

Depressione post partum e *typus melancholicus*. Uno studio pilota

Post-partum depression and typus melancholicus. A pilot study

G. Stanghellini, A. Ambrosini

Dipartimento di Scienze Biomediche, Università "G. d'Annunzio", Chieti

Summary

Objectives

This paper is a pilot study on the relationship between the melancholic type of personality or *typus melancholicus* (TM) and post-partum depression. The monograph *Melancholy*¹ is the most detailed attempt to describe the premorbid personality of persons vulnerable to melancholy. Based on the analyses of six cases of post-partum depression reported by Tellenbach and six more cases taken from our own practice, we developed the hypothesis that the characteristics of TM can be a pathogenic factor in the post-partum period. Also, we advance the hypothesis that the situation that characterizes the first period of motherhood has many analogies with a situation which is termed "despair" and characterizes the prodromes of melancholy.

Methods

We extracted from the 119 cases described by Tellenbach 6 clinical vignettes with a clear diagnosis of post-partum depression and we compared them with 6 cases from our own clinical practice, extracted from a larger sample.

To establish the diagnosis of TM, we applied the Criteria for *Typus Melancholicus*², a semi-structured interview that includes four criteria – "orderliness", "conscientiousness", "hyper/heteronomia" and "intolerance for ambiguity" (Table I). Also, we extrapolated the clinical characteristics of post-partum depression using the criteria described in a preceding paper³ (Table II). We characterized the pre-melancholic situation, i.e. the subjective experience of women facing the "motherhood" life event, us-

ing an operationalized version of pre-melancholic situation as described by Tellenbach including the concepts "inclusion", "remanence", and "despair" (Table III).

Results

Our analysis suggests that the TM personality structure can represent a valid model for the early diagnosis of women at risk to develop an episode of post-partum depression also in those cases in which a clear history of major depression is not present. The TM construct can also enhance our capacity to improve the understanding of the interplay between personality traits, the characteristics of the "motherhood" life event and the presentation of depressive symptoms.

The major limitations of this study are the small number of patients and the absence of a standardized scale for the assessment of TM which could be applied to a larger sample of patients. Overcoming these limitations is part of our research agenda.

Conclusions

The comparison between Tellenbach's case vignettes and our own patients, as well as the analysis of our cases through the Criteria for the Diagnosis of TM, allows us to assess the consistence of our research hypothesis and consider it worth-developing and -testing in a large scale quantitative study.

Key words

Post partum depression • Pre-morbid personality • Psychopathology • Melancholic type of personality (*Typus melancholicus*)

Riassunto

Obiettivi

Il presente articolo è uno studio pilota sulla relazione tra personalità melancolica (TM) e depressione post partum. La monografia "Melancholia"¹ rappresenta il più esteso tentativo di descrivere la personalità premorbosa vulnerabile alla melancolia. A partire dall'analisi di sei casi di depressione post partum riportati da Tellenbach e sei casi presi dalla nostra pratica clinica, ipotizziamo che le caratteristiche del TM possano assumere una valenza patogena nel periodo successivo al parto. Inoltre, avanziamo l'ipotesi che la situazione relativa al primo periodo della maternità abbia diverse analogie strutturali con quella chiamata "disperazione", caratterizzante i prodromi melancolici.

Metodi

Abbiamo estratto 6 vignette cliniche che evidenziavano una chiara diagnosi di depressione post partum dai 119 casi descritti da Tellenbach e le abbiamo confrontate con sei casi presi dalla nostra pratica clinica all'interno di un più vasto campione. Per individuare la struttura di personalità TM abbiamo applicato i Criteri per il *typus melancholicus*², un'intervista semi-strutturata che include quattro caratteristiche – "ordinatezza", "coscientiosità", "iper/eteronomia" e "intolleranza all'ambiguità" (Tab. I). Inoltre, abbiamo individuato le caratteristiche cliniche della depressione post partum usando i criteri descritti in un precedente articolo³ (Tab. II). Infine, abbiamo caratterizzato la situazione pre-melancolica, cioè l'esperienza soggettiva delle pazienti di fronte all'evento "maternità", utilizzando una versione operazionalizzata della situazione pre-melancolica, così come descritta

Corrispondenza

Giovanni Stanghellini, Dipartimento di Scienze Biomediche, Università "G. d'Annunzio", via dei Vestini 31, 66100 Chieti Scalo, Italia • Tel. 347 3790707 • E-mail: giostan@libero.it

da Tellenbach, che include i concetti di “includenza”, “rimanenza” e “disperazione” (Tab. III).

Risultati

La nostra analisi suggerisce che la struttura di personalità TM può rappresentare un valido modello per la diagnosi precoce delle donne a rischio di sviluppare un episodio di depressione post partum anche nei casi in cui non è presente una chiara anamnesi di depressione maggiore. Il costrutto TM può inoltre essere d'aiuto per migliorare la comprensione della relazione tra tratti di personalità, caratteristiche dell'evento maternità e presentazione dei sintomi depressivi.

I limiti maggiori di questo studio sono il numero esiguo di pazienti e l'assenza di una scala standardizzata per la dia-

gnosi di TM che possa essere applicata a un campione più ampio di pazienti. Superare questo limite è una delle nostre finalità.

Conclusioni

Il confronto tra i casi di Tellenbach e le nostre pazienti attraverso i Criteri per la Diagnosi del TM, ci permette di considerare la nostra ipotesi consistente e degna di essere sviluppata attraverso uno studio quantitativo su larga scala.

Parole chiave

Depressione post partum • Personalità premorbosa • Psicopatologia • Personalità melanconica

Introduzione

Questo è uno studio pilota sui rapporti tra personalità “*typus melancholicus*” e depressione post partum.

Abbiamo ipotizzato che le caratteristiche del TM – “*ordinatezza*”, “*coscienziosità*”, “*iper/etero-nomia*” e “*intolleranza all'ambiguità*” – possono assumere un valore patogeno nel post-partum. Abbiamo inoltre ipotizzato un'analogia strutturale tra la situazione che connota le prime fasi della maternità e la situazione – detta “*disperazione*” – che caratterizza l'ingresso nella melanconia.

Il confronto tra i casi descritti da Tellenbach nella monografia *Melanconia*¹, che rappresenta il più approfondito tentativo di descrivere la personalità premorbosa vulnerabile alla melanconia (*typus melancholicus*, TM), e i nostri, nonché l'analisi dei nostri casi tramite i criteri per la diagnosi del TM da noi altrove descritti, ha consentito di considerare la nostra ipotesi consistente e meritevole di ulteriori approfondimenti e verifiche tramite uno studio quantitativo più esteso.

Le caratteristiche delle donne TM

Tellenbach individua nelle sue pazienti melanconiche due caratteristiche comuni: l'*ordinatezza* e la *coscienziosità*. Queste peculiarità sembrano costituire le due facce della stessa medaglia. Se l'*ordinatezza* consiste in una particolare precisione nella gestione dei rapporti interpersonali, la *coscienziosità* indica che tale impegno è finalizzato al mantenimento della propria coscienza pulita, lontano da sentimenti di colpevolezza o di insufficienza. Tellenbach descrive così una delle sue pazienti: “*La paziente Ilse St. dichiara di essere stata di una precisione particolare, sin da quando poteva averne ricordo. Se avesse fatto un'eccezione, ciò l'avrebbe resa inquieta e scontenta di sé. In lei c'era stata sempre pace quando le cose prendevano il loro corso previsto, ma si sviluppava inquietudine quando qualcosa fosse andata diversamente*” (*ordinatezza*). La nostra paziente del caso E sembra pervasa dalla medesima preoccupazione:

“Ho programmato tutto nella mia vita, sono abituata a fare così da sempre. Dopo essermi sposata e, in seguito all'ultima promozione di mio marito, ho pensato che fosse arrivato il momento giusto per avere un figlio” (*ordinatezza*).

Nella descrizione del caso *Marianna K.* si evidenzia un'analogia preoccupazione: “*Con lei tutto aveva sempre dovuto essere molto preciso ed accurato. Quando cominciava un lavoro che non era così 'rifinito' come lei avrebbe voluto, spesso, doveva ricominciarlo. La paziente, semplicemente, non riesce a passar sopra all'imprecisione. Allo stesso modo stanno le cose con la sua coscienza*”. Quest'ultimo passaggio rimanda proprio al legame insito tra le due caratteristiche delle donne TM che tentano di fare il possibile per non trovarsi in una situazione di debito. Tellenbach descrive nel seguente modo la paziente *Annelise K.*: “*Da sempre aveva avuto paura dei debiti. Si era sempre preoccupata di saldare rapidamente piccoli debiti. Ella era stata sempre molto coscienziosa, ed anche umanamente era sempre rimasta malvolentieri debitrice di qualcosa verso se stessa e verso gli altri*” (*coscienziosità*). Allo stesso modo una nostra paziente (caso A) afferma: “*Posso fare tutto tranne che riposare. È sempre stato così. Da quando ero piccola ho sempre dovuto fare qualcosa*” (*coscienziosità*).

A seguito dello studio di Tellenbach, Kraus⁴ ha condotto una serie di indagini teoriche, successivamente supportate da lavori empirici^{5,6}, che hanno ampliato il concetto di TM individuando altre due caratteristiche: *iper/etero-nomia* e *intolleranza all'ambiguità*.

L'*iper/eteronomia* indica la tendenza del TM a conformarsi alle aspettative sociali, incarnando ruoli prestabiliti e regole dettate dall'esterno. La paziente *Marianna K.* sembra corrispondere al carattere dell'*iper/eteronomia*: “*Era anche incline a prendere alla lettera anche le più piccole dichiarazioni degli altri, che trovavano in lei un'eco sproporzionatamente grande*” (*eteronomia*). Tra le nostre pazienti, si pensi al caso E: “*Quando ho saputo di essere incinta non mi sono sentita proprio contenta; ero euforica e mi sono concentrata nei confronti di tutti*

i preparativi necessari all'arrivo del bambino. Ho fatto tutti i controlli richiesti, insomma tutto ciò che bisogna fare quando si è incinta". Oppure al caso A quando afferma: "Faccio tutto perché lo devo fare, è così che si fanno le cose" nel quale si evince un'osservanza acritica e passiva dei ruoli e delle regole (eteronomia) e la necessità di incarnarli in modo rigido, senza la possibilità di modificarli o trascenderli (ipernomia).

Infine, l'intolleranza all'ambiguità sta ad indicare l'incapacità di percepire emotivamente e cognitivamente caratteristiche opposte in relazione ad uno stesso oggetto, persona o situazione. A questo proposito si rimanda alla descrizione del caso C: "A volte mentre lavo i piatti e mio figlio piange mi viene in mente di colpirlo con la forchetta. Non riesco a tollerare questo pensiero!"

Le caratteristiche cliniche della depressione post partum nelle donne TM

La depressione post partum è una condizione costituita da un quadro sintomatologico generalmente assimilabile alla manifestazione clinica tipica di un disturbo depressivo psichiatrico di natura prevalentemente unipolare. L'elemento caratterizzante è dato da un'insorgenza direttamente riconducibile all'evento del parto⁷.

Nel DSM-IV-TR⁸ la patologia depressiva post-natale è contemplata come specificazione di decorso applicabile a sindromi depressive minori o maggiori (disturbo depressivo maggiore, disturbo distimico o disturbi bipolari I e II).

Gli autori elencano i seguenti fenomeni clinici^{7 9 10-12}: umore depresso, tristezza, sofferenza, disperazione, frequenti crisi di pianto e lamentosità, apatia, anedonia, affaticabilità, letargia, perdita di interesse, sensazioni di vuoto, umore disforico con irritabilità, collera, ansia, attacchi di panico, agitazione, esaurimento fisico, nausea, cefalea, intorpidimento, palpitazioni, disturbi del sonno e/o dell'alimentazione, ripetuti sensi di colpa, generale sentimento di insicurezza e di inadeguatezza, soprattutto riguardo le proprie capacità di essere una "buona madre", eccessivo ed ossessivo attaccamento al bambino oppure distacco e rifiuto della maternità, ideazione suicidaria e/o di pensieri ossessivi riguardo la paura di far male al bambino.

L'aspetto più tipico risulta l'insicurezza circa la propria capacità materna, vissuto in modo conflittuale e colpevolizzante, che può tradursi in eccessiva preoccupazione per la salute del neonato oppure in ostilità e rifiuto, più o meno manifesto, nei suoi confronti¹³⁻¹⁶.

Nel caso specifico delle donne TM affette da depressione post partum sembra essere presente una particolare caratterizzazione nella presentazione dei sintomi. In particolare, una peculiare qualità dell'umore, cioè il sentimento della mancanza di sentimento. Tale condizione è stata

studiata nell'ambito della tradizione della psicopatologia fenomenologia¹⁷⁻¹⁹ e sta ad indicare un particolare tipo di depersonalizzazione caratterizzata dall'incapacità di provare qualunque tipo di sentimento, se non quello penoso di non riuscire a provare alcuna emozione o legame affettivo. Tale fenomeno si evidenzia nella singolare modalità delle donne TM che si rimproverano, denunciano se stesse e la propria incapacità di provare interesse per le cose che le circondano, cadendo sotto il peso del senso di colpa. In particolar modo, si incolpano della mancanza di risonanza affettiva nei confronti dei propri figli: *"Mi sento vuota, non sento niente, anzi sento solo la colpa di non riuscire a provare amore per mia figlia". "Sento solo una colpa. Non riesco a sentire amore per lui. Sono una stronza". "Penso che non mi serva l'affetto delle mie bambine perché io non lo merito". "Non sento niente per questo bambino. Ho paura che non riuscirò ad amare anche questo".* Inoltre, queste donne tendono a confrontare il proprio modo di sentirsi nella fase melanconica con quello precedente, così da mettere in dubbio l'autenticità dei propri sentimenti relativi alla condizione antecedente la melancolia. In particolare, mettono in dubbio la veridicità del proprio desiderio di maternità, dell'amore nei confronti degli altri figli e, più in generale la propria identità di donne dedite alla famiglia. *"Penso di non essere nata per fare la madre. Qualcun altro dovrebbe occuparsi di mio figlio. Io non sono una buona madre e credo di non aver mai desiderato questo figlio". "Mi sento un'incapace, vorrei poter tornare indietro e azzerare tutto. Vorrei che questo terzo figlio non fosse mai nato, sarebbe stato meglio per tutti". "Penso che se fossi stata senza marito e senza figli sarei stata meglio".* Queste donne si sentono smembrate tra due identità, l'una che rimanda al loro passato, l'altra che le affligge nel loro presente. Infatti, da un lato si riconoscono in un'immagine di sé che le vedeva votate alla famiglia, affannate nel tentativo di anticipare le necessità dei propri cari; dall'altro percepiscono un presente contraddistinto da un'angosciosa indifferenza.

Metodi

Abbiamo estrapolato dai 119 casi descritti da Tellenbach 6 vignette cliniche chiaramente identificabili come depressioni post partum e le abbiamo confrontate con un egual numero di casi da noi seguiti, estratti da una casistica assai più ampia.

Per diagnosticare la struttura di personalità TM abbiamo applicato i *Criteria for Typus Melancholicus*², un'intervista semi-strutturata che contempla 4 criteri: *ordinatezza, coscienziosità, iper/eteronomia, intolleranza all'ambiguità* (Tab. I).

Abbiamo altresì estrapolato le caratteristiche cliniche della depressione post partum tramite i criteri descritti in

TABELLA I.Criteri per il *Typus Melancholicus*. *Criteria for Typus Melancholicus* ².

Ordinatezza	Fissazione sull'armonia nelle relazioni interpersonali
Coscienziosità	Necessità di prevenire sentimenti di colpa e attribuzioni di colpa
Iper/etero-nomia	Esagerato adattamento alla regola e esagerata recettività di una norma esterna
Intolleranza all'ambiguità	Incapacità di percepire emotivamente e cognitivamente caratteristiche opposte in relazione ad uno stesso oggetto, persona o situazione

TABELLA II.Depressione maggiore "melancolica". *Major "melancholic" depression* ³.

Anestesia affettiva	Il paziente si lamenta di una perdita della capacità di risonanza affettiva, di un vuoto affettivo
Delirio di colpa	Il paziente è convinto di aver trasgredito le leggi o tradito la fiducia di qualcuno, di aver infranto i comandamenti di Dio o di una istanza morale superiore
Perdita dello slancio vitale	Sensazione di diminuzione di vitalità, di freschezza, di integrità fisica e psichica, di forza, di vivacità; sensazione di abbattimento, di debolezza, di fatica, di malessere fisico

una precedente ricerca finalizzata a definire la sintomatologia della depressione maggiore nel TM³ (Tab. II). Infine, abbiamo caratterizzato la situazione pre-depressiva, vale a dire il vissuto soggettivo delle puerpere di fronte all'evento "maternità", applicando una versione operazionalizzata della situazione pre-melancolica" (Tab. III).

Materiali

Sei casi di Tellenbach

Caso 2

Ilse St. dichiara di essere sempre stata di una precisione particolare. Se avesse fatto un'eccezione, ciò l'avrebbe resa inquieta e scontenta. È in pace quando le cose prendono il loro corso previsto, ma si sviluppa inquietudine quando qualcosa va diversamente. In seguito al parto la paziente venne a trovarsi in una situazione particolarmente penosa, da una parte c'era l'impulso costante a lavorare il più possibile con la massima precisione, d'altra parte però l'inibizione la ostacolava. *"Non ce la faccio, non sono all'altezza". "Sono troppo precisa, ho bisogno di troppo tempo, è sempre stato così, questo*

era per me terribilmente penoso". Lei non si era *"Mai resa colpevole di qualcosa"*; però *"lo mi sentivo colpevole per il fatto che non potevo più compiere il mio lavoro"* (pp. 115-6).

Caso 19

Annelise K. si rimproverava aspramente di essere rimasta incinta ancora una volta. Adesso non poteva più provvedere ai bambini. *"Che vergogna! Che vergogna!"*. Qualche tempo dopo la guarigione, dichiarò di essersi *"spaventata per i debiti"*. Da sempre aveva avuto paura dei debiti. Si era sempre preoccupata di saldare rapidamente piccoli debiti. Ella era stata sempre molto coscienziosa, ed anche umanamente era sempre rimasta malvolentieri debitrice di qualcosa verso se stessa e verso gli altri. Tutto questo ora era definitivamente superiore alle sue forze. Poiché ella aveva cura di fare tutto con molta precisione, negli ultimi anni era rimasta indietro rispetto alle proprie pretese (pp. 150-1).

Caso 20

Quando la paziente Margaret B. dichiarò durante la quinta fase [melanconica] che le quattro fasi precedenti erano

TABELLA III.Situazione pre-melancolica. *Pre-melancholic situation* ¹.

Costellazione dell'inclusenza	Indica un'autocontraddizione che vede il TM impegnato nel tentativo di mantenere immutato il suo ordine e la necessità di superarlo travalicando i propri limiti
Costellazione della rimanenza	È caratterizzata dal pericolo di rimanere indietro rispetto alle proprie pretese e al palesarsi del <i>debet</i>
Situazione di "disperazione"	Indica un andare e venire verso possibilità irraggiungibili che sfocia nell'inibizione psicomotoria

comparse ogni volta in coincidenza di un parto, non ci si stette molto a preoccupare sulla giustezza della diagnosi "psicosi depressiva da puerperio" (pp. 152-3). Tellenbach utilizza questo caso per motivare l'importanza del costrutto TM per comprendere il senso dell'esperienza della depressione post partum.

Caso 21

Ilse H. da tempo memorabile si era occupata di qualcosa. Ora sentiva di non essersi mai abituata alla relazione con il suo bambino. Mai avrebbe potuto essere una madre sana per il bambino, non poteva affatto pensare che questo bambino fosse suo, tanto le era estraneo. Il quadro clinico era di una profonda melanconia agitata con sindrome di depersonalizzazione e il delirio di colpa (p. 153).

Caso 22

Elisabeth Sch. afferma: "Ho paura di non riuscire a terminare tutto. Il Signore Iddio dovrebbe prendersi i bambini: per loro sarebbe meglio". Autorimproveri, disturbi del sonno, sindrome inibitoria con disturbi vitali e depersonalizzazione. Nella post-esplorazione la paziente afferma di non riuscire a passar sopra all'imprecisione. Allo stesso modo stanno le cose con la sua coscienza. Pensa continuamente che la casa dovrebbe essere sempre in ordine in modo che il marito possa sentirsi sempre a suo agio e i figli possano vivere in una casa ordinata. Se ci fosse troppo lavoro, lei non potrebbe farlo nell'abituale modo rifinito (pp. 155-6).

Caso 25

Il primo disturbo di Marianna K. cominciò immediatamente dopo la nascita del bambino, con un forte stordimento alla testa e la perdita di interesse verso il lavoro. Piangeva senza ragione, tutto le era di peso, si sentiva completamente cambiata. Dopo la dimissione si era proposta di non essere troppo precisa né di fare molto. Questo era però per lei semplicemente impossibile: si proponeva un programma quotidiano e voleva portarlo a compimento in ogni caso. Il programma andava rispettato. Era incline a prendere alla lettera anche le più piccole dichiarazioni degli altri, che trovavano in lei un'eco sproporzionatamente grande. In tutte le cose era estremamente corretta, cosicché non potesse esserle fatta colpa di alcunché di rilievo (pp. 160-2).

Sei casi di depressione post partum in donne TM

Caso A

È una donna di 25 anni. Durante la prima visita afferma di avere forti dolori al capo e al petto, di sentire dei rumori ronzargli nella testa, di essere sempre stanca ma di non riuscire a riposarsi, di essere spaventata perché non si sente più in grado di prendersi cura della figlia. "Posso

fare tutto tranne che riposare. È sempre stato così. Da quando ero piccola ho sempre dovuto fare qualcosa". Inoltre: "La mattina pulisco tutto in fretta perché penso che mi debba succedere qualcosa. Così se mi succede qualcosa è tutto a posto". "Quando mi aiuta qualcuno io mi sento in colpa. Se qualcuno mi aiuta poi dovrebbe dimenticare di averlo fatto. Non voglio avere il pensiero di dover ringraziare. Faccio tutto da sola". Continua affermando: "Faccio tutto perché lo devo fare, è così che si fanno le cose". "Se non riesco ad organizzare la giornata, divento nervosa. Se i programmi che faccio la mattina non possono essere rispettati, mi sento angosciata e devo tentare di recuperare il tempo perso". Questa esistenza ordinata, dice, è entrata in crisi con la maternità: "Ieri, ad esempio, mi sono addormentata mentre allattavo. Mi sono svegliata alle 4 e mi sono accorta di aver dormito tutto quel tempo. Ero molto arrabbiata perché avrei dovuto stirare, dovevo fare tante cose. Non so più come fare a stare dietro a tutte le cose, mi sembra di non essere più in grado di fare nulla; non mi riconosco più".

Caso B

Una donna di 32 anni a seguito del suo primo parto racconta di sentirsi in preda a una forte angoscia e di non riuscire a capire cosa che stia accadendo. "Mi sembra di vivere in una dimensione surreale. Proprio io che sono sempre riuscita a portare a termine tutte le mie attività, a raggiungere i traguardi prestabiliti con efficienza, ora, dinanzi a mia figlia, non riesco più a fare nulla. Non mi riconosco più, non sono in grado di fare nulla, sia quello che facevo prima, sia ciò che dovrei fare adesso con mia figlia. Mi sento vuota, non sento niente, anzi sento solo la colpa di non riuscire a provare amore per mia figlia".

Caso C

È una donna di 42 anni, ha da poco partorito il suo terzo figlio dopo diversi anni dalla nascita dei primi due. Al primo incontro è agitata, non riesce a stare ferma e continua a ripetere che non avrebbe dovuto avere anche questo bambino. "Ho sempre amato i miei due figli, così ho pensato che sarebbe stata la stessa cosa con un terzo. Pensavo che l'avrei amato come gli altri, ma non è così. Non riesco a prendermi cura di lui, mi sembra di trascurare gli altri, mio marito e la casa. Non sopporto di pensare che i primi due debbano soffrire perché io non sono più in grado di provvedere a tutto e assicurare loro tutto ciò di cui hanno bisogno: accompagnarli a scuola, in piscina, far trovare loro il pranzo pronto, la casa pulita; tutte le cose che facevo prima. Mi sento un'incapace, vorrei poter tornare indietro e azzerare tutto. Vorrei che questo terzo figlio non fosse mai nato, sarebbe stato meglio per tutti". "Penso che se non avessi avuto né un marito, né dei

figli, sarei stata meglio. Quando penso questo ho paura che loro spariscano. A volte mentre lavo i piatti e mio figlio piange mi viene in mente di colpirlo con la forchetta. Non riesco a tollerare questo pensiero! Penso che non mi serva l'affetto dei miei bambini perché io non lo merito. Sento solo una colpa. Non riesco a sentire amore per lui. Sono una stronza. Non sento niente per questo bambino. Ho paura che non riuscirò ad amare anche questo”.

Caso D

40 anni con una bambina di 3 mesi. Al primo colloquio afferma: “Mentre mi preparo per andare a lavorare mi sento come se avessi svaligiato una banca: euforica per il colpo, ma in colpa. Mi reputo una brava persona e non mi riesce di svaligiare una banca senza seri contrappassi psicologici. Non riesco a gestire questo senso di colpa e, mentre appena ripreso il lavoro mi sentivo rinata, adesso non riesco né a portare avanti i miei impegni, né ad abbracciare la mia bambina quando torno a casa tanto è il sentimento di colpa nei suoi confronti. Sto pensando seriamente di lasciare il lavoro, non posso più andare avanti così. Forse, concentrandomi sul mio ruolo di madre potrò riuscire a colmare tutto questo niente e a provare amore per lei”.

Caso E

Si presenta al primo colloquio con un'aria preoccupata, dimessa e parla così di se stessa: “Ho programmato tutto nella mia vita, sono abituata a fare così da sempre. Dopo essermi sposata e, in seguito all'ultima promozione di mio marito, ho pensato che fosse arrivato il momento giusto per avere un figlio. Quando ho saputo di essere incinta non mi sono sentita proprio contenta; ero euforica e mi sono concentrata nei confronti di tutti i preparativi necessari all'arrivo del bambino. Ho fatto tutti i controlli richiesti, tutto ciò che bisogna fare quando si è incinta. Così è stato fino alla nascita del bambino. Avevo preparato tutto. Poi, però, mi sono resa conto che il suo pianto, i suoi cambi, le sue poppate, non si accordavano mai con i miei programmi e ho cominciato a perdere il controllo. Penso di non essere nata per fare la madre. Qualcun altro dovrebbe occuparsi di mio figlio. Io non sono una buona madre e credo di non averlo mai desiderato”.

Caso F

Ad un mese di distanza dal parto, esprime il suo vissuto nei seguenti termini: “Sono sempre stata così: qualunque problema, per me, diventa un peso insormontabile. Non riesco a tollerare cambi di programma e, con un figlio, ho capito che questi sono all'ordine del giorno. In questo modo non riesco a gestire più nulla, i miei programmi vengono continuamente messi alla prova. Ho troppe cose da fare e non posso neanche pensare di rinunciare a

portare a termine qualcuna o di essere approssimata nel farle. Quando mi sento troppo carica di compiti, non so più da dove iniziare, non riesco a riconoscere delle priorità. Mi trovo bloccata dinanzi a tutto quel da fare, senza poter concludere niente. Tutto questo mi rende molto angosciata e mi fa precipitare in una situazione di immobilità nella quale non mi sento più in grado di fare niente. Ho paura di non essere un bravo genitore”.

Discussione

La situazione pre-melancolica nelle puerpere TM

La situazione pre-melancolica sembra essere lo snodo cruciale per la comprensione del legame che si dà tra la struttura di personalità TM e la melancolia. In questa fase si gioca l'incontro tra una situazione esistenziale e un determinato assetto di personalità, che contribuisce a costituire la situazione patogena.

Il concetto di “situazione” sta ad indicare un peculiare modo della persona di vivere il rapporto con il proprio mondo in un inesauribile rimando reciproco. 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 (*engagé*, Tellenbach 1961)¹ in un rapporto di peculiare interdipendenza con il proprio contesto.

Tellenbach afferma che la situazione pre-melancolica è caratterizzata dalla crescita costante dei compiti prefissati che crea un sovraccarico rispetto alla capacità del TM di preservare l'ordine prestabilito. In tali condizioni il TM non riesce a stabilire una gerarchia di priorità, non essendo capace di discriminare cosa possa essere momentaneamente messo da parte o tralasciato. Le donne prese in esame da Tellenbach affermano: “Ho paura di non riuscire a terminare tutto”, *Le era parso come se tutto ciò fosse definitivamente superiore alle sue forze. Poiché ella aveva cura di fare tutto con molta precisione, negli ultimi anni era rimasta indietro rispetto alle proprie pretese*”. Anche le nostre pazienti affermano di aver attraversato una fase durante la quale erano incapaci di organizzare e gestire le proprie attività: “Ho troppe cose da fare e non posso neanche pensare di rinunciare a portare a termine qualcuna o di essere approssimata nel farle”. “Quando mi sento troppo carica di compiti, non so più da dove iniziare, non riesco a riconoscere delle priorità. Mi trovo bloccata dinanzi a tutto quel da fare, senza poter concludere niente”.

Si distinguono due momenti nella fase pre-melancolica. Il primo è contraddistinto dalla presenza delle *costellazioni dette inclusione e rimanenza*. Al di là di tale percorso si situa il secondo momento, detto della *disperazione* caratterizzata da una radicale trasformazione del rapporto con se stessi e con il mondo.

La *costellazione dell'inclusione* sta ad indicare un'auto-contraddizione che vede il TM al tempo stesso impegnato nello strenuo tentativo di mantenimento del suo ordine e nella necessità di superarlo travalicando i propri limiti. 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; pp. 181, 192). Nelle parole della paziente *Elisabeth Sch*: "Ho paura di non riuscire a terminare tutto" è evidente l'angoscia relativa ad un possibile cambiamento nell'ordine delle cose. Altre pazienti affermano: "Non riesco ad organizzare la giornata; questo mi dà fastidio. I programmi che faccio la mattina non possono essere rispettati e allora divento nervosa. Non ho fatto quello che avevo programmato di fare e quindi divento nervosa". "Mi rendo conto che dovrei fare di più o forse dovrei essere meno accurata nel portare a termine le mie cose, ma tutto ciò è impossibile". "Non so più che fare, non ce la faccio a fare tutto e non vedo altre possibilità".

L'altra costellazione è quella della *rimanenza* che risulta caratterizzata dal pericolo di rimanere indietro rispetto alle proprie pretese e al palesarsi del *debet*. Il TM è caratterizzato dalla tendenza paradossale ad 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. Una nostra paziente si esprime nel seguente modo: "La mattina pulisco tutto in fretta perché penso che mi debba succedere qualcosa. Così se mi succede qualcosa è tutto a posto". "Quando mi aiuta qualcuno io mi sento in colpa. Se qualcuno mi aiuta poi dovrebbe dimenticare di averlo fatto. Non voglio avere il pensiero di dover ringraziare". Tellenbach descrive così la sua paziente dinanzi ad una gravidanza non programmata: "Si rimproverava aspramente di essere rimasta incinta ancora una volta, e di aver lavorato a lungo in altri tempi. Adesso non aveva più alcuna speranza di guarire una buona volta, e non poteva più provvedere ai bambini. Che vergogna! Che vergogna!".

Le due costellazioni si manifestano sempre nella situazione premelanconica ma sono spesso poco evidenti fino a quando non sfociano nella fase melanconica. Il ponte che lega la fase premelanconica alla melanconia viene detto *disperazione*. La situazione di *disperazione* sta ad indicare un andare e venire verso possibilità nessuna delle quali risulta essere raggiungibile. Quello che prima risultava essere disposto uno-dopo-l'altro, appare nella necessità della contemporaneità così da rendere inaccessibile il procedere dell'esistenza. Nelle descrizioni e nelle frasi in prima persona delle pazienti di Tellenbach: "Questa situazione era stata particolarmente penosa, da una parte c'era l'impulso costante a lavorare il più possibile con la maggiore precisione, d'altra parte però l'inibizione le ostacolava la strada", oppure "Si era proposta

di non essere troppo precisa né di fare molto. Questo era però per lei semplicemente impossibile: aveva cura di proporsi un programma quotidiano e di portarlo a compimento in ogni caso". La disperazione pre-melanconica sembra essere il modo attraverso il quale il TM accede alla stagnazione e al blocco psicomotorio a causa della sua incapacità di raggiungere compromessi con se stesso e con il mondo.

TM e maternità

Nei casi presentati si evidenzia come l'esistenza delle pazienti sia caratterizzata da una "inquieta preoccupazione" rispetto alla paura di rimanere indietro ai compiti e agli eventi dell'esistenza, e a ciò che egli si aspetta da se stesso. Questo modo di essere al mondo è riconducibile al tipo di esistenza del TM, caratterizzato da *ordinatezza*, *coscienziosità*, *iper-eteronomia* e *intolleranza all'ambiguità*. Su questi cardini ruota l'esistenza del TM, che avrebbe come aspirazione il ricalcare in eterno il raggio limitato e rassicurante di una vita che cerca di neutralizzare il nuovo, preservare l'ordine costituito, evitare i conflitti, e estinguere il debito ancor prima di contrarlo.

La maternità si pone come un *quid novi* mettendo a repentaglio un precedente equilibrio esistenziale. Questo carattere di novità intrinseco alla maternità pone la donna TM di fronte al compito di adattare il proprio modo di essere alla nuova situazione. In questo senso, la maternità fa toccare con mano alla donna TM l'incapacità di modificare il proprio modo di essere, acquistando così un significato di pericolo. La maternità è una minaccia rispetto al rigido ordine esistenziale della donna TM, cioè un pericolo rispetto all'*ordinatezza*. Il momento di rottura è dato dalla distorsione del significato della nascita, che non viene percepita al tempo stesso come compito/dovere e come opportunità/possibilità di sviluppo e auto-realizzazione esistenziale. La ragione di questa distorsione del significato della nascita risiede nella caratteristica del TM detta *intolleranza all'ambiguità*. Non essendo vissuta nella sua autentica complessità, la nascita viene concepita esclusivamente come vincolo caratterizzato da necessità, come imprescindibile compito da adempiere – secondo le leggi dettate dalla *coscienziosità* e dalla *iper/eteronomia* tipiche del TM. Nei casi analizzati da Tellenbach, e anche nei nostri, la condizione della maternità diviene paradigmatica per caratterizzare la situazione pre-melanconica in genere. Essa è contraddistinta dal "divenir predominante dell'abituale inclinazione all'*inclusione* – cioè che il *typus* si rinchiude nei confini del suo *ordo* – ed alla *rimanenza* – cioè che egli stesso si lascia trattenere entro questi confini e rimane indietro rispetto a se stesso" ¹. All'interno di questa modalità tipica di essere meticolose e precise nell'adempiere a tutti i

compiti insiti nei ruoli ricoperti, la maternità rappresenta una situazione di affanno in quanto introduce un nuovo ruolo e un altro carico di responsabilità da dover gestire. Le donne TM si trovano impotenti di fronte alla maternità non riuscendo a coglierla come possibilità di autorealizzazione, ma esclusivamente come evento che richiede di assolvere a altri compiti concepiti in modo rigido ed idealizzato. Questo conflitto tra ruoli "può dispiegare il suo valore patogeno" (Tellenbach, 1961, p. 247)¹. Le elevate pretese nei confronti delle proprie prestazioni relativamente a vecchi e nuovi compiti aprono la strada al fallimento, che rappresenta la via regia per la colpa, cioè il tema caratterizzante la depressione post partum.

Dunque nella maternità per le donne TM si cela un tragico paradosso. Da un lato, la maternità porterebbe a compimento il progetto esistenziale in cui al massimo grado potrebbe incarnarsi l'*ordo* melancolico: la famiglia, cioè la pietra che, nella visione coscienziosa e tendenzialmente tradizionalista del TM, rappresenta l'*architrave dell'ordine sociale*. Dall'altro, nella laboriosa costruzione di quest'*ordo*, e nella sua fragile costituzione, si cela un'insidia terribile: l'incapacità di far funzionare la famiglia sulla base dei propri valori e delle proprie rigide aspettative. La crisi della propria idea di famiglia, dei ruoli sociali che in essa si vorrebbe venissero rispecchiati, della continuità rispetto alle tradizioni ereditate dal nucleo di provenienza; tutto questo prelude allo scempenso melancolico. Tutte queste "cose" da dover tenere in ordine innescano un conflitto nella donna TM tra la tendenza alla precisione e all'esattezza e l'incapacità ad operare. La donna può difficilmente rinunciare all'una come alle altre e rimane sempre più invischiata in una situazione di "disperazione", una situazione caratterizzata dal dubbio, nella quale non è possibile raggiungere una decisione definitiva. Questa stagnazione rappresenta l'anticamera dell'inibizione melanconica e della colpa relativa alla propria inadeguatezza.

Conclusioni

In questo studio pilota condotto su sei casi di depressione post partum descritti da Tellenbach nella sua monografia melanconia e sei ulteriori pazienti dalla nostra casistica abbiamo esplorato l'ipotesi del ruolo patogeno svolto dalla struttura di personalità detta *typus melancholicus* nella patogenesi di forme di depressione maggiore che occorrono nella fase immediatamente successiva al parto.

Dai protocolli clinici abbiamo estratto elementi che ci hanno consentito di diagnosticare le puerpere come contraddistinte da tratti di personalità TM, applicando i criteri da noi altrove estrapolati e definiti, cioè *ordinatezza, coscienziosità, iper-eteronomia, intolleranza all'ambiguità*. Abbiamo altresì analizzato la presentazione clinica del-

la sintomatologia depressiva nel nostro campione che è risultato omogeneo e coerente con quanto previsto da studi sia di natura qualitativa¹ sia di natura quantitativa³. Tali criteri sono il prevalere del sentimento della mancanza di sentimento, l'ideazione di colpa e l'inibizione psicomotoria.

Infine, abbiamo caratterizzato la situazione pre-melanconica, e anch'essa è risultata omogenea nel campione e coerente con quanto previsto da Tellenbach.

Possiamo concludere 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, anche in assenza di anamnesi positiva per episodi depressivi maggiori, e per comprendere i rapporti tra tratti di personalità, caratteristiche dell'evento "maternità" e presentazione dei sintomi.

I limiti maggiori di questo studio sono la casistica esigua e l'assenza di una scala standardizzata per la diagnosi di TM, applicabile in uno studio su un ampio campione di pazienti. Superare questi limiti fa parte della nostra agenda di ricerca.

Bibliografia

- 1 Tellenbach H (1961). *Melanconia*, Il Pensiero Scientifico Editore 1975.
- 2 Stanghellini G, Bertelli M. *Assessing the social behavior of unipolar depressives: the criteria for typus melancholicus*. *Psychopathology* 2006;39:179-96.
- 3 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.
- 4 Kraus A. *Sozialverhalten und psychosen manisch-depressiver*. Stuttgart: Enke 1977.
- 5 Mundt C, Backenstrass M, Kronmueller KT, et al. *Personality and endogenous/major depression: an empirical approach to typus melancholicus. Validation of typus melancholicus core properties by personality inventory scales*. *Psychopathology* 1997;30:130-9.
- 6 Stanghellini G, Mundt C. *Personality and endogenous/major depression: an empirical approach to typus melancholicus. Theoretical issues*. *Psychopathology* 1997;30:119-29.
- 7 Jesse DE, Graham M. *Are you often sad and depressed? Brief measures to identify women at risk for depression in pregnancy*. *MCN Am J Matern Child Nurs* 2005;30:40-5.
- 8 *American Psychiatric Association, DSM-IV-TR (2000)*, tr. it. Milano: Masson 2002.
- 9 Eberhard-Gran M, Tambs K, Opjordsmoen S, et al. *Depression during pregnancy and after delivery: a repeated measurement study*. *Psychosom Obstet Gynecol* 2004;25:15-21.
- 10 Dennis CL, Boyce P. *Further psychometric testing of a brief personality scale to measure vulnerability to postpartum depression*. *Psychosom Obstet Gynecol* 2004;25:305-11.

- ¹¹ Perfetti J, Clark R, Fillmore CM. *Postpartum depression: identification, screening, and treatment*. WMJ 2004;103:56-63.
- ¹² Hall J. *Postnatal emotional wellbeing*. Pract Midwife 2005;8:35-40.
- ¹³ Evans J, Heron J, Francomb SO, et al. *Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth*. BMJ 2001;323:257-60.
- ¹⁴ Milgrom J, Martin PR, Negri LM. *Depressione post natale*. Trento: Erickson 2003.
- ¹⁵ Williamson V, McCutcheon H. *Postnatal depression: a review of current literature*. Aust J Midwifery 2004;17:11-6.
- ¹⁶ Goodman JH. *Postpartum depression beyond the early postpartum period*. Psychosom Obstet Gynecol 2004;33:410-20.
- ¹⁷ Tatossian A. *Phénoménologie des Psychoses*. Paris: Masson 1979.
- ¹⁸ Stanghellini G, Raballo A. *Exploring the margins of the bipolar spectrum: temperamental features of the typus melancholicus*. J Affect Disord 2007;100:13-21.
- ¹⁹ Stanghellini G. *Psicopatologia del senso comune*. Milano: Raffaello Cortina Editore 2008.