

DISTURBO GENERATORE E PSICOSI *POSTPARTUM*: UN CONTRIBUTO CLINICO

G. STANGHELLINI, A. AMBROSINI

INTRODUZIONE

In un precedente articolo (Stanghellini *et al.*, 2009) ci siamo occupati di presentare la nozione di “disturbo generatore” (*trouble générateur*, TG), così come teorizzato da Minkowski e di ipotizzare che il TG sia un concetto di tipo ermeneutico.

Questo contributo si propone di rivisitare tale ipotesi alla luce dell’analisi di un caso di psicosi *postpartum* in una donna con personalità Typus Melancholicus (TM), mettendo in evidenza che il mondo del TM e quello della psicosi *postpartum* siano caratterizzati dallo stesso TG che funge da vortice temporo-spazializzante, cioè da collegamento tra personalità premorbosa e scempenso depressivo.

Nella prima parte viene analizzato il concetto di TG inteso come principio organizzatore della condizione schizofrenica e melanconica, a partire dagli studi di Eugène Minkowski.

Nella seconda parte viene analizzata la nozione di “struttura fondamentale”, nata dalla tradizione fenomenologico-strutturale ad intendere il modo in cui la persona costituisce la propria esperienza in condizioni di normalità e nella patologia e, più in particolare, il modo in cui si rapporta alla dimensione spazio-temporale.

Inoltre, viene presentato il concetto di “personalità” e, in particolare, del Typus Melancholicus a partire dal contributo di Hubertus Tellenbach. L’Autore individua nel TM una specifica personalità vulnerabile

alla melancolia, caratterizzata da peculiari atteggiamenti, credenze e valori.

Infine, viene discussa l'analisi di un caso di una paziente TM che presenta un episodio depressivo maggiore melancolico ad esordio nel *postpartum*. Nel caso della nostra paziente il disturbo del tempo vissuto affiora in modo più o meno esplicito in ciascuno dei fenomeni caratterizzanti il percorso melancolico. La dimensione temporale sembra essere l'elemento in grado di collegare l'insieme delle caratteristiche della personalità premorbosa, della fase intermorbosa e della condizione morbosa.

Noi proponiamo di considerare il TG sia un sintomo di livello più profondo, che concorre allo sviluppo dei sintomi di superficie, sia un elemento in grado di conferire un significato unitario ai fenomeni psichici abnormi. In altre parole, il TG può assumere sia una funzione etio-patogenetica, sia ermeneutica.

I. IL DISTURBO GENERATORE

Il concetto di TG nasce dagli studi di Minkowski basati sulla necessità di individuare un "sintomo più profondo" rispetto ai "sintomi di superficie" sui quali si basa la nosografia. Ne *Il tempo vissuto* Minkowski esprime la necessità di pensare alla sindrome psicopatologica in termini di unità organizzata che funge da cardine ordinatore di tutti i sintomi. «Il disturbo generatore corrisponde, sul piano psicologico, alla base anatomofisiologica delle sindromi somatiche. Tuttavia non avremo più a che fare qui con delle funzioni, ma con la personalità vivente, una e indivisibile» (p. 212). Per far questo, secondo l'Autore, bisogna «penetrare al di là degli elementi ideici e anche dei fattori emozionali di una sindrome fino alla struttura intima della personalità morbosa che serve da intelaiatura e agli uni e agli altri» (p. 214) (vedi Stanghellini *et al.*, 2009).

Secondo Minkowski il TG non può essere ricercato tra i sintomi clinici ordinari in quanto questi non sono costanti. Esso risiede su un piano più basilico, che le nozioni della psicologia corrente non sono in grado di individuare. Una sindrome psicopatologica, in tal senso, non è meramente un'associazione di sintomi, ma «il modo in cui la personalità è situata in rapporto al tempo e allo spazio vissuti» (Minkowski, 1993, p. 2).

Nel precedente articolo (Stanghellini *et al.*, 2009) si ipotizzava che, pur essendo il TG un concetto piuttosto ambiguo nella trattazione minkowskiana, esso fosse da ritenere un costrutto ermeneutico, anziché

esplicativo. L'analisi dell'ultimo contributo di Minkowski – *Au-delà du rationalisme morbide* (scritto postumo) –, insieme all'esame del nostro caso clinico relativo ad una paziente melancolica con struttura TM, ci porta a ipotizzare che il TG – così come tracciato dalla teorizzazione minkowskiana – possa avere sia una funzione di tipo ermeneutico, sia etio-patogenetico.

II. LA STRUTTURA FONDAMENTALE

Secondo la tradizione della psicopatologia fenomenologica (Minkowski, Straus, Tellenbach, Tatossian) la patologia mentale implica un'interruzione della continuità della vita e, più nello specifico, una radicale modificazione dell'esperienza personale del tempo. Il vissuto temporale di ognuno è il risultato di una sintesi tra diversi elementi: una naturale disposizione dinamica dell'uomo a vivere il proprio presente in rapporto al proprio passato e la normale proiezione verso il proprio futuro. Tutto ciò avviene grazie a una sintesi implicita che ha come risultato un rapporto armonico della persona con il mondo e con gli altri. In condizioni di normalità la temporalità dell'uomo può dirsi sincronizzata e ciò che egli sperimenta è la fluidità dello scorrere del tempo. Nella patologia tale sintesi subisce uno scacco. Alcune situazioni della vita – la maternità, nel caso delle nostre pazienti – possono produrre una rottura dell'abituale continuità del tempo. Nel caso specifico degli stati melancolici, la disarticolazione del tempo sembra essere a discapito della dimensione di ciò che Minkowski chiama *élan vital*, cioè del naturale slancio che l'uomo ha nei confronti del futuro. Nella depressione melancolica il passato sembra acquisire un posto centrale tanto da permeare l'intera esperienza di sentimenti di colpa e di mancanza non più recuperabili. In questa cornice il futuro è visto come predeterminato, già dato e non più modificabile. Tale disturbo del tempo vissuto affiora in ciascuno dei fenomeni caratterizzanti la depressione maggiore ed è il *legame strutturale* che conferisce loro unità e coerenza; esso consente di dare senso alle azioni, ai pensieri, alle emozioni e alle esperienze che risulterebbero altrimenti incomprensibili (Stanghellini, 2008).

Il concetto di struttura fondamentale indica l'insieme del mondo della vita, cioè il modo in cui la persona vive il proprio rapporto con il mondo. Più nello specifico possiamo affermare che la struttura fondamentale è data dal rapporto tra la persona e le dimensioni fondamentali del mondo, cioè dai modi tipici che ognuno ha di fare esperienza del tempo, dello spazio, del proprio corpo e degli altri, altrimenti chiamati "esistenziali".

Dunque, secondo la psicopatologia fenomenologico-strutturale, l'analisi delle dimensioni spazio-temporali dell'esperienza sembra essere la base per la conoscenza del modo di vivere della persona e delle proprie possibilità di gestire i rapporti con il mondo. Per accedere alla conoscenza delle coordinate dell'“esperienza vissuta del mondo reale” (Lanteri-Laura, 1993), è necessario, piuttosto che enumerare i sintomi (Minkowski, 1993, p. 108), tentare una metodica messa in parentesi o sospensione dei contenuti ideo-affettivi (cognitivi e affettivi) dell'esperienza e concentrarsi sugli aspetti formali e sulle configurazioni spazio-temporali implicite nelle esperienze del paziente.

In tal senso il TG può essere visto come l'elemento strutturale che rifrange il rapporto tra la struttura fondamentale e gli esistenziali, strumento elettivo per la ricostruzione dell'insieme significativo delle esperienze abnormi e per la comprensione della condizione psicopatologica.

III. LE CARATTERISTICHE DI PERSONALITÀ DEL TM

Attraverso la catamnesi di 119 pazienti melanconici Tellenbach individua delle caratteristiche di personalità ad indicare i tratti fondamentali, distintivi o costitutivi che rappresentano un determinato modo di essere – detto *Typus Melancholicus (TM)* – che gravita attorno alla possibilità di sviluppare la Depressione Maggiore (Melancolia). Secondo Tellenbach la personalità sta ad indicare l'insieme significativo delle caratteristiche premorbose e ha una valenza patogenetica, cioè le peculiarità riscontrate nel TM – *ordinatezza, coscienziosità, iper/eteronomia, intolleranza all'ambiguità* – rappresentano il nucleo intorno al quale si organizza l'attitudine alla malattia. Nell'individuare tale insieme di caratteristiche, ciò che più viene messo in risalto è il mondo sociale. Le peculiarità del TM danno vita ad una particolare assiologia di valori che rappresenta il fulcro centrale della personalità, fungendo da organizzatore dell'intero mondo sociale e della vulnerabilità.

L'*ordinatezza* è definita come una versione accentuata di ordine particolarmente evidente nel campo delle relazioni interpersonali. Si manifesta soprattutto nell'ambiente domestico e lavorativo ed è finalizzato al mantenimento dell'atmosfera circostante, sgombra da possibili conflitti che potrebbero comportare sentimenti di colpevolezza. Il TM incarna il prototipo della sollecitudine; attraverso il suo modo di essere per gli altri egli riesce ad anticipare qualunque possibilità di rimanere in debito.

La *coscienziosità* si manifesta nella necessità di prevenire l'attribuzione e i sentimenti di colpa. Il comportamento del TM è motivato dalla

ricerca dell'accettazione da parte dell'altro e non si basa su criteri personali, ma sulle aspettative sociali. La domanda che si nasconde dietro ogni azione del TM è: «Cosa sarebbe giusto fare in questa occasione? Cosa gli altri si aspettano che io faccia in questa situazione?». Questo è il modo in cui egli tenta di tenere la coscienza meticolosamente pulita e al riparo da qualsiasi sentimento di colpa.

L'*ipernomia* consiste in un adattamento eccessivamente rigido alla norma, dove l'aspetto eccessivo è dovuto all'applicazione indiscriminata e stereotipa delle regole sganciate dal contesto e dalla funzione che assumono in situazione. L'altra faccia di questa incapacità di monitorare le situazioni in modo autonomo e personale è costituita dall'*eteronomia*, una recettività esagerata della norma esterna, per cui ogni azione è sottesa da una motivazione impersonale, riferita a criteri socialmente condivisi.

L'*intolleranza all'ambiguità* esprime la necessità di inquadrare se stessi e gli altri all'interno di rigidi involucri identitari, ipersemplificando la realtà tanto da non prevedere la compresenza di caratteristiche opposte rispetto ad uno stesso oggetto, persona o relazione. Tale peculiarità permette al TM di vivere soltanto situazioni sociali che confermino l'immagine prestabilita di se stesso e degli altri. Ciò compromette la capacità d'intrattenere relazioni interpersonali autentiche e di contemplare situazioni che presuppongono il riconoscimento di una complessità emotiva (Stanghellini, Ambrosini, Ciglia).

In tal senso la personalità può essere considerata un costrutto psicologico facente parte della struttura fondamentale che sta ad indicare il modo in cui la persona manifesta il proprio tipico modo di vivere la dimensione sociale. Il concetto di personalità esprime un insieme relativamente omogeneo di pensieri, costumi, valori che strutturano una visione del mondo che comporta assunzioni circa ciò che è giusto e ciò che è importante. Il costrutto di personalità applicato alla psicopatologia mette in luce come nello stile di vita e nella struttura dei valori della persona sia già inscritto il germe del proprio scompensarsi (Stanghellini, 1997).

IV. UN CASO DI PSICOSI *POSTPARTUM* IN UNA DONNA TM

Carmen è una donna di 25 anni, è sposata e ha due figlie: la prima di quattro anni, l'altra di 10 mesi. 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 delle proprie

figlie. Carmen afferma: «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 asserendo: «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 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».

Carmen è stata seguita con una terapia farmacologica e psicologica per circa tre anni durante i quali abbiamo avuto la possibilità di raccogliere le sue frasi in prima persona, che sono state utilizzate per analizzare i vari punti presi in considerazione in questo articolo.

V. DISCUSSIONE: TM E MATERNITÀ

Nelle caratteristiche premorbose del TM sembra presente una *ipersincronizzazione* nei confronti della regola sociale (Fuchs). Tale estrema aderenza sarebbe di appannaggio della dimensione temporale in quanto vista come la tendenza ad accordare il proprio ritmo vitale con quello della realtà circostante. Pensiamo alla necessità del TM di essere sempre in armonia con gli altri e di portare a termine i propri compiti con estrema puntualità e precisione, così come espresso dalla nostra paziente: «Sono solita dare molta importanza a tutto ciò che pensano gli altri» (*ordinatezza*). «Cerco di fare sempre tutto con cura cosicché nessuno possa incolparmi di niente» (*coscienziosità*).

Che legame c'è tra queste affermazioni? Se pensiamo al concetto di temporalità *ipersincronizzata* con la regola sociale come ad una possibile chiave di lettura di questi fenomeni, vediamo che i vari pezzi acquistano un ordine e si legano gli uni agli altri in un insieme coerente. In tal modo la dimensione temporale può essere considerata strumento

ermeneutico per la lettura delle caratteristiche della personalità premorbosa TM.

Il passo successivo è pensare a come questa temporalità così *ipersincronizzata* possa andare in frantumi e far accedere le persone TM ad uno stato di totale *desincronizzazione* temporale (Straus). Che tipo di evento può avere la capacità di scompaginare l'esistenza di queste persone? Noi pensiamo che si tratti di un evento che interviene sul piano sociale creando un'a-simmetria tra la persona e il proprio ambiente. Nel caso della nostra paziente, la maternità può essere considerata l'evento che produce un'interruzione dell'abituale ritmicità accordata con il tempo sociale. Pensiamo sempre alla nostra paziente quando afferma: «*Mi trovo in una situazione penosa; da una parte c'è l'impulso costante a lavorare il più possibile con la massima precisione, d'altra parte però qualcosa mi ostacola*»: l'affermazione sembra esprimere la rottura dell'accordo tra l'abituale efficienza e la mancanza dello slancio vitale che inizia a farsi strada (fase premelanconica).

In tal senso noi ipotizziamo che l'evento maternità possa essere foderio di uno scacco rispetto all'ordine prefissato, innescando il manifestarsi della peculiare sintomatologia melanconica (delirio di colpa, perdita dello slancio vitale, anestesia affettiva) (vd. Stanghellini e Ambrosini).

VI. RISULTATI

Il TG è il nucleo di una struttura psicopatologica. Cogliere questo nucleo significa afferrare il fenomeno fondamentale di una struttura, che resta ai margini della vita cosciente – ma è anche sempre implicito e virtualmente presente in ciascuna delle sue parti manifeste – e che conferisce a tale struttura coerenza significativa (Stanghellini *et al.*, 2009).

Secondo Minkowski, il TG della melanconia risiede nella fondamentale destrutturazione del tempo che si esprime nel modo in cui la persona melanconica vive il proprio rapporto con esso. Parliamo di struttura implicita in quanto raramente tali esperienze riescono a passare ad un livello esplicito dell'esperienza; di norma esse rimangono velate sotto le manifestazioni sintomatologiche tipiche della melanconia.

L'Autore continua nella sua disamina affermando che gli aspetti ideo-affettivi ci permettono di comprendere il malato e quelli strutturali ci consentono di cogliere il nucleo intimo della sindrome che condiziona la disposizione degli elementi (sintomi). In tal modo sembra chiaro che i primi divengono espressioni secondarie della malattia realizzate nel rapporto tra la personalità e il tempo (Minkowski, 1997).

Se prendiamo ad esempio il nostro caso, possiamo notare che solo in alcune situazioni la nostra paziente esprime in modo chiaro il proprio vissuto temporale: *«Non c'è scampo per me, la mia vita è finita, non vedo possibilità. Il mio tempo è scaduto – Non ho più il mio tempo – Non c'è più tempo»*. In tutti gli altri casi la persona melanconica non ha la possibilità di accedere al proprio TG, tramite la peculiare disarticolazione del proprio tempo, ma la propria esperienza lascia scorgere tale rapporto. Pensiamo alle seguenti affermazioni: *«La mattina pulisco tutto in fretta perché penso che mi debba succedere qualcosa. Così se mi succede qualcosa è tutto a posto – 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 – [...] mi sento paralizzata da tutto questo peso e non riesco a fare più niente. Mi sento male, non ho più la forza di fare nulla – Questo figlio ha scompaginato la mia esistenza. Tutte le mie priorità sembrano non avere più valore in quanto mi sento risucchiata da quello che mi accade intorno – Non ce la faccio, non sono all'altezza. Sono troppo precisa, ho bisogno di troppo tempo, è sempre stata così, questo è per me terribilmente penoso e mi fa sentire in colpa perché non riesco a compiere il mio lavoro – Non potrò più sanare tutti i miei debiti morali nei confronti di mio figlio, di mio marito, della mia famiglia. Tutto questo è definitivamente superiore alle mie forze – Non riesco più a fare niente e non mi sento più io»*. Esse esprimono la crisi del divenire temporale, resa disponibile e esperibile attraverso deliri di colpa, anestesia affettiva, perdita dello slancio vitale. A questo proposito Sass e Parnas parlano di “relazione espressiva” ad intendere che le idee deliranti della nostra paziente: *«Non ce la faccio, non sono all'altezza – Sono troppo precisa, ho bisogno di troppo tempo, è sempre stato così – Questo è per me terribilmente penoso e mi fa sentire in colpa perché non riesco a compiere il mio lavoro – Che vergogna!»*, esprimono la disarticolazione della dialettica temporale, cioè lasciano trasparire la dimensione temporale implicita. In tal senso i sintomi melanconici – in questo caso il delirio di colpa – sono l'espressione noematica della noesi destrutturata, vale a dire che su un piano psicopatologico sono in relazione e tentano di esprimere in modo trasposto il fondamentale disturbo della temporalizzazione.

Raramente i nostri pazienti riescono a presentarci l'intera articolazione del percorso melanconico ma, coloro che riescono a farlo, ci mostrano un quadro emblematico di tale situazione. Pensiamo alla nostra paziente: *«Da sempre ho avuto paura dei contrarre debiti. Non parlo*

solo dei debiti che riguardano il denaro, parlo anche dei rapporti con gli altri», esprime una caratteristica della propria personalità (coscienziosità). Nelle affermazioni: *«Tutto questo è definitivamente superiore alle mie forze – Non potrò più sanare tutti i miei debiti morali nei confronti di mio figlio, di mio marito, della mia famiglia»* si evidenziano dei sintomi melancolici (idee deliranti) che rimandano all'idea di uno slittamento patologico della caratteristica della *coscienziosità* presente nella personalità premorboza. Infatti, se in un primo momento la nostra paziente presentava un proprio modo di essere, caratterizzato da una peculiare preoccupazione nei confronti dei debiti, con la maternità, tale specificità si traduce in una condizione irrisolvibile, contraddistinta dalla colpa (delirio di colpa). Infine, nelle seguenti affermazioni: *«Ora, è come se io fossi rimasta irrimediabilmente indietro rispetto a queste mie pretese, a queste necessità. Non c'è più tempo. Non potrò più sanare tutti i miei debiti morali nei confronti di mio figlio, di mio marito, della mia famiglia. Tutto questo è definitivamente superiore alle mie forze»*, la paziente esprime il proprio vissuto temporale, il proprio TG. In quest'ultima parte vi è lo snodo cruciale in quanto, insieme all'evidente vissuto di stagnazione temporale: *«Non c'è più tempo»*, la paziente esprime la sensazione di un arresto del proprio procedere e l'irrimediabilità di tale situazione: *«Ora, è come se io fossi rimasta irrimediabilmente indietro rispetto a queste mie pretese, a queste necessità»*. Queste affermazioni riescono ad acquistare un senso unitario solo qualora vengano riferite alla peculiare qualità del vissuto temporale.

CONCLUSIONI

Date tali premesse, il TG può dirsi un concetto di natura etiopatogenetica o ermeneutica? Oppure sarebbe meglio dire che il TG può assumere entrambe le funzioni?

In che modo tale concetto può essere considerato etio-patogenetico e in che senso può dirsi ermeneutico?

Abbiamo affermato che il TG è l'elemento strutturale che rifrange il rapporto tra la struttura fondamentale e gli esistenziali. Nel caso della condizione melancolica evidenzia la peculiare modalità di vivere la dimensione temporale. In tal senso possiamo affermare che il TG influenza sia la personalità – la condizione premorboza –, sia quella dichiaratamente patologica. Abbiamo affermato che la personalità melancolica è guidata implicitamente da una specifica qualità temporale che, solo in alcuni casi, diventa esplicita nella fase pre-melancolica con il farsi strada dei sintomi. Dall'analisi del nostro caso possiamo consta-

tare che nella fase più specificatamente patologica si assiste al manifestarsi di sintomi che, pur non esprimendo direttamente caratteristiche temporali, possono essere facilmente collegati ad uno specifico modo di vivere il tempo. Dunque il TG può dirsi elemento etio-patogenetico in quanto concorre allo sviluppo di una peculiare sintomatologia manifesta, cioè può essere visto come un sintomo profondo che genera sintomi più superficiali.

D'altro canto, il TG, inteso come elemento strutturale collegato alla dimensione temporale, è da considerarsi strumento di raccordo tra la condizione premorbosa, intermorbosa e morbosa. In quanto elemento che traspone l'aspetto temporale implicito in vissuto esplicito e accessibile, funge da legame dell'intero percorso psicopatologico, assumendo così una funzione ermeneutica.

Dunque, noi proponiamo di considerare la personalità TM ciò che influenza la natura fenomenica dei sintomi, la maternità come evento scatenante l'irrompere della patologia e la struttura fondamentale – il rapporto che il soggetto intrattiene con la dimensione temporale – la chiave per l'individuazione del TG melancolico, ciò che rende possibile legare in modo coerente tutta la congerie fenomenica del mondo melancolico nelle sue diverse fasi.

In tal modo il TG può essere considerato sia un sintomo di livello più profondo che genera dei sintomi di superficie, sia un elemento in grado di conferire un significato unitario ai fenomeni psichici abnormi. In altre parole il TG può assumere sia una funzione etio-patogenetica, sia ermeneutica.

BIBLIOGRAFIA

- Fuchs T.: *Melancholia as a desynchronization: towards a psychopathology of interpersonal time*. PSYCHOPATHOLOGY, 34: 179-186, 2001
- ... : *Implicit and Explicit Temporality*. PHILOSOPHY, PSYCHIATRY & PSYCHOLOGY, XII, 3, 2005
- Lanteri-Laura G.: *Introduction à l'oeuvre psychopathologique d'Eugène Minkowski* (Postface), in Minkowski E.: *Structure des depressions*. Nouvel Object, Paris, 1993. Trad. it. di L. Calvi: *Introduzione all'opera psicopatologica di Eugenio Minkowski (con particolare riguardo alla struttura delle depressioni)*. COMPRENDRE, 9: 61-92, 1999 (ripresa integralmente su PSICHIATRIA OGGI, anno 2, n° 2, 2000)
- ... : *Essai sur les paradigmes de la psychiatrie moderne*. Edition du temps, Pornic, 1998

- Minkowski E.: *La Schizophrénie. Psychopathologie des Schizoides et des Schizophrènes*. Payot, Paris, 1927. Trad. it.: *La schizofrenia. Psicopatologia degli schizoidi e degli schizofrenici*. Einaudi, Torino, 1998
- ... : *Étude sur la structure des états de depression (Les depressions ambivalentes)* (1930), in *Structure des depressions*. Nouvel Object, Paris, 1993
- ... : *Le temps vécu*. D'Artray, Paris, 1933. Trad. it.: *Il tempo vissuto. Fenomenologia e psicopatologia*. Einaudi, Torino, 2004
- ... : *Traité de psychopathologie*. Presses Universitaires de France, Paris, 1966. Trad. it.: *Trattato di psicopatologia*. Feltrinelli, Milano, 1973
- ... : *Au-delà du rationalisme morbide*. L'Harmattan, Paris, 1997
- Sass L.A., Parnas J.: *Explaining Schizophrenia: The Relevance of Phenomenology*, in Man Cheung C., Fulford K.W.M., Graham G. (eds.): *Reconceiving Schizophrenia*, pp. 63-96. Oxford University Press, Oxford-New York, 2007
- Stanghellini G.: *Psicopatologia del senso comune*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2008
- Stanghellini G., Ambrosini A.: *Depressione post partum e Typus Melancholicus. Uno studio pilota*. GIORNALE ITALIANO DI PSICOPATOLOGIA, pp. 22-30, 2011
- Stanghellini G., Ambrosini A., Ciglia R.: *Vulnerabilità alla depressione*. L'ALTRO, 3: 6-10, 2008
- Stanghellini G., Ambrosini G., Ciglia R., Fusilli A.: *Il problema del disturbo generatore*. COMPRENDRE, 19: 260-269, 2009
- Stanghellini G., Bertelli M.: *Assessing the social behavior of unipolar depressives: the criteria for Typus Melancholicus*. PSYCHOPATHOLOGY, 39: 179-196, 2006
- Stanghellini G., Bertelli M., Raballo A.: *Typus melancholicus: structur and the characteristics of the major unipolar depressive episode*. JOURNAL OF AFFECTIVE DISORDERS, 93 (1-3): 159-167, 2006
- Straus E.: *Phenomenological Psychology*. Basic Books, New York, 1966
- Tatossian A.: *La fenomenologia delle psicosi* (1979), trad. it. G. Fioriti, Roma, 2003
- Tellenbach H.: *Melanconia* (1961). Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 1975

Giovanni Stanghellini, Alessandra Ambrosini
Dipartimento di Scienze Biomediche
Università degli Studi "G. d'Annunzio"
Via dei Vestini, 33
I-66013 Chieti
alessandra.ambrosini@tiscali.it