

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

Agosto 2026, Anno 5 N. 7

Neurodivergenze o neuroconvergenze?

Ansia, Depressione, disturbo bipolare, ADHD: io la penso
così.

Editoriale di **Andrea Vallarino**



L'obiettivo di questo articolo è fare un po' di chiarezza su alcune esplosioni epidemiche che avvengono in psichiatria da almeno da 40 anni a questa parte, precisamente dal 1983 ad oggi. Come mai vi sono queste epidemie, hanno un fondamento scientifico? L'ultima epidemia è quella del **disturbo dell'attenzione** e più in generale delle **neurodivergenze**: Autismo, Asperger, ADHD, cioè sindromi psichiatriche su base neurobiologica. Un tempo appannaggio di pochi soggetti in età pediatrica, ora colpiscono in modo indistinto migliaia di bambini, ma sembrano aver contagiato anche migliaia di adulti.

E questa epidemia si è sviluppata in tempi record.

Tanti sono coloro che chiedono di essere sottoposti ai test delle neurodivergenze, persone che magari fino a quel momento hanno avuto una vita di successo, avvocati, medici, professionisti vari, impiegati, persone che lavoravano e che improvvisamente si chiedono: avrò mica il disturbo dell'attenzione? Recentemente sono stato contattato da vari centri che si occupano del disturbo dell'attenzione con la proposta di comprare i miei articoli, consultabili gratuitamente sul mio sito, per ripubblicarli in esclusiva solo sui loro siti, tra l'altro articoli che riguardano i disturbi di personalità, quindi sembrerebbe che c'è anche un tentativo di dirottare tutto in neurodivergenze anche quello che non lo è.

Non è la prima esplosione epidemica. Ce ne sono state altre in psichiatria come ad esempio il **disturbo bipolare** che quarant'anni fa era un disturbo assolutamente raro, adesso una psichiatra britannica ha lamentato che è talmente diffuso da competere con il raffreddore.

Per non parlare della **depressione**, che nel secolo scorso, ma ancora adesso, è stata definita la malattia del secolo. Ovviamente tutte le depressioni sono state definite come endogene, che vuol dire che si sviluppano da dentro il cervello.

Uno dei ricercatori più accreditati, un olandese, Van Praagh, che è stato il padre della psichiatria biologica, ha detto chiaramente che le depressioni sono divisibili in due categorie, quelle reattive e quelle endogene, non tutte sono endogene. E più recentemente è stato chiarito che solo l'un per cento delle depressioni è endogeno, tutte le altre sono reattive. Invece il battage pubblicitario delle aziende farmaceutiche ha fatto credere che tutte le depressioni sono dovute ad una carenza endogena di qualche neurotrasmettitore.

Non parliamo dei **disturbi d'ansia**, perché sappiamo che da quando sono state approvate le pillole antipanico, sempre in quegli anni lì, i primi anni '80, subito dopo si è parlato del disturbo da attacchi di panico e quindi dei disturbi d'ansia. Ora perché ci sono queste esplosioni epidemiche, è vero ci

sono delle persone che hanno questi problemi, ma perché se uno mangia troppo è perché è depresso, se mangia poco è perché è depresso, se ha un disturbo compulsivo è perché è depresso, se uno ha un disturbo d'ansia, vuol dire che svilupperà panico, disturbi ossessivi, eccetera e non viceversa, come mai? Ora per rispetto soprattutto delle persone, sto pensando ai bambini, che problemi di tipo neurobiologico ce l'hanno davvero, vediamo di smontare queste epidemie. Io piuttosto che di neurodivergenze, parlerei invece di **neuroconvergenze con l'obiettivo di creare epidemie**.

Quali sono le convergenze che hanno cambiato la psichiatria?

Una su tutte è il **DSM**, il manuale statistico e diagnostico delle malattie mentali edito dall'Associazione Americana di Psichiatria. Questo librone è un successo editoriale ormai alla 5a edizione, nel 1983 è nata la 3a, le prime due non le aveva considerate nessuno, dalla 3a edizione in poi è riuscito ad imporsi all'attenzione degli psichiatri di tutto il mondo. In questo manuale ci sono le linee guida per fare le nuove diagnosi psichiatriche.

Perché il DSM ha cambiato la psichiatria? Perché traccia una distinzione di qualità, c'è una differenza sostanziale di qualità tra un cervello sano ed uno malato e la distinzione è netta e in più, cosa che è sempre più evidente, la linea di demarcazione è sempre più spostata nel dilatare il campo dei malati: ci sono delle sindromi che riguarderebbero quasi il cento per cento della popolazione. E quindi c'è chi è sano e chi è malato e chi è malato va trattato da malato. Cade la visione umanistica della psichiatria e si fa strada la visione chimica della psichiatria. Nel 2008 in un Congresso dell'Associazione Americana di Psichiatria, la Presidente di turno ha proprio detto testuali parole riportate da un giornalista di inchiesta Robert Whitaker, in un suo libro "Indagine su una epidemia": "Dobbiamo lavorare insieme per fare arrivare il messaggio ai pazienti che i trattamenti psichiatrici sono efficaci e che le nostre patologie sono vere malattie come le malattie cardiovascolari o il cancro e la stampa ha un ruolo importante perché l'opinione pubblica è vulnerabile alla disinformazione.". Questa è stata la prima convergenza che ha cambiato totalmente la psichiatria introducendo una differenza di qualità.

La seconda convergenza è stata la teoria monoaminergica della depressione.

Il nostro cervello funziona per correnti elettriche, è come un impianto elettrico, solo che nel collegamento fra una cellula e l'altra usa un mediatore chimico. I mediatori chimici sono dozzine, quelli che

intervengono nel determinare gli interventi psicofarmacologici sono sei, il glutammato, la dopamina, la noradrenalina, l'acetilcolina, la serotonina, il GABA (acido gamma amino butirrico). La teoria monoaminergica della depressione sostiene che la depressione è data da una carenza di dopamina, noradrenalina e soprattutto serotonina nel cervello. Questa teoria non è scientifica. ne hanno preso atto tutti i ricercatori. C'è una molecola, la tianeptina, che se somministrata ha effetto antidepressivo ma abbassa la serotonina, quindi non è la serotonina il mediatore della depressione.

Ne hanno preso atto persino le aziende farmaceutiche che producono gli psicofarmaci, però è ancora viva, sopravvive a se stessa, perché se la sono un po' rimedicata. Vabbè non interviene sulla mediazione tra cellula nervosa e cellula nervosa, interviene sulla plasticità del cervello. Hanno fatto rientrare dalla finestra quello che era uscito dalla porta. Ma non è vero, la serotonina con la depressione non c'entra proprio niente, l'abbiamo sempre saputo, quando studiavamo psichiatria all'inizio degli anni 80 lo sapevamo, però c'è stato un battage pubblicitario per introdurre questo concetto.

I farmaci serotoninergici hanno un altro effetto, non sono antidepressivi, sono protettori emotivi, basta interrogare i pazienti e te lo dicono subito. Allontanano la realtà, tu percepisci la realtà come più distante, è importante questo sì, di fronte ad un grave lutto, di fronte ad un problema serio, di fronte ad un intervento chirurgico o di fronte ad un problema psicologico si possono usare, ma sono protettori emotivi, non antidepressivi.

Mi fa piacere sottolineare che i farmaci vanno presi per quello che sono e non per quello che ci dicono che sono, occorre essere più critici rispetto alle linee guida che ci vengono propinate dalle aziende farmaceutiche. Ma c'è un altro fattore che all'inizio degli anni 80 era fondamentale: **Non c'è correlazione in psichiatria tra terapia farmacologica e diagnosi**: se un paziente risponde bene ad un antidepressivo non vuol dire che la sua malattia è la depressione. Questo è un altro fondamento della psichiatria che è saltato, perché invece hanno stabilito sottilmente introducendo libri, congressi, gadget delle aziende farmaceutiche che c'è invece correlazione tra terapia farmacologica e diagnosi.

Ci sono gli ansiolitici e quindi abbiamo i disturbi d'ansia, ci sono gli antidepressivi e quindi abbiamo i disturbi depressivi, poi ci sono gli stabilizzatori dell'umore e quindi abbiamo i disturbi bipolari, poi ci sono gli antipsicotici e quindi abbiamo le psicosi. Questo è truffaldino da un punto di vista scientifico ed è questo che io contesto in questo momento alle

epidemie. Si sono scambiati gli effetti per cause, l'ansia è un effetto di tante patologie e tanti disturbi mentali, la depressione è l'effetto di tanti disturbi mentali, ma non si può dire che è la causa: se una è anoressica poi diventa depressa, se uno è obeso poi diventa depresso, se uno ha un disturbo compulsivo poi diventa depresso, ma è l'effetto. Gli psicofarmaci rientrano nelle terapie sintomatiche, invece questo ribaltamento ci ha indotto a credere che siano terapie causali. C'è una mistificazione che sta condannando le persone a prendere come terapia di serie A la psicofarmacologia. E' un errore grave perché vuol dire cronicizzare le persone lavorando solo sui sintomi.

Perché queste teorie sopravvivono?

Rispondo con le parole di Dostoevskij. Diceva Paul Watzlawick che Dostoevskij è l'unico autore che gli aveva insegnato qualcosa di psicologia. Dostoevskij scrive: *"Tutti gli uomini immediati e di azione se sono attivi è perché sono stupidi e limitati. Come si spiega ciò, ecco come essi, in conseguenza della loro limitatezza, scambiano per cause prime quelle più prossime e appena concomitanti. In tal modo si convincono più presto e più facilmente degli altri di aver trovato alla loro attività un sicuro fondamento e così si acquetano, è questo l'importante"*.

L'importante non è far star bene chi sta male, ma acquetare ideologicamente chi opera. Quindi certe teorie sono protettive più per il medico che per il paziente e questa è un'altra di quelle cose che secondo me va ribaltata.

C'è un altro motivo, avevano fatto un esperimento in una università americana qualche decennio fa. Avevano somministrato a delle persone una serie di numeri chiedendo loro di stabilire le connessioni fra questi numeri. L'esperimento consisteva in una prima fase in cui l'operatore che somministrava i numeri a qualunque risposta data dava giudizio negativo, poi c'è stata una seconda fase in cui somministravano altri numeri e piano piano alcune delle risposte delle persone venivano date in modo casuale come valide, poi la terza fase in cui è stato svelato che non c'era nessuna correlazione tra i numeri e le risposte considerate valide erano casuali. Alcune persone hanno cominciato a protestare cercando di convincere gli sperimentatori che le connessioni trovate erano valide. Una teoria falsa, se è comoda, diventa vera, anche per auto persuasione ed inerzia. Con le parole di Paul Watzlawick: ... una volta giunti a una soluzione ... investiamo così tanto in questa soluzione che preferiremmo deformare la realtà per adattarla alla nostra soluzione piuttosto che sacrificare la soluzione a favore di quanto non può essere ragionevolmente ignorato. La teoria

serotoninergica della depressione era una teoria che metteva comodi tanti operatori, tanti ospedali, tante cliniche. Andate da qualunque farmacista, qualunque medico di famiglia e ditegli che siete un po' giù di morale e vi darà il prozac, lo zoloft, il sereupin, cioè farmaci serotoninergici. Oltretutto sono farmaci che incidono sulla libido abbassandola e se somministrati per lunghi periodi possono creare la disfunzione sessuale post-SSRI (PSSD), un disturbo della sfera sessuale che continua anche dopo aver smesso i farmaci.

Una terza convergenza è data dal **fattore umano**: l'inerzia mentale, che può colpirci tutte le volte che nei nostri ambulatori, ospedalieri, di neurologia o di psichiatria o negli studi dei medici di medicina generale, quando siamo sotto stress o abbiamo la sala d'attesa piena ed abbiamo premura, a volte presi per stanchezza non andiamo al fondo delle questioni e preferiamo delegare ad un farmaco.

Diceva però un cardiologo britannico che *occorre sempre fare il più possibile per il paziente ed il meno possibile al paziente*. Dobbiamo stare attenti a non cadere in questa inerzia delegando ad un protocollo di intervento farmacologico magari dettato dagli interessi economici di qualche azienda farmaceutica.

Ippocrate sosteneva che non bisogna curare le malattie, ma i malati. Uno psichiatra, Matteo Rampin, molti anni fa aveva scritto un bel libro dal titolo *La psicoterapia come un romanzo giallo*, in cui indicava che un buon operatore è quello che va a scoprire chi è l'assassino. Come in un romanzo giallo l'ispettore fa le domande, fa le indagini, prende tempo, si lambicca il cervello, ma poi alla fine riesce ad individuare chi è l'assassino, analogamente un buon psichiatra dovrebbe provare a scoprire cosa ha creato l'ansia, la depressione, la bipolarità.

Quello che dobbiamo fare è andare a cercare lo squilibrio che ha provocato i sintomi, tenendo in buon conto l'originalità della persona. Quello che contesto alla psichiatria chimica di adesso è che si classificano tutti secondo standard e classificano i cervelli come un gastroenterologo classificherebbe i fegati e le patologie epatiche. In realtà quando si parla di cervello si parla di mente ed ognuno ha la sua mente ed ognuno ha la sua originalità, questo nel DSM non c'è e indagare l'originalità vuol dire prendere atto che non c'è una persona uguale ad un'altra. Diceva Ippocrate che non bisogna curare le malattie, bisogna curare i malati.

Una **quarta convergenza**, infine, è data dall'allargamento autoreferenziale dei criteri diagnostici, come ad esempio l'introduzione nel DSM 5 del concetto di “

”. L'esempio più clamoroso è dato dal Disturbo bipolare. Fino agli anni '80 era riconosciuto un unico disturbo bipolare molto raro, attualmente denominato di tipo I. In seguito a partire dagli anni è stato introdotto un disturbo bipolare meno grave denominato disturbo bipolare di tipo II, che ha comportato l'esplosione epidemica del disturbo.

Rubrica

Libri e siti web di medici e psicologi consigliati



Eugenio Borgna

L'agonia della psichiatria

Feltrinelli, 2022

La missione della psichiatria consiste nell'ascolto e nella cura della vita psichica. Oggi, nel pieno di una trasformazione della vita interiore e di quella collettiva, la psichiatria è in agonia. È lontana dalla vitalità che conobbe all'epoca della sua rivoluzione ideale ed etica, con Franco Basaglia. Ma può tornare a essere di aiuto alla comprensione e alla difesa dell'interiorità.

Eugenio Borgna ci conduce per i sentieri interrotti che si affacciano sugli abissi più profondi dell'umano e guida i nostri passi lungo un cammino pieno di speranza, verso una rinascita possibile. È un cammino denso di ombre e di luci attraverso i campi nei quali la psichiatria può e deve ritrovare la sua voce: l'esperienza del dolore e della follia, sorella infelice della poesia, l'universo infinito della relazione tra il corpo e le parole, la fragilità struggente delle emozioni. La condizione adolescenziale e la condizione anziana, la solitudine e la paura, il tempo dell'orologio e il tempo vissuto, la speranza e la disperazione, la leggerezza e la pesantezza. Il femminile e il maschile, oggi territori di conflitto e di lotta per il riconoscimento, luoghi ideali nei quali una società si misura con se stessa. La vita e la morte, aree tematiche che, vertiginosamente, di nuovo hanno cominciato a far parte della nostra quotidianità. L'intelligenza artificiale come perimetro inedito di domande sull'etica. Siamo capaci di costruire una comunità di cura e di destino?

La psichiatria in Italia è stata la disciplina medica per eccellenza a confrontarsi con la pandemia, non isolata nei grandi ospedali, ma aperta alla assistenza familiare e sociale. Eugenio Borgna indica il senso e la via per una disciplina capace di riflettere sul passato e di aprirsi al futuro, ritrovando l'intelligenza del cuore.

“La psichiatria dovrebbe essere una lampada silenziosa, che ridia un senso a quelle che sono le nostre condizioni di vita.”

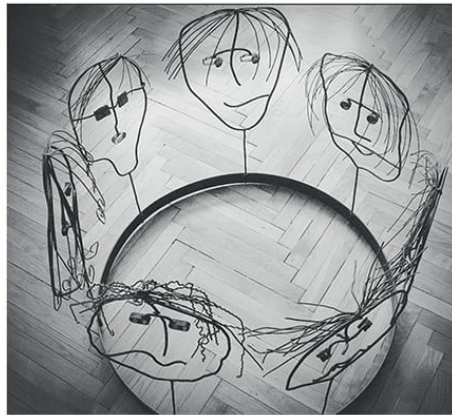
Qual è il futuro della psichiatria? Mentre il mondo si trasforma, questa disciplina attraversa una crisi, dalla quale può uscire rinnovata, più attenta nel prendersi cura del nostro destino.

LA PRATICA QUOTIDIANA DELLA SPERANZA

STORIE DI GUARIGIONE

A CURA DI GIUSEPPE TIBALDI

PREFAZIONE DI DON LUIGI CIOTTI



MIMESIS / STORIE DI GUARIGIONE

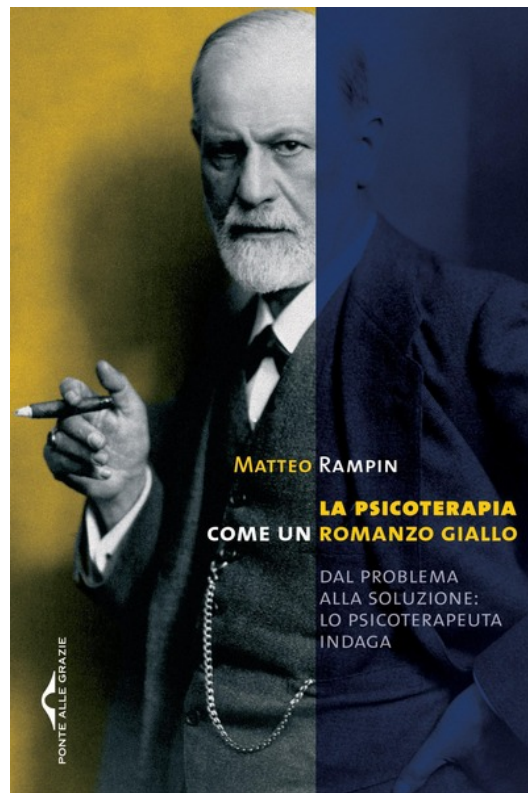
Giuseppe Tibaldi

La pratica quotidiana della speranza

Storie di guarigione

Mimesis, 2020

Quali sono i fattori che favoriscono i percorsi positivi in situazioni che appaiono disperate, come molte esperienze esistenziali dolorose e poco comprensibili, come quelle psicotiche? Chi ha scandagliato i racconti di centinaia di “sopravvissuti” (G. Hornstein), ha indicato una risposta chiarissima: disporre di almeno una persona che creda fermamente alla possibilità della tua “guarigione”. Coerentemente con questa indicazione, le speranze ragionevoli, che sono il denominatore comune dei contributi proposti in questo testo, sono sempre speranze condivise. Le testimonianze dirette (P. Deeagan, A. Hart, R. Waddingham) ne sono una conferma evidente. Il contributo del curatore, quello di K. Weingarten e quelli finali, sulle pratiche dialogiche, consentono – soprattutto ai professionisti della salute e del sociale – di avere piena consapevolezza del proprio ruolo quotidiano di partner attivi nei percorsi positivi, resistendo alle lusinghe delle teorie biologiche della sofferenza mentale, che alimentano la disperazione e il pregiudizio di inguaribilità (che è l'ultimo impalpabile muro del manicomio).



Matteo Rampin

La psicoterapia come un romanzo giallo

Dal problema alla soluzione lo psicoterapeuta indaga

Ponte alle Grazie, 2004

Un approccio che indaga i problemi psicologici come casi polizieschi, con il terapeuta nei panni dell'investigatore. Il sintomo, ossia l'indizio, porta alla scoperta della causa del disturbo, il colpevole. L'autore descrive e "narra" dieci casi reali risolti con le astuzie e gli stratagemmi sorpresa dei più famosi investigatori del giallo, da Sherlock Holmes a Kit Marlowe. Il racconto di ogni caso è seguito dalla spiegazione del meccanismo "giallo" usato per risolverlo. La dinamica di alcuni problemi psicologici può essere smascherata adoperando i tipici schemi di indagine della letteratura gialla: l'analisi della scena del crimine, la ricerca degli indizi, l'individuazione della logica del delitto rendono simili lo psicoterapeuta all'investigatore.

Aforisma del mese

"Pazienza in sanscrito "ksanti: disciplina che insegna a lasciar crescere le cose senza obbligarle a crescere, perché la libertà fiorisca"

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

Avvisi

Le Supervisioni cliniche riprenderanno dopo la pausa estiva un **venerdì** al mese con orario **11-14**

con il seguente calendario:

18 settembre, 23 ottobre, 20 novembre, 18 dicembre

BUON FERRAGOSTO A TUTTI!!!

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

Arianna Daldosso, Psicologa, Psicoterapeuta. via Petrecino, 40, Castiglione delle Stiviere (Mantova), tel. 347 980 1761, email: arianna.daldosso@virgilio.it

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

Rachele Falcone, Psicologa, Psicoterapeuta, Via Orazio Castelli, 15 - San Severo (FG). tel. 346 688 9000; email: rachelefalc@gmail.com; sito web: www.rachelefalcone.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; sito web: www.centromedicolegale.it

Giovanni Merlini, via Lugo, 30, Cremona. tel: 320 046 0463,
email: giovamerlini@gmail.com, sito web: www.psicologocremona.com

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; email: lapicca6@gmail.com

Luca Proietti, Medico, Psichiatra, Psicoterapeuta, Genova,via Dei Mille, 18/9, Genova.
tel. 388 956 2619, sito web: luca.proietti.net; email: luca.proietti.net@gmail.com

Claudia Roccatagliata, Avvocato. Via San Biagio di Valpolcevera, 20H/14, 16163, Genova, tel. 010 089 9126

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

Maria Donatella Stefanini, Studio Ge Ser 2, Via Giovanni Nicotera 24, 00189, Roma
tel: 334 691 9216. email : stefanini.mariadonatella@omceoroma.pec, sito web www.mariadonatellastefanini.it

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 - Sanremo (Imperia), Via Roma 20;
tel. 392 853 2552; e-mail: licia.vicinelli@gmail.com website: www.liciavicinelli.com

Vuoi cambiare qualcosa riguardo la ricezione di queste email?

Puoi [aggiornare le tue preferenze](#) or [cancellare la sottoscrizione alla newsletter](#).

