

Alessandra Ambrosini¹
Giovanni Stanghellini¹
Álvaro I. Langer²

El Typus melancholicus de Tellenbach en la actualidad: una revisión sobre la personalidad premórbida vulnerable a la melancolía

¹Departamento de Ciencias Biomédicas
Universidad "G. D'Annunzio"
Chieti, Italia

²Departamento de Personalidad
Evaluación y Tratamiento Psicológico
Universidad de Almería
España

El concepto de Typus Melancholicus (TM) fue desarrollado por Tellenbach para describir la personalidad pre-mórbida e inter-mórbida vulnerable a la depresión endógena. En la primera parte de este artículo se propone describir los principios básicos de la teoría de Tellenbach – el método, el concepto de *endon*, de *rítmico*, de *situación*, de *remanencia*, de *includencia* y de *desesperación*. Posteriormente se presenta una descripción sistemática de los rasgos de la personalidad pre-mórbida-*ordenalidad*, *concienciosidad*, *hiper/heteronomía* e *intolerancia a la ambigüedad*. Para destacar la forma típica como se enlaza la condición pre-mórbida con la melancolía, se presentan dos casos clínicos, uno de Tellenbach y otro de nuestra práctica clínica. Además, se propone una revisión de la literatura científica del trabajo de Tellenbach en la actualidad. Finalmente se discute la importancia clínica del constructo del TM.

Palabras Clave:
Typus Melancholicus, Personalidad pre-mórbida, Melancolía, Depresión Mayor

Actas Esp Psiquiatr 2011;39(5):302-11

Typus melancholicus from tellenbach up to the present day: a review about the premorbid personality vulnerable to melancholia

The concept of Typus Melancholicus (TM) was shaped by Tellenbach to describe the premorbid and intermorbid personality vulnerable to endogenous depression. The first part of this paper aims to point out the basic principles of Tellenbach's theory – the method, the concept of *endon*, of *rhythmic*, of *situation*, of *rimanence*, of *includence* and of *despair*. Then, we present a systematic description of the premorbid personality features – *orderliness*, *conscientiousness*, *hyper/heteronomia* and *intolerance of ambiguity*. Furthermore, we present two

clinical cases, one from Tellenbach and the other from our clinical practice to underline the typical way which links the premorbid condition to melancholia. Also, we propose a review of the scientific literature from Tellenbach's work to the present day. Finally, we discuss the clinical importance of the TM construct.

Key-words:
Typus Melancholicus, Premorbid personality, Melancholia, Major Depression

I Los principios de la teoría de Tellenbach

El concepto de Typus Melancholicus (TM) nace del trabajo del psiquiatra alemán Hubertus Tellenbach (1914-1994). A través de la catamnesis de 119 pacientes melancólicos hospitalizados en la clínica Universitaria de Heidelberg, identificó aquellas características de personalidad como rasgos fundamentales, distintivos o constitutivos que caracterizan un determinado modo de ser que gravita en torno a la posibilidad de desarrollar una Depresión Mayor (Melancolía). El trabajo de Tellenbach es fundamental para aclarar la relación entre la personalidad premórbida, entendida como una pre-condición para la descompensación psicótica y la depresión endógena. Según el autor, el conjunto significativo de características premórbidas constituyen una estructura de personalidad, es decir, una impronta estable y reconocible a través de la cual se expresa la vulnerabilidad a la enfermedad.

Tellenbach afirma que el análisis de sus pacientes se basa en un método "empírico-fenomenológico". "Empírico" dado que basa su análisis en la descripción de la experiencia y comportamiento de sus pacientes. "Fenomenológico" porque considera estos fenómenos como manifestaciones del modo de relacionarse con el mundo y consigo mismo. Su intento es comprender el *qué* caracteriza la personalidad premórbida y el *cómo*, es decir, la vía que lleva al TM a la depresión endógena (melancolía). El estudio de Tellenbach se focaliza en la investigación de las propiedades esenciales que pertenecen al sustrato endógeno y como éstas se agragan formando una estructura estable y reconocible.

Correspondencia:
Alessandra Ambrosini
Viale Amendola, 87
66100 Chieti (CH) Italy.
Tel: 338 2809744
Correo electrónico: alessandra.ambrosini@tiscali.it

En la base de la teoría de Tellenbach hay una visión global del hombre en continuo e imprescindible relación con el mundo y una particular atención acerca de las "formas esenciales de la condición humana" y más específicamente, la "forma esencial del ser melancólico". Esta visión global de la existencia humana remite al concepto de *endon* como modo de conexión entre lo psíquico y somático, y entre la persona y el mundo. Según el autor, lo endógeno es comparable a la *natura/physis* de los Griegos y viene a indicar la impronta básica previa a la formación de la personalidad, podríamos decir, su estructura. En esta óptica lo endógeno no es considerado sólo en relación a la esfera somática o psíquica, sino que las comprende en una concepción global del hombre en su relación con el mundo. Todo ello se encuentra directamente relacionado al devenir rítmico de la vida, esto es, a la normal tendencia del hombre a ajustarse y sincronizar el bioritmo propio (sueño, vigilia...) con aquello que es del propio mundo.

En situaciones normales lo *Rítmico (Rhythmisch)* se entiende como una forma fundamental del fluir de la vida, que se expresa en algunas de las características del comportamiento humano y es entendido por Tellenbach como una periodicidad endo-cosmo-genética. Esta periodicidad -ciclos anuales, mensuales, ritmo circadiano- son considerados organizadores fundamentales de la vida del hombre. El ritmo no es una reacción pasiva a la influencia ambiental, por el contrario, es el indicador de una natural tendencia a la sincronización del hombre con su mundo. La lentitud y la velocidad de un ritmo contribuyen, ambos, a la armonía del movimiento y son el resultado de una capacidad de control y medida interior; ambos representarían la normalidad y serían las características del movimiento. En la enfermedad, la medida y el ritmo parecen ausentes; la rapidez -entendida como ritmo veloz - puede ser remplazada por la agitación y la lentitud por el retardo. El acuerdo entre el ritmo subjetivo y objetivo definen un estado de armonía. La melancolía puede ser considerada una patología endógena por cuanto que viene a romper tal estado armónico. La melancolía esta ligada a la transformación del movimiento de la vida y más específicamente a la inhibición del transcurrir del tiempo interior y a una pérdida de terreno respecto al fluir del mundo. Esta transformación se traduce en una modificación del ritmo en todas sus manifestaciones: el humor, los impulsos y las motivaciones.

Las Características de la personalidad premórbida: el Typus Melancholicus

En la tradición psicopatológica europea y japonesa, el TM es considerado el constructo que describe con mayor precisión la personalidad pre-mórbida vulnerable a la melancolía. Para formular un discurso sobre la vulnerabilidad en la depresión, es necesario precisar qué se entiende, en este estudio, por "estructura de personalidad" y en qué

se diferencia dicho concepto respecto a la personalidad *per se*.

En general, el concepto de personalidad puede ser entendido como aquel conjunto relativamente homogéneo de pensamientos, costumbres, valores y comportamientos que integrados, constituyen el núcleo en el que se funda el ser y hacer.

Tellenbach señala el TM como una estructura de personalidad evidenciando dos puntos fundamentales: a) indica un conjunto significativo de características estables; b) estas características constituyen el núcleo en torno al cual se organiza la vulnerabilidad a la enfermedad. Además de la impronta genética, que es fundamental en el análisis del curso que interconecta la personalidad pre-mórbida, inter-mórbida y mórbida, se destacaría el rol que los valores tienen como ordenadores del significado de la propia existencia. De hecho, los valores, son actitudes que vienen a regular las acciones significativas de la persona, articulándose en conceptos que no se originan a partir de la actividad racional sino en la esfera de los sentimientos; son organizados según una constitución ontológica, es decir, de un cierto tipo de relación que la persona tiene consigo misma, con los otros y con el mundo.

Dadas estas características, los valores estructuran una visión del mundo que establecen asunciones sobre lo que es justo y lo que es importante. En este sentido, se puede afirmar, que en el caso del TM, se evidencia como en el estilo de vida y en la estructura de valores de la persona está ya inscrito el germen de la propia descompensación¹.

En la literatura el concepto de personalidad pre-mórbida vulnerable a la depresión es utilizada con diversas acepciones -como una expresión atenuada de un trastorno afectivo, como variable personalológica con funciones patoplásticas en el desarrollo de la sintomatología depresiva o como resultado de recurrentes episodios depresivos-. En el caso específico del TM, la personalidad es considerada un factor predisponente al desarrollo de un episodio de depresión mayor en el sentido patogenético².

Según Tellenbach, las características que emergen en primer plano como típicas de la estructura de personalidad TM, son: *Ordenalidad (Ordentlichkeit)* y *Concienciosidad (Gewissenhaftigkeit)*.

La *ordenalidad* se define como una versión acentuada de orden particularmente evidente en el campo de las relaciones interpersonales. El re-iniciar y el ordenar del TM tiene que ver esencialmente con las relaciones con los demás; se manifiesta sobre todo en el ambiente doméstico y laboral y su función es mantener la atmósfera circundante ausente de posibles conflictos, que puedan conllevar sentimientos de culpa. El TM encarna el prototipo de la sobre-solicitud; a

través de su modo de ser para con el otro, intenta anticipar cualquier posibilidad de quedar en deuda.

Un paradigma de este funcionamiento se tendría en la siguiente afirmación de una paciente: *"cuando alguien me ayuda yo me siento culpable. Si alguien me ayuda después debería olvidar haberlo hecho. No puedo pensar en tener que darle las gracias"*. Su mera existencia no puede dar satisfacción a nadie; así, el ser amado es un derecho que se adquiere. Los melancólicos no conocen el puro y simple hecho de estar con el otro. Su intersubjetividad no prevé el placer implícito de *estar-junto-al otro*. Ocupar un puesto en el espacio físico o relacional es un derecho a conquistar, a ganar con esfuerzo y empeño en un régimen de rígida meritocracia. De hecho, no está contemplado un intercambio gratuito sin la obligación de devolver; su sentido de "justicia" lo reduce a un círculo de *do ut des* en que el melancólico siempre queda en desventaja, un paso por detrás.

El exagerado sentido del orden se complementa con otro rasgo fundamental: una elevada demanda por encima de la media de sus propias posibilidades³. El melancólico quiere cumplir muchas obligaciones y lo quiere de una forma regular y estable.

La necesidad de aferrarse al propio orden controlable y predecible garantiza el estado de bienestar y lo defiende de potenciales amenazas del mundo circundante, de lo indefinido, lo intangible y lo incontrolable. El refugiarse dentro de los límites de su orden es una forma de asignarse un lugar, un espacio delimitado y circunscrito dentro del cual el melancólico siente que puede ejercitar su propia "autonomía".

La *concienciosidad* se manifiesta con la necesidad de prevenir la atribución y el sentimiento de culpa. El comportamiento del TM está motivado para buscar la aceptación del otro. No se basa en su criterio personal, sino en la expectativa social. Cada gesto es un tributo que debe dar a la existencia, una necesidad que lo proteja de cada posibilidad de pérdida. La pregunta que se esconde tras cada acción del TM es: "¿Qué sería justo hacer en esta situación?", "¿Qué esperan los otros que yo haga en esta situación?". Este es el modo en que intenta tener la conciencia escrupulosamente limpia y protegerse de cualquier sentimiento de culpa; es fundamental no ser culpado por el otro. Para preservar la armonía interior cada cosa debe ocupar un lugar dictado dentro un orden pre-establecido. De hecho, la *concienciosidad* es la expresión de un orden interno fundado sobre un rigor excesivo, de una sensibilidad extraordinariamente acentuada en la gestión de las relaciones personales y materiales. La idea que el TM tiene de su orden no prevé excepciones, en cuanto que no está abierto a una adaptación flexible de acuerdo a las circunstancias. Dado que tarde o temprano lo imprevisto se manifiesta en la escena de la existencia, la absoluta refractariedad del TM a confrontarse con algo no previsto en sus esquemas, genera una brecha muy importante

de vulnerabilidad. De hecho, la composición precisa de cada elemento de este orden no garantiza la deseada armonía, dado que la constricción entre los rígidos límites, excluye la trascendencia necesaria para alcanzar un equilibrio más elevado. Es como si el TM hubiese adquirido un tiempo para todo, un orden impersonal que excluye el margen de libertad necesario para gestionar la relación con el mundo, de manera subjetiva.

Alfred Kraus, pupilo de Tellenbach, identifica otras dos características de esta configuración antropológica, focalizándose en el modo de ser social de estas existencias: *Hiper/heteronomía (Hyper/heteronomie)* e *Intolerancia a la Ambigüedad (Ambiguitätsintoleranz)*. Kraus analiza el TM a la luz de la teoría de roles sociales⁴ y pone en relieve la adhesión incondicionada a los roles preestablecidos y reconocidos socialmente.

Para encuadrar el modo típico del ser social del TM, Kraus se refiere a la dialéctica entre identidad de rol e identidad del ego. La identidad de rol es la que cada uno tiene que asumir sobre la base de su propia función social, la identidad egoica es la auto-determinación de la personalidad, lo que el hombre es más allá de su simple y llana identificación con el rol. La toma de distancia del rol es una operación necesaria para conservar la articulación de sí mismo como persona y no como un simple agente del propio rol. Esto significa que una persona puede preservar un sentido de continuidad de su biografía, reconocerse a pesar de las transformaciones y no convertirse un extraño a sí mismo⁵.

La dialéctica entre la identidad del rol e identidad egoica no está presente en el TM, en cuanto que no es capaz de trascender las normas socialmente establecidas, dando vida a una interpretación subjetiva de sí mismo, del otro y del mundo. El TM intenta continuamente la confirmación externa de su propia identidad a través un *modus operandi* que Kraus define como hiper/hetero-nomia. La *hipernomia* consiste en una adaptación excesivamente rígida a la norma, donde el aspecto excesivo viene dado por la aplicación indiscriminada y estereotipada de la norma, no ligada al contexto. La otra faceta de esta incapacidad de monitorear la situación de un modo autónomo y personal es constituida por la *heteronomía*, una recepción exagerada de la norma externa por la cual cada acción es guiada por una motivación impersonal, referida a los criterios socialmente establecidos.

La necesidad de encuadrarse a sí mismo en el interior de una identidad rígida, obliga a realizar una tipificación de los otros reducida a su prototipo, lo que significará, en un sentido simplificado, que no se prevé la coexistencia de características opuestas respecto a un mismo objeto, persona o relación. La *intolerancia a la ambigüedad* permite al TM vivir sólo situaciones sociales que confirmen la imagen preestablecida de sí mismo y de los otros. Ésto compromete la capacidad de mantener relaciones interpersonales auténticas y de contem-

plar situaciones que presupongan el reconocimiento de una complejidad emotiva. El TM no es capaz de percibir la individualidad propia y de los otros (*idioagnosia*), dado que el prototipo ejemplar absorbe completamente su atención. En este sentido, su intersubjetividad está mutilada, en cuanto privada de las implicaciones emotivas relativas al reconocimiento de la propia subjetividad y la del otro. De hecho, relacionándose con el otro sólo a través de su rol, el TM no responde a la necesidad, a los deseos y sentimientos individuales; sólo responde a aquello directamente derivable de la identidad social. Aparentemente el TM es extremadamente atento con los otros, se anticipa a la necesidades y trabaja intensamente para satisfacer al otro, pero en realidad su disponibilidad altruista no es dirigida a una persona de carne y hueso, más bien está destinada a mantener el equilibrio social. La suya es una empatía "impersonal", fundada sobre el esfuerzo de sintonizarse con el otro en cuanto actor social, que se mueve siguiendo las reglas y normas predeterminadas⁶.

Entre los autores de la tradición psicopatológica japonesa, la contribución de Shimoda⁷ parece ser de notable importancia para evidenciar otro aspecto de la personalidad TM: la "inmobilitimía", que indicaría la tendencia a aferrarse a un determinado humor, y por lo tanto a determinados modos de ser y hacer. Esta característica, según el autor, sería típica de la estructura con tendencia al desarrollo de patologías maniaco-depresivas, representando una estrategia funcional para prevenir la descompensación maniaca o depresiva. Shimoda caracteriza a estas personas como diligentes, honestas, escrupulosas y eficientes.

Se indica a continuación (Tabla 1) una versión operativa de los criterios para la definición de la personalidad TM tomada del estudio de la validación de la entrevista semi-estructurada CTM (Criterios para el typus melancholicus⁸).

El concepto de Situación (Situation)

El concepto de *situación* es central en la teoría de Tellenbach e indica un peculiar modo de la persona de vivir la relación con el propio mundo en un interminable intercambio recíproco. No se trata de la simple relación entre los eventos de la vida y el sujeto que está llamado a gestionarlos, más bien es un legado imprescindible que ve al hombre vinculado/ligado (*engagé*⁹) en una relación de peculiar interdependencia con el propio contexto.

En esta óptica, la *situación* no es un modo en el que el ambiente circundante constituye un medio en el que se desarrollan eventos que prevén una respuesta de parte del hombre, ni tampoco es un modo de pensar en el hombre como capaz de producir situaciones. La situación no puede ser creada del ambiente circundante o del individuo. Es considerada una sección del contexto Yo-Mundo en un constante modelamiento de esta relación. Por lo tanto, el evento

y la persona se reflejan recíprocamente en la situación. Así, el TM tiende a situarse dentro de relaciones típicas y a encontrar situaciones que lo caracterizan³.

Como norma los eventos vienen a ser considerados como estímulos que se originan externamente a la persona y en una supuesta objetividad de meros acontecimientos. No obstante, en el intento de sistematizar tal visión subdividiendo los *life events* en independientes vs dependientes y controlables vs incontrolables por parte del sujeto, no se ha modificado la estructura sustancialmente mecanicista del paradigma, subyaciendo una lógica implícita de tipo principalmente causal y poco sensible a comprender la relación entre la historia personal y la cualidad específica del evento para la persona. Lo que se está ignorando es el significado personal del evento, es decir, el valor de su propia experiencia⁹.

Otro elemento crucial que a menudo queda en segundo plano es el rol activo de la persona en la constitución del evento. Tatossian¹⁰ observa que el TM no encuentra las situaciones constituidas como suyas y correspondientes a su especificidad; dado que el vivir humano es por naturaleza un "situacionar-se" (*situationner, situieren*) se puede decir que el ser humano no encuentra los ecos de sí misma en los acontecimientos que el "eventifica" (*eventifie*), - lo que no quiere decir que él los cree a su propia forma o modo.

El concepto de situación, ilumina un ulterior aspecto de la relación entre el evento y la persona, en el sentido que cada persona puede teóricamente encontrar cualquier tipo de evento, no obstante, tiende a ir al encuentro de las situaciones que lo caracterizan. El modo de ser de una persona, su configuración antropológica, su modo de entender la vida y de plantear las relaciones con el otro, la jerarquía de sus prioridades y de sus valores, lo conducen a tener relaciones típicas para esa persona. En el caso del TM, éste se mueve desde su estructura de valores caracterizada por el *ordenalidad* y la *concienciosidad*. El TM muestra una alta sensibilidad interpersonal y no juzga el propio comportamiento sobre la base de criterios personales, sino sobre la base de los estándares sociales. Desde el momento en el que el objetivo principal del TM es la deseabilidad social, éste intenta persistentemente satisfacer las expectativas y las necesidades de los otros, incluso antes de que éstas sean expresadas. Esta doble vía ética conduce recurrentemente al TM a aproximarse a situaciones caracterizadas por las constelaciones de *Includencia (Inkludenz)* y *Remanencia (Remanenz)*^{9, 11}.

La noción de *situación* evidencia tanto el rol activo en el sentido que la persona concurre activamente a crear la situación, como el rol pasivo en el sentido que no hay ninguna intención o voluntad de crear la situación en sí misma por parte de la persona, o no poder hacerlo de otro modo. A través de esta situación la persona palpa su propia incapacidad de ser de otra forma.

Tabla 1	Criterios operativos para el typus melancholicus basados en la CTM
Ordenalidad	<p>Fijación en la armonía de las relaciones interpersonales.</p> <p><i>Afirmaciones típicas</i></p> <p>"Mi felicidad depende de la felicidad de aquellos que me rodean".</p> <p>"No soy capaz de expresar mi desacuerdo con los demás".</p> <p>"Sacrificaría mi carrera si entrase en conflicto con la armonía de mi familia".</p> <p>"Hago siempre lo posible para contentar a todos y no desagradar a nadie".</p>
Concienciosidad	<p>Necesidad de prevenir los sentimientos y atribuciones de culpa.</p> <p><i>Afirmaciones típicas</i></p> <p>"Lo más importante para mí es tener una conciencia limpia".</p> <p>"Si discuto con alguien, después me siento culpable".</p> <p>"Cuando he hecho algo equivocado, me vuelve continuamente a la mente".</p> <p>"Para evitar la crítica, hago mi trabajo y si es necesario también el de los demás".</p>
Hiper/Heteronomía	<p>Exagerada adaptación a la regla y exagerada receptividad de una norma externa.</p> <p><i>Afirmaciones típicas</i></p> <p>"Cuando hago algo, debo hacerlo siempre en modo preciso y perfecto".</p> <p>"Primero el deber".</p> <p>"Al tomar una decisión busco siempre captar lo que los demás preferían que hiciese".</p> <p>"Me siento en serios problemas cuando no puedo hacer lo que los demás esperan de mí".</p>
Intolerancia a la ambigüedad	<p>Incapacidad de percibir emotivamente y cognitivamente características opuestas en relación a un mismo objeto, persona o situación.</p> <p><i>Afirmaciones típicas</i></p> <p>"Me molesta cuando las personas con las que voy a hacer algo cambian de idea".</p> <p>"Me siento muy mal cuando alguien que me estima se comporta de un modo extraño conmigo".</p> <p>"Una persona buena es buena a todos los efectos".</p> <p>"Para mí es muy difícil adaptarme a una nueva situación".</p>

La fase pre-melancólica: inludencia, remanencia y desesperación (Verzweiflung)

A continuación se exponen uno de los seis casos clínicos de Depresión post-parto reportada por Tellenbach en su monografía "Melancolía" de 1961 y el caso de una paciente de nuestra práctica clínica con el mismo diagnóstico, con el objetivo de evidenciar las características de la fase pre-melancólica, específicamente de los tres momentos *-inludencia, remanencia y desesperación-* y expresar de forma más clara y comprensible la vía que une la personalidad premórbida, la fase pre-melancólica y la melancolía.

Caso n. 2 (3, Caso 2, p. 115-116).

La paciente Ilse St. declara haber sido sometida a una precisión excesiva desde que ella recuerda. Si se hubiera hecho una excepción, esto le hubiera puesto inquieta y hubiera estado descontenta de sí misma. Había heredado este afán por el orden de su madre, que era una mujer diligente y ordenada. Esta cualidad era aprobada por el padre. En ella había paz si las cosas pasaban como estaban previstas, pero se inquietaba si algo salía diferente a lo previsto.

Cuando acabó la escuela, la paciente, fue preparada

para el trabajo de secretaria. Esta profesión siempre le había gustado, sobre todo porque era un trabajo que necesitaba de extrema precisión. Había realizado esta actividad profesional con el mismo cuidado con el que había llevado su hogar.

Inicialmente había sido capaz de satisfacer las dos actividades, pero tuvo que renunciar a la oficina debido a los cuidados que debía dispensar a su madre, enferma de gravedad. Tiempo después, la madre murió y justo después se quedó embarazada. Se sentía bien y difícilmente se obligaba a imponer limitaciones; deseaba muchísimo al niño.

Al cuarto mes empezaron por primera vez las manifestaciones obsesivas. Debía encontrar siempre alguna cosa que hacer en el armario de la ropa. Aunque sabía que allí nada se tocaba, buscaba colocar cada cosa en un lugar preciso y que fuera exactamente ése. Al final no podía liberarse de este trabajo y no podía pasar a otros sin que el pensamiento del armario la persiguiera. Con el tiempo esta manía del orden se extendió también a otros campos: a todo lo que tuviera relación con la limpieza y la cocina.

Se abandonó a sí misma, Cada vez el trastorno se hacía más marcado. En el séptimo mes aparecieron otros tra-

stornos, sobre todo del sueño. Después de dormirse sin dificultad, a las cuatro de la madrugada estaba ya despierta. Los impulsos obsesivos se manifestaron de una forma más clara. Poco a poco por la mañana se había establecido tal inhibición, que difícilmente era capaz de hacer algo. Esta situación había sido particularmente penosa, por una parte tenía el impulso constante de trabajar al máximo con mayor precisión, pero por otra, la inhibición le obstaculizaba el camino. Iba de mal en peor. Cuando entró en la clínica para el parto, las alteraciones desaparecieron lentamente para reaparecer y aumentar cuando volvió a casa.

Apareció de nuevo la angustia: "no puedo más, no estoy a la altura". Al final no tenía la suficiente fuerza para empezar nuevos trabajos. "Soy demasiado exigente, necesito demasiado tiempo y siempre he sido así; ésto era para mí terriblemente penoso". Ella "no era culpable de nada"; pero "yo me sentía culpable por el hecho de que no podía cumplir con mi trabajo". Después de varios intentos serios de suicidio la paciente fue internada.

Caso A (de nuestra práctica clínica)

A. es una mujer de 25 años. Durante la primera visita afirma tener fuertes dolores de cabeza y pecho, de sentir ruidos y zumbidos en la cabeza, de estar siempre cansada pero no poder descansar, de tener miedo porque no se siente capaz de cuidar a su hija. *"Puedo hacer todo menos descansar. Siempre he sido así. Desde que era pequeña tenía que estar haciendo algo".* Además: *"por la mañana limpio todo rápidamente, porque pienso que me puede pasar algo. Así si me pasa algo está todo listo. Cuando me ayuda alguien me siento culpable. Si alguien me ayuda después debería olvidar que lo ha hecho. No quiero tener que agradecer nada. Lo hago todo sola".* Continúa afirmando: *"hago todo porque lo tengo que hacer, es así como se hacen las cosas. Si no puedo organizar el día me pongo nerviosa. Si el programa planificado para la mañana no puede ser cumplido me siento angustiada y debo intentar recuperar el tiempo perdido. Yo tengo muchas cosas que hacer y no puedo pensar en renunciar a llevar a cabo cualquiera de estas cosas o de no hacerlo en una forma exacta. Cuando me siento muy sobrecargada de tareas no sé por donde empezar, no puedo establecer una prioridad. Me siento bloqueada frente a todo lo que tengo que hacer sin poder terminar ninguna tarea".* Esta existencia ordenada dice que ha entrado en crisis con la maternidad: *"ayer, por ejemplo, me dormí mientras le daba el pecho. Me desvelé a las cuatro de la madrugada y me dí cuenta de haber dormido durante todo ese tiempo. Estaba muy enfadada porque debía haber planchado, y hacer muchas cosas. No sé como estar atenta a todas las cosas, me siento incapaz de hacer nada, no me reconozco a mí misma."*

La situación pre-melancólica parece ser la articulación crucial para comprender el vínculo que se da entre la estruc-

tura de personalidad TM y la melancolía. En esta fase se da el encuentro entre una situación existencial y una determinada estructura de personalidad, lo que contribuye a constituir la situación patógena. Tellenbach afirma que la situación pre-melancólica se caracteriza por un aumento constante de las tareas pre-establecidas, lo que crea una sobrecarga respecto a la capacidad del TM de preservar el orden pre-establecido. En tales condiciones el TM no es capaz de establecer una jerarquía de prioridades, no es capaz de discriminar qué puede ser dejado de lado momentáneamente o postergado.

Se distinguen dos momentos en la fase pre-melancólica. El primero se caracteriza por la presencia de la *constelación de inclusión y remanencia*. Más allá de este recorrido, se llega al segundo momento llamado *desesperación*, caracterizado por una radical transformación entre el sí mismo y el mundo.

La *constelación de la inclusión* indica una auto-contradicción que ve al TM contemporáneamente en el extremo intento de mantener su orden y en la necesidad de superarlo excediendo los propios límites. Este es el momento en el que lo indeseado se manifiesta y se impone en la existencia para así desestabilizar el meticuloso y ordenado proceder típico del TM (²; p. 181, 192).

En palabras de la paciente de Tellenbach: *"soy muy ordenada, necesito mucho tiempo, siempre he sido así; esto era para mí terriblemente penoso".* Así como en el relato de nuestra paciente: *"Si no puedo organizar el día me pongo nerviosa. Si los programas planificados para la mañana no pueden ser cumplidos me siento angustiada y debo intentar recuperar el tiempo perdido".* Es evidente la angustia relacionada con una posible modificación en el orden de las cosas.

La otra constelación es la de *remanencia* que se caracteriza por el peligro de quedar atrás respecto a sus propias expectativas y la emergencia del *deber*. El TM se caracteriza por la tendencia paradójica a cancelar anticipadamente eventuales deudas. Cuando se encuentra con lo inesperado y el azar y los imprevistos que rompen los esquemas, puede precipitarse la crisis melancólica. Nuestra paciente lo expresa del siguiente modo: *"por la mañana limpio todo rápidamente, porque pienso que me puede pasar algo. Así, si me pasa algo está todo listo".* Tellenbach describe así a su paciente: *Ella no se había "nunca mostrado culpable de algo"; pero "yo me sentía culpable por el hecho de que no podía cumplir con mi trabajo".*

Las dos constelaciones se manifiestan siempre en la situación pre-melancólica pero son poco evidentes hasta que no se entra en la fase melancólica. El puente que une la fase pre-melancólica a la melancólica se denomina *desesperación*. El concepto de "desesperación" no es traducible, ya sea como desesperanza (hopelessness) o desamparo (helplessness)¹¹. Este concepto no indica, de hecho, ni la pérdida de la esperanza,

ni el sentirse privado de concretar la posibilidad de ser ayudado. Más bien, con el término desesperación se indica "un ir y venir" hacia posibilidades de las cuales ninguna resulta ser alcanzable. En la desesperación se manifiesta de este modo una disonancia cognitiva¹² y, en particular, la incapacidad de establecer prioridades. Aquello que antes tenía un orden (uno después del otro) se presenta en la necesidad de la contemporaneidad la cual se torna inaccesible al devenir de la existencia. Tellenbach describe (relata) así la experiencia de su paciente *"Esta situación había sido particularmente penosa, de una parte tenía el impulso constante de trabajar al máximo con una mayor precisión, pero por otra parte la inhibición le obstaculizaba el camino"* y nuestra paciente afirma: *"No sé como estar atenta a todas las cosas, me siento incapaz de hacer nada, no me reconozco a mí misma"*.

Aquí el concepto de desesperación no debe ser entendido como un estado sin esperanza, más bien como una oscilación pendular, de modo que no es reducible a una decisión definitiva. La persona que se desespera se encuentra suspendida ante las posibilidades todavía no reales, teniendo la intención de ser contemporáneamente en dos lugares³. Este es el momento donde se inicia la melancolía.

La desesperación pre-melancólica parece ser la vía mediante la cual el TM accede al estancamiento y al bloqueo psicomotor a causa de su incapacidad de alcanzar un compromiso consigo mismo y con el mundo.

La descripción de las características clínicas de la depresión a las que se enfrentan estos pacientes está fuera del alcance de este trabajo, que en su lugar se centra sobre una temática -la situación pre-melancólica- que por lo general no se aborda ni en la nosografía ni en la descripción psicopatológica del síndrome depresivo. En la tabla 3 indicamos esquemáticamente las características clínicas típicas de la depresión mayor, denominada «melancolía», es decir, aquella forma de depresión que se asocia con la personalidad TM, como pronosticara Tellenbach³ y confirmado en sucesivos estudios empíricos¹³⁻¹⁵.

En la tabla 2 se presenta una versión operativa de la situación pre-melancólica con la intención de traducir la terminología psicopatológica en un lenguaje más actual y utilizable en la práctica clínica.

El TM HOY

A partir de la contribución de Tellenbach en el TM se han desarrollado una serie de investigaciones dirigidas en dos direcciones: una de carácter más teórico^{1, 11, 16-18} y otra de orientación empírica^{2, 8, 13, 14, 18-35}.

Alfred Kraus es posiblemente el autor que más se ha ocupado de profundizar sobre las características de la per-

sonalidad pre-mórbida^{5, 16, 36-39} y sobre la peculiaridad psicopatológica de la melancolía⁴⁰⁻⁴². Uno de los trabajos más importantes de este autor está relacionado con la definición de la peculiaridad del constructo TM respecto al comportamiento anancástico⁵; especifica que, mientras que en el caso del trastorno obsesivo hay una orientación con el estándar individual que se mantiene a través de acciones y pensamientos egodistónicos que asumen significados simbólicos y mágicos, el TM basa su comportamiento sobre las expectativas sociales y su modo de reacción es egosintónico.

Otros autores como von Zerssen y Mundt han hecho trabajos principalmente empíricos intentando, delinear y delimitar de un modo más preciso la especificidad de este constructo y de diseñar un test para el diagnóstico de la personalidad de TM. Una situación análoga se puede encontrar en Japón donde se creó el primer test autoaplicado para el TM en el 1984, trabajo dirigido por Kasahara, así, como una serie de otros estudios con muestra no clínica^{29, 35}.

Introduciendo en la base de datos *Web of Knowledge* las palabras claves "tipus melancholicus" y "personalidad pre-mórbida vulnerable a la depresión" hemos encontrado 23 artículos desde 1992 hasta la fecha. Entre éstos, sólo uno es un trabajo teórico que se ocupa de definir con precisión las características nucleares del TM y clarificar el significado que el concepto de personalidad vulnerable a la melancolía asume respecto este constructo. Los 22 artículos restantes se han ocupado de:

- Validar un test auto-aplicado para el diagnóstico de TM³⁴ y una entrevista semi-estructurada⁸
- Verificar la relación entre diversos test validados para el TM^{23, 28, 31, 34}
- Estudiar la relación entre el trastorno de personalidad según la clasificación DSM de la personalidad TM^{18, 23}
- Analizar la relación entre la personalidad TM y el desarrollo de la sintomatología depresiva^{14, 24}
- Profundizar en la relación entre personalidad TM y el trastorno maniaco-depresivo^{26, 27, 43}
- Indagar aspectos de la personalidad pre-mórbida TM y la esquizofrenia⁴⁴
- Analizar la noción de estructura de personalidad TM en relación a la teoría de los cinco factores de personalidad apoyando la hipótesis de que el TM sea una constelación de rasgos, es decir un conjunto de características no estables en el tiempo que pueden encontrarse en conjunto^{31, 34}
- Examinar la relación entre los progenitores con anamnesis de depresión mayor e hijos con personalidad pre-mórbida TM^{27, 32}
- Profundizar la relación entre TM y temperamento afectivo^{15, 33, 35}

Tabla 2	Versión operativa de la situación pre-melancólica ³
Constelación de Includencia	Indica una autocontradicción del TM, empeñado en el tentativo de mantener inmutado su orden; no obstante, siente la necesidad de superarlo, modificando sus propios objetivos en relación a una nueva situación.
Constelación de remanencia	Se caracteriza por la imposibilidad de llevar a término los propios deberes y por ello sentirse en deuda consigo mismo y con los demás.
Situación de desesperación	Indica el sentirse empujado a través de objetivos entre ellos incompatibles o total-mente exorbitantes, que conducen a la inhibición psicomotora.

Tabla 3	Características clínicas típicas de la Depresión Mayor "Melancólica" ¹⁴
Anestesia afectiva	El paciente se lamenta de una pérdida de la capacidad de resonancia afectiva, de un voto afectivo.
Delirio de culpa	El paciente está convencido de haber transgredido las leyes o de traicionar la fe de alguien, de haber infringido los mandamientos de Dios o de una instancia moral superior.
Pérdida de la energía vital	Sensación de disminución de vitalidad, de frescura, de integridad física y psíquica, de fuerza, de vivacidad; sensación de cansancio (abatimiento), de debilidad, de fatiga, de malestar físico.

- Valorar la tendencia del paciente melancólico a conseguir altos estándares de eficiencia respecto al cambio de valores sociales desde 1950 al 1990⁴⁵
- Verificar la relación entre TM y depresión post parto⁴⁶
- Analizar en población no clínica la presencia de la personalidad TM²⁸, estudiando los patrones comportamentales asociados²² y verificar la hipótesis de la relación entre determinado tipo de temperamento y la estructura de personalidad TM pudiendo ser considerado un modelo predictivo del desarrollo de un trastorno de depresión mayor³⁵.

UN EJEMPLO DE LA APLICACIÓN CLÍNICA DEL CONSTRUCTO TM

En un reciente estudio⁴⁶ se ha explorado la hipótesis del rol patógeno de la estructura de personalidad TM en la patogénesis de una forma de depresión mayor que ocurre en la fase inmediatamente sucesiva al parto.

La existencia de las pacientes analizadas por Tellenbach en la primera mitad del siglo pasado en Alemania, como nuestra paciente, son caracterizadas por una "inquieta preocupación" de quedarse atrás en relación a sus obligaciones y a los eventos de la vida y aquello que esperan de ella misma^{3, 46}. Este modo de ser hacia el mundo está referido

al tipo de existencia del TM caracterizado por: *ordenalidad, concienziosidad, hiper-heteronomía e intolerancia a la ambigüedad*. Sobre estos puntos cardinales gira la existencia del TM, que tendría como aspiraciones el mantener eternamente el radio limitado y seguro de una vida que intenta neutralizar lo nuevo, preservar el orden constituido, evitar el conflicto y extinguir la deuda antes de contraerla.

Incluso después de varias décadas y culturas diferentes, para estas mujeres la maternidad parece ser un *quid novi* que pone en peligro un equilibrio existencial precedente. Este carácter de novedad intrínseco a la maternidad pone a la mujer TM frente a la tarea de adaptar el propio modo de ser a la nueva situación. En este sentido, la maternidad hace consciente a la mujer TM su incapacidad para modificar el propio modo de ser, adquiriendo así un significado de peligro. La maternidad es una amenaza respecto al rígido orden existencial de la mujer TM, es decir, un peligro respecto a la *ordenanza*. El momento de ruptura viene dado por la distorsión del significado del nacimiento, que es percibido como una tarea/deber y como una oportunidad/posibilidad de desarrollo y de auto-realización existencial. La razón de esta distorsión del significado del nacimiento se encuentra en la característica del TM a *intolerancia a la ambigüedad*. No siendo vivida en su auténtica complejidad, el nacimiento viene concebido exclusivamente como un vínculo caracterizado de necesidades, como imprescindible tarea que hay

que cumplir - según la leyes dictadas por la *concienciosidad* y la *hiper-heteronomía* típica del TM. La condición de la maternidad es paradigmática por caracterizar la situación pre-melancólica en general. En el interior de esta modalidad típica de ser, meticulosa y rígida, la maternidad representa una situación de empeño muy fatigoso en cuanto introduce un nuevo rol y otra carga más de responsabilidad que gestionar. La mujer TM se siente impotente frente a la maternidad, porque no es capaz de considerarla una posibilidad de auto realización y sí exclusivamente como un evento que requiere desarrollar otras obligaciones concebidas de un modo rígido e idealizado. Las elevadas expectativas en relación a las propias prestaciones de acuerdo a viejas y nuevas tareas abre la entrada al fracaso que representa la vía principal para la culpa, siendo éste el tema característico de la depresión post-parto.

Por tanto, la maternidad para la mujer TM esconde una trágica paradoja. Por un lado la maternidad cumpliría con el proyecto existencial en el cual al máximo grado podría encarnar *l'ordo (orden) melancólico*: la familia, como la piedra que, en la visión moral y tradicionalista del TM, representa *el pilar principal del orden social*. Por otro lado, en la árdua construcción de este orden se esconde una terrible trampa: la incapacidad de hacer funcionar la familia sobre la base de sus propios valores y de las propias rígidas expectativas. La crisis de la propia idea de familia y de la continuidad respecto a la tradición heredada antecede a la descompensación melancólica. Todas estas situaciones, generan un conflicto en la mujer TM, entre la tendencia a la precisión y certeza y la incapacidad de operar. La mujer difícilmente puede renunciar tanto a la una como a la otra y así verse cada vez más atrapada en una situación de *desesperación*, caracterizada por la duda, en la cual no es posible llegar a una decisión definitiva. Este estancamiento representa la antesala de la inhibición melancólica y de la culpa relacionada a la propia inadecuación.

CONCLUSIONES

La revisión de la literatura científica muestra que, a pesar de ser un concepto que data de mediados del siglo pasado, el TM continúa siendo estudiado en psicopatología y utilizado en la investigación, sobre todo como un predictor para el desarrollo de un episodio depresivo mayor^{27, 32, 35}. Durante los últimos seis años se han validado dos nuevos instrumentos para la evaluación de la personalidad TM^{8, 34} para subrayar la convicción de que tal constructo, junto con otros factores de riesgo (por ejemplo, temperamento) puede ser considerado como un buen indicador para prevenir el desarrollo de episodios depresivos.

En esta última parte, presentamos un ejemplo de cómo el constructo TM puede ser utilizado en la investigación de la detección temprana de mujeres en riesgo de desarrollar

una patología post-parto, y en particular la depresión o la psicosis post-parto⁴⁶. Si esta hipótesis se considera válida, la construcción de la TM también podría resultar útil en el desarrollo de programas de prevención primaria y secundaria, en particular en el tratamiento psicoterapéutico.

Estas consideraciones nos permiten hipotetizar acerca de que la estructura de personalidad TM puede representar un modelo válido para diagnosticar mujeres en riesgo de un episodio de depresión post-parto incluso sin anamnesis positiva de depresión mayor. Y por otro lado, para comprender la relación entre rasgos de personalidad, las características de la maternidad y la presentación de los síntomas.

AGRADECIMIENTOS

A.I. Langer es financiado por el Ministerio de Educación y Ciencia de España (Programa FPU: AP/2007-02810)

BIBLIOGRAFÍA

1. Stanghellini G. Antropologia della vulnerabilità. Milano: Feltrinelli Editore, 1997.
2. Stanghellini G, Mundt C. Personality and endogenous/major depression: an empirical approach to typus melancholicus. *Theoretical Issues. Psychopathology* 1997;30:119-29.
3. Tellenbach H. (1961) *Melancholy*. Pittsburgh: Duquesne University Press, 1980.
4. Mead GH. (1934) *Mind, Self, and Society*. Chicago: University of Chicago Press, 1965.
5. Kraus A. Dynamique de rôle des maniaque-dépressifs. *Psychologie Medicale* 1987;19:401-5.
6. Stanghellini G, Ambrosini A, Ciglia R. Vulnerabilità alla Depressione. *L'Altro* 2008, 6-10.
7. Shimoda M. On manic-depressive illness (in Japanese). *Yonago-Igakushi*, 1950; 2/1:62f.
8. Stanghellini G, Bertelli M. Assessing the social behaviour of unipolar depressives: the criteria for Typus Melancholicus. *Psychopathology* 2006;39:179-96.
9. Stanghellini G, Rossi Monti M. *Psicologia del patologico*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2009.
10. Tatossian A. Phénoménologie et life-event. In: Guyotat J, Fedida P, Eds. *Événement et Psychopathologie*. Lyon/Paris: SIMEP, 1985.
11. Stanghellini G. *Psicopatologia del senso comune*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2008.
12. Festinger A. *Theory of cognitive dissonance*. Stanford University, 1957.
13. Mundt C, Backenstrass M, Kronmueller KT, Fiedler P, Kraus A, Stanghellini G. 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.
14. 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.
15. Stanghellini G, Raballo A. Exploring the margins of the bipolar spectrum: temperamental features of the typus melancholicus. *J Affect Disord* 2007;100:13-21.

16. Kraus A. Sozialverhalten und psychosen manisch-depressiver. Stuttgart: Enke, 1977.
17. 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.
18. von Zerssen D. Development of an integrated model of personality, personality disorders and severe axis I disorders, with special reference to major affective disorders. *J Affect Disord* 2002;68:143-58.
19. Kasahara Y. Depressed patients in the general practice (in Japanese). *J Psychosom Med* 1984;24:6-14.
20. von Zerssen D, Pfister H, Koeller DM. The Munich Personality Test (MPT): A short questionnaire for self-rating and relatives' rating of personality traits: formal properties and clinical potential. *Eur Arch Psychiatr Neurol Sci* 1988;238:73-93.
21. von Zerssen D. Melancholic and manic types of personality as premorbid structures in affective disorders. In: Mundt C, Goldstein MJ, Halweg K, Fiedler P, Eds. *Interpersonal Factors in the Origin and Course of Affective Disorders*. London: Gaskell, 1996.
22. Fukunishi I, Hattori M, Hattori H, Imai Y, Miyake Y, Miguci M, et al. Japanese type A behavior patterns is associated with 'typus melancholicus'. A study from the socialcultural viewpoint. *Int J Soc Psychiatry* 1992;38:251-6.
23. 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.
24. 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.
25. Mundt C, Goldstein MJ, Halweg K, Fiedler P. Interpersonal factors in the origin and course of affective disorders. London: Gaskell, 1996.
26. 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.
27. 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.
28. Ueki H, Holzzapfel 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;56:569-74.
29. Ueki H, Holzzapfel C, Sakado K, Washino K, Inoue M, Ogawa N, et al. Prevalence of typus melancholicus in healthy Germans. *Psychopathology* 2006;39:113-9.
30. Furukawa T, Nakanishi M, Hamanaka T. Typus Melancholicus is not a premorbid personality trait of unipolar (endogenous) depression. *Psychiatry Clin Neurosci* 1997;51:197-202.
31. Furukawa T, Yamada A, Tabuse H, Kawai K, Takahashi K, Nakanishi M, et al. Typus melancholicus in light of the five-factor model of personality. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1998;248:64-9.
32. 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.
33. 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.
34. Kronmuller K-T, Backenstrass M, Kocherscheidt K. Dimensions of the tipus Melancholicus personality type. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2005;255:341-9.
35. Sakai Y, Akiyama T, Kawamura Y, Matsumoto S, Tominaga M, Kurabayashi L, et al. Temperament and melancholic type: Path analysis of a prospective study of depressive mood change in a nonclinical population. *Psychopathology* 2009;42:249-56.
36. 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.
37. Kraus A. Modes d'existence des hystériques et des mélancolique. In: Fédida P, Schotte J, Eds. *Psychiatrie et existence*. Grenoble: Jérôme Million, 1991.
38. Kraus A. Methodological problem whit the classification of personality disorders: the significant of existential type. *J Pers Disord* 1991;5:82-92.
39. 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.
40. Kraus A. Le motif du mensonge et la depersonalization dans la mélancholie. *Evol Psychiatr* 1994;54:649-57.
41. 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.
43. Meyer TD. The Hypomanic Personality Scale, the Big Five and their relationship to depression and mania. *Pers Indiv Differ* 2002;32:649-60.
44. Heerlein A, Santander J, Richter P. Premorbid personality aspects in mood and schizophrenic disorders. *Compr Psychiat* 1996;37:430-4.
45. Mundt Ch, Schroeder A, Backenstrass M. Altruism versus self-centredness in the personality of depressive in the 1950s and 1990s. *J Affect Disord* 2009;113:157-64.
46. Stanghellini G, Ambrosini A. Depressione post partum y typus melancholicus. *Uno studio pilota*. *GIP* 2011;17:22-30.