

Recensione

Andrea Fiorillo, *Le depressioni. Diagnosi, clinica e trattamenti*.
Milano: Raffaello Cortina, 2025, pp. 183, € 23,00

Psicoterapia e Scienze Umane, 2025, anno 59, numero 2
www.psicoterapiaescienzeumane.it

Depressione. O, per meglio dire: le depressioni. Il mondo delle depressioni, o l'arcipelago delle depressioni – come *Arcipelago N*, il libro sul narcisismo di Vittorio Lingiardi, direttore della “Collana di Psichiatria, Psicoterapia, Neuroscienze” dell'editore Raffaello Cortina in cui questo libro di Andrea Fiorillo trova spazio. Un testo in cui l'Autore (che ha tradotto in italiano il capitolo sui disturbi depressivi del DSM-5) ha raccolto diversi materiali che provengono da momenti di incontro con colleghi italiani e stranieri svolti proprio in occasione della pubblicazione della quinta edizione del *Manuale diagnostico*. Ecco, dunque, l'esigenza della personalizzazione dei trattamenti in psichiatria, della sensibilizzazione dei giovani medici che troppo spesso seguono pedissequamente le linee guida e i criteri diagnostici, della definizione delle tante forme di (vera) depressione distinte dalle altrettanto numerose forme di “sana”, cioè fisiologica, tristezza o di abbattimento.

Fin dalle prime pagine introduttive si entra nel vivo delle questioni e, in parte, delle polemiche e dei dibattiti che hanno accompagnato l'evoluzione dei DSM e le indicazioni circa gli elementi da considerare per “porre la diagnosi”, come si usa dire.

Sono tramontati – o dovrebbero esserlo – i tempi dell'autobiografico *male oscuro* di Giuseppe Berto, che fu paziente di Nicola Perrotti e che pubblicò il famoso romanzo nel 1964: un romanzo che attirò l'attenzione di numerosi analisti (e da cui Mario Monicelli nel 1989 trasse un film). Oggi si sta superando una serie di convinzioni che hanno corso il rischio di consolidarsi senza un confronto critico: tra queste, l'idea della depressione come monolite, la sola distinzione tra endogena ed esogena, la esclusiva attenzione sulla depressione maggiore, l'attenzione verso la “malattia” e non verso la persona sofferente... Ed è interessante che l'Autore noti, fin dalle prime righe del testo, che le depressioni non sono più legate soltanto alla perdita (al *vuoto*, si potrebbe dire?) bensì alla mancanza di realizzazione personale; o all'impossibilità di cogliere “della” e “nella” vita tutte, ma proprio tutte, le opportunità che il mondo pone e propone, situazione dalla quale scaturiscono noia, impulsività, azione bloccata, rabbia, vergogna e perdita di slancio vitale (una situazione nella quale, aggiungeremmo, scaturisce l'impossibilità di *sentire la vita*).

«Oggi sappiamo che la depressione maggiore è una malattia ubiquitaria che può colpire chiunque (...). E infatti circa trecento milioni di persone al mondo (che corrisponde al 7% della popolazione mondiale) soffrono di disturbi depressivi» (p. 27). Con l'analisi della “malattia del secolo”, secondo la definizione dell'*Organizzazione Mondiale della Sanità* (OMS), prende il via il secondo capitolo del testo (da notare che ogni capitolo porta la sua specifica Bibliografia), introducendo – nel contesto dell'epidemiologia – osservazioni sociali ed economiche, notazioni sull'andamento delle depressioni nel corso della vita e durante la recente pandemia. E anche avvertendo che la depressione maggiore è davvero una “brutta bestia”, per così dire, con un tasso di

ricidiva e ricadute molto alto, pari alla metà di coloro che per la prima volta nella vita evidenziano un fenomeno di tal genere.

Il terzo capitolo susciterà l'interesse del diagnosta in quanto i disturbi depressivi sono discussi dal punto di vista della diagnosi, cioè del primo, importante passo che il clinico deve impegnarsi a realizzare. Sappiamo che "depressione" è spesso una parola abusata, e anche che "depressione maggiore" tende a coprire troppe condizioni che, pur gravi, non dovrebbero rientrare in tale categoria; aggiungerei che tra i più giovani è pure invalso l'uso colloquiale del termine "bipolare", con l'espressione "Tu sei un po' bipolare..." e simili. Ma al di là degli usi impropri, in questo capitolo si ripercorre la storia della depressione come "etichetta valutativa", dalla melanconia alle diverse scansioni proposte dai DSM e dagli ICD dell'OMS, fino a considerare dei nuovi modelli che si fondano sulla psicopatologia dimensionale (superando, ad esempio, il problema delle diagnosi in comorbidità) come gli RDoC (*Research Domain Criteria*) del 2009 e l'HiTOP (*Hierarchical Taxonomy of Psychopathology*) del 2015.

La diagnostica categoriale classica dei DSM è considerata dall'Autore utile nell'aver chiarito i criteri e permesso così una migliore comunicazione tra esperti ma, d'altro canto, problematica perché in questo modo sono state ignorate le esigenze di un vero approfondimento psicologico e fenomenologico. È dunque da affermare che «la complessità dell'atto diagnostico nella pratica clinica non possa risolversi nella semplicistica applicazione dei soli criteri operativi, ma debba includere una valutazione più approfondita della persona con depressione e del suo contesto di vita, delle proprie emozioni e sentimenti, delle relazioni personali e sociali, nonché della cultura, del livello di istruzione e delle esperienze di vita proprie di ciascun paziente» (p. 65).

Passando al capitolo sulla eziopatogenesi, sono preliminarmente identificate le tre classi di fattori, predisponenti, precipitanti e protettivi, discutendo sia gli aspetti genetici e neurologici, sia quelli sociali e culturali – ed è qui richiamata la nascita della psichiatria sociale. Con una speciale attenzione ai mutamenti della società contemporanea e, in particolare, all'impatto dei *social* e delle tecnologie, si profila l'ottica biopsicosociale nel contesto di una società che, piuttosto che definire "depressiva", l'Autore indica come «vulnerabile alla depressione» (p. 94).

È dunque importante per l'Autore porre le depressioni e i vissuti depressivi all'interno dei contesti sociali attuali e in tali quadri discutere della sintomatologia, richiamando in diverse parti del testo studi importanti, anche di tipo qualitativo, pubblicati di recente nella rivista *World Psychiatry*. Si risponde così alla domanda "cosa significa essere depresso?" nelle dimensioni cognitive, affettive, sociali e somatiche, osservando anche il punto di vista del paziente, sottolineando l'importanza dell'approccio multidimensionale e integrato, sulla base dell'esempio della medicina di precisione – qui declinata nella *precision psychiatry*. Seguendo questa linea di pensiero l'Autore fa cenno all'approccio (e al trattamento) personalizzato e alla *person-centered psychiatry*, ma tralascia di considerare la psichiatria positiva – vedi, ad esempio, il libro di Fredrike Bannink e Frenk Peeters, *Practicing Positive Psychiatry* (Göttingen: Hogrefe, 2021) – che, sull'onda della *positive psychology* (Martin Seligman & Mihály Csikszentmihalyi, *Positive psychology: An introduction. American Psychologist*, 2000, 55, 1: 5-14), tende a dare risalto alle "risorse" del paziente. Ma se la depressione grave è senza dubbio una sindrome difficile da curare, fortemente invalidante e spesso recidivante, «non è ancora chiaro se la gravità della depressione dipenda dal numero, dall'intensità, dalla frequenza o dalla persistenza dei sintomi» (p. 121), e i questionari, o le scale *self-report* disponibili, non sempre aiutano il clinico, anche perché alcune di queste scale sono basate su una visione del mondo delle depressioni non attuale. E altri questionari – è paradigmatico il test di Aaron Beck, il

Beck Depression Inventory (BDI) – sono fondati su visioni e teorie specifiche dell’essere umano, in questo caso l’ottica cognitivo-comportamentale (ma sui test psicologici e psichiatrici ci si sarebbe aspettato dall’Autore uno sguardo assai più ampio).

Il settimo capitolo fa il punto sull’evoluzione dei trattamenti farmacologici per la depressione dagli anni 1950 a oggi, e qui emergono sia la necessità di un approccio tempestivo a fronte dell’insorgenza dei sintomi, sia l’opportunità di calibrare al meglio la terapia in relazione alla persona e alla personalità del paziente – sull’argomento si veda la recensione del libro di Irving Kirsch del 2009 *I farmaci antidepressivi: il crollo di un mito. Dalle pillole della felicità alla cura integrata* (Milano: Tecniche Nuove, 2012) in *Psicoterapia e Scienze Umane*, 2013, 47, 3: 526-527, e l’articolo di Paolo Migone “Farmaci antidepressivi nella pratica psichiatrica: efficacia reale” in *Psicoterapia e Scienze Umane*, 2005, 39, 3: 312-322.

Oggi, più che puntare alla remissione dei sintomi, si tende a realizzare uno stile di vita migliore per il paziente; quindi, a recuperare funzionalità – potremmo dire “agentività”? – condividendo con il soggetto il percorso proposto (anche per evitare i *drop-out*), in base alle dimensioni biologiche, sociali, culturali, psicologiche e (aggiungerei) lavorative del paziente (l’aspetto del lavoro e/o della professione del paziente sembra sempre rimanere in secondo piano).

Sul versante dei trattamenti psichici sono abbastanza sbrigativamente denominati gli «interventi psicosociali, come la terapia cognitivo-comportamentale, le tecniche di rimedio cognitivo, la psicoeducazione individuale e familiare, il *social skill training*, i gruppi di auto-aiuto, gli interventi volti a migliorare gli stili di vita e il *supported employment*» (p. 145), e non sembra che siano presi in considerazione studi importanti sull’efficacia delle psicoterapie (non solo cognitivo-comportamentali) nelle depressioni.

In conclusione, il testo di Andrea Fiorillo appare interessante anche se talvolta ridondante. Osservando le fonti citate – oltre a numerosi lavori recenti di ricerca a firma di autori italiani come Mario Maj, Giovanni Stanghellini e Mario Rossi Monti, e ad alcuni sintetici cenni ai “classici” – risultano del tutto assenti altri testi importanti sul tema, e altri psichiatri che nel corso del tempo ne hanno trattato, anche in anni recenti: vedi, ad esempio, Jonathan Sadowsky, *The Empire of Depression: A New History* (Cambridge: Polity Press, 2023).

Dal punto di vista storico, ad esempio, a parte un fugace cenno al Freud di *Lutto e melanconia* del 1915, nulla è riferito ai pionieristici lavori di Karl Abraham, il primo psicoanalista che, avendo lavorato al Burghölzli, ebbe la possibilità di trattare pazienti gravi, scrivendo dei lavori fondamentali sulla psicosi maniaco-depressiva. Nel concreto, quando si tratta delle co-determinanti sociali e culturali della depressione e della trasformazione degli stati depressiva dalla perdita, alla colpa fino al “non riuscire a...”, sarebbe stato sufficiente rileggere un passaggio della psicoanalista tedesca Edith Jacobson (10 settembre 1897, Haynau, Germania – 8 dicembre, 1978, Rochester, NY) che, nel suo libro del 1971 *La depressione. Studi comparativi degli stati normali, nevrotici e psicotici* (Firenze: Martinelli, 1977, p. 200), riferendosi al pensiero di Edward Bibring, scrive: «Da alcuni esempi clinici egli conclude: primo, che la depressione è un’espressione emotiva di uno stato di impotenza e di impoverimento dell’Io; secondo, che essa trae origine dalla tensione fra aspirazioni narcisistiche fortemente investite e la consapevolezza dell’Io della propria impotenza e incapacità di vivere adeguatamente rispetto a questi modelli». Dunque, diverse idee e diversi approcci oggi discussi e proposti come importanti e validi hanno radici lontane: radici che affondano nell’opera di studiosi non di primissimo piano ma che, non per questo, andrebbero trascurati.

Andrea Castiello d’Antonio