

Recensione 1/2026

A cura di Davide Liccione

The lived experience of depression: a bottom-up review co-written by experts by experience and academics

Fusar-Poli, P., Estradé, A., Stanghellini, G., Esposito, C. M., Rosfort, R., Mancini, M., Norman, P., Cullen, J., Adesina, M., Jimenez, G. B., da Cunha Lewin, C., Drah, E. A., Julien, M., Lamba, M., Mutura, E. M., Prawira, B., Sugianto, A., Teressa, J., White, L. A., Damiani, S., ... Maj, M. (2023). The lived experience of depression: a bottom-up review co-written by experts by experience and academics. *World psychiatry*, 22(3), 352–365.

1. Perché questo articolo è rilevante

Questo lavoro propone una **sintesi fenomenologica “dal basso”** dell’esperienza depressiva, co-scritta da **“experts by experience”** (persone che hanno vissuto la depressione, familiari, caregivers) e da accademici (psichiatri, psicologi, filosofi, ricercatori).

È un testo centrale per chi si occupa di **psicoterapia, psichiatria e neuropsicologia clinica**, perché:

- sposta il focus dal “quadro sindromico” alla **struttura vissuta dell’esperienza**;
- mostra come la depressione sia una **trasformazione del rapporto con il corpo, il tempo, il Sé e gli altri**, non solo un disturbo dell’umore;
- mette in luce le **implicazioni cliniche e relazionali** di bioritmi alterati, vissuti corporei pesanti, perdita di futuro, stigma, ambivalenza verso farmaci e psicoterapia.

2. Metodologia in breve

Gli autori adottano una procedura in quattro passi:

1. **Revisione sistematica** di studi qualitativi su depressione (interviste, focus group, autobiografie, narrazioni in prima persona) con diagnosi DSM/ICD di depressione unipolare.
2. **Analisi tematica** (NVivo): codifica linea per linea, emersione di temi e sotto-temi sull’esperienza vissuta.
3. **Workshop partecipativi internazionali** con persone con esperienza vissuta (da oltre 40 Paesi) e caregivers per arricchire i temi e verificarne la risonanza.
4. **Integrazione fenomenologica**: il materiale viene riletto alla luce della psicopatologia fenomenologica e co-scritto da esperti per esperienza e accademici.

Risultato: una **mappa narrativa** dell’esperienza depressiva, non ridotta a categorie nosografiche, ma articolata in grandi dimensioni esistenziali.

3. Cosa emerge sull'esperienza della depressione

Gli autori organizzano i risultati in tre grandi blocchi:

a) Il mondo soggettivo della depressione

- **Emozioni e corpo**
 - travolti da emozioni negative (colpa, paura, disperazione);
 - incapacità di provare piacere o affetto;
 - corpo “pesante”, dolorante, rallentato, vissuto come estraneo o “automatico”;
 - esperienze di distacco da sé, dal corpo e dal mondo (fino a vissuti di depersonalizzazione/derealizzazione).
- **Esperienza del Sé**
 - perdita di senso, di scopo e di speranza;
 - scarto doloroso tra il Sé passato e il Sé depresso (“non mi riconosco più”);
 - sensazione di prigionia (“buco”, “tunnel”, “campana di vetro”);
 - perdita di controllo sui pensieri (ruminazioni intrusive su colpa, fallimento, indegnità);
 - vissuti estremi: vuoto, anestesia affettiva, sentimento di non esistere o di essere “già morto”;
 - contemplazione della morte come via di fuga dall’incarcerazione esistenziale (non banalizzata né romanticizzata, ma descritta come esito del blocco totale del futuro).
- **Esperienza del tempo**
 - **bioritmi alterati**: sonno, appetito, desiderio sessuale, energia;
 - **passato schiacciante**: colpe e mancanze diventano irrimediabili;
 - **presente stagnante**: il tempo si blocca, tutto è vuoto e ripetitivo;
 - **futuro impossibile**: nessuna possibilità di cambiamento, solo prolungamento della sofferenza.

b) Depressione nel contesto sociale e culturale

- Le narrazioni depressive sono profondamente **modulate dalla cultura**:
 - in alcuni contesti la depressione è letta come problema “da ricchi”, debolezza morale o influenza di spiriti;
 - prevalgono spesso espressioni **somatiche** (“nervi”, “cuore”, “stanchezza”) più che psicologiche.
- Le **minoranze etniche e razziali** riportano: sfiducia nei servizi, esperienze di razzismo, incomprensione dei codici culturali da parte dei curanti.
- Le **questioni di genere** emergono chiaramente:
 - uomini intrappolati nell’ideale di forza, controllo, autosufficienza;
 - donne gravate da stereotipi su emotività, cura, maternità “perfetta”.

c) La recovery vista dall'interno

- La recovery è descritta come “**journey**” **più che come stato**: un percorso non lineare, fatto di cadute e riprese.
- Alcuni parlano di **crescita esistenziale**, altri desiderano invece solo “tornare come prima” e cancellare l’episodio.
- I vissuti rispetto ai trattamenti sono **ambivalenti**:
 - **farmaci**: percepiti come necessari e di supporto, ma anche fonte di dipendenza, riduzionismo o mancata comprensione delle cause profonde;
 - **psicoterapia**: spesso vissuta come spazio di ascolto, significazione e empowerment, talvolta però come minaccia all’identità o come inefficace se non sintonica;
 - **interventi sociali e corporei** (occupational therapy, attività fisica, gruppi di pari): supportano senso di efficacia, appartenenza, ri-appropriazione del corpo.

4. Cosa aggiunge alla pratica clinica (e alla psicoterapia cognitiva neuropsicologica)

Per chi lavora in ottica **fenomenologico-ermeneutica e cognitiva neuropsicologica**, l’articolo è prezioso perché:

- conferma che la depressione non è solo “disturbo dell’umore”, ma **riorganizzazione globale del campo esistenziale** (corpo, tempo, Sé, mondo interpersonale);
- suggerisce di integrare sistematicamente nel colloquio **domande sul vissuto del tempo, del corpo e del mondo sociale**, non solo su pensieri ed emozioni;
- invita a considerare **dimensioni culturali, di genere e di minoranza** quando si interpretano i sintomi e si costruisce l’alleanza;
- offre una base esperienziale per progettare **interventi integrati**: farmacoterapia, psicoterapia, lavoro sul corpo, contesto sociale e reti di pari.

In chiave SLOP, il testo è un ottimo ponte tra:

- **psicopatologia fenomenologica** (depressione come alterazione del “mondo-della-vita”),
- **psicoterapia cognitiva neuropsicologica** (attenzione alle funzioni cognitive, alla narrazione di sé e alla modulazione dei pattern di significato),
- **partecipazione attiva degli utenti** (co-scrittura, esperti by experience).

5. Punti di forza e limiti

Punti di forza

- Co-scrittura reale tra persone con esperienza vissuta e accademici.
- Copertura **globale e transculturale**.
- Integrazione raffinata tra **narrazioni in prima persona e psicopatologia fenomenologica**.

Limiti (dichiarati o impliciti)

- Focalizzazione su depressione unipolare DSM/ICD (esclusa depressione postpartum, disturbi misti, ecc.).
- Non pretende di essere esaustivo: resta una **mappa paradigmatica**, non un atlante di tutte le forme depressive.
- Dati prevalentemente qualitativi: non “spiegano” la depressione, ma **la descrivono dall'interno**.

6. Collegamento con l'approccio PCN

L'articolo su *The lived experience of depression* è, di fatto, un esempio di **psicopatologia fenomenologica applicata**:

1. Dal sintomo alla struttura dell'esperienza

Non parte da “umore depresso, anedonia, insonnia...”, ma da come cambia:

- il **corpo vissuto** (pesante, rallentato, estraneo);
- la **temporalità** (passato schiacciante, presente bloccato, futuro chiuso);
- il **Sé** (non mi riconosco più, perdita di identità, vuoto);
- il **mondo interpersonale e sociale** (isolamento, stigma, ruoli che si sgretolano).

Questo è esattamente il movimento fenomenologico classico: non l'elenco dei sintomi, ma la **modificazione globale del mondo-della-vita**.

2. Depressione come trasformazione dell'essere-nel-mondo

Le testimonianze mostrano che la depressione non è solo “tristezza”, ma una diversa forma di stare-nel-mondo:

- il mondo perde colori, possibilità, risonanza;
- il corpo non è più uno strumento fluido ma diventa peso, ostacolo;
- il tempo non scorre ma si **mummifica** (presente immobile, futuro impossibile).

È esattamente la linea di Minkowski, Binswanger, Fuchs ecc.: la psicopatologia come studio di **modi di esistenza**, non solo di sindromi.

L'articolo è anche fortemente **ermeneutico**.

1. Co-scrittura = circolo ermeneutico

Il fatto che il lavoro sia scritto insieme a “experts by experience” realizza concretamente il **circolo ermeneutico**:

- l’esperienza depressiva è un “testo” vissuto;
- i pazienti la narrano, i ricercatori la interpretano;
- poi le interpretazioni vengono restituite e rimesse alla prova dei pazienti e dei caregivers.

C’è una continua **negoziazione di senso** tra chi vive la depressione e chi la studia/ cura. Non è la clinica che si impone dall’alto, ma una **co-interpretazione** dell’esperienza.

2. Depressione come configurazione narrativa

L’articolo mostra che la depressione:

- riorganizza la storia di vita (“tutto il passato appare come una serie di fallimenti/colpe”);
- blocca il futuro (“non vedo più possibilità”);
- produce narrazioni del tipo: “io sono così e sarò sempre così”.

In termini ricœuriani e SLOP:

- la depressione è una **configurazione narrativa patologica** (un modo di “montare” eventi, valori, colpe, speranze);
- la psicoterapia lavora alla **rifigurazione** di questa storia, aprendo nuove possibilità di senso e di futuro.

L’articolo, con le sue grandi aree tematiche (corpo, tempo, Sé, contesto sociale, recovery), offre proprio le **coordinate ermeneutiche** per leggere e rinarrare queste vite.

Patologie storiche vs non storiche: dove si colloca la depressione dell'articolo

Cosa intendiamo (in stile SLOP) per patologie storiche / non storiche

- **Patologie storiche**

- la sofferenza è **intessuta di biografia**: eventi, relazioni, scelte, traumi, conflitti di valori;
- c'è una certa **continuità narrativa**: il soggetto può (più o meno faticosamente) raccontare come è arrivato lì;
- il disturbo, pur doloroso, è **ancora “nella storia”**: ha un prima, un durante, un possibile dopo;
- es. gran parte delle depressioni, molte forme ansiose, ecc.

- **Patologie non storiche**

- c'è una **alterazione primaria dell'ipseità**, dei sistemi di base dell'esperienza (percezione di sé, del corpo, del mondo, del tempo);
- la narrazione è **frammentata, scollata o quasi impossibile**; gli eventi biografici non “tengono insieme” l'esperienza;
- il disturbo appare come **modo-di-essere strutturalmente diverso**, difficilmente storicizzabile;
- es. autismo, alcune forme schizofreniche di nucleo, gravi sindromi prefrontali, certe psicosi.

La depressione descritta nell'articolo è una patologia storica

Quasi tutto il materiale che Fusar-Poli et al. riportano ha la forma tipica delle **patologie storiche**:

- le persone collegano la depressione a:
 - lutti, traumi, fallimenti percepiti;
 - ruoli sociali e familiari (genitore, partner, lavoratore) in crisi;
 - conflitti valoriali (“non sono come dovrei essere”, “non ho mantenuto le aspettative”).
- si vede bene che l'esperienza depressiva:
 - **deforma la storia**, ma è comunque una storia: c'è un prima (“com'ero”), un durante (“come sto ora”) e l'ipotesi di un dopo (“vorrei tornare come prima / diventare altro”);
 - si presta a essere **raccontata, discussa, reinterpretata**.

La stessa idea di “**journey of recovery**” (percorso, viaggio) è intrinsecamente **storica**: la persona può pensare il proprio cambiamento nel tempo, anche quando il futuro appare chiuso.

Ma la depressione sfiora i “confini del non-storico”

In alcuni passaggi, però, l’articolo mostra come la depressione possa avvicinarsi a una **zona-limite**:

- quando il tempo è totalmente immobilizzato (“il futuro non esiste più, non succederà mai niente di diverso”);
- quando il Sé è vissuto come del tutto vuoto, morto, puramente inutile;
- quando la morte non è più solo “idea” ma **unica possibilità ontologica pensabile**.

Qui la depressione, pur restando in linea di massima una patologia storica, **si rigidifica**: la storia personale si congela, perde elasticità, rischia di trasformarsi in **“gabbia ontologica”**. È un punto di contatto con alcune dimensioni delle patologie non storiche (pensiamo a certe melancolie estreme, ai vissuti di “morte dell’Io”).