minder uitleg geven dan van te voren
over mijn manier van doen.' Deze wat naïef klinkende bewoor-
dingen kunnen, naar mijn gevoel, niet beter samenvattend het
fenomeen illustreren van de Inkludentie, van het zich ingraven in
een enge schuilplaats, van het zich opsluiten binnen grenzen die
men tenslotte niet meer kan overstijgen.

Maar tezelfdertijd wordt ook het verschijnsel van de *Remanentie*
op gang gebracht en versterkt. De gevoelens van achteruit-blijven
op-zichzelf, het tekort schieten ten opzichte van de zich gestelde
eisen, blijken overduidelijk uit de belevingen van patiënt. Het
schuldig verzuimen van zijn taak, 'het niets opbrengen', het ten-
slotte niet meer kunnen beletten van in de schuld te geraken ten
opzichte van anderen, worden herhaaldelijk verwoord. Het is
weer door de opdracht van het werven van nieuwe cliënteel dat
de kans voor patiënt om in de schuld te geraken zoveel groter
wordt. De eisen die hij altijd aan zichzelf gesteld heeft, kunnen in
de nieuwe situatie moeilijker gerealiseerd worden, omdat deze
veel meer toeval en risico vervat die niet door planning kan wor-
den opgevangen. De beleving van toenemend tekort schieten in
het beroep gaat overwegen. De schuldvermijdende tendens kan
het niet meer halen, is machteloos. De verdediging eigen aan het
Typus Melancholicus, die dan ingeschakeld wordt, namelijk het
opdrijven van de eis van precisie, zorgvuldigheid en nauwge-
zetheid in het presteren maakt de toestand nog erger. De grotere
kwantiteit werk, de zwaardere opdracht, de hardere inspanning,
die al niet in staat is het vooropgestelde resultaat te bereiken,
wordt door de stijgende kwaliteitseis nog groter; het resultaat
wordt finaal nog slechter en het verglijden in een uitzichtloos te-
kort schieten en een massieve schuld wordt onvermijdelijk.

Het toppunt is dat de toenemende Inkludentie op zichzelf verwek-
ker is van schuld, dus de Remanentie komt vergroten! Patiënt
kruipt in zijn schelp, trekt zich terug; om zijn verschanste positie
te kunnen handhaven moet hij leugens aanwenden. Voor hem
zijn dit geen onbenullige verhaaltjes 'om beterswil', maar inbreu-
ken, echte fouten die het geweten bezwaren, de schuld vergro-
ten. Voor de 'ordentliche' bestaat er geen kleine schuld; dit wordt
in de depressieve toestand tot een hoofdthema verheven. Inklus-
dentie gaat niet zonder Remanentie, al is het ene meer geaccen-
tueerd dan het andere in elk afzonderlijk geval.

Wat nu het verzinken in een echte melancholische toestand be-
treft bij deze patiënt, kan men stellen dat hij zich in de begin-

fase bevond van de vertwijfeling, zonder in de volontplooiden melancholische toestand te zijn terecht gekomen, waarbij de verhouding van het zelf tot zijn thema grondig veranderd is. Er was nog beschikking over het thema, alhoewel in de laatste weken een obsederend ten prooi vallen hieraan zich zeer snel aan het aftekenen was. De verglijding in een psychotische toestand begon zich te voltrekken.

De therapie bestond in een kuur met een major anti-depressivum, waarop patiënt volgens het klassieke patroon succesvol reageerde; het geleidelijk verdwijnen van de doorslaapstoornissen was hiervoor de beste waardemeter! De verandering van de situatie werd door een enigszins gelukkig toeval bewerkt: een herstructurering van het werk in positieve zin, die per telefoon door de hogere staf werd meegedeeld: patiënt werd zijn oude werkterrein weer toegewezen, en kreeg twee medewerkers onder zijn leiding, waarmee hij het werk moest verdelen. Dit zou hem alle mogelijkheden bieden de oude cliënteel te bezoeken en zijn verder werk naar eigen inzicht te organiseren. Tegelijkertijd werd hem een substantiële salarisverhoging toegekend. Ondertussen blijft patiënt in een langerlopende systematische psychotherapie betrokken, met de hoop dat in alle bescheidenheid en beperking een 'herstructurering van de karakteriële afweer en van de destructieve tendenzen van het persoonlijkheidstype' kan worden bewerkt, ons daarbij de vruchtbare denktrant van Tellenbach voor ogen houdend.

Literatuur

- Binswanger, Ludwig (1960), *Melancholie und Manie. Phänomenologische Studien*. Pfullingen, Neske Verlag.
- Freud, Sigmund (1917), Trauer und Melancholie. *Gesammelte Werke X*, 428-446, Frankfurt, S. Fischer, 1969, 5. Auflage.
- Kretschmer, Ernst (1950), *Der sensitive Beziehungswahn*, 3. Auflage, Springer Verlag.
- Kretschmer, Ernst (1955), *Körperbau und Charakter*, 22. Auflage, Springer Verlag.
- Schulte, Walter (1966), Psychopharmakologie und Psychotherapie im Dienst der Wiederherstellung der Unbefangenheit zu leben, *Nervenarzt*, 37, 5, 203-209.
- Tellenbach, Hubertus (1956), Die Räumlichkeit der Melancholischen, *Nervenarzt* 27, 1, 12-18; 27, 7, 289-298.
- Tellenbach, Hubertus (1961, 1974), *Melancholie*, Heidelberg, Springer Verlag.
- Tellenbach, Hubertus (1967), Kritischer Empfehlungen zur Behandlung Depressiver, *Nervenarzt*, 38, 4, 167-169.
- Tellenbach, Hubertus (1968), Zur Freilegung des melancholischen Typus im Rahmen einer kinetischen Typologie. *Das depressive Syndrom*, Hippus Selbach, Berlin, Urban und Schwarzenberg, 1973-181.
- Tellenbach, Hubertus (1975), Pathogenetische und therapeutische Aspekte der Melancholie als endokosmogene Psychose, *Nervenarzt*, 46, 9, 525-531.