



**SAPIENZA**  
UNIVERSITÀ DI ROMA

**DOTTORATO IN NEUROSCIENZE CLINICO-  
SPERIMENTALI E PSICHIATRIA**

**XXXII CICLO**

**RELAZIONE TRA LE DIMENSIONI NUCLEARI DEL  
TYPUS MELANCHOLICUS DI TELLENBACH E I  
DISTURBI DEPRESSIVI UNIPOLARI:  
UNO STUDIO TRASVERSALE**

**Relatore:**

**Prof. Massimo Pasquini**

**Candidata:**

**Dott.ssa Annalisa Maraone**

**Matricola: 698031**

## **INDICE**

<b>1. INTRODUZIONE.....</b>	<b>3</b>
1.1 La Personalità Premorbosa dei Disturbi Affettivi.....	5
1.2 Il Typus Melancholicus Di Tellenbach.....	13
1.3 Il Typus Melancholicus e gli attuali sistemi diagnostici.....	18
<b>2.MATERIALI E METODI.....</b>	<b>25</b>
2.1 Procedura di valutazione.....	25
2.2 Analisi statistica.....	27
<b>3. RISULTATI.....</b>	<b>27</b>
<b>4. DISCUSSIONE E CONCLUSIONI.....</b>	<b>28</b>
<b>5. BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>33</b>

## 1. INTRODUZIONE

Dalla medicina greca, alla letteratura scientifica attuale, l'interesse per la comprensione delle relazioni tra la personalità premorbose e i disturbi affettivi è stato costante; è ormai un sapere accettato che approfondire le dinamiche di tale relazione risulta basilare nella comprensione dell'eziopatogenesi dei disturbi dell'umore (Kotov et al., 2010; Klein et al., 2011). Nonostante ciò gli attuali sistemi diagnostici sembrano trascurare gli aspetti intervallari delle patologie affettive, i quali, per motivi di validità e affidabilità, finiscono col fondarsi prevalentemente su criteri descrittivi riferiti ad aspetti sintomatologici trasversali; ciò rappresenta uno dei limiti maggiori degli attuali sistemi classificativi.

Numerosi sono i dati a disposizione sulla relazione tra vulnerabilità personale e disturbi affettivi ma la complessità delle associazioni esistenti tra questi due fattori non ha consentito ancora di definire la controversia riguardante i termini "temperamento", "carattere" e "personalità", spesso utilizzati, erroneamente, come sinonimi per indicare l'insieme delle caratteristiche personologiche di base stabili, radicate fin dall'infanzia che si esprimono in ogni aspetto del sentire, percepire, pensare e agire dell'individuo, nonostante che per ognuno di questi concetti esista una specifica definizione.

I concetti di "personalità" e "temperamento" consentono di individuare la caratterizzazione fenotipica della vulnerabilità ai disturbi affettivi e la comprensione della loro patogenesi. I vari modelli presenti in letteratura si sviluppano lungo un continuum che, partendo da profili prossimi alla sfera biologica, si snodano progressivamente verso costrutti di più ampio respiro antropologico passando attraverso la sfera cognitiva, emotiva e comportamentale e arrivando a considerare la posizione dell'uomo in quanto modo-di-essere-al-mondo.

Nel definire il rapporto tra i due concetti, Jaspers (2013) afferma che il temperamento è la struttura soggiacente alla personalità. Le varie definizioni di temperamento, infatti, ne mettono in luce la prossimità alla componente biologica della persona: temperamento come atmosfera interna (*internal weather*) in cui evolve la personalità, come insieme di caratteristiche semplici, non motivazionali e non cognitive (Rutter, 1987), come comportamento stabile e reazioni emotive che compaiono precocemente in parte influenzate dalla costituzione genetica, come insieme di attitudini e abilità basate su percetti (*percept-based*) (Cloninger, 1994). Rispetto al temperamento la personalità è un

concetto più comprensivo, riferito a quell'insieme relativamente omogeneo di pensieri, costumi, valori e comportamenti che, nella loro integrazione, costituiscono il nucleo fondante il proprio essere e il proprio agire. Jaspers definisce il carattere o la personalità come "l'insieme individualmente caratteristico e vario dei rapporti comprensibili della vita psichica".

Nello specifico sono stati descritti vari modelli (Daniel. et al., 2011) che considerano la relazione tra depressione e personalità (Akiskal et al., 1983; Klein et al., 1993; Krueger et al., 2003) come ad esempio quello *della vulnerabilità o predisposizione*, secondo il quale, esistono alcune caratteristiche di personalità che possono precedere l'insorgere della depressione e rendere l'individuo vulnerabile allo sviluppo della malattia (Rudolph et al., 2009). Nella letteratura clinica i tratti che vengono più comunemente associati alla predisposizione sono la coscienziosità e il nevroticismo (tendenza a sperimentare emozioni spiacevoli facilmente, come la rabbia, l'ansia, la depressione o la vulnerabilità) e una serie di altri tratti correlati tra cui harm-avoidance, ruminazione e auto-critica. Il modello *della complicazione*, che si pone con una visione opposta a quella precedente. In esso si ipotizza un cambiamento della personalità come diretta conseguenza della depressione clinica, in particolare quando gli episodi sono gravi e protratti nel tempo. L'assunto di base è che l'esperienza devastante della depressione possa causare cambiamenti di personalità, nelle aree della percezione di se stesso e dello stile di interazione con gli altri; ad esempio, in seguito a multipli episodi depressivi potrebbero stabilirsi in maniera permanente nella personalità tratti di dipendenza e pessimismo. Infine il modello *di spettro* indaga specificamente la relazione tra i disturbi affettivi e gli aspetti temperamentali o costituzionali della personalità, supponendo che alcune caratteristiche di personalità possono essere considerate come manifestazioni più lievi dei disturbi affettivi. Entrambi sono comunque considerati come l'espressione della medesima dotazione genetica o disposizione sottostante, la quale può essere anche intesa come un "carattere depressivo", contraddistinto da tratti quali pessimismo, passività, instabilità dell'umore, negatività e scarsa energia. In quest'ottica, alcuni disturbi o pattern comportamentali come la ciclotimia possono essere osservati all'interno di un continuum tra normalità da un lato e sindrome depressiva conclamata dall'altro. Il più forte supporto scientifico al modello di spettro deriva da studi sui gemelli e familiari. Infatti, in un ampio studio condotto su gemelli Ørstavik e collaboratori (Ørstavik et al., 2007) hanno individuato una condivisione sostanziale

della varianza genetica tra personalità depressiva e disturbo depressivo maggiore. Studi familiari indicano che gli individui con personalità depressiva presentano un tasso maggiore di disturbi dell'umore nei loro parenti di primo grado (Klein et al., 1993).

### **1.1 La Personalità Premorbosa Dei Disturbi Affettivi**

Nella cultura greca classica, Ippocrate nel IV secolo a.C. aveva postulato, in accordo con quanto affermato dal filosofo Empedocle, che i quattro liquidi umorali (bile gialla, bile nera, sangue, flegma) presenti in tutte le persone determinavano una contrapposizione tra coppie di qualità corporee diverse: caldo/fresco e asciutto/bagnato. Il rapporto tra queste qualità, corrispondenti ai componenti basilari dell'universo (terra, acqua, fuoco e aria), determinava uno stato interiore, responsabile della variabilità della razionalità, dell'emotività e del comportamento. In tal modo egli aveva riconosciuto nei quattro umori il substrato biologico per i quattro temperamenti fondamentali (sanguigno, melanconico, collerico e flemmatico), con un'intuizione in anticipo sui tempi nell'interpretare secondo un modello strettamente medico-biologico una tipologia di personalità. Anche Aristotele nel libro XXX dei Problemi aveva individuato un *typus*, definito anormalmente normale, che per la prevalenza della bile nera calda in una particolare misura, produceva delle qualità che si ritrovano negli uomini straordinari "peritoti, uomini geniali" nel campo dell'arte, della filosofia e della politica, questi erano più soggetti ad ammalarsi di melanconia, ma non necessariamente. L'importanza per la medicina dello scritto Aristotelico consiste nell'aver contribuito a individuare un *Typus* melanconico, predisposto ad ammalarsi o non di melanconia in un ambito di normalità o meglio di anormale normalità e di aver cercato di comprendere la genialità con una ricerca nei limiti della natura (*physis*) offrendo la possibilità di porre la questione che ci sia una relazione "fisica" tra genialità e follia. Un'interpretazione fondamentale dell'aristotelico problema della Melancolia è stata fornita da W. Szilasi nelle sue ricerche sul modo di "essere Uomo ben riuscito". Secondo il filosofo, l'iperbole melanconica sarebbe semplicemente l'essenza della natura geniale, la cui esistenza è determinata da esaltazione. All'esistenza del melanconico appartiene, come spiega Szilasi, il compito di combattere contro le forze delle tenebre e contro l'indolenza del proprio cuore, per cui ogni vittoria in questo compito gli lascia solo una maggiore possibilità di vedere ciò che ancora non è stato superato, una nuova disperazione per il valore di ciò che è stato lasciato indietro, quale vendetta per quanto

di misterioso sia stato portato alla luce. Un tale compito è per sua natura impossibile ad adempiersi perché non è possibile portarlo a termine. Secondo Szilasi, “ognuno può ammalarsi solo in ciò che appartiene alla sua physis e solo allorquando la malattia rende quel determinato elemento indipendente dalla propria natura, e perciò soverchio”. (Szilasi, 1951).

Galeno, due secoli più tardi, elaborò le idee ippocratiche definendo otto tipi fondamentali derivanti dai quattro umori. Nella personalità ideale le due coppie di qualità, caldo/fresco e asciutto/bagnato, erano bilanciate in maniera appropriata; mentre in quattro tipi, una delle qualità dominava sulle altre e negli altri quattro era una coppia di qualità a prevalere sull'altra, ad esempio caldo e bagnato dominavano su fresco e asciutto. Queste ultime quattro tipologie temperamentali furono chiamate da Galeno melancolico, sanguigno, collerico e flemmatico. Il melancolico, fresco e asciutto per un eccesso di bile nera era caratterizzato da un'inclinazione alla tristezza. Sebbene la concentrazione dei quattro umori fosse in relazione alla fisiologia di ciascun individuo, poteva tuttavia essere influenzata da eventi esterni come il clima e la dieta, così ad esempio il corpo può diventare più caldo e bagnato in primavera per cui, in tale stagione, le persone possono diventare più “sanguigne”. Bisogna comunque attendere le più moderne descrizioni nosografiche di Kraepelin e Kretschmer per la teorizzazione di una continuità “psicopatologica” tra personalità o temperamento “premorbo” e patologia psichiatrica clinicamente manifesta. Kraepelin nel suo “Trattato di Psichiatria” del 1907 (Kraepelin, 1907) fissando come criteri differenziali l'età di insorgenza, la familiarità, il decorso e l'esito, individuò due grandi categorie diagnostiche: la demenza precoce e la psicosi maniaco-depressiva. In quest'ultima egli raggruppò numerose forme precedentemente considerate autonome, ossia la mania, la depressione, la follia circolare e periodica, aggiungendo poi gli stati misti e nel 1913 la melanconia involutiva.

L'Autore descrisse quindi quattro diversi tipi di “temperamento” come stati fondamentali dell'umore in soggetti affetti da malattia maniaco-depressiva, interpretati come condizioni morbose, preesistenti e predisponenti all'insorgenza degli episodi acuti di malattia, a espressione attenuata (Kraepelin, 1920). Egli delineò due personalità premorbose: la “predisposizione ciclotimica” di cui esistevano quattro varianti ciascuna con tendenza alla malattia maniaco-depressiva ed il “temperamento autistico” con tendenza alla demenza precoce. Le quattro varianti della predisposizione ciclotimica

furono definite come temperamento “depressivo”, “ipomaniaco”, “irascibile” ed “emotivamente instabile”. Kretschmer, (Kretschmer, 1955) aderendo al concetto kraepeliniano di un’unità delle psicosi affettive, non differenziò in modo netto i temperamenti affettivi, ma definì come “personalità cicloidi” quelle “personalità abnormi che fluttuano tra l’esser malato e l’esser sano, e che riflettono i sintomi psicotici fondamentali...delle psicosi circolari nei gradi più semplici di una varietà di personalità.” I caratteri salienti della personalità maniacali sono rappresentate da iperattività, dal senso pratico di fronte ai problemi della vita, dall’umore gioviale, sono persone bonari, tendenti a periodiche fluttuazioni dell’umore ora nel senso della mestizia, ora nel senso dell’euforia (Sarteschi, 1992). I temperamenti in cui si configurava preferibilmente il *typus depressus* di Kretschmer erano descritti come tranquilli, silenziosi, molli, sensibili che vivono ogni circostanza della vita con una tinta pessimistica. Interessante appare il contributo dell’Autore nel tentare di mettere in relazione i tratti costituzionali e l’evoluzione del disturbo depressivo. Quando i depressi costituzionali di Kretschmer diventano melanconici, allora, “essi reagiscono...con il loro complesso di sintomi tipico e preformato: tristezza con sentimento di inibizione”. In maniera analoga a Kraepelin, Kretschmer postulava un continuum fra temperamento depressivo e malattia maniaco-depressiva e considerava la “personalità cicloide” un precursore temperamentale di tale affezione, presupponendo che «le psicosi endogene non sono altro che una marcata accentuazione di tipi di temperamento normali». La designazione dei tipi temperamentali è prevalentemente ordinata secondo una qualità: lo stato d’animo. Ovviamente non tutte le personalità ciclotimiche e cicloidi progrediscono fino a sviluppare la sindrome maniaco-depressiva completa. Anche Campbell descrisse una personalità “cicloide” di cui delineò tre varianti (ipomaniacale, depressiva e ciclotimica) con «innumerevoli gradazioni e commistione tra le tre». Al pari di Kraepelin, Campbell considerò tutti questi tipi di personalità come «parte dello stesso processo morboso».

Diversamente da questi Autori, Schneider (Schneider, 1946) negava ogni rapporto con i disturbi affettivi maggiori, sottolineando l’importanza dei fattori legati allo sviluppo e all’ambiente che intervengono sulle caratteristiche costituzionali presenti alla nascita. La tipologia fenomenologica non sistematica di Schneider descrive una serie di personalità psicopatiche, non paragonabili tra loro ma con possibilità di varie combinazioni. La personalità *depressiva* per Schneider si caratterizza per un tono

dell'umore perennemente triste ed una visione pessimistica dell'esistenza; sono soggetti privi di fiducia, incapaci di provare gioia, sommersi dalle preoccupazioni, dall'autocritica e dal dubbio circa il valore e il significato della vita: "In questi individui un dispiacere viene scacciato non da una gioia ma da un altro dispiacere. Talvolta appare particolarmente gaio e iperattivo, secondo le modalità della mania ansiosa o della mania della fuga, senza con questo sentirsi veramente bene. Molti depressivi sono instancabilmente attivi, severi uomini di dovere, ma nessun successo li rallegra e ogni pausa porta con sé il pericolo dell'irrompere di nuovo dei fantasmi tenuti a freno. Vi sono varianti *melanconiche* (*schwermutige*), cioè personalità dolci, buone, che perciò divengono facilmente titubanti e scoraggiate, e vi sono più spesso varianti *disforiche* (*missmutige*), depressivi freddi, scontrosi, rabbiosi, diffidenti, irritabili, brontoloni, perfino maligni che godono delle disgrazie altrui".

Shimoda (Shimoda, 1950) ed altri dopo di lui (Ihda, 1983) riscontrarono dei tratti caratteristici di personalità nei pazienti affetti da melanconia involutiva. Shimoda vide questo particolare carattere contrassegnato da: "un' inclinazione a rimanere ancorato a pensieri e sentimenti...per cui uno che abbia compiutamente completato ciò che ha incominciato...un positivo tratto del carattere, che fa sentire uno contento solo quando sia il lavoro che il proprio dovere o le proprie responsabilità siano compiutamente sistemate. Queste persone sono altamente stimate come esemplari per la fidezza e per l'onestà. Quando esse, in qualsiasi occasione, si super affaticano, mentalmente o fisicamente, allora esplode la Melanconia presenile". Qui sono già contenuti tutti gli elementi essenziali della teoria dell'autore giapponese: questo carattere viene ritenuto il presupposto necessario per poter sviluppare la melanconia, i contrassegni essenziali della compiutezza, fidezza, esemplarità che queste persone presentano sotto questo aspetto sociale così positivo, la coazione del compiere perfettamente le prestazioni, il che implica sempre il pericolo del superaffaticamento. Shimoda inoltre critica il pensiero di Kretschmer, riguardo ad alcune caratteristiche come "socievole", "cordiale", "affabile", "piacevole" che quest'ultimo riscontra nel temperamento cicloide, e che considera lo stadio iniziale abnorme della ciclotimia.

Mayer-Gross definì tipologie di personalità simili a quelle di Kraepelin, Kretschmer e Campbell: la *ciclotimica* (socievole, generosa, gentile ed affabile); l'*ipertimica* (esaltata, spiritosa, vivace e di temperamento caldo) e l'*ipotimica* (quieta, calma, seria e gentile).



Le indagini di Leonhard, Perris e Angst identificarono nei soggetti bipolari una struttura di personalità di tipo sintonico con caratteristiche ciclotimiche in senso Kretschmeriano, nei monopolari invece riscontrarono una struttura con tratti di personalità di tipo anancastico con coscienziosità e ordinatezza.

Per gli psichiatri neokraepeliniani le caratteristiche temperamentali osservate nei malati affettivi rappresentano forme geneticamente attenuate di malattia o complicanze secondarie ad episodi affettivi.

Negli ultimi anni è notevolmente aumentato l'interesse per lo studio sui temperamenti, principalmente grazie al lavoro di Akiskal e collaboratori. L'obiettivo è quello di ridefinire il classico concetto di temperamento, come punto di passaggio tra normalità e patologia, tra personalità e malattia (Akiskal et al., 1983, 1995; 1992, 1998, 2002). Akiskal et al (Akiskal, 2005) identificarono cinque temperamenti, i primi quattro in linea con ciò che Kraepelin definiva "stati fondamentali", ovvero temperamento ipertimico, ciclotimico, depressivo e irritabile, il quinto venne definito temperamento ansioso. Dalla descrizione nosografica di Kraepelin si è andata progressivamente affermando la concettualizzazione dei disturbi dell'umore come un insieme di condizioni allocate su di un continuum (spettro) di presentazione clinica; ad un estremo si ritrovano i quadri unipolari, caratterizzati esclusivamente da episodi a polarità depressiva ed all'estremo opposto si collocano i quadri bipolari tipo I, contraddistinti da episodi depressivi e maniacali. In posizione intermedia troviamo una serie di condizioni caratterizzate da una sintomatologia attenuata variamente rappresentata e le modalità di presentazione dei temperamenti affettivi. In linea con quanto ipotizzato da Kraepelin, Akiskal e collaboratori considerano i temperamenti affettivi in continuità e predisponenti i disturbi dell'umore, e come tali andrebbero considerati "*subaffective mood disorder*" (Akiskal, 1981; Sass et al., 1993)

Dal punto di vista psicoanalitico la ricerca di Freud ed Abraham sulla personalità premorboza fu orientata specificatamente su soggetti predisposti alla psicosi maniaco depressiva e non puramente melanconica. Secondo Abraham, (Abraham, 1911) questi soggetti presentavano delle strette somiglianze ai pazienti nevrotico-ossessivi, (attitudine all'ordine e alla pulizia, inclinazione alla testardaggine, ostinazione che si alternano ad un' abnorme arrendevolezza e ipergenerosità, alterati rapporti con il denaro e con il possesso), secondo l'Autore Ossessione e Melancolia sono malattie "che derivano dalla stessa organizzazione del carattere" (Abraham, 1924). Questa

somiglianza si riferiva soprattutto all'ambivalenza Odio-Amore, nei confronti della stessa persona, elaborata da Freud. A differenza dei nevrotico-ossessivi, nei melanconici al processo della rimozione dell'odio si associa il processo della proiezione. Inizialmente Abraham ipotizzò che, alla base della melanconia, ci fosse una regressione alla sottofase anale più arcaica, ovvero quella dell' "espellere-annientare", il soggetto melanconico, obbedendo all'impulso sadico di annientamento, espelle, e quindi perde, l'oggetto d'amore e la relazione con esso. Successivamente invece nel 1916 Abraham focalizzò la sua attenzione sulla fase orale, considerando la depressione come una regressione a questa prima fase dello sviluppo psicosessuale, riprendendo le formulazioni di Freud (Freud, 1917) che aveva individuato l'introiezione come la caratteristica dominante degli individui con fissazione orale. Sottolineò quindi aspetti quali la dipendenza nei rapporti interpersonali e l'estrema vulnerabilità alle frustrazioni e alla perdita (Mangini et al., 2003).

Postulando il ruolo dell'introiezione nell'eziologia della depressione, Abraham anticipa e introduce il lavoro di Freud del 1917: Lutto e melanconia (Mangini et al., 2003; Arieti & Bemporad, 1978). Freud che distingue nettamente tra cordoglio del lutto e affetto depressivo e di quest'ultimo individua come specifica una caratteristica che manca nel lutto: uno straordinario avvilitamento del sentimento del Sé, che così precisa: "nel lutto il mondo si è impoverito e svuotato, nella melanconia impoverito e svuotato è l'Io stesso." Per la Klein (Klein, 1935; 1948) invece il mancato superamento della posizione depressiva, che rappresenta uno stadio obbligato dello sviluppo infantile (5°- 6° mese di vita) caratterizzato dall'ambivalenza verso l'oggetto d'amore e dal timore di distruggerlo, comporta la deviazione dell'aggressività verso sé stessi e lo strutturarsi di una personalità depressiva.

Anche le teorie cognitive hanno fornito un importante contributo sul concetto di vulnerabilità alla depressione, tentando di chiarire il complesso rapporto tra personalità e disturbo dell'umore.

Beck, per spiegare le differenze individuali nella vulnerabilità al disturbo depressivo, ha utilizzato il concetto di organizzazione degli schemi di personalità, laddove per personalità intende: un'organizzazione relativamente stabile di schemi cognitivi, affettivi, comportamentali, motivazionali e fisiologici per la rappresentazione di risposte adattative o maladattative alle richieste o agli eventi stressanti della vita quotidiana (Beck, et al., 1990). Beck ipotizza l'esistenza di due suborganizzazioni schematiche di

personalità pre-depressiva: sociotropica e autonoma. Entrambe queste sub-personalità rendono il soggetto più sensibile ad una specifica categoria di eventi (Beck, 1996). La personalità sociotropica è caratterizzata dal fatto che l'individuo considera il proprio valore in relazione ai rapporti intimi che intrattiene, valutandosi sulla base delle manifestazioni di affetto e di accettazione da parte delle altre persone. L'individuo con personalità autonoma invece è orientato all'indipendenza e al successo e pertanto le valutazioni circa il proprio valore sono legate alla propria abilità e al proprio successo. In quest'ottica pertanto gli eventi in grado di scatenare la depressione sono diversi in base alla personalità: perdite sociali e interpersonali per quella sociotropica e perdite di ruolo per la personalità autonoma.

Beck (1978,1984,1987) notò che nei pazienti depressi il contenuto del pensiero verteva su tematiche di fallimento, autocritica, insuccesso, incapacità, indegnità e non amabilità, e che tali ideazioni si manifestavano spesso in modo automatico, tali pensieri che sembravano avere “un grande impatto sui sentimenti e sul comportamento del paziente” vennero chiamati Pensieri Automatici Negativi (PAN).

Queste osservazioni, secondo le quali il vissuto emotivo e i comportamenti sono influenzati dal modo di interpretare ed organizzare gli stimoli nelle proprie strutture mentali, hanno costituito la premessa per l'elaborazione del modello cognitivo della depressione.

L'identificazione dei pensieri automatici negativi permise di dimostrare la presenza, nel paziente depresso, di un generalizzato negativismo in se stesso, nel mondo che lo circonda e nella propria prospettiva futura. Tale visione negativa è nota come triade cognitiva (visione negativa di sé, del mondo e del futuro) e costituisce il contenuto tematico cognitivo specifico e distintivo del disturbo depressivo). Analizzando i racconti dei pazienti depressi, Beck osservò che, oltre alla triade cognitiva, contenevano anche una serie di distorsioni della realtà, che chiamò errori cognitivi o distorsioni (biases), che il paziente compie abitualmente nel costruire il significato delle proprie esperienze interne ed esterne. «Il paziente compie automaticamente un'interpretazione negativa d'una situazione, anche se esiste una spiegazione più ovvia e più plausibile. Egli modifica i fatti per adattarli alle proprie conclusioni negative precostituite» (Beck, 1967). I pensieri automatici negativi, le distorsioni e la costruzione del significato degli eventi in termini di triade cognitiva, costituiscono alcune delle principali manifestazioni

sintomatiche della depressione e, come gli altri sintomi, sono prodotti di un particolare substrato cognitivo, costituito dagli schemi depressogeni.

Gli schemi sono definiti come: “strutture interne, relativamente permanenti di caratteristiche generiche o peculiari di stimoli, di idee o di esperienze che vengono immagazzinate ed utilizzate per organizzare nuove informazioni dotandole di significato, determinando così il modo in cui i fenomeni vengono percepiti e concettualizzati” (Clark et al, 1999). In questo modo essi permettono di costruire il significato degli eventi interni ed esterni che accadono alla persona, suddividendoli ed organizzandoli in aspetti psicologicamente rilevanti; è a questo livello che avviene la rappresentazione interna del Sé, da tali schemi dipende il tipo e l'intensità della risposta emozionale, normale o patologica. Gli schemi depressogeni, la cui attività costituisce il nucleo patogenetico del disturbo depressivo, presentano come tema principale la triade cognitiva e dunque, la perdita: "tendono a contenere giudizi erronei cronici, atteggiamenti distorti, premesse non valide e obiettivi non realistici sotto forma di strutture inflessibili, chiuse e impermeabili" (Clark et al. 1999).

Gli schemi depressogeni sono costruiti soprattutto durante l'infanzia, nelle relazioni significative, e possono rimanere latenti anche per tutta la vita, non producendo quindi depressione, ma costituendo un importante fattore di vulnerabilità.

Nell'approccio post-razionalista proposto da Guidano, l'aspetto cognitivo principale della persona depressa è la propensione a rispondere con disperazione e rabbia ad eventi anche banali della vita che spesso vengono vissuti in termini di perdita e delusione. Questa continua elaborazione di un senso di perdita viene ricondotta a dei modelli di attaccamento non riusciti con le figure genitoriali. È stato, infatti, evidenziato come il rischio di scompensazione depressiva sia maggiore in quei soggetti che presentano un attaccamento di tipo evitante: in tali soggetti le relazioni di attaccamento sono costellate da eventi che possono essere percepiti in termini di perdita e/o rifiuto, in tal modo il bambino struttura una configurazione di attaccamento di tipo evitante al fine di difendersi dall'atteggiamento rifiutante o indifferente dei genitori con una spiccata riduzione di emozioni siano esse positive o negative (Crittenden, 1997). Alcuni studi (Cicchetti et al., 1986) hanno evidenziato come l'atteggiamento genitoriale distaccato e lo stile di attaccamento evitante concorrano alla costituzione di due diverse modalità cognitive alternative: una tendente alla focalizzazione sugli aspetti interpersonali caratterizzati da tematiche di perdite e di abbandono, l'altra maggiormente focalizzata

sugli aspetti di definizione di sé, che si caratterizzano per atteggiamenti di “*self criticism*” e tematiche di fallimento e di incapacità. Reda (Reda, 1996) parla dell’organizzazione depressiva e di come viene strutturata durante l’età evolutiva. Nell’infanzia sensazioni “tacite” di abbandono determinate da costante carenza di accudimento predispongono ad evitare successivamente le richieste di aiuto aspettandosi che siano fonti di ulteriore sofferenza, con atteggiamenti di “autosufficienza compulsiva” (compulsive self-reliance) (Bowlby, 1980) conducendo tali soggetti, a ritenere di poter contare solo sulle proprie forze quando costretti ad affrontare ogni momento di difficoltà. Tale organizzazione strutturerà inoltre un modello operativo in cui è prevalente l’idea di non essere amabile e socialmente accettabile. Di conseguenza tenderà di ricevere apprezzamento impegnandosi in imprese spesso estranee alle proprie intrinseche motivazioni e che possono richiedere un enorme sforzo emotivo, tentando quindi in questo modo di farsi accettare e di nascondere le parti di sé ritenute inadeguate. Il comportamento definito di “accudimento compulsivo”, che consiste nell’impegnarsi in modo coatto in opere di cura verso il prossimo, viene messo in atto allo scopo di percepirsi e farsi percepire come una persona degna di considerazione. All’interno si attiveranno sensazioni di rabbia, scatenata dalle assenze e dai rifiuti, e di impotenza dal momento che si è stati abituati a non ricevere alcuna risposta e a non poter risolvere l’abbandono. La rabbia verrà quindi “rivolta verso sé stesso” portando all’isolamento, a pensieri sempre più negativi verso di sé, il mondo e il futuro (Beck, 1976).

## **1.2 Il Typus Melancholicus Di Tellenbach**

Il Typus Melancholicus (TM) di personalità è ritenuto, dalla psicopatologia giapponese e europea, un costrutto fondamentale per la comprensione del percorso premorbo dei disturbi depressivi unipolari e per la comprensione della depressione endogena (Sato, 1997; Mundt et al., 1997; Stanghellini et al., 2006).

Attraverso uno studio retrospettivo su 119 pazienti melanconici Tellenbach (Tellenbach, 1961) individuò dei tratti fondamentali, che rappresentavano un determinato modo di essere – detto Typus Melancholicus – vulnerabile allo sviluppo di Depressione Maggiore (Melancolia). Tali tratti costitutivi, che sono ordinatezza, coscienziosità, iper/eteronomia, intolleranza all’ambiguità, hanno per l’Autore una valenza

patogenetica, cioè le peculiarità riscontrate nel Typus rappresentano il nucleo attraverso cui si esprime la vulnerabilità alla malattia depressiva.

Secondo tale modello, il tratto fondamentale costitutivo del Typus è l'attaccamento all'ordine: il continuo sforzo di essere in armonia e sintonia con il mondo. L'ordinatezza è definita come una versione accentuata di ordine particolarmente evidente nel campo delle relazioni interpersonali. Si manifesta soprattutto nell'ambiente domestico e lavorativo ed è finalizzato al mantenimento dell'atmosfera circostante, sgombra da possibili conflitti che potrebbero comportare sentimenti di colpevolezza. Il TM incarna il prototipo della sollecitudine nel senso di Heidegger; attraverso il suo modo di essere per gli altri egli riesce ad anticipare qualunque possibilità di rimanere in debito, e quindi di vivere il senso di colpa. Le relazioni umane del typus sono caratterizzate da un Essere-per-gli-altri nella forma dell'Operare-per-gli-altri (Tellenbach, 1961). Un esempio di questo funzionamento è fornito dall'espressione di un paziente: "quando qualcuno mi aiuta, io mi sento in colpa", per il typus anche l'essere amati deve essere un diritto giustamente acquisito. Secondo Tellenbach, il melanconico non può sentirsi in obbligo verso gli altri, e non conosce la semplicità dell'essere con l'altro, ciò che è previsto da questo tipo di personalità è solo l'essere per gli altri, prendendosene cura, e stabilendo saldi vincoli con il coniuge e in particolare con i figli. Ciò ne determina una difficoltà nel vivere allontani e separazioni, c'è un senso di minaccia ogni volta che gli altri vengono sottratti o la relazione è minacciata o interrotta da malattia o morte, stabilendo quindi delle relazioni tendenti al simbiotico. Un'altra caratteristica che accompagna il carattere ordinato è l'alta esigenza che questi soggetti hanno verso se stessi, al di sopra della media, delle proprie prestazioni, con una tendenza a voler svolgere tutti i compiti e nel miglior modo possibile. Ciò che conferisce al TM il suo valore sociale sono le sue costanti prestazioni qualitativamente buone e quantitativamente considerevoli, l'attività come tale è più importante del godimento di quanto si è raggiunto (Cohen et al. 1954). Il "non potersi distrarre" spesso confessato da questi pazienti, è un tratto caratteristico dell'essere ancorato *a* e dell'essere prigioniero *di* un ordine (Tellenbach, 1961). La necessità di aggrapparsi al proprio ordine controllabile e prevedibile, viene considerato da Tellenbach come l'unica possibilità per garantire uno stato di benessere e per difendere questi soggetti da potenziali minacce provenienti dal mondo circostante, dall' indefinito e dall' incontrollabile. Un possibile pericolo è insito nella congiunzione di queste attitudini

relative all'ordinatezza: la meticolosità nello svolgere tutte le azioni e la contemporanea alta pretesa da sé, per cui ad esempio un aumento della mole di lavoro richiederebbe una riduzione della meticolosità con cui viene svolto, ma per questi soggetti diviene impossibile modificare un tale ordine.

Un altro tratto caratteristico del TM è la coscienziosità che si manifesta nella necessità di prevenire l'attribuzione e i sentimenti di colpa. Il TM mostra un'alta sensitività interpersonale e non giudica i propri comportamenti sulla base di criteri personali, ma sulla base dello standard sociale, di ciò che ci si aspetta dalla regola comune (Stanghellini, 2011). Poiché lo scopo principale del TM è la desiderabilità sociale e l'accettazione da parte dell'altro, egli cerca disperatamente di soddisfare le aspettative e le richieste altrui, ancora prima che siano esplicitate. In questo tipo di soggetti è frequentissimo il sentimento di non aver fatto abbastanza per gli altri e il timore di contravvenire alle regole e norme sociali che non si basano su criteri personali, ma sulle aspettative sociali. La domanda che si nasconde dietro ogni azione del TM è: «Cosa sarebbe giusto fare in questa occasione? Cosa gli altri si aspettano che io faccia in questa situazione?». Questo è il modo in cui egli tenta di tenere la coscienza meticolosamente pulita al riparo da qualsiasi sentimento di colpa.

La colpa costituisce il timbro inequivocabile del mondo melanconico, sia che si tratti di colpa verso se stessi, colpa verso gli altri, colpa verso la vita, colpa verso i propri stessi desideri, colpa verso il proprio corpo, colpa di esistere (Di Petta, 2003). Per Tellenbach nella vita premorbosa del futuro melanconico il vissuto di colpevolezza ha una configurazione del tutto particolare, tanto da costituire un elemento chiave nella patogenesi della malattia. Questa colpa secondo l'Autore è pre-tematica, definizione che riporta esattamente alla priorità della colpa rispetto ai suoi contenuti ma anche al modo in cui è vissuta. Non si tratta, della colpa in quanto consapevolezza della propria fallibilità, in quanto responsabilità per il proprio essere, bensì della colpa così detta "secolarizzata". Weitbrecht (Weitbrecht, 1970) distingue tra sentimenti di colpa primari e secondari. I primi riguardano azioni o omissioni mai compiute o che, commesse molto tempo addietro, vengono sperimentate come tali per la prima volta: in questi casi il sentimento di colpa non è derivabile dall'azione o dall'omissione stessa. I sentimenti di colpa secondari sarebbero comprensibili quale reazione all'inerzia e mancanza di volontà, all'impossibilità di attuare un autentico progetto esistenziale, avvertiti come colpevoli dai malati. Tellenbach critica tale distinzione concludendo che "tutti i

sentimenti di colpa sono primari": secondo l'autore infatti i cosiddetti "sentimenti di colpa secondari non sono semplicemente comprensibili come risonanza affettiva ai sintomi depressivi, nel senso che è la stessa risonanza affettiva del melanconico che è variata psicoticamente".

L'analisi della struttura formale del sentimento di colpa melanconico, porta a differenziarlo dal sentimento di colpa fisiologico: in questo caso il sentimento si riferisce sempre a una colpa oggettiva, attuale, mentre nel caso del melanconico il sentimento di colpa è solo soggettivo, nasce autonomamente, si dà come qualcosa di pre-tematico cercando solo in un secondo momento il tema. La colpa nel melanconico in realtà è solo nel senso del debito.

Il tema, scrive Tellenbach, è in larga misura indipendente dal mondo dei valori del paziente; ciò che colpisce è la paucitematicità, potendosi di solito raccogliere questi sentimenti di colpa in pochi gruppi: colpa morale (conseguenti a presunte azioni o omissioni), colpa legata all'esistenza e colpa dovuta a negligenze o trascuratezze.

Kraus, allievo di Tellenbach, ridefinisce il *typus* a partire dalla teoria dei ruoli sociali di G.H. Mead (Mead, 1943) e dalla teoria della tolleranza dell'ambiguità della sociologa E. Frenkel-Brunswick (Stanghellini, 1997; 2004). Egli mette in evidenza altri due tratti che caratterizzano questa configurazione: l'ipernomia/eteronomia e l'intolleranza all'ambiguità (Kraus, 1982).

Con il termine ipernomia intende descrivere un'adesione totale alle norme, mentre con eteronomia evidenzia l'eccessiva sensibilità alle regole del senso comune. Il TM fa di tutto per conformarsi totalmente alla propria identità di ruolo: ogni comportamento, ogni scelta sono subordinati ai dettami della legge del "si fa così". Impeccabile in ogni sua azione, coscienzioso, grande lavoratore, padre o madre ideale, apparentemente perfettamente inserito nella società, manca della necessaria relativizzazione del senso comune.

L'iperidentificazione all'identità di ruolo espone il TM alla paura di contravvenire alle norme sociali con cui s'identifica, non per un senso di responsabilità di fronte all'altro, ma per un bisogno d'integrità dell'identità ricoperta. Il conformismo e adeguamento alle norme sociali (ipernomia) può essere sentito dal TM, durante la crisi, come un essere deliberatamente non sincero ad usare la menzogna nel presentarsi sociale. Infine, per intolleranza all'ambiguità s'intende l'incapacità emotiva e cognitiva di ospitare



sentimenti opposti e percepire caratteristiche opposte riguardanti lo stesso oggetto, persona o situazione. Il TM non è in grado di integrare qualità contrastanti.

Secondo Tellenbach una situazione sta a indicare un peculiare modo della persona di vivere il rapporto con il proprio mondo in un esauribile rimando specifico. Non si tratta del semplice rapporto tra gli eventi della vita e il soggetto che è chiamato a gestirli, bensì di un legame imprescindibile che vede l'uomo legato in un rapporto di peculiare interdipendenza con il proprio contesto. Così il *typus* tende a situarsi all'interno di rapporti tipici, e a incontrare le situazioni che lo caratterizzano, egli è mosso nella struttura dei suoi valori caratterizzati da ordinatezza e coscienziosità, e il non potersi adattare rappresenta la situazione specifica. Quando questo essere-in-ordine e di aver-ordine viene minacciato, il *typus* subisce una minaccia dell'esistenza in toto, si evidenzia quindi l'incapacità di costituire un nuovo ordine, richiedendo un'elasticità nella libertà di cui questo *typus* non è dotato (Tellenbach 1961). La specifica situazione dell'ordine trapassa in un disordine, che da Tellenbach è stato chiamato "situazione premelanconica". Avviene quindi l'incontro tra una situazione esistenziale e una determinata struttura di personalità che avrebbe come caratteristica peculiare la crescita costante dei compiti prefissati e che crea un sovraccarico delle capacità del *typus* di preservare l'ordine prestabilito.

Si distinguono due momenti della fase premelanconica. Il primo è contraddistinto dalla presenza delle costellazioni dette *Includenza* e della *Rimanenza*. Al di là di tale percorso si situa il secondo momento, detto della disperazione caratterizzato da una radicale trasformazione del rapporto con se stessi e con il mondo.

La costellazione dell'*Includenza* viene definita da Tellenbach come "l'essere contenuti o il rinchiudersi del TM in limiti che alla fine egli non può più superare per la regolare messa in atto dei suoi modi di ordine. Questo è il momento nel quale l'indesiderato si palesa e si impone nell'esistenza tanto da scompaginare il meticoloso e ordinato procedere tipico del *Typus*" (Tellenbach 1961).

La costellazione della *rimanenza* risulta caratterizzata dal pericolo di rimanere indietro rispetto alle proprie pretese e al palesarsi del debito, che diviene per il *typus* immediatamente colpa. È un rimanere in debito nei confronti delle richieste del proprio operare, nei confronti delle esigenze dell'ordine dell'amore verso il prossimo, nell'essere-per-gli-altri, o un rimanere in debito nei confronti degli ordini stabiliti

nell'etico e nel religioso (Tellenbach 1961). Rimanere debitori di nulla nei confronti dell'esistenza è impossibile, il melanconico che intende sempre e solo il possibile, vuole porre l'impossibile come possibile (Tellenbach 1961). Il *typus* è caratterizzato dalla tendenza paradossale a estinguere anticipatamente eventuali debiti. Quando si scontra con l'inatteso, il casuale e l'imprevisto, che infrangono gli schemi egli può precipitare nella crisi melanconica.

Il cammino o come lo chiama Tellenbach, "l'endocinesi", che porta verso la trasformazione melanconica, ha origine dalle due costellazioni situative appena descritte e poi passa sempre attraverso una fase di disperazione, per poi arrivare alla fase melanconica. Tellenbach ritiene che il tratto temporale, che può durare da giorni a settimane, tra situazione premelanconica e viraggio melanconico non sia comprensibile, e che sfugga alla persona coinvolta la consapevolezza della trasformazione del rapporto del sé coi suoi contenuti tematici. Nella trasformazione melanconica il paziente conserva i suoi contenuti tematici che sono poi quelli individuati da Schneider della colpa, della rovina economica, della perdita dell'anima, ma pur conservandoli, ora non è più lui che dispone del suo tema, ma il tema che dispone di lui. In questo momento il tempo diviene circolare o fermo, il paziente si tormenta pensando e ripensando, in un cerchio monotono e ripetitivo, le consuete alternative, senza futuro della lamentela melanconica (...se avessi fatto, se non fossi andato) (Schneider, 1946). Accanto al se...se..., al desiderio di poter trovare un futuro, là, dove non ci potrà mai essere, vale a dire nel passato, si alterna l'autodenuncia della colpa, anch'essa monotona e fuori da tempo (Gozzetti, 1996). Il melanconico secondo Binswanger (Binswanger, 1957; 1960) è sempre legato al passato e situa nel passato l'origine e la "spiegazione" del suo soffrire; quando il suo sguardo si volge al futuro è solamente per sancire la sua sicurezza (l'evidenza, dice Binswanger) che tutto è già compiuto e che nulla si può sperare di diverso.

### **1.3 Il *Typus Melancholicus* e gli attuali sistemi diagnostici**

Studi empirici (Sauer et al. 1989; Pössel and von Zerssen 1990; Sato et al. 1992, 1993; Fukunushi et al. 1993; Tölle 1987; Mundt et al. 1996,1997; von Zerssen 1994; Nakanishi et al. 1993) hanno evidenziato nel 30-60% dei pazienti affetti da disturbi depressivi monopolari, la presenza del TM. Nonostante ciò tale costrutto non è entrato a

far parte degli attuali sistemi diagnostici, né sembra molto conosciuto e utilizzato nella pratica clinica. Una delle obiezioni più comuni, sollevate a discredito di tale costrutto fenomenologico, riguarda la sua presunta analogia con il disturbo ossessivo di personalità e con il disturbo dipendente di personalità in accordo ai criteri diagnostici del DSM-5, tanto che la sua concettualizzazione viene a volte considerata pleonastica e il suo utilizzo clinico superfluo. Senza dubbio sono presenti alcune somiglianze. Con il disturbo dipendente di personalità, ad esempio, sembra avere in comune sia la difficoltà a esprimere disaccordo verso gli altri, per il timore di perdere supporto o approvazione e sia la necessità di essere rassicurato dagli altri quando prende una decisione. Maggiori sembrano le sovrapposizioni tra il disturbo ossessivo di personalità e il TM, tanto che quest'ultimo viene a essere a volte considerato un sottotipo del primo. L'ossessivo di personalità ha, infatti, come caratteristica essenziale la preoccupazione dell'ordinatezza, del perfezionismo e del controllo mentale e interpersonale a spese della flessibilità, apertura ed efficienza (American Psychiatric Association, 2000). Tuttavia un esame più attento rivela più differenze che analogie. L'ordinatezza del *typus* è fondamentale orientata verso le relazioni interpersonali, mentre quella ossessiva è rivolta all'organizzazione delle cose (Kasahara, 1979). Infatti, l'epicentro della configurazione del mondo melanconico è una fragile identità egoica, cioè la fragilità di un senso di sé interno, e una iper-identificazione con il ruolo sociale che funge quasi da protesi esterna a supporto di una identità claudicante (Stanghellini, 2008). La mancanza di flessibilità del TM consiste soprattutto nella sua rigida adesione agli standard sociali, mentre quella dell'ossessivo è altamente individualistica e può condurre anche a violare le norme sociali per aderire alle proprie. L'essere efficiente, assecondando le norme sociali, è inoltre, per il TM, un obbligo mentre raramente risulta essere una caratteristica della personalità ossessiva. Il perfezionismo per l'ossessivo spesso implica l'incapacità di completare i propri compiti, pertanto tale concetto non cattura affatto il comportamento del *typus* per il quale vale l'imperativo del completare comunque il proprio lavoro per non restare in "debito". Il controllo mentale dell'ossessivo non ricalca simili abitudini del *typus*. Per il primo, il controllo è raggiunto tramite condotte magico-simboliche, il *typus* invece è troppo privo di immaginazione per impegnarsi in modalità di controllo simboliche, e preferisce invece il controllo esercitato attraverso la sua attività coscienziosa. Al di là, dunque, di superficiali analogie, la ricerca dell'ordine nelle relazioni sociali come garanzia di stabilità della propria identità di ruolo, in quanto

surrogato di un fragile senso di sé, è il carattere che contraddistingue TM e lo differenzia radicalmente dal modo di essere ossessivo.

Tellenbach quindi riconosce nel TM la personalità premorboza della depressione melanconica o endogena. Quest'ultima definizione, ormai scomparsa negli attuali sistemi diagnostici, è fonte di confusione e contiene in sé significati anche contrastanti. Il disturbo depressivo, infatti, ha subito nell'ultimo secolo numerose suddivisioni in categorie contrapposte, fondate ora su ipotetici modelli eziopatogenetici ora su elementi clinici. Alcune di queste categorie dicotomiche, come depressione endogena/reattiva, psicotica/nevrotica, primaria/secondaria, hanno avuto una notevole diffusione tanto da costituire, in determinati periodi, una base comune dell'operatività psichiatrica.

La categoria *depressione endogena*, detta anche “vitale”, “biologica”, “endogenomorfa”, “somatica”, “autonoma”, “primaria”, comprendeva originariamente quadri clinici nei quali non era possibile identificare fattori esterni di natura psicologica o fisica che avessero determinato l'insorgenza della malattia. In questa accezione il termine di “endogeno” assumeva un significato eziologico, presupponendo la presenza di una causa biologico-costituzionale. Per contrasto, si definivano *reattive* quelle depressioni il cui esordio risultava in relazione con un evento di notevole impatto emotivo. Nelle forme reattive la qualità dell'umore depresso non costituirebbe una frattura nel continuum storico individuale, ma sarebbe conservata una chiara comprensibilità e derivabilità psicologica del vissuto depressivo. Le forme “reattive” e “nevrotiche” legate le une ad accadimenti di grande significato esistenziale ed emotivo, le altre a conflittualità inconsce, costituivano le “depressioni psicogene”. Le forme reattive con le depressioni “somatogene”, determinate da fattori di natura fisica, costituivano le depressioni “esogene”.

L'esperienza clinica ha via via evidenziato l'artificialità della separazione endogeno-reattivo, e numerosi sono stati i tentativi di colmare l'ampio spazio nosografico lasciato libero tra i due estremi di una classificazione eziopatogenetica molto astratta. Weitbrecht (1970) propose la diagnosi di *depressione endoreattiva* per comprendere quei quadri depressivi che, esorditi in rapporto ad eventi stressanti di natura sia psichica che fisica, mostravano caratteristiche sintomatologiche proprie, diverse e da quelle della depressione endogena, e da quelle della depressione reattiva. Secondo l'Autore in queste forme il legame tra “evento” e quadro clinico è presente soltanto nella fase iniziale, mentre il successivo decorso assume un andamento autonomo. Altri Autori

hanno descritto varietà con aspetti comuni alla depressione endoreattiva di Weitbrecht; i diversi quadri clinici sono stati di volta in volta denominati: “depressione da esaurimento” “depressione da sradicamento”, “depressione da cambiamento di ambiente”, “depressione distonica”, “depressione vegetativa”, “depressione da disimpegno”.

Più recentemente è stato introdotto il termine di “situazionale” per indicare quei quadri depressivi che si sviluppano in stretta relazione cronologica con un evento esistenziale. Il concetto di “situazionale” sarebbe comunque sganciato da qualsiasi valutazione sulla gravità del quadro clinico. Da più parti è stata negata l'autonomia nosografica della depressione endoreattiva, né è mai stata confermata la sua utilità sul versante prognostico e terapeutico tanto che negli attuali sistemi classificativi essa non compare. In una concezione più moderna si ritiene che tra evento stressante e disturbi dell'umore esista un nesso, più che causale, interattivo, in cui sono coinvolti una serie di fattori genetici, biologici, psicologici ed ambientali. La predisposizione costituzionale e i fattori stressanti sono considerati complementari in base ad un modello psico-socio-biologico, che consente un'interpretazione unitaria dei processi adattivi nel loro dinamico divenire.

La depressione, seppur scatenata e alimentata dagli eventi, non presenterebbe peculiarità cliniche distintive, né un diverso tipo di risposta alla terapia.

Nell'attuale sistemazione nosografica è stata abbandonata la contrapposizione “endogeno”/“reattivo”. Già nell'edizione del 1992, della Classificazione dei Disturbi Mentali dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (ICD-10), l'aggettivo “endogeno” è stato sostituito dal termine “somatico” ed è stato utilizzato esclusivamente per caratterizzare l'episodio depressivo sotto il profilo sintomatologico (WHO, 1992). La stessa varietà di depressione nei sistemi classificativi dell'APA (APA, 2013) viene designata come Episodio Depressivo Maggiore con Melanconia ed a questo sottotipo viene riconosciuto esclusivamente un valore clinico-descrittivo, al di là di ogni implicazione eziopatogenetica. Quando la sintomatologia depressiva di grado moderato si verifica in risposta ad importanti eventi stressanti psicosociali sia nel DSM-5 che nell'ICD-10 è prevista la diagnosi di Disturbo dell'Adattamento con Umore Depresso, che riconosce un rapporto causale tra stress ambientale e comparsa della sintomatologia disadattava. Anche in questi casi, tuttavia, occorre tener presente che l'evento vitale è,

per sua natura, sempre aspecifico; il tipo di risposta è in realtà condizionato dal substrato sul quale l'evento si riflette.

Nella letteratura americana sono state utilizzate in contrapposizione le categorie "depressione psicotica" e "depressione nevrotica" in origine per connotare due meccanismi patogenetici diversi (endogeno e psicogeno) e successivamente per indicare diversi livelli di gravità del quadro clinico. Nella *depressione nevrotica*, detta anche "nevrosi depressiva", "reazione depressiva psiconevrotica", "depressione nevrotico-reattiva", all'aggettivo "nevrotico" sono stati attribuiti significati diversi, questa categoria diagnostica risulta eterogenea comprendendo quadri depressivi con sintomatologia attenuata, oppure caratterizzati da particolari costellazioni sintomatologiche, come irritabilità, reattività, fluttuazioni dell'umore in rapporto a mutamenti della situazione esterna, o ancora condizioni di comorbidità tra disturbi depressivi e d'ansia. La diagnosi di "depressione nevrotica" è stata anche utilizzata per indicare quelle forme ad esordio precoce, con sintomatologia attenuata e decorso protratto, sovrapponibili alla "depressione caratterologica" descritta da Akiskal. In realtà, negli ultimi anni una vasta messe di dati derivati da studi sulla storia familiare, sul decorso, sulle caratteristiche della personalità premorbosa, sulla presenza di eventi esistenziali e sulla risposta ai trattamenti, hanno messo in dubbio la validità e la stabilità di questa categoria diagnostica. Per questo e per la mancanza di un accordo sul significato del termine, la diagnosi di "depressione nevrotica" è stata rimossa o posta tra parentesi nei sistemi nosografici recenti formulati dall'APA e dall'OMS. I disturbi corrispondenti sono inquadrati nel DSM-IV e nel DSM-5 come Episodio Depressivo Maggiore, Disturbo Distimico (denominato nel DSM-5 disturbo depressivo persistente) o Disturbo dell'Adattamento con Umore Depresso. Successivamente, all'importante contributo di Tellenbach allo studio sul TM, diversi autori hanno sviluppato il tema in ambito di ricerca, soprattutto a livello teorico.

Kraus è stato sicuramente l'autore che più di tutti ha fornito un decisivo contributo in tale ambito, approfondendo sia le caratteristiche strutturali del TM (Kraus, 1977; 1996; 1982; 1994) che quelle psicopatologiche della melanconia (Kraus 1994; 2003; 2008).

L'interesse scientifico empirico verso tale argomento è stato sostanzioso in Giappone, meno in Europa. Alcuni studi hanno sostenuto la specificità del costrutto, considerando il TM la struttura premorbosa specifica dei disturbi depressivi unipolari (Sato et al.,

1994; Sato et al., 1997; von Zerssen et al., 1990; Sakado et al., 1997), due studi però non hanno confermato tali risultati (Matussek et al., 1983; Furukawa 1997).

Alcuni autori si sono interessati all'indagine della relazione tra TM e manifestazioni depressive. Stanghellini et al. (Stanghellini et al., 2006) hanno messo in evidenza come tra i pazienti che presentavano tratti del *typus*, la depressione era caratterizzata da maggiore senso di colpa, perdita del desiderio di vivere e da minori sentimenti di irritabilità e disforia, tipici invece dei pazienti non melanconici. Nakanishi e collaboratori (Nakanishi et al., 1993) invece hanno evidenziato come la presenza del TM sia correlato ad una cronicizzazione del disturbo depressivo.

Altri studi hanno esplorato invece il rapporto tra la personalità premorboza e lo sviluppo di specifici disturbi affettivi; Hecht (Hecht et al., 1988; 1997), ad esempio, ha messo in evidenza come il TM è maggiormente presente nei disturbi depressivi e nel disturbo Bipolare II, diversamente dal *typus maniucus* che è invece maggiormente presente nei pazienti affetti da Disturbo bipolare I. In uno studio su una popolazione non clinica, Sakai et al (Sakai et al., 2009) hanno evidenziato come il temperamento ipertimico, ciclotimico, depressivo e il tipo melanconico manifestavano un rischio più alto, a quattro anni dalla prima valutazione, di sviluppare un cambiamento in senso depressivo dell'umore.

Differenze nella personalità premorboza tra i disturbi depressivi e quelli psicotici sono state messe in evidenza da uno studio di Heerlein et al, (Heerlein et al., 1996) dove sono emersi tratti di “rigidità” e “intolleranza alle ambiguità” nei pazienti depressi, e “tendenze esoteriche” nei pazienti affetti da schizofrenia.

Alcuni studi hanno investigato la relazione tra tratti di personalità di pazienti affetti da disturbo depressivo maggiore e parenti di primo grado evidenziando la presenza di tratti di rigidità e conformismo e mostrando una tendenza alla personalità melanconica (Hecht et al., 1988; Lauer et al., 1998). Uno studio (Kronmuller et al., 2002) ha esaminato le caratteristiche del *Typus* secondo il modello dei Big Five di McCrae e Costa, mettendo in evidenza che la personalità melanconica correla soprattutto con tratti di coscienziosità e nevroticismo.

Sebbene il concetto di temperamento e quello di configurazione antropologica, entro cui si definisce il *typus*, nascano da due fondamenti teorici differenti, alcuni studi hanno tentato di studiarne la relazione. Kimura e collaboratori (2000) hanno riscontrato nei

melanconici più alti livelli di rigidità, harm-avoidance, e bassi livelli di self-directedness e cooperatività misurati alla TCI (Temperament and Character Inventory).

Stanghellini e collaboratori (Stanghellini et al.2007) hanno tentato di esplorare la relazione esistente tra, il costrutto di Tellenbach e della visione fenomenologica, e il temperamento affettivo definito secondo l'ottica neo-Kraepeliniana. È emerso, coerentemente alle osservazioni cliniche di Kretschmer, Arieti, Lange, Tellenbach, che descrivevano nei soggetti vulnerabili alla depressione tratti ansiosi, di iperattività, e di alacrità (Kretschmer, 1936; Lange, 1926; Arieti, 1959; Tellenbach, 1961), che il TM presenta un temperamento ipertimico. Gli autori hanno ipotizzato quindi che il TM potrebbe anche essere considerato come un'altra variante del soft bipolar spectrum, accanto al temperamento ciclotimico-ansioso-sensitivo recentemente proposto da Perugi e Akiskal (2002).

Gli stessi Autori si sono poi interessati nell'indagare il ruolo della personalità melanconica nella depressione post-partum concludendo che la struttura di personalità TM può rappresentare un valido modello per diagnosticare donne a rischio di incorrere in un episodio di depressione post partum, e per comprendere i rapporti tra tratti di personalità, caratteristiche dell'evento "maternità" e presentazione dei sintomi (Stanghellini et al., 2011; 2009).

Nonostante il TM teorizzato da Tellenbach sia ritenuto, dalla tradizione psicopatologica, la personalità premorboza dei disturbi depressivi unipolari, sono pochi gli studi che hanno supportato in modo empirico tale concetto, spesso con risultati contrastanti, e che ne hanno approfondito gli aspetti strutturali.

Obiettivo principale del nostro studio è stato quello di determinare il peso delle due dimensioni ritenute maggiormente rappresentative del TM secondo Tellenbach, "armonia in relazioni personali" (ordinatezza) e "conformità alle norme sociali", come personalità premorboza nei Disturbi Depressivi Unipolari.

Il secondo obiettivo è stato quello di valutare alcune caratteristiche della personalità melanconica e lo stress percepito.



## **2. MATERIALI E METODI**

### **2.1 Procedura di valutazione**

Abbiamo condotto uno studio trasversale monocentrico reclutando 74 pazienti affetti da Disturbi Depressivi Unipolari, secondo i criteri del DSM-5, afferenti al Servizio Ambulatoriale del Dipartimento di Neuroscienze Umane del Policlinico Umberto I di Roma tra marzo 2018 e marzo 2019, e 60 controlli sani. Tutti i pazienti sono stati valutati in fase di stabilizzazione clinica.

I criteri di inclusione per i gruppi di pazienti erano costituiti da: età compresa tra i 18 e i 70 anni, una scolarità costituita almeno dalla V elementare; buona padronanza della lingua italiana; assenza di altre comorbidità psichiatriche secondo il DSM-5, assenza di gravi malattie mediche e assenza di deficit cognitivo.

Sono stati altresì esclusi i pazienti che presentavano in anamnesi una storia di abuso alcolico o di sostanze o dipendenza, con riferiti pregressi traumi cranici o un episodio di delirium entro il mese precedente.

Nel gruppo di controllo sono stati esclusi i soggetti con una storia pregressa o attuale di disturbo psichiatrico secondo il DSM-5.

Lo studio è stato condotto in accordo con la Dichiarazione di Helsinki e le sue successive revisioni. Al tempo stesso lo studio è stato sottoposto all'approvazione del comitato etico locale.

A tutti i soggetti ritenuti idonei alla partecipazione è stata fornita una spiegazione dettagliata delle finalità e delle modalità dello studio e, dopo aver ottenuto il consenso informato scritto, è stata compilata una scheda con i dati demografici, anamnestici e clinici.

I pazienti sono stati sottoposti inizialmente a una valutazione psichiatrica completa con intervista strutturata secondo i criteri diagnostici del DSM-5 utilizzando la SCID-5 (First MB, et al, 2016) e, successivamente a una valutazione psicometrica tramite somministrazione delle seguenti scale di valutazione:

## 1. Kasahara' s Inventory for the Melancholic Type Personality (KIMTP)

La KIMTP (Kasahara, 1984) è una scala per la diagnosi e la valutazione delle dimensioni del TM. È uno strumento autosomministrato, composto da 15 item con modalità di risposta su scala Likert a 4 punti (da 0= falso a 4 = del tutto vero). La scala ha una struttura fattoriale a cinque fattori (Ueki et al., 2001; 2002; 2004): il fattore 1 (item 5-6-7-10-11) indaga “armonia in relazioni personali” (ordinatezza); il fattore 2 (item 3-4-9) indaga la “conformità alle norme sociali”; il fattore 3 potrebbe essere etichettato come "precisione negli affari" quando si tratta di cose di tutti i giorni e, in accordo con la versione originale di Kasahara, il fattore 4 e 5 indagano rispettivamente la dimensione della sintonia o ciclotimia secondo Kretschmer e la dimensione dell'immobilitimia secondo Shimoda (perfezionismo, entusiasmo nel lavoro) (Shinfuku & Ihda , 1969). Si noti che i fattori 1 e 2 costituiscono il nucleo della personalità melanconica secondo Tellenbach e, coerentemente con l'ipotesi del nostro studio, nella valutazione sono stati utilizzati esclusivamente questi due i fattori.

Il punteggio del fattore 1 va da 0 a 15, il punteggio del fattore 2 va da 0 a 9. La scala è stata tradotta in italiano dalla versione inglese da tre traduttori indipendenti in accordo alla Parallel Blind Technique (Werner et al., 1970).

## 2. Stress-related Vulnerability Scale (SVS)

La SVS (Tarsitani, 2010) é una scala autosomministrata che valuta lo stress e il supporto sociale percepito, facendo riferimento all'ultimo mese. È composta da 9 *item* con formato di risposta a 4 posizioni (per nulla, lievemente, abbastanza, molto), può essere somministrata ed interpretata in pochi minuti e ha mostrato proprietà psicometriche più che soddisfacenti, dal punto di vista della validità e dell'attendibilità. Il punteggio totale rappresenta una quantificazione generale dello stress e dall'analisi fattoriale degli *item* sono risultate tre dimensioni che si ottengono dai punteggi di tre

sottoscale corrispondenti: *demoralizzazione, tensione/irritabilità e ridotto supporto sociale*.

## 2. 2 Analisi statistica

I dati sono stati analizzati utilizzando il software SPSS versione 20 (IBM). Il test esatto di Fisher è stato utilizzato per confrontare le variabili categoriali.

È stato utilizzato il t test per campioni indipendenti per confrontare variabili continue tra i due gruppi di studio. Il valore  $\alpha$  è stato impostato su 0,05; tutti i test erano a due code.

Il coefficiente di correlazione di Pearson è stato utilizzato per esplorare la correlazione tra i punteggi di vulnerabilità legati allo stress e le sottoscale della KIMTP sull'intero campione.

## 3. RISULTATI

Sono stati reclutati 74 pazienti affetti da Disturbi Depressivi Unipolari e 60 controlli sani. Le caratteristiche sociodemografiche dei due gruppi sono riportate in tabella 1.

**Tabella 1. Caratteristiche socio-demografiche e cliniche del campione**

	<b>Pazienti affetti da Disturbi Depressivi Unipolari</b> <b>n. 74</b>	<b>Controlli sani</b> <b>n.60</b>	<b>p</b>
<b>Genere</b>			
Donne (n) %	51(68.9)	39 (65.0)	0.63
<b>Età media (<math>\pm</math>SD)</b>	54.1 (12.7)	46.9 (12.7)	0.001
<b>Anni scolarità</b>			
>8 anni	16 (21.6%)	6 (10%)	0.07
<8 anni	58 (78,4%)	54 (90%)	

In tabella 2 sono riportati i punteggi medi del fattore 1 e del fattore 2 della KIMTP nel gruppo di pazienti e nei controlli sani.

Il test t di Student per campioni indipendenti ha rivelato punteggi significativamente più alti sul fattore 1 della KIMTP “armonia in relazioni personali” (ordinatezza) nel gruppo di pazienti rispetto al campione non clinico, mentre nessuna differenza significativa tra i gruppi è emersa sul fattore 2 della KIMTP "conformità norme sociali" (Tabella 2).

**Tabella 2. Punteggi medi delle due dimensioni della KIMTP**

	<b>Pazienti affetti da Disturbi Depressivi Unipolari</b>	<b>Controlli sani</b>	<b>p</b>
<b>Fattore 1 KIMTP armonia in relazioni personali (ordinatezza) media (± SD)</b>	9.8 (2.5)	7.6 (3.0)	0.01
<b>Fattore 2 KIMTP conformità norme sociali media (± SD)</b>	7.5 (1.9)	7.10 (1.3)	0.12

È stata inoltre evidenziata una correlazione tra il fattore 1 della KIMPT “armonia in relazioni personali” (ordinatezza) con il punteggio totale della SVS ( $r=0.325$ ;  $p < 0.001$ ) oltre che con i punteggi delle sottoscale Tensione ( $r= 0.205$ ;  $p= 0.015$ ), Demoralizzazione ( $r= 0.369$   $p < 0.001$ ); Mancanza di supporto sociale ( $r= 0.231$ ;  $p= 0.006$ ). Il fattore 2 della KIMPT "conformità norme sociali", invece, non ha mostrato correlazioni significative con la SVS: con il punteggio totale della SVS ( $r= -0.181$ ;  $p=0.033$ ); con i punteggi delle sottoscale Tensione ( $r= -0.126$ ;  $p= 0.138$ ), Demoralizzazione ( $r= -0.157$   $p=0.064$ ); Mancanza di supporto sociale ( $r= -0.190$ ;  $p= 0.25$ ).

#### **4. DISCUSSIONE E CONCLUSIONI**

Il presente studio si è proposto di indagare e analizzare le relazioni esistenti tra Typus Melancholicus e i Disturbi Depressivi Unipolari.

I dati presentati nel nostro studio consentono di fare queste considerazioni:

- La dimensione “armonia in relazioni personali” (ordinatezza) (Fattore 1) della KIMTP è maggiormente espressa nei pazienti affetti da Disturbi Depressivi Unipolari rispetto ai controlli sani.
- La dimensione “conformità alle norme sociali” (Fattore 2) della KIMTP non differisce tra i due gruppi.
- I soggetti in cui la dimensione “armonia in relazioni personali” (ordinatezza) è maggiormente rappresentata, sperimentano più alti livelli di tensione, demoralizzazione, una bassa percezione di supporto sociale e un generale maggiore livello di stress percepito. Tale correlazione non si evince per la dimensione “conformità alle norme sociali” (Fattore 2) e lo stress percepito.

Il primo risultato ha mostrato che solo il fattore 1 “armonia in relazioni personali” (ordinatezza) della KIMTP presenta delle differenze statisticamente significative tra pazienti affetti da Disturbi Depressivi Unipolari e il gruppo dei soggetti sani. Tellenbach definisce ordinatezza il continuo sforzo, da parte del Typus, di essere in armonia e in sintonia con il mondo, diviene particolarmente evidente nel campo delle relazioni interpersonali ed è finalizzata al mantenimento dell’atmosfera circostante, sgombra da possibili conflitti che potrebbero comportare sentimenti di colpevolezza. Questo fattore indaga inoltre caratteristiche quali timidezza, sensitività interpersonale e dipendenza nelle relazioni affettive.

Non sono emerse differenze significative nei punteggi del fattore 2 della KIMTP tra pazienti affetti da Disturbi Depressivi Unipolari e controlli sani. Tale fattore esplora la dimensione della coscienziosità del Typus e della conformità alle norme sociali, che si concretizza in comportamenti di efficienza in ambito lavorativo e nella vita di relazione, di devozione al dovere e di diligenza, al fine di impedire la possibilità di rimanere in debito e quindi in colpa. Tali comportamenti non sono spinti da esigenze personali, ma tendono ad essere conformi alle aspettative sociali, alla regole e al buon senso. Il fattore 2 indaga quindi l’adesione incondizionata alla stabilità dei ruoli socialmente condivisi, alle norme e la sensibilità alle regole del senso comune, ciò che Kraus definisce come una forte identità di ruolo a spese di un fragile identità egoica (Kraus, 1996).

Dallo studio emerge come la dimensione “armonia in relazioni personali” (ordinatezza) può rappresentare un fattore di vulnerabilità premorbosa ai Disturbi Depressivi Unipolari, che indica una modalità di essere in relazione con l’altro caratterizzata dall’

“operare per l’altro”, dall’evitamento del conflitto e dalla dipendenza. Infatti, nonostante il presente studio sia di natura trasversale e non consenta di identificare una relazione cronologica di causalità tra le variabili, i concetti di tratti di personalità depressiva in generale, e del TM in particolare sono considerati fenomeni che da una parte precedono e contribuiscono all’insorgenza di disturbi depressivi clinicamente significativi e dall’altra tendono a esserlo stabili nel tempo (Ueki H et al., 2004; Boyce P et al., 1991; Ambrosini A et al., 2014).

Per contro, il fattore “conformità alle norme sociali” sembra invece aver perso il suo valore come dimensione premorbosa dei Disturbi Depressivi.

I nostri risultati sono in linea con lo studio di Ueki e collaboratori (Ueki et al., 2004) i quali avevano riscontrato che la dimensione nucleare del Typus, in grado di predisporre ai disturbi depressivi, era il fattore “armonia in relazioni personali” (ordinatezza).

Tellebach ha teorizzato il concetto di Typus melancholicus a metà degli anni 50, in cui vigevano un insieme di valori sociali e di vincoli culturali che hanno subito nel tempo un profondo cambiamento. Tra questi cambiamenti, si è assistito a una progressiva affermazione di valori individualistici e della libertà personale, determinando radicali cambiamenti nelle identità individuali tardo-moderne. È importante chiederci quindi se tali modificazioni del costrutto possano essere inquadrare in una più ampia visione di trasformazione socioculturale. Il Typus presentava un conformismo alle norme di una società in cui l’adesione alla tradizione e al ruolo imposto dalla stessa venivano considerate funzionali; attualmente la misura dell’individuo ideale non è più data dalla docilità e dall’obbedienza disciplinare, ma dall’iniziativa, dal progetto, dalla motivazione e dai risultati che si è in grado di ottenere nella massima espressione di sé. Nella società contemporanea, infatti, l’individuo non è più regolato da un ordine esterno, da una conformità alla legge, la cui infrazione genera sensi di colpa (per cui il vissuto di colpevolezza era il nucleo centrale delle forme depressive), ma deve fare appello alle sue risorse interne, alle sue competenze mentali, alla responsabilità individuale, all’autonomia nelle decisioni e nell’azione, per raggiungere quei risultati a partire dai quali verrà valutato (Eherenberg, 1998). L’imperativo morale “Io devo” caratteristico del Typus si è trasformato nella società moderna in un “Io posso”, con un interminabile escalation di obiettivi da raggiungere che va di pari passo con un senso di libertà esaltato (Ambrosini et al., 2014). La depressione secondo Borgna tende a configurarsi non più come una perdita della gioia di vivere, ma come una “patologia dell’azione” e il

suo asse sintomatologico si sposta dalla colpa, tristezza, all'inibizione, alla perdita di iniziativa in un contesto sociale dove "realizzare iniziative" si costituisce come un criterio decisivo al fine di misurare e di sigillare il valore della persona (Borgna, 1998). Gli altri risultati del nostro studio approfondiscono alcune caratteristiche del costrutto e tentano di definire maggiormente la vulnerabilità del Typus allo sviluppo dei disturbi depressivi unipolari.

La valutazione dello stress percepito ha messo in evidenza come i soggetti che presentano maggiori livelli di "armonia in relazioni personali" (ordinatezza), percepiscano maggiore stress generale e specificatamente nella sottoscale demoralizzazione e scarso supporto sociale.

Abbiamo già ampiamente parlato del significato di "ordinatezza" come continuo sforzo, da parte del Typus, di essere in armonia e in sintonia con il mondo e come alta esigenza verso se stessi, al di sopra della media, delle proprie prestazioni, con una tendenza a voler svolgere perfettamente e completamente tutti i compiti. Tratti tra cui sensibilità interpersonale e dipendenza nelle relazioni affettive presenti nel fattore "armonia in relazioni personali" (ordinatezza) potrebbero spiegare la bassa percezione del supporto sociale. Nessuna correlazione invece è stata riscontrata tra la dimensione conformità alle norme sociali e stress. La letteratura scientifica degli ultimi decenni ha chiaramente dimostrato che lo stress espone gli individui al rischio di malattia (Lovallo, 2004). Il supporto sociale, al contrario, ha una notevole importanza nel mantenimento di un buono stato di salute fisica e psichica (Cohen et al., 2000), in presenza di rischi legati a contesti di vita stressanti. È quindi noto e condiviso che lo stress ha un impatto negativo sulla salute e che un valido supporto sociale giochi un ruolo protettivo nell'esposizione a situazioni stressanti (Biondi & Tarsitani, 2008; Tarsitani & Biondi, 1999). Ad esempio, numerose evidenze hanno dimostrato che gli eventi e le situazioni di vita stressanti giocano un ruolo cruciale nello sviluppo e nel decorso di disturbi depressivi. Per contro tra i fattori che influenzano la vulnerabilità depressiva allo stress, il supporto sociale, misurato con diversi strumenti, è universalmente riconosciuto come fattore protettivo in grado di proteggere notevolmente dalle risposte depressive. Inoltre, stress e supporto sociale influenzano in modo simile l'insorgenza e il decorso della maggior parte delle malattie mediche, direttamente, indirettamente e con meccanismi complessi ed eterogenei (Tarsitani et al., 2012). Pertanto, la combinazione di un alto stress e di uno

scarso supporto costituisce una condizione di particolare vulnerabilità allo sviluppo di disturbi mentali e malattie somatiche.

Il nostro studio ha alcune limitazioni. Un possibile limite potrebbe risiedere nella numerosità campionaria e non possiamo escludere un bias di selezione dovuto al design dello studio monocentrico; tuttavia, dato che i pazienti sono stati reclutati nel nostro dipartimento, da parte degli stessi ricercatori, è improbabile che ci sia un errore di classificazione del campione in oggetto. Altro limite può essere riconosciuto dal fatto che, essendo lo studio trasversale, ciò non ha consentito di identificare una relazione cronologica e causale tra variabili. Infine, la scala di KIMTP non è stata convalidata in italiano, sebbene sia stata tradotta in italiano dalla versione inglese da tre traduttori indipendenti in accordo alla Parallel Blind Technique (Werner et al., 1970).

Concludendo, il nostro studio suggerisce che "l'armonia nel personale relazioni" (ordinatezza) può essere considerato un fattore predittivo e potenzialmente premorboso nello sviluppo dei Disturbi Depressivi Unipolari. Studi futuri con un design longitudinale e un campione di dimensioni maggiori, potrebbe esplorare ulteriormente tale ipotesi e area di indagine.



## BIBLIOGRAFIA

- Abraham K. (1911). Note per l'indagine ed il trattamento psicanalitico della follia maniaco-depressiva e di stati affini. Opere vol. 1, pp. 241-257. Boringhieri, Torino, 1975.
- Abraham K. (1924). Tentativo di una storia evolutiva della libido sulla base della psicoanalisi dei disturbi psichici", in Opere, Vol. 1, Boringhieri, Torino 1975.
- Alain Ehrenberg, La fatica di essere se stessi, Torino, Giorgio Einaudi.1998.
- Ambrosini A., Stanghellini G., Raballo A., Temperament, personality and the vulnerability to mood disorders. The case of the melancholic type of personality. Journal of Psychopathology 2014;20:393-403.
- American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). Arlington: American Psychiatric Publishing; 2013.
- Arieti S., Bemporad J. (1978), La depressione grave e lieve. L'orientamento psicoterapeutico. Ed. it., Feltrinelli Editore, Milano, 1981.
- Arieti, S., 1959. Manic-depressive psychosis. American Handbook of Psychiatry, vol. I. Basic Books, New York.
- Akiskal HS, 1981. Subaffective disorders: dysthymic, cyclothymic, and bipolar II disorders in the borderline realm. Psychiatr. Clin. North Am. 4, 25–46.
- Akiskal HS, Hirschfeld RMA, Yerevanian BI. The relationship of personality to affective disorders: a critical review. Arch. Gen. Psychiatry. 1983;40:801–810.
- Akiskal HS., Akiskal K.: Cyclothymic, Hyperthymic, and Depressive Temperaments as Subaffective Variants of Mood Disorders. In: Tasman A., Riba M.B. (Eds.): Annual Review of Psychiatry. American Psychiatric Press, Washington D.C., 1992, Vol 11.
- Akiskal HS.: Developmental pathways to bipolarity: Are Juvenile-onset depressions pre-bipolar? Journal American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1995, 34, 754-763.
- Akiskal HS., Hantouche EG., Bourgeois ML., Azorin JM D., Allilaire JF., Lancrenon S., Fraud JP., Chatenet-Duchene L. Gender, temperament, and the clinical picture in dysphoric mixed mania: findings from a French national study (EPIMAN). J. Affect. Disord. 1998;50, 175–186.

- Akiskal, HS. The bipolar spectrum — the shaping of a new paradigm. *Curr. Psychiatry Rep.* 2002; 4, 1–3.
- Akiskal HS., Brieger P., Mundt C., Angst J., Marneros A. Temperament and affective disorders. The TEMPS-A scale as convergence of European and US—American concepts. *Nervenarzt* 2002; 73, 262–271.
- Akiskal HS, Akiskal KK, Haykal RF, Manning JS, Connor PD. TEMPS-A: progress towards validation of a self-rated clinical version of the Temperament Evaluation of the Memphis, Pisa, Paris, and San Diego Autoquestionnaire. *J. Affect. Disord.* 2005;85:3–16.
- Beck A.T. (1967). *Depression: Causes and Treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press. Tr. it. *La Depressione*. Torino, Boringhieri 1978.
- Beck A. T. (1976). *Cognitive therapy and emotional disorders*, New York: International University Press.
- Beck A.T. (1978). *La depressione*. Bollati Boringhieri, Torino.
- Beck A.T. (1984). *Principi di terapia cognitiva*. Astrolabio, Roma.
- Beck A.T., Rush A.J. Shaw B.F. e Emery G. (1987). *Terapia cognitiva della depressione*. Bollati Boringhieri, Torino.
- Beck A. T., Freeman, A., & Associates (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford Press.
- Beck A.T. (1996). *Beyond beliefs: a theory of modes, personalità and psychopathology*. In Salkovskis P.M. (a cura di), *Frontiers of cognitive therapy*. Guilford Press, New York.
- Binswanger L. (1957). *Schizophrenie*, Neske, Pfullingen.
- Binswanger L. (1960). *Melanconia e mania*, Torino, Bollati Boringhieri, (1971)
- Biondi, M., Tarsitani, L., (2008). *Stress e spettro dell'umore*, in Cassano, G.B., Tundo, A., (a cura di), *Lo spettro dell'umore*, Milano, Elsevier Masson.
- Borgna E. Prefazione di A. Ehrenberge. *La fatica di essere sé stessi. Depressione e società*. cit., pp. XVIII-XIX.
- Boyce P, Parker G, Barnett B, Cooney M, Smith F. Personality as a vulnerability factor to depression. *Br J Psychiatry* 1991; 159:106-14.
- Bowlby J .(1980). *Loss: Sadness Depression. Attachment and Loss* (vol. III); (International psycho-analytical library no. 109 (Trad. it., *Attaccamento e perdita*, vol. III: *La perdita della madre*, Torino: Boringhieri, 1983.

- Cicchetti D., Aber L.J. (1986). Early precursors Of Later Depression: An Organizational Perspective, in L. Lipsett (ed.). *Advances in infant research*, Vol. 3, pp 87-137, Norwood, N.J., Ablex.
- Clark D.A., Beck A.T., Alford B.A. (1999). *Scientific Fondation of Cognitive Theory and Therapy of Depression*. John Wiley & Sons Inc. Tr. it. *Teoria e Terapia Cognitive della Depressione*. Milano, Masson 2001.
- Cloninger, C.R.,. Temperament and personality. *Curr. Opin. Neurobiol.* 1994;4: 266–273.
- Cohen, M. B et al. An intensive study of twelves cases of manic-depressive psychosis. *Psych. J. For the study of interpersonal processes.* 17, 1954. 67,181.
- Cohen, S., Gottlieb, B. H., Underwood Gordon, L. (2000). Social relationships and health. In S. Cohen, L. Underwood Gordon, & B. H. Gottlieb (Eds.). *Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists*, (pp. 3–28). New York: Oxford University Press.
- Crittenden, P.M. (1997). *Pericolo, Sviluppo e Adattamento*. Milano: Masson.
- Daniel N. Klein et al, *Personality and Depression: Explanatory Models and Review of the Evidence* *Annu Rev Clin Psychol.* 2011; 7: 269–295.
- Di Petta, G., *Il mondo vissuto. Clinica dell’esistenza. Fenomenologia della cura*. Edizioni Universitarie Romane, 2003.
- First MB, Williams JBW, Karg RS, Spitzer RL: *Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders, Clinician Version (SCID-5-CV)*. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2016
- Freud S. (1917). Lutto e Melanconia, in *Metapsicologia*, OSF, Vol. 8, Boringhieri, Torino 1976, pag 102-122.
- Fukunishi I., Nakagawa T., Nakamura H., Ogawa J. A comparison of Type A behaviour pattern, hostility and Typus Melancholicus in Japanese and American students: Effects of defensiveness. *Int J Soc Psychiatry.* 1993; 39:58–63.
- Furukawa T., Nakanishi M., Hamanaka T. Typus melancholicus is not the premorbid personality trait of unipolar (endogenous) depression. *Psychiatry Clin Neurosci* 1997;51:197–202.
- Gozzetti G., (1996). *La perdita del sentimento del sé. Tra psicopatologia fenomenologica e psicoanalisi*. Atque - Materiali tra filosofia e psicoterapia.

- Gozzetti G. (1996). *La tristezza vitale. Fenomenologia e psicopatologia della melanconia*. Marsilio. Venezia.
- Hecht H., van Calker D., Berger M., von Zerssen D. Personality in patients with affective disorders and their relatives. *J Affect Disord* 1988;51:33-43.
- Hecht H., van Calker D., Spraul G., Bohus M., Wark H-J., Berger M., et al. Premorbid personality in patients with uni- and bipolar affective disorders and control: assessment by the Biographical Personality Interview (BPI). *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1997; 247:23-30.
- Heerlein A, Santander J, Richter P. Premorbid personality aspects in mood and schizophrenic disorders. *Compr Psychiat* 1996;37:430-4.
- Ihda S., Kato, Y.: Premorbid character of depression. *J JMA*1983; 100: 1016–1020.
- Jaspers, K. *Allgemeine Psychopathologie*. Berlin: Springer (1913), trad. it. *Psicopatologia generale*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 1988.
- Kasahara Y. Depression seen in general medical clinics. *Psychosom Med*. 1984; 24:6–14.
- Kasahara Y. (1979). The premorbid personality of affective disorders. In *Psychopathology of Manic-Depressive Illness*. Vol. 1. (ed. Kasahara Y.) . pp 1-21. Tokyo: Kobundo.
- Kimura S., Sato T., Takahashi T., Narita T., Hirano S., Goto M. Typus melancholicus and the Temperament and Character Inventory personality dimensions in patients with major depression. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2000;54:181-89.
- Klein DN., Miller GA. Depressive personality in nonclinical subjects. *Am. J.Psychiatry*. 1993;150:1718–1724.
- Klein DN., Kotov R., Bufferd SJ.. Personality and depression: explanatory models and review of the evidence. *Annu Rev Clin Psychol*. 2011;7:269-95.
- Klein M. (1935) “Contributo alla psicogenesi degli stati maniaco-depressivi” in *Scritti cit.*, pp. 297-325.
- Klein M., (1948) “Sulle teoria dell’angoscia e del senso di colpa”, in *Scritti, cit.*, pp. 435-453.
- Klein MH., Wonderlich S., Shea MT. Models of relationships between personality and depression: toward a framework for theory and research. In: Klein MH, Kupfer DJ, Shea TM, editors. *Personality and Depression: A Current View*. New York: Guilford; 1993. pp. 1–5.

- Kotov, Roman; Gamez, Wakiza; Schmidt, Frank; Watson, David. Linking “big” personality traits to anxiety, depressive, and substance use disorders: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, Vol 136(5), Sep 2010, 768-821.
- Kraus A. *Sozialverhalten und psychosen manisch-depressiver*. Stuttgart: Enke, 1977.
- Kraus A. Identity and psychosis of the manic-depressive. In De Koning AJJ, Fenner FA. *Phenomenology and Psychiatry*. London: Academic Press, 1982; p. 201-16.
- Kraus A Phenomenological and criteriological diagnosis. Different or complementary? In Sandler JZ, Wiggins OP, Schwartz MA, Eds. *Philosophical perspective on Psychiatric diagnostic classification*. Baltimore: J. Hopkins University Press, 1994; p.148-60.
- Kraus A. Le motif du mensonge et la depersonalization dans la mélancholie. *Evol Psychiatr* 1994;54:649-57. 41.
- Kraus A. Role performance, identity structure and psychosis in melancholic and manic-depressive patients. In: Mundt CH, Ed. *Interpersonal Factors in the Origin and Course of Affective Disorders*. London: Gaskell, 1996; p. 31-47.
- Kraus A. How can the phenomenological-anthropological approach contribute to diagnosis and classification in psychiatry? In Fulford KWM, Morris K, Sadler J, Stanghellini G, Eds. *Nature and Narrative. An introduction to the new philosophy of psychiatry*. New York: Oxford University Press, 2003. 42.
- Kraus A. Melancholic depersonalisation. *Comprendre* 2008;16- 17-18:243-8.
- Kraus A. The Personality of Melancholics (Typus melancholicus) seen from an identity-theoretical point of view. *Comprendre* 21, 2010.
- Kraepelin E. (1907), *Trattato di psichiatria* (VII Ed.), Editrice Vallardi, Milano, 1907.
- Kraepelin E., Die Erscheinungsformen des Irreseins. *Z. ges. Neurol. Psychiat.*, 62, 1, 1920. 168.
- Kretschmer E. *Körperbau und Charakter*. 21. 22. Auflage. Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer 1955. 67.
- Kretschmer E., 1936. tr. *Physique and Character*. Kegan, Paul, Trench, Trubner and Co., London.
- Kronmüller KT., Backenstrass M., Kocherscheidt K., Hunt A., Unger J., Fiedler P., Mundt C. Typus melancholicus personality type and the five-factor model of personality. *Psychopathology*. 2002 Nov-Dec;35(6):327-34.

- Krueger RF., Tackett JL. Personality and psychopathology: working toward the bigger picture. *J. Personal. Disord.* 2003;17:109–128.
- Lange, J. Ueber Melancholie. *Zeitschrift fuer die gesammte Neurologie und Psychiatrie.* 1926; 101, 293–301
- Lauer CJ., von Zerssen D., Schreiber W., Modell S., Holsboer F., Krieg JC. The pre-morbid psychometric profile is stable over time in subjects at high familial risk for affective disorders. *J Affect Disord* 1998;51:45-53.
- Lovallo, W.R., (2004). *Stress and Health: Biological and Psychological Interactions* (2nd edition). London, Sage Publications.
- Mangini E., Macchi A. (2003), “Karl Abraham. Esploratore del pre-edipico”. In: Mangini E. et al., *Lezioni sul pensiero post-freudiano.* LED, Milano, 2003.
- Mattussek P., Feil WB. Persönlichkeitsstruktur und Psychotherapie depressiver Patient. *Nervenarzt.* 1980; 51:542–552 .
- Mundt C., Goldstein MJ., Halweg K., Fiedler P. Interpersonal factors in the origin and course of affective disorders. London, Gaskell, 1996.
- Mundt C., Stanghellini G. Personality and endogenous/ major depression: an empirical approach to *typus melancholicus*. 1. Theoretical Issues. *Psychopathology* 1997; 30: 119–129.
- Mead GH.: (1943) “Mente, Sé e Società”. tr. it.. Giunti Barbera, Firenze, 1972.
- Nakanishi T, Isobe F, Ogawa Y. Chronic depression of monopolar type: with special reference to the premorbid personality. *Jpn J Psychiatry Neurol* 1993;47:495-504.
- Ørstavik RE, Kendler KS, Czajkowski N, Tambs K, Reichborn-Kjennerud T. The relationship between depressive personality disorder and major depressive disorder: a population-based twin study. *Am. J. Psychiatry.* 2007;164:1866–1872.
- Pössel J, von Zerssen D. Die prämorbid. Entwicklung von Patienten mit verschiedenen Psychoseformen. *Nervenarzt.* 1990;61:541–549
- Reda, M. A. (1996). *Sistemi Cognitivi Complessi e Psicoterapia.* Roma: Carrocci Editore.
- Rudolph KD, Klein DN. Exploring depressive personality traits in youth: origins, correlates, and developmental consequences. *Dev. Psychopathol.* 2009;21:1155–1180.
- Rutter, M., Temperament, personality and personality disorder. *Br. J. Psychiatry.* 1987; 150: 443–458.

- Sakai Y., Akiyama T., Kawamura Y., Matsumoto S., Tominaga M., Kurabayashi L., et al. Temperament and melancholic type: Pathanalysis of a prospective study of depressive mood change in a nonclinical population. *Psychopathology* 2009;42:249-56.
- Sakado K., Sato T., Uehara T., Sato S., Sakado M., Kumagai K. Evaluating the diagnostic specificity of Munich personality test dimensions in major depression. *J. Affect. Disord.* 1997; 43: 187–194.
- Sarteschi P., Maggini C.: *Manuale di Psichiatria*. Noceto Parma: Ed. S.B.M., 1992.
- Sass H., Herpertz S, Steinmeyer EM, 1993. Subaffective Personality disorders. *Int. Clin. Psychopharmacol.* 8 (Suppl. 1), 39– 46.
- Sato T, Sakado K, Sato S. Differences between two questionnaires for the assessment of Typus Melancholicus, von Zerssen's F-list and Kasahara's Scale: the validity and the relationship to DSM-III-R personality disorders. *Jpn J Psychiatry Neurol.* 1992;46:603-8.
- Sato T., Sakado K., Sato S. Typus melancholicus measured by a questionnaire in unipolar depressive patients: Age and sex distribution, and relationship to clinical characteristics of depression. *Jap J Psychiatry Neurol.* 1993;47:1–11.
- Sato T., Sakado K., Uehara T., Sato S. Age distribution of the melancholic type of personalità (typus melancholicus) in outpatients with major depression: A comparison with a population without a history of depression. *Psychopathology* 1994;27:43–47.
- Sato T. Situations and the personality predisposing affective disorders. In: Kasahara Y (ed.). *Affective Disorder: The Basic and the Clinical Aspects*. Asakura-Shoten, Tokyo. 1997; 142–157
- Sauer H., Richter P., Saß H (1989) Zur prämorbiden Persönlichkeit von Patienten mit schizoaffektiven Psychosen. In: Marneros A (ed) *Schizoaffektive Psychosen*. Springer, Berlin, pp 109–118
- Schneider K. (1946). *Klinische Psychopatologi*. Thieme, Stuttgart. Tr.it. *Psicopatologia clinica*. Fioriti, Roma, 2004.
- Shimoda M. Über das manisch-depressive Irresein. *Med. Zeitschr. Yonago*, 2, 1, 1950. 62 f.
- Shinfuku N, Ihda S. Über den prämorbidem Charakter der endogenen Depression – Immodithymie – (später Immobilithymie) von Shimoda. *Fortschr Neurol Psychiatr Grenzgeb* 1969; 37: 545-52.
- Stanghellini G. (1997) *.Antropologia della vulnerabilità*. Feltrinelli, Milano.

- Stanghellini A. (2004). *Disembodied Spirits and Deanimated Bodies. The psychopathology of Common Sense*. Oxford University Press.
- Stanghellini G., Bertelli M., Raballo A. Typus melancholicus: structure and the characteristics of the major unipolar depressive episode. *J Affect Disord* 2006;93:159-67.
- Stanghellini G., Bertelli M. Assessing the social behavior of unipolar depressives: the criteria for Typus melancholicus. *Psychopathology*. 2006;39(4):179-86. Epub 2006 Apr 11.
- Stanghellini G., Raballo A. Exploring the margins of the bipolar spectrum: temperamental features of the typus melancholicus. *J Affect Disord* 2007;100:13-21
- Stanghellini G. 2008. *Psicopatologia del senso comune*. Cortina, Milano.
- Stanghellini G. *Vulnerabilità Alla Depressione, L'ALTRO*, 2009.
- Stanghellini G., Ambrosini G., Ciglia R., Fusilli A. Il problema del disturbo generatore. *COMPRENDRE*, 2009;19: 260-269
- Stanghellini A. Typus melancholicus from tellenbach up to the present day: a review about the premorbid personality vulnerable to melancholia. *Actas Esp Psiquiatr* 2011;39(5):302-11.
- Stanghellini G., Ambrosini A. Depressione post partum e Typus Melancholicus. Uno studio pilota. *Giornale Italiano di Psicopatologia* 2011. pp. 22-30.
- Szilasi W. 1951. Die Erfahrungsgrundlage der Deseinsanalyse Binswangers., Schweiz. Arch. Neurol. Psychiat. 67, 74. Ristampato in: *Philosophie und Naturwissenschaft*. Francke, Bern, 1961.
- Tarsitani, L., Biondi, M. (1999). Sviluppo e validazione della scala VRS (Valutazione Rapida dello Stress). *Medicina Psicosomatica*, 3, 163–177.
- Tarsitani L, Battisti F, Biondi M, Picardi A. Development and validation of a Stress-related Vulnerability Scale. *Epidemiol Psichiatri Soc*. 2010; 19(2): 178-82.
- Tarsitani L., De Santis V., Mistretta M., Parmigiani G., Zampetti G., Roselli V., Vitale D., Tritapepe L., Biondi M., Picardi A. Treatment with  $\beta$ -blockers and incidence of post-traumatic stress disorder after cardiac surgery: a prospective observational study. *J Cardiothorac Vasc Anesth*. 2012 Apr;26(2):265-9.
- Tellenbach H. (1961) *Melanconia: Storia del problema, Endogenità, Tipologia, Patogenesi, Clinica* tr. It. “ il Pensiero Scientifico” Editore, Roma (1975).
- Tölle R., *Persönlichkeit und Melancholie*. *Nervenarzt* 1987; 58:327–339



- Ueki H., Holzapfel C., Washino K, Inoue M., Ogawa N., Takai A. Reliability and validity of Kasahara's scale of melancholic type of personality (Typus melancholicus) in a German sample population. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2001 Feb;55(1):31-5
- Ueki H1, Holzapfel C, Washino K, Inoue M, Ogawa N, Furukawa T. Concordance between self- and observer-ratings on Kasahara's Inventory for the Melancholic Type Personality. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2002 Oct;56(5):569-74.
- Ueki H., Holzapfel C., Sakado K., Washino K., Inoue M, Ogawa N. Dimension of Typus melancholicus on Kasahara's Inventory for the Melancholic Type Personality. *Psychopathology.* 2004 Mar-Apr;37(2):53-8. Epub 2004 Mar 31.
- von Zerssen D., Pössl J. The premorbid personality of patients with different subtypes of an affective illness: Statistical analysis of blind assignment of case history data to clinical diagnoses. *J. Affect. Disord.* 1990; 18:39–50.
- von Zerssen D., Tauscher R,Pössl J. The relationship of premorbid personality to subtypes of an affective illness. A replication study by means of an operationalized procedure for the diagnosis of personality structures. *J Affect Disord* 1994; 32:61–72.
- von Zerssen D. Persönlichkeitszüge als Vulnerabilitätsindikatoren –Probleme ihrer Erfassung. *Fortschr Neurol Psychiatr* 1994;61:1–13.
- Weitbrecht HJ. "Compendio di psichiatria", Piccin Ed., 1970.
- Werner O., Campbell DT. Translating, working through interpreters, and the problem of decentering. In: Naroll R, Cohen R, editors. *A handbook of method in cultural anthropology.* The Natural History Press; New York: 1970. pp. 398–420.
- World Health Organization. *International statistical classification of diseases and related health problems, 10th revision. Volume 1, Geneva, WHO. 1992*