

LIGURIA STRATEGICA

Giornale Mensile dei Centri di Terapia Strategica e degli Studi aderenti alla
Supervisione Strategica della Liguria

Gennaio 2021, Anno 2 N. 6

Editoriale di **Luca Proietti**

Siamo tutti depressi? Basta sciocchezze.

dal [*Blog di Luca Proietti*](#)



In questo articolo ti spiego perchè non è vero che siamo tutti depressi e qual è la vera epidemia di disturbi psichici al giorno d'oggi.

Un italiano su 5 è depresso.

Con il lockdown un italiano su 3 ha sviluppato sintomi di depressione clinica
(Repubblica, 2020).

Sono i dati che emergono da uno studio del Consiglio Nazionale delle Ricerche (CNR), riportati da giornalistiche nazionali e da accademici italiani (Secolo, 2018; Repubblica, 2018; Galimberti, 2019).

La Depressione è la malattia mentale più diffusa, ed è diventata nel 2020 la seconda malattia in assoluto, dopo le malattie cardiovascolari. Questo è quello che dice l'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO) (AIFA, 2012).

Stupidaggini.

Affermazioni prive di fondamento scientifico, che rischiano oltretutto anche di avere un effetto negativo sulla nostra salute mentale.

Come ha dimostrato il Prof. Benedetti dell'università di Torino, quando i media lanciano allarmi di questo tipo rischiano di suggestionare la popolazione, e indurre la comparsa di sintomi anche in coloro che non ne soffrirebbero (Carlino & Benedetti, 2016). Tale dinamica si basa sull'effetto Nocebo e sul meccanismo dell'infezione sociale, ne parlo nel mio corso di [Psicofarmacologia Strategica](#) (per darci un'occhiata, [clicca qui](#)).



Se ti interessano questi argomenti clicca [qui](#) per dare un'occhiata

Perchè non siamo tutti depressi: L'epidemia dei disturbi di personalità

La depressione esiste, ma quella vera è una condizione molto più rara di quanto si pensi. E' vero, siamo di fronte a un'epidemia nell'ambito della salute mentale, ma è quella dei disturbi di personalità, non disturbi depressivi.

La maggior parte delle persone che oggi giorno ricevono una diagnosi di Depressione in realtà soffrono di un disturbo dell'adattamento o di un disturbo di personalità.

Disturbo dell'adattamento

Con disturbo dell'adattamento si indica una condizione psicopatologica derivante da eventi di vita, che può presentarsi con ansia, tristezza, sentimenti di vuoto e disagio psichico (APA, 2013), anche grave . Non è depressione, e non risponde ai trattamenti farmacologici, ma alla psicoterapia.

Semplificando all'estremo.



Recentemente hai avuto problema economico importante, la vita ti sembra impossibile da quanto questa problematica ti schiaccia? E' un disturbo dell'adattamento, non una depressione.

La depressione con idee di rovina invece ti porta a credere di avere un problema economico e di non poterlo risolvere, senza che questo esista realmente, o amplificandone la reale portata.

Il Disturbo dell'adattamento è una reazione, la Depressione si basa su una credenza che filtra il modo in cui vediamo e percepiamo la realtà.

Ecco perché non è corretto dire che siamo tutti depressi.

La sindrome ansioso – depressiva non è una depressione vera.

Secondo la psichiatria biologica, Il depresso vero, melanconico, non è in grado di provare ansia, perché la sua affettività è congelata. Non può provare ansia perché non riesce a provare niente (apatia) (Van Praagh, 1989). E' questa la cifra del dolore mentale, ed esistenziale della depressione, non solo il non poter provare emozioni piacevoli (anedonia), ma il non poterne provare affatto.

Sei triste, dispiaciuto, frustrato ? Quasi certamente vuol dire che non sei depresso.

In questo caso ci troviamo di fronte o a una reazione parafisiologica, a un disturbo dell'adattamento, a un disturbo d'ansia con demoralizzazione secondaria o vissuti depressivi in un disturbo di personalità.

I disturbi di personalità e i sintomi depressivi



I disturbi di personalità si caratterizzano per la presenza di svariati sintomi e vissuti, spesso di ansia, depressivi, di insoddisfazione e di vuoto, ma in questo caso il quadro

di base è quello personologico.

Potreste obiettare che sempre di depressione si tratta, è una distinzione pignola da accademici.

Tutt'altro, visto che la prognosi, la terapia e i tassi di risposta sono completamente diversi.

La depressione è terribile, ma risponde in genere, ai farmaci e alle terapie, molto meglio dei disturbi di personalità. Questo rende il trattamento dell'epidemia che dobbiamo affrontare ancora più difficile.

Si aprono quindi tre domande. Se non siamo tutti depressi, cosa è quello di cui soffrono i disturbi di personalità? Come mai sono così frequenti i disturbi di personalità e infine come mai il loro trattamento è più ostico di quello della depressione ?

Rispondiamo a tutte e 3.

Non siamo tutti depressi ? Di cosa soffrono i disturbi di personalità.

Fino al 1980 il disturbo depressivo rientrava tra i disturbi di personalità e veniva distinto dalle forme di depressione dell'umore, cioè quelle chiamate endogene o vitali o melanconiche ([McWilliams, la diagnosi psicoanalitica - link Amazon, 2012](#), [Van Praagh, 1989](#)).

Come mai ?

L'avvento degli SSRI

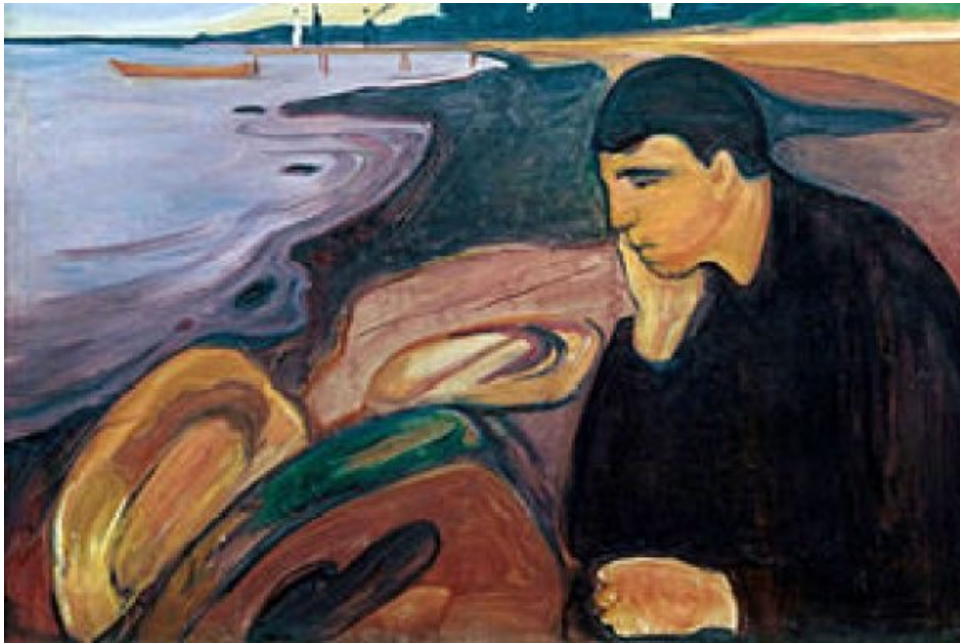
Intorno agli anni '80 vengono sviluppati gli inibitori della ricaptazione della Serotonina (SSRI). Con il DSM 3, tutti i disturbi depressivi: reattivi, su base personologica ed endogeni vengono inclusi nel calderone del Disturbo Depressivo Maggiore ([McWilliams, la diagnosi psicoanalitica, 2012](#)). Categoria diagnostica che, per la cronaca, non ha alcun fondamento biologico o psicopatologico (Van Praagh, 2000). In questa stessa categoria rientrano infatti depressioni ansiose, depressioni in disturbi di personalità, quelle con ipersonnia e quelle con insonnia, quelle con iperfagia o con inappetenza. Oggi la ricerca si muove indagando i substrati neurobiologici della depressione, trattando con ignoranza tutte queste diverse forme, come se fossero una sola.

“Il suolo nosologico è inquinato da una pia illusione, la speranza che i disturbi mentali risultino classificabili in maniera netta, in pacchetti separati, ognuno con le sue caratteristiche psicopatologiche, causali e di decorso”. Io considero il concetto

nosologico nella classificazione della depressione come una fata morgana. La distinzione tra le sindromi può andare avanti virtualmente quanto uno desidera”.
Van Praagh, Moving ahead yet falling behind, 1989

La depressione che insorge nei disturbi di personalità è fortemente diversa dalla depressione melanconica, in passato veniva definita anaclitica (Blatt, 1974).

Quali sono le differenze ?



Melancholia, Edvard Munch

Depressione melanconica e depressione anaclitica

Il paziente melanconico è anedonico, apatico, può presentare anche un blocco psicomotorio, non sente nè prova emozioni. Vorrebbe piangere, ma non ci riesce nemmeno, se ha ansia questa è presente solo in relazione a deliri depressivi. La depressione anaclitica si caratterizza invece per ansia, facilità al pianto, reattività dell'umore, rabbia, ostilità e sentimenti di vuoto. La dimensione melanconica è oggettiva: il paziente presenta segni oggettivi che correlano con la qualità del quadro, ma potrebbe anche non riuscire a riferire il proprio stato di malessere. La forma anaclitica al contrario è prettamente soggettiva, non sono presenti segni rilevabili, ma è il paziente che lamenta un vissuto depressivo.

Il nome anaclitica fa riferimento all'appoggiarsi su qualcuno o qualcosa. Il termine è stato usato per la prima volta da Spritz per indicare la reazione depressiva dei bambini deprivati della madre, ed è quindi poi stato traslato per descrivere le forme depressive dei disturbi di personalità (Blatt, 1974; Gunderson, 1984).

Il paziente con depressione anaclitica infatti cerca un sostegno relazionale, un supporto, e quando lo trovano ne risentono in maniera positiva. Il depresso melanconico se trova qualcuno che lo sostiene si sente invece ancora più in colpa, poiché non pensa di meritare le attenzioni e le cure di un'altra persona. Il primo ha paura di essere abbandonato, il secondo è convinto di meritarsi l'abbandono.

I concetti di melanconica e anaclitica, che corrispondono a quelli dimenticati di endogena ed esogena non definiscono il livello di gravità: possiamo avere quadri melanconici gravi e anaclitici lievi o viceversa. È importante però ricordare che la gravità delle depressioni anaclitiche dipende direttamente dalla gravità del quadro personologico sottostante.

Differente risposta alle terapie

Come abbiamo detto, la distinzione tra queste due forme è fondamentale, perché i quadri anaclitici, al contrario di quelli melanconici, rispondono meno bene ai farmaci, proprio a causa del disturbo di personalità sottostante (Yoshimatsu & Palmer, 2014).

Se ti interessa capire il perché, ne parlo sempre in [Psicofarmacologia Strategica](#).

La Melancolia

"Sa di cenere, dice Justine mentre mangia il polpettone cucinato da Claire.

La sua bocca sente il **sapore della morte**, non è più zona erogena. Il suo corpo è diventato **recettore attento della caducità delle cose del mondo**".

Alessandro Siciliano

Endogeno non perché appartiene al corpo, ma perché coinvolge "contenuti di significato prossimi al **vitale**".

L'alternanza **cosmica** tra **giorno** e **notte** e il "**tempo del divenire interiore**", che nel melanconico non fluiscono più.

Luca Proietti | Psicofarmacologia Strategica™



Questa è la slide che uso in Psicofarmacologia Strategica per introdurre l'argomento della depressione melanconica.

Arriviamo alla seconda domanda.

Non siamo tutti depressi. Come mai ci sono così tanti disturbi di personalità?

Premettiamo che in psicopatologia parlare dei perché e delle cause è sempre difficile, anzi talvolta fuorviante. Una spiegazione che però sembra credibile è quella che chiama in causa la crisi dei valori della nostra società, della perdita delle figure

normative e di riferimento. Come dice Recalcati, un tempo il padre, i genitori e i modelli della società erano figure che ci insegnavamo come diventare adulti; come vivere cioè quella complessa relazione tra desideri, limite e responsabilità. Mentre oggi i modelli e i genitori talvolta sono più infantili dei bambini. ([Recalcati, Il complesso di Telemaco – link Amazon, 2013](#)).

Il mainstream accademico, politico, sportivo e televisivo è popolato da personalità abnormi, come le chiamava Kurt Schneider, spesso narcisistiche. L'epidemia di Covid ci ha permesso di vedere come queste non siano diffuse solo nel mondo dello spettacolo o nella classe politica, ma anche in quella medica ([Schneider, Le personalità psicopatiche – link Amazon, 1923](#)).

Altro che tutti depressi.



Sempre Recalcati ritiene che nelle [nuove forme di melanconia](#) il nucleo psicopatologico risieda nel rapporto patologico tra pulsione e limite, ne ho parlato [qui](#) ([Recalcati, Le nuove melanconie – link Amazon, 2019](#)).

Se ampliamo questo concetto possiamo ipotizzare che nei disturbi di personalità del Cluster B il problema sia un'assenza del limite (D. Antisociale, Istrionico, Narcisistico, Borderline). Quando il limite diviene ipertrofico, portando ad isolarsi dagli altri, facendoci percepire come nemici ci troviamo nel Cluster A (D. Paranoide, Schizotipico, Schizoide); infine se il problema è nell'ipertrofia del limite interiore che si impone sulla pulsione, o nell'incertezza di quale sia il giusto limite siamo nel Cluster C (D. Ossessivo-compulsivo di personalità, Dipendente, Evitante).

Il divario tra pratica clinica e teorie diagnostiche

Il problema è che nella realtà della pratica clinica non esistono questi quadretti belli

organizzati, schematici e definiti come quelli DSM. Lavorando come terapeuta nel pubblico e nel privato negli ultimi anni mi è capitato di lavorare insieme a molti pazienti con disturbi di personalità. La sintomatologia che riportano è multiforme, cangiante, difficile da inquadrare e trattare. Riportano vissuti depressivi, ma non sono oggettivamente depressi, hanno crisi d'ansia ma non veri e propri attacchi di panico, presentano ossessioni, autolesionismo, paranoie, sintomi psicotici transitori e problemi del comportamento alimentare. Ma raramente, sono incasellabili in uno dei disturbi di personalità del DSM, in questo senso è molto più utile parlare dell'organizzazione e del funzionamento Borderline, come dice Kernberg, che spesso è trasversale a più quadri.



Otto F. Kernberg

"La personalità Borderline appare spesso come un insieme di sintomi in cerca di diagnosi".

Nardone

Occorre ribadirlo: non è che il paziente con disturbo di personalità si inventi o millanti questi sintomi, li vive davvero, sono maggiormente vissuti in maniera soggettiva e mancano delle caratteristiche oggettive tipiche dei disturbi depressivi, psicotici o d'ansia puri, ma non per questo sono meno gravi o reali. E purtroppo spesso il trattamento risulta più difficile, questo ci porta a rispondere all'ultima domanda. Ma non possiamo certo dire di essere tutti depressi.

Il trattamento dei disturbi di personalità.

Lo abbiamo già detto, la letteratura ha ampiamente dimostrato come la depressione melanconica risponda bene ai farmaci antidepressivi, mentre quella anaclitica no (Van Praagh, 1989; Yoshimatzu & Palmer, 2014).

Abraham Twerski, nel video sotto ci spiega come mai possiamo sentirci depressi senza soffrire di depressione, è in questo caso che gli antidepressivi hanno poca efficacia.



[Rabbi Dr. Abraham Twerski on depression](#)

Fino agli anni 80 gli antidepressivi che avevamo a disposizione erano i Triciclici e gli inibitori delle MAO, farmaci molto efficaci ma con effetti collaterali che li rendevano maneggevoli solo da specialisti esperti, anche per questo venivano prescritti soprattutto nelle depressioni endogene gravi. Allora non credevamo di essere tutti depressi.

Oggi disponiamo di farmaci antidepressivi come gli inibitori della ricaptazione della Serotonina (SSRI) e Noradrenalina e farmaci multimodali di ultima generazione, che sono più sicuri e molto meglio tollerati. Il problema è che questo vantaggio rischia di diventare un problema.

Il divario tra le linee guida e la pratica prescrittiva, trattare tutti come depressi?

Capita infatti che questi farmaci vengano prescritti a pioggia, a tantissimi pazienti, spesso da medici di differenti specialità. Quando un medico prescrive un SSRI a un paziente “depresso” dovrebbe essere conscio che quella depressione in realtà potrebbe essere altro. Un disturbo di personalità ad esempio? Un disturbo bipolare? Le linee guida sono molto chiare su questo: il Disturbo Bipolare e i Disturbo di personalità non dovrebbero essere trattati con farmaci antidepressivi, se non per

brevissimi periodi e solo alcuni casi (Yatham et al., CANMAT guidelines, 2018, Herpertz et al., 2007). Non sono tutti depressi.

Le linee guida NICE, ad esempio, escludono veementemente l'indicazione all'utilizzo degli psicofarmaci nel disturbo Borderline di personalità per periodi superiori ai 7 giorni (NICE, 2009).

NICE National Institute for
Health and Care Excellence



Borderline personality disorder: recognition and management

Clinical guideline
Published: 28 January 2009
www.nice.org.uk/guidance/cg78

Qual è quindi il trattamento indicato per i disturbi di personalità? La psicoterapia. Il trattamento psicofarmacologico sarebbe da utilizzare quale supporto, esclusivamente per le fasi di crisi acuta.

Di questo e di altro parlo nel corso per psicologi e psicoterapeuti: [Psicofarmacologia Strategica, "l'uso strategico degli psicofarmaci in psicoterapia"](#). Dai un'occhiata al programma ([link](#)).

Perché risulta così difficile il trattamento della depressione nei disturbi di personalità?

Se devo trattare una depressione melanconica devo portare il paziente a recuperare, ricostruire un equilibrio che prima era già presente. Mentre quando lavoro con un paziente con disturbo di personalità, una volta trattati i sintomi, per evitare ricadute, dovrò aiutare la persona a costruire un equilibrio della personalità che molto

probabilmente prima non c'era.

In più il trattamento dei pazienti con disturbo di personalità è ostico perché questi tendono a infrangere e manipolare il setting e la relazione terapeutica. Non perché siano malvagi, ad eccezione degli [antisociali e dei narcisisti maligni](#), ma perché è il funzionamento proprio del loro disturbo. In [questo articolo](#) ho parlato delle forme del Narcisismo e della psicopatia ([link all'articolo](#)).



Narcisismo, Narcisismo maligno e psicopatia.

E' una caratteristica propria di tutti i disturbi di personalità quella di non riuscire a stare in equilibrio in relazioni sane, funzionali, senza manipolare, essere ambivalenti, deriva dallo squilibrio della loro personalità.

Disturbi di personalità e alleanza terapeutica, non siamo tutti depressi.

Il terapeuta che prende in carico questi pazienti, per la farmacoterapia o per la psicoterapia deve riuscire a gestirne i sintomi relazionali. Spesso questo richiede il doversi confrontare con un collega o un supervisore, esterna alla dinamica relazione, per evitare di reagire in maniera sintomatica e non terapeutica ai sintomi del paziente. Gabbard nel suo [Psichiatria Psicodinamica \(Link Amazon\)](#) ci spiega bene quali siano le reazioni "controtransferali" in cui più facilmente il terapeuta rischia di cadere con questi pazienti.

I pazienti con disturbo di personalità tendono a manipolare la relazione terapeutica,

diventando oppositivi, nascondendo informazioni, ricattando il terapeuta, perchè questi sono sintomi del loro disturbo. Al terapeuta sono richieste doti funamboliche, per destreggiarsi e costruire un equilibrio tra i propri punti deboli, messi a dura prova dallo stile relazionale del paziente, il malessere, i sintomi, le richieste e i comportamenti a rischio di questo, il rispetto della relazione terapeutica e la posizione di garanzia. Occorre una reale collaborazione tra paziente e terapeuta per trattare in maniera efficace un disturbo di personalità.

Dire che siamo tutti depressi è una semplificazione grossolana, forse nutrita da illusioni riduzionistiche o meramente semplicistiche.

No, non siamo tutti depressi.

Rubrica

Libri e siti web di medici e psicologi consigliati



Guidalberto Bormolini

Ricordati che devi morire

Prepararsi alla propria morte

Ed. EMP, 2020

Le grandi tradizioni sapienziali affermano che senza consapevolezza della morte non c'è consapevolezza della vita. Oggi abbiamo completamente dimenticato quest'arte, eppure autorevoli studi scientifici confermano che ignorare la morte non ne

allontana l'angoscia, semmai ne aumenta il terrore. In queste pagine l'autore propone l'attualità delle intuizioni di sapienti e profeti, santi e filosofi antichi: insegnano a non dimenticare la morte, a imparare ad amare la vita fino in fondo, e arrivare così forse a scoprire che la morte non esiste: esiste solo vita. Perché Tutto è Vita.

Aforisma del mese

a cura di Marina Barbagelata

"Se si escludono istanti prodigiosi e singoli che il destino ci può donare, l'amare il proprio lavoro (che purtroppo è privilegio di pochi) costituisce la migliore approssimazione concreta alla felicità sulla terra: ma questa è una verità che non molti conoscono. "

(Primo Levi, La Chiave a Stella)

Per pubblicare articoli e libri da promuovere, nonché informazioni da divulgare inviare una mail ad andreavallarino@libero.it

I nostri studi

Marina Barbagelata, Psicologa, Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Breve Strategica, Genova. Email: barbagelata.mari@gmail.com

Giulia Burrone, Psicologa, Psicoterapeuta, Genova. via San Luca, 12/48a, tel. 348 543 4484, email: burrone.g@gmail.com

Clara Costanzo, Psicologa, Psicoterapeuta, Genova, via Longo, 6/4, tel. 338 4499 758, email: claracostanzo@virgilio.it

Angelo De Pascale, Medico, Endocrinologo, Genova, Ospedale Policlinico San Martino, Clinica Endocrinologica, email: angelo.depascale@hsanmartino.it

Andrea Lomi, Medico, Anatomo Patologo, Medico Legale, Cdentro Medico Legale srl presso Clinica Montallegro – Villa Rosa, via Monte Zovetto, 27, Genova, tel. 340 416 1815; email: info@centromedicolegale.it; website: www.centromedicolegale.it

Simona Palmero, psicologa, psicoterapeuta, Bordighera (Imperia), via Vittorio Veneto, 140; tel.334 678 6735; email:simona.palmero@libero.it

Laura Piccardo, Psicologa, Psicoterapeuta, Imperia, Via Giuseppe Berio, 10; Genova in Via Caffaro 1/8, tel. 347 780 2902; emai: lapicca6@gmail.com

Luca Proietti, Medico, Psichiatra, Psicoterapeuta, Genova, Ospedale Policlinico San Martino, Clinica Psichiatrica, Ambulatori, email: proie14@hotmail.it

Giorgio Schiappacasse, Medico, Psichiatra, Psicoterapeuta. Genova, via Macaggi 25/17 4° Piano (Centro Antrim),
tel. 329 017 6068; email: giorgioschiappa54@gmail.com

Andrea Vallarino, Medico, Psichiatra forense, Psicoterapeuta. Genova, via Gramsci, 1/1a, tel. 349 6922 664, 010 246 7677,
email: andreavallarino@libero.it, website: www.andreavallarino.net

Licia Vicinelli, Psicologa, Psicoterapeuta, Ventimiglia (Imperia) via Michelangelo Buonarroti 7, Bologna, via Mario Musolesi, 2;
tel. 392 853 2552; e-mail: licia.vicinelli@gmail.com website: www.licivicinelli.com

Visita il sito web di Andrea Vallarino

Copyright © 2021 Dr. Andrea Vallarino - Medico specialista in psicoterapia, tutti i diritti riservati.

Vuoi cambiare qualcosa riguardo la ricezione di queste email?
Puoi [aggiornare le tue preferenze](#) or [cancellare la sottoscrizione alla newsletter](#).

