DEPRESSIONE E DISTURBO DEL PENSIERO[1]

Giuseppe Lago[2]

Premessa

Quando si parla di depressione, bisogna operare una distinzione in almeno due ambiti. Primo, occorre distinguere se si tratta di depressione o mal di vivere. Secondo, è necessario stabilire la correlazione tra disturbo dell'umore e disturbo del pensiero.
Mi occuperò quindi del secondo argomento, non senza puntualizzare la prima distinzione, fino al punto di poter affermare che la presenza del disturbo del pensiero diventa patognomonica e contribuisce a separare la depressione, in quanto disturbo, dalle altre oscillazioni del tono dell'umore, rientranti in qualche modo nei processi emotivo-affettivi che caratterizzano una personalità non patologica.
Senza una visione integrata (mente/corpo; fisico/mentale; neurofisiologico/psicologico; emisfero sinistro/emisfero destro), la depressione rimane un fenomeno clinico la cui natura è quella di non differenziarsi da una modalità esistenziale degli esseri umani, conosciuta all'inizio del mondo ma sostanzialmente considerata come un malessere inevitabile.
Tematiche depressive, come l'angoscia della perdita, dell'abbandono, della morte, l'incertezza del futuro, il senso di colpa, portano a una sovrapposizione tra il cosiddetto mal di vivere o *taedium vitae* e il vero e proprio disturbo clinico (Lalli, 2008).
Per non rimanere in questa area indistinta, separare la depressione dal *taedium vitae* ci appare un momento necessario. Proseguendo possiamo procedere nella comprensione e valutazione di un disturbo come la depressione, che non può essere semplicemente collocato in un *continuum* privo di cesure, tra la dimensione umana esistenziale e quella patologica, o considerato solo un incremento di aspetti presenti comunque nella condizione normale.
Anche una classificazione accurata, come quella presente nel PDM-2, non sfugge alla fluidità di proporre un *continuum* che vede all'estremo sano coloro che funzionano in modo equilibrato, reagendo in maniera positiva a stress esterni e conflitti interni, senza far ricadere sugli altri il loro malessere, e all'estremo più compromesso, quindi patologico, coloro che reagiscono in modo rigido e ripetitivo, ricorrendo a difese inadeguate e scaricando sugli altri la propria sofferenza (McWilliams, Shedler 2017).
Tuttavia, se si ha la necessità di distinguere le situazioni estreme, dando ad un polo la definizione di "estremo sano" e all'altro polo quella di "estremo più compromesso", vuol dire che da qualche parte (e per qualche motivo) il *continuum* s'interrompe, dando luogo a una gradazione che si avvale di confini necessari per delimitare e distinguere un livello dall'altro (*livello sano, nevrotico, borderline, psicotico* cfr. McWilliams, Shedler 2017, ibidem).
Con quanto sopra, ho voluto sottolineare che a definire i livelli non ci può essere solo un fattore quantitativo, come il riferimento a un *continuum* farebbe pensare. Il riconoscimento di livelli sta a significare che, pur nei termini di una classificazione dimensionale, esistono degli elementi caratterizzanti e idiosincratici di ciascuna dimensione del *continuum*, i quali determinano la sovrapposizione di piani (o livelli), ossia la presenza di una scala concettuale, in funzione di aspetti qualitativi, e non soltanto quantitativi.

Osservazione e integrazione

Tornando alla depressione, e alla necessità di delimitarla in quanto disturbo strutturale, oltre ad introdurre una doverosa distinzione dal *taedium vitae*, occorre inquadrare il disturbo innanzitutto dal punto di vista psicopatologico, ricavandone due punti di osservazione:

---

[1] Pubblicato 11.04.2023.
[2] Psichiatra, psicoterapeuta, autore del *Compendio di Psicoterapia* (2016).

1. la *struttura della personalità*, ossia un'organizzazione che è ormai necessario inquadrare da diversi punti di vista. In una visione integrata infatti, non ci si può limitare al solo punto di vista del paradigma (psicoanalitico, cognitivista, sistemico, interpersonale etc.) in base al quale il clinico è stato formato.
2. la *fenomenologia*, ossia le manifestazioni interne o esterne cui il soggetto dà luogo e che possono venire evidenziate dal clinico in modo esplicito (osservazione, report, audio-video registrazioni) o in modo implicito (controtransfert, assessment, interpretazione sogni e altro materiale interpretabile).

Per il primo punto, la visione integrata si è affermata quasi dappertutto e a maggior ragione nel contesto della psicoanalisi, rimasta troppo a lungo chiusa in un ambito autoreferenziale e sorda ai segnali delle attualità scientifiche. Al momento, mi limito a citare alcune affermazioni contenute nel PDM-2, le quali dimostrano la voglia di confrontarsi col mondo scientifico attuale, pur mantenendo i connotati validi dell'impostazione psicodinamica.

[…] le teorie contemporanee concepiscono la personalità come un bacino in cui confluiscono diversi fattori, quali, tra gli altri, l'eredità genetica, il temperamento, le esperienze di vita precoci (come trauma e abbandono), l'attaccamento infantile. […] (p. 5).

[…] Come suggerito dai risultati presentati da Clarkin, Kernberg e dai loro collaboratori […] raccomandiamo di stabilire a quale livello di gravità può essere collocata la personalità di un individuo attraverso la valutazione delle seguenti capacità:

- capacità di regolazione, attenzione e apprendimento;
- capacità di fare esperienza, comunicare e comprendere gli affetti;
- capacità di mentalizzazione e funzione riflessiva;
- capacità di differenziazione e integrazione (identità);
- capacità di relazioni e intimità;
- regolazione dell'autostima e qualità dell'esperienza interna;
- capacità di controllo e regolazione degli impulsi;
- funzionamento difensivo;
- capacità di adattamento, resilienza e risorse psicologiche;
- capacità di auto-osservazione (mentalità psicologica);
- capacità di costruire e ricorrere a standard e ideali;
- significato e direzionalità;

La valutazione del funzionamento mentale di un individuo […] è un modo sicuramente utile per poter collocare con maggior certezza il livello della sua personalità lungo il c*ontinuum* sano, nevrotico, borderline, psicotico. […] (McWilliams, Shedler 2017, p. 20).

Da quanto citato, vediamo che la valutazione del funzionamento mentale e quindi dell'equilibrio psicologico in campo psicodinamico è ormai uscita dalle nebbie del modello pulsionale, nel quale Freud l'aveva collocato. L'incredibile bilancio pulsionale che poneva il soggetto in perenne conflitto con se stesso si è ora riconnesso a degli elementi qualitativi. Questi elementi (le capacità di cui sopra) permettono di dare al modello dimensionale psicoanalitico dei punti di rèpere categoriali, sufficienti a stabilire (novità delle novità!) una condizione di base definita *livello sano*, ben differenziato, secondo consolidate configurazioni, dai livelli gradualmente patologici (*nevrotico*, *borderline*, *psicotico*). La novità sta nel definitivo accantonamento, da parte dell'ambiente psicoanalitico più evoluto, del cosiddetto *patomorfismo*, ossia dell'impostazione per cui si parte dal patologico per risalire al funzionamento del sano, com'era in uso all'interno del modello pulsionale classico.

Il livello sano

Il fatto che nel PDM-2 si concepisce la struttura della personalità a partire da un *livello sano*, mi permette quindi di richiamare il concetto di *sanità di base*, già espresso in passato (Lago, 2006) e ribadito nel *Compendio di Psicoterapi*a (cit.).

La definizione *sanità di base* si riferisce al Sistema Attaccamento, organizzato in termini di base sicura (Bowlby,1988). La *sanità di base* comporta, non soltanto l'acquisizione di modelli operativi interni (MOI) che dispongono il soggetto a ripetere esperienze positive di attaccamento, ma anche ad avere una relativa indipendenza dalle persone significative, dovuta alla creazione di rappresentazioni mentali di sé e dell'altro da sé, cioè pervenire a quella che si può considerare la prima funzione simbolica.

Se consideriamo i tre livelli mentali che compongono la personalità, secondo il metodo esposto nel *Compendio* (Lago, 2016, p. 180-81) la *sanità di base* si delinea nel *pensiero inconscio* (vedi anche Lago, 2023d) di una persona esente da patologie mentali, aggiungendo un'ulteriore organizzazione nel contesto del Sistema Attaccamento. La nuova organizzazione di cui parlo prevede l'integrazione tra Sistema Attaccamento e Sistema Sessualità, realizzando la *zona di contatto prossimale*, ossia un campo integrato nel livello mentale del *pensiero inconscio*.

La somiglianza di questo tipo di integrazione con l'organizzazione chiasmatica del campo visivo, ha fatto ricorrere in passato a metafore riguardanti la funzione visiva, da parte di Merleau-Ponty (1964) con il concetto di *chiasma* e di Bion (1962) con la *visione binoculare*.

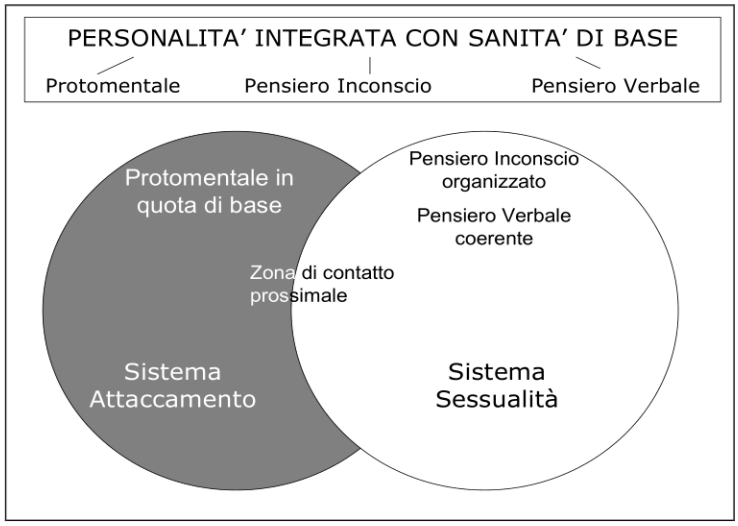
In questo senso, ritengo plausibile una definizione del genere con il termine di **personalità integrata** (tab.1).

Con questo non voglio proporre alcuna astrazione, in quanto la personalità è una condizione dinamica, frutto dell'attività e delle capacità creative del soggetto.

Pervenire al *pensiero inconscio* con la *sanità di base* non è unicamente un fatto formale, ma di contenuto, come il *pensiero verbale* non è l'esercizio razionale o l'uso discorsivo della parola ma il parlare coerente, integrato con il proprio *pensiero inconscio*.

Allo stesso modo, il fatto di considerare il *protomentale*, in prima istanza, coincide con la necessità di stabilire un punto di partenza comune metodologico e clinico, che permetta alla psicoterapia stessa di orientarsi in termini scientifici, integrando biologico e mentale.

Tabella 1



L'orientamento diagnostico, quasi sempre collegato con le fasi iniziali della psicoterapia, punta quindi ad evidenziare la stabilità dell'equilibrio della personalità, mettendola in relazione con la quota *protomentale*, che è un criterio dimensionale, spia indiretta dell'attività del processo di mentalizzazione, ossia delle capacità simboliche del soggetto.

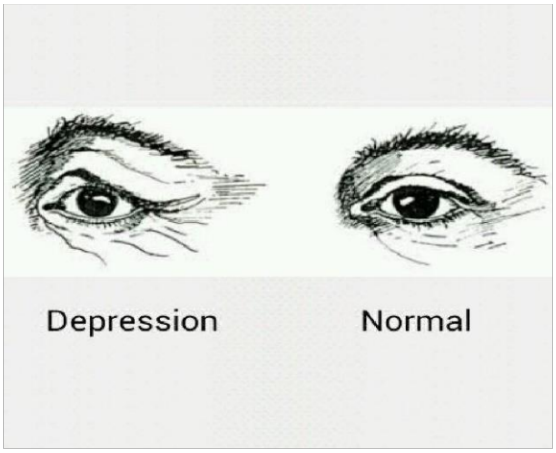
Tornando alla distinzione tra diversi livelli di gravità nel PDM-2, si può dire che essa costituisce di per sé un dato categoriale, seppur inserito nell'ottica del *continuum* dichiarato.
Questo dato mi induce a dedicarmi al secondo punto di osservazione annunciato, ossia al punto di vista fenomenologico, sapendo che in esso si possono individuare manifestazioni significative, le stesse che hanno la caratteristica di indicare e circoscrivere ciascuno dei quattro livelli (*sano, nevrotico, borderline, psicotico*) all'interno dei quali collocare la personalità.

La personalità depressiva
Rientrando nel tema della depressione, ricordo i sintomi classici, per mettere poi a fuoco la *personalità depressiva*.
Al primo posto troviamo:

- rallentamento psicomotorio
- senso diffuso di tristezza.

Il parametro fenomenologico della *tristezza vitale* ricopre e caratterizza il vissuto depressivo, senza offrire vie d'uscita o temporanei cambiamenti che lascino intravedere la fine di una sofferenza che è immanente e ineluttabile. L'aspetto del depresso esprime e comunica quanto si svolge nella sua mente. Ai pensieri tristi e catastrofici corrisponde la *facies* tipica di una persona squassata da una tragedia che invade l'interno e altera in modo visibile l'esterno, il corpo in genere e l'espressione del volto. Il segno di Veraguth[3] è un esempio di un'oggettività clinica che non lascia dubbi. Ma nelle forme gravi, il delirio di colpa, di autoaccusa, di malattia prende il posto di qualsiasi attività di pensiero. Il depresso, schiacciato dalle condanne irrevocabili che lui stesso si infligge, si avvia, se non curato, verso il progressivo spegnimento della sua dimensione psicofisica, fino a bloccarsi in un arresto che è psicomotorio ma innanzitutto esistenziale. Purtroppo, in una discreta percentuale di casi (10-15%) il dolore di questo stato insopportabile spinge il soggetto a porre fine alla sua vita, e spesso anche a quella delle persone che considera parti di sé (cfr. Lalli, cit.).

Il segno di Veraguth



Ciò che voglio sottolineare nella descrizione precedente è l'estrema coerenza del quadro clinico, che riguarda l'aspetto, il comportamento, il vissuto e il pensiero. Siamo in un contesto di cosiddetta *olotimìa,* laddove lo stato d'animo della persona sembra determinare sia

[3] La piega della palpebra superiore ai margini del suo terzo mediale è rivolta all'insù e un poco indietro (Otto Veraguth, neurologo svizzero, 1870-1944).

l'espressione corporea e comportamentale, sia l'attività di pensiero, fino ad indurre i classici deliri di colpa, rovina, negazione e ipocondria. La psicopatologia fenomenologica e descrittiva perviene con chiarezza all'ipotesi che il nucleo affettivo del soggetto, spesso collegato con eventi significativi scatenanti (es. una perdita), determini lo sviluppo di un disturbo del pensiero, condizionato dal tono dell'umore in atto.
Qui le ipotesi si biforcano, nel senso che la psichiatria biologica propone il disturbo depressivo come una disfunzione più o meno grave dei sistemi monoaminergici nelle aree emotive del cervello, mentre la psicoanalisi e altre impostazioni psicogenetiche si richiamano alla personalità e ai suoi disturbi. L'impostazione psicogenetica, in effetti, sottolinea di volta in volta l'importanza della personalità premorbosa e del trauma scatenante, sfumando sui dati psicobiologici, considerati da sempre secondari[4].

> […] La personalità riguarda soprattutto ciò che uno *è* piuttosto che ciò che uno *ha*, inteso come disturbo. Di certo, comprende molto più di quanto sia immediatamente osservabile attraverso il solo comportamento; racchiude, infatti, una gamma di processi psichici interni (motivazioni, fantasie, pattern caratteristici di pensare e sentire, modi di fare esperienza di sé e degli altri, modalità di coping e di difesa, ecc.). Indipendentemente dai problemi "espliciti" con cui si presentano al trattamento, molti pazienti, nel corso della terapia, finiscono per rendersi conto che le loro difficoltà sono intrinsecamente legate a chi e a come sono loro. I pazienti hanno bisogno di terapeuti che sappiano capire il loro funzionamento psicologico come sistema generale e che li aiutino perché sono ripetutamente vulnerabili a un certo tipo di sofferenza. Spesso i problemi psicologici sono intimamente legati alla personalità, possono essere l'altra faccia dei punti di forza di una persona, e vanno considerati alla luce della totalità dell'individuo e dei contesti relazionali e culturali in cui è inserito (il nostro uso del termine "personalità" include ciò che storicamente veniva chiamato "carattere" […] (McWilliams, Shedler 2017, p. 16).

In campo psicodinamico, la descrizione del carattere o personalità depressiva ha messo in evidenza due modelli diversi (Blatt, 2008) in base ad alcuni elementi strutturali ma, alla fine, convergenti nelle manifestazioni.
Da una parte, il *modello introiettivo*, già descritto nella celebre opera di Freud, *Lutto e melanconia* (1917), nella quale la figura significativa introiettata e assimilata al soggetto, impoverisce l'Io, in quanto rappresenta un oggetto interno vissuto come cattivo e deludente, la cui perdita determina sentimenti di colpa.
Dall'altra parte, c'è un *modello anaclitico*, ossia fortemente dipendente ed esposto ai rifiuti e agli abbandoni, vissuti con senso di vuoto e di vergogna, in un contesto autosvalutante.
Entrambi i modelli delineano la dimensione caratteriale del soggetto dipendente, a seconda dei casi verso persone o entità idealizzate ma spesso verso le une e le altre. Il problema è comunque l'adesione costante di questi soggetti a ciò che altrove ho spiegato come *fattore carismatico* (Lago, 2022; 2023f). La dipendenza, come è ben noto, determina rabbia e rancore, in genere inconsapevoli, nei confronti dell'oggetto idealizzato. La relazione ambivalente che il soggetto mantiene con le persone che idealizza determina un conflitto insanabile tra sentimenti di rabbia e odio per l'altro di cui ha bisogno e la necessità di esaltare con l'idealizzazione le qualità di quest'ultimo, facendolo diventare un oggetto irrangiungibile e a volte persecutorio.
Inutile dire che in questa dinamica il depresso non è l'unico a gestire una relazione patologica di tipo sadomasochistico. Molto spesso l'altro soggetto della relazione agisce a sua volta un gioco manipolatorio, accettando di gestire un carisma sadico e dominare con facilità la personalità del depresso. In tal modo, il partner sadico (identificabile in un *narcisista grandioso*; vedi Lago, 2023c) sfrutta senza scrupoli almeno i due punti deboli che il depresso stesso rivela a sue spese: cioè l'angoscia d'abbandono e l'angoscia di separazione.

---

[4] In una visione integrata, si preferisce non dare priorità a un ambito (biologico o psicologico) rispetto a un altro. L'evidenza di un'unità psicofisica inscindibile richiede l'elaborazione di un modello integrato anziché l'arroccamento in una posizione che escluda l'altra.

Con quanto su esposto, si comprende meglio come introiezione e dipendenza siano due fattori intrinseci e strutturali della personalità depressiva, ossia due facce della stessa medaglia.
In base a tali premesse, per l'ipotesi psicodinamica la crisi depressiva è sempre rappresentata da una perdita reale o immaginaria, riconducibile a quell'oggetto introiettato che limita e impoverisce l'Io, impedendogli di recuperare l'integrità antecedente il lutto.

I limiti dell'ipotesi psicodinamica

Fondamentale, nella lettura psicoanalitica, è l'idealizzazione dell'oggetto. Dall'idealizzazione derivano la bassa autostima, per tutta la durata del rapporto con l'oggetto introiettato, alterato di volta in volta nel senso di eccesso di stima o nel suo opposto, ossia nella rabbia distruttiva contro l'oggetto svalutato. L'altalena sado-masochistica, infatti, è la dinamica che i depressi intrattengono all'interno di sé, con le parti introiettate, ma anche all'esterno con le espressioni o i simboli cui si affidano per l'interposta persona dell'altro da sé reale ma idealizzato.
Se in termini psicopatologici, la perdita, nella sua doppia accezione attinente a un oggetto interno/esterno, può essere considerata la causa scatenante della crisi depressiva, il discorso rimane più aperto per ciò che concerne il mantenimento e il decorso cronico del disturbo depressivo, nonché della strutturazione di quello che abbiamo definito carattere o personalità depressiva.
Qui, alcune ipotesi sembrano paradossalmente convergere, a dispetto delle posizioni diametralmente opposte. Come fa, per esempio, la psicoanalisi classica, ponendo alla base della personalità depressiva un Io libidico fragile e carente, cioè un difetto costituzionale ai sensi della teoria bioenergetica freudiana della libido e della relativa *catexi* (investimento libidico). I depressi sarebbero "scarsi" di libido, ossia carenti alla fonte psicobiologica del contraddittorio impianto freudiano dello sviluppo mentale. Questa sorta di ipotesi costituzionale, nata paradossalmente in un ambito psicogenetico, finisce per combaciare con l'ipotesi neurobiologica di una vulnerabilità del SNC, matrice della disfunzione nei meccanismi monoaminergici.
Questo paradosso è rimasto inosservato per molti anni, fino a quasi l'ultima decade del Novecento, quando si sono levate diverse voci per additare l'assurdo di una teoria psicogenetica che pone una serie di *deus ex machina* psicobiologici (la libido, l'energia psichica, la pulsione) gestendoli in modo mistificante e aleatorio, tanto per dare l'impressione di occuparsi anche di aspetti corporei.
Per molto tempo, tanti psicoanalisti si sono serviti della teoria delle pulsioni, benché lo stesso Freud l'avesse ritenuta la mitologia della psicoanalisi.
La concezione freudiana è il prototipo dell'idea di comportamento attivato da una spinta interna, anziché indotto da stimoli situazionali. Freud parte dall'intento di confermare l'assunto darwiniano che il comportamento vada spiegato nei termini di funzione di sopravvivenza della persona. Successivamente, riduce la teoria delle pulsioni alla gratificazione delle sole pulsioni sessuali e aggressive, stabilendo che la tendenza fondamentale dell'organismo sia la scarica immediata dell'eccitamento. L'impossibilità della scarica immediata costringe l'uomo secondo Freud ad accettare la realtà fisica e sociale, sviluppando il pensiero e le relazioni interumane.
Per Freud, se la spinta pulsionale dovesse sempre realizzarsi, non ci sarebbe lo sviluppo del pensiero e della civiltà. Il pensiero è considerato, quindi, solo un'attivazione che l'uomo produce per sostituire la gratificazione delle pulsioni irrealizzabili. L'idea freudiana comporta che se la gratificazione della pulsione fosse possibile senza dinamica oggettuale, di conseguenza non ci sarebbero né relazioni né legami.
L'incongruità della teoria delle pulsioni è oggi dimostrata dal fatto di essere un tentativo mal riuscito di integrazione tra un'eccitazione di tipo fisico e una serie di conseguenze a livello mentale (Widlöcher, 1996).

La contestazione degli assunti di base pseudobiologici della psicoanalisi, che dura da più di vent'anni, per fortuna oggi ha dato luogo a una psicoanalisi contemporanea che ne ha preso atto (Eagle, 2011).

La psicoanalisi contemporanea

Il punto di vista della psicoanalisi contemporanea sembra il più adeguato per sfuggire ad improbabili mitologie pseudobiologiche. In esso si considera la relazione oggettuale, sia valutando la dinamica esterna effettiva, che presume un oggetto esterno, ovvero un altro soggetto, sia comprendendo il riflesso introspettivo delle relazioni intersoggettive, ossia ciò che nella mente di due soggetti in relazione si rappresenta. Ricordando bene che le rappresentazioni mentali sono anch'esse intersoggettive, ovvero prevedono che nel mentale di ciascuno ci siano rappresentati insieme a noi anche gli altri significativi.

> […] In termini assai sommari nella situazione analitica vi è l'analista, un paziente e un terzo che osserva – sempre. Sicché vi sono tre persone. Sovente ve ne sono altre, molto più nell'ombra – parenti, mariti, mogli, padri, madri, figli. Quegli "oggetti" – impiego deliberatamente questo termine vago - esercitano un'influenza. […] (Bion, 1977, p. 43).

Seguendo la metodologia di Bion, ho trovato il modo di non dipendere dalla mitologia freudiana pulsionale e far partire lo sviluppo mentale da un luogo reale (e non reificato come l'Es). La concettualizzazione del *protomentale*, ovvero la mentalità primitiva che Bion aveva individuato nei gruppi (1952), è questo luogo reale che mi ha permesso di sfuggire alle metafore pseudobiologiche e avvalermi di una notevole messe di scoperte neuroscientifiche attuali (Lago et al., 2003).

Il *protomentale*, infatti, compare per primo. Esso è un livello mentale di primo ordine; diretto conduttore e assimilatore degli stimoli che provengono dall'esterno della personalità del soggetto.

Chiarisco subito, di avere buoni motivi per affermare che, nel neonato, il *protomentale* è l'unico livello mentale e che occorre più di un anno perché si cominci a manifestare un livello mentale di secondo ordine. Fino a quel momento, che generalmente coincide con la maturazione completa del cervello, e in particolare dell'area dell'ippocampo, la mente umana funziona con un livello mentale di primo ordine. Quest'ultimo non determina e non gestisce alcun processo simbolico.

Il *protomentale* è la condizione oggettiva e soggettiva del neonato nel periodo che va dalla nascita alla comparsa del pensiero simbolico.

Riepilogando, il *protomentale* si costituisce a partire da sequenze d'azione ripetute e impresse nella memoria implicita del soggetto, codificate in forma non simbolica, le quali influenzano i processi organizzativi che guidano il comportamento (Beebe, Lachmann, 2002). Il *protomentale*, quale unico momento di partenza nello sviluppo mentale, costituisce così la base comune, biologica e mentale dell'essere umano, valutabile sia in termini strutturali (nel SNC), sia in termini preverbali e presimbolici in quello che potremmo definire inconscio non simbolico e che, per comodità, definiremo *inconscio protomentale*, per distinguerlo dall'inconscio simbolico, legato ai livelli mentali di secondo ordine.

L'*inconscio protomentale* **non è** un concetto metapsicologico ma una realtà fisiologica che ha un substrato organico integrato nell'intero SNC e delle funzioni (emozioni, affetti) che si trasformano in altre funzioni più elaborate (sentimenti, immagini), dette di secondo ordine.

Il *protomentale* si compone di una *parte inconscia*, come abbiamo visto, non rappresentabile simbolicamente ma che, in quanto legata alle emozioni primarie, può essere richiamata dalla memoria implicita per opera di uno stimolo simile a quello che ha suscitato l'emozione primaria stessa. Nel momento dell'emozione, il *protomentale* emerge quindi alla coscienza; cioè crea

quel *senso di sé nucleare* che Damasio (1999) spiega egregiamente come incontro del Proto-sé con l'oggetto esterno (Lago, 2006).

Il metodo integrato

Avere chiarito come si sviluppa il mentale, stabilendo il punto di partenza dei processi che nella mente si svolgono, è importante anche per una ricerca psicopatologica come quella che sto compiendo sulla depressione.
Quindi, innanzitutto ci sono le emozioni, ossia il *protomentale*. Ciò sembrerebbe in linea con quella insolita convergenza tra psicoanalisi classica (con la "inconsistente" teoria delle pulsioni) e psichiatria biologica (i disturbi mentali sono disturbi del SNC).
L'organizzazione della personalità verrà, quindi, esposta a scopo esplicativo, articolandola secondo tre livelli mentali.
I tre livelli mentali sono i seguenti:

- *protomentale*
- *pensiero inconscio*
- *pensiero verbale*

Studiando lo sviluppo della personalità, sappiamo che c'è un ordine di apparizione di ciascun livello mentale, a partire dalla nascita. Se, invece, come mi sono proposto, intendo considerare un'istantanea della personalità di un soggetto adulto esente da psicopatologia e difetti di sviluppo, vedremo l'articolazione dei tre livelli, presenti in quota diversa ma in modo integrato.
Il termine dimensionale, o quota, può senz'altro valere per il livello *protomentale*, nel quale è evidente la rilevanza di fattori biologici quantificabili e misurabili.
I due livelli mentali di secondo ordine, come *pensiero inconscio* e *pensiero verbale*, non sono quantificabili né misurabili, in quanto costituiti da quelli che le Neuroscienze definiscono *qualia*, ovvero qualità, contenuti mentali, quindi prodotti, risultato di un lavoro della mente individuale, di cui è possibile valutare le manifestazioni ma è difficile risalire ai processi.
La difficoltà di risalire ai processi del pensiero e spiegarli è stato il rompicapo, e tuttora impegna molta filosofia.
Kant, con il concetto di cosa in sé, aveva invitato i ricercatori a rassegnarsi all'osservazione dei fenomeni, inquadrandoli secondo i ben noti parametri spazio-temporali. Kant (1781) sperava così di allontanare i pensatori dall'inveterata abitudine di individuare un principio assoluto quasi sempre coincidente con la divinità.
Purtroppo, il concetto di inconscio, perfezionato nella mente lungimirante di Freud, finiva per racchiudere proprio quella cosa in sé che Kant aveva consigliato di porre fuori dal campo della ricerca.
Ma se i filosofi non possono negare di essere stati messi in guardia da Kant, psichiatri, psicologi e psicoterapeuti rischiano di cadere nel solito trabocchetto e commettere l'errore di Cartesio. Quest'ultimo, che ovviamente non poteva conoscere Kant, non soltanto separa nell'uomo la mente dal corpo ma classifica le scienze in due ambiti ben separati: le scienze della natura e le scienze dello spirito.
Cartesio ha un suo modo di risolvere il problema di come la mente naturale, corporea, emotiva dell'uomo (res extensa) si connette con la mente concettuale, cognitiva, simbolica (res cogitans); egli ricorre al mito dell'*homunculus*, ovvero una piccola riproduzione dell'uomo stesso che, dalla ghiandola pineale del cervello, esercita la vista interiore che travalica la conoscenza oggettiva.
Oggi, per fortuna, non sono pochi i filosofi e i neuroscienziati, a partire da Antonio Damasio (1994), che evitano di cadere nell'errore di Cartesio.

In psicoterapia, invece, l'inconscio e il pensiero sembrano ancora cose in sé, che solo il rappresentante concettuale dell'*homunculus*, ovvero l'anima più o meno spirituale riesce a cogliere.
In psicoterapia, non sussiste però, a nostro avviso, unicamente l'errore di Cartesio. La speculazione sulla mente ha creato dei contenitori, non fittizi, non convenzionali, ma strutturali, tali come Es, Io, Super-io, mondo interno, mondo esterno, ai quali viene attribuito un significato assoluto per cui risultano essere cose e non involucri a perdere come dovrebbero.
Qualcuno dirà, quindi, che la tal cosa si trova nell'inconscio, nella coscienza, nel Super-io, nell'oggetto interno, dando ad intendere che non si tratta di processi dinamici, ossia fluttuanti e momentanei, ma di cose in sé, strutture consolidate e scontate della personalità umana.
Il mio parere è diverso. Quando parlo di *livelli mentali di secondo ordine*, ossia sostanzialmente di pensiero, non intendo lasciare la base neurofisiologica di partenza, se non per dare un nome a qualcosa che accade nella complessità del cervello e si esprime istantaneamente, ovvero non precede l'azione necessariamente, come il progetto dell'architetto precede la casa, ma si organizza lì per lì, a partire da elementi precedenti che costituiscono le premesse dell'atto del fare o del parlare e, soprattutto, che nessun *homunculus* riunisce o assembla secondo un processo prestabilito.
Che cosa ne sarà del *protomentale* a sviluppo adulto completato?
Con la comparsa dei due livelli mentali più evoluti, il *protomentale* si riduce progressivamente, fino a rimanere fissato in una quota di base, la quale collocandosi nel confine mente-corpo, costituisce un aspetto costante della personalità, garanzia di stabilità e sviluppo, testimonianza della storia emozionale affettiva inconscia del soggetto.
Perché il *protomentale* permanga nella quota di base, compatibile con l'equilibrio di una personalità adulta normale, occorre che gli elementi emotivi e affettivi, frutto della relazione dinamica immediata con l'ambiente, siano continuamente organizzati e, grazie al pensiero simbolico, trasformati in *rappresentazioni mentali*, ossia in contenuti psichici dotati di stabilità e in grado di consentire al soggetto la giusta distanza dagli oggetti materiali e dalle proprie esperienze emotive, consentendo così una relazione corretta con la realtà.
La *funzione riflessiva* o mentalizzazione, ovvero l'operazione che porta alla formazione di *rappresentazioni mentali*, dapprima viene esercitata con l'aiuto del c*aregiver*, il quale rimanda al neonato la sua risposta rassicurante. Il bambino, crescendo, acquisirà la *funzione riflessiva*, sul modello della mentalizzazione materna. Ciò significa che le *rappresentazioni mentali* del bambino, dopo il secondo anno di vita, nasceranno nel contesto della relazione di attaccamento, instaurata alla nascita. Il risultato sarà che la prima rappresentazione simbolica di sé sarà una *rappresentazione mentale di sé e dell'altro da sé* (Kernberg, 1976), ossia il prodotto sintetico e inscindibile di una relazione affettiva.
Quanto sopra dimostra che le prime forme simboliche sono inconsce, in quanto rappresentazioni, ovvero *rappresentazioni mentali di sé e dell'altro da sé*, che si imprimono nella memoria esplicita del soggetto, la quale comincia a configurarsi intorno al secondo anno di vita e permette la costituzione del *sé autobiografico*.
Il nostro soggetto adulto, allora, possiede un livello *protomentale*, in quota di base, e un *pensiero inconscio*, ossia un livello mentale di secondo ordine, in grado di operare la *mentalizzazione delle esperienze emotivo-affettive* del momento, connettendole alle *rappresentazioni mentali di sé e dell'altro da sé*, cioè al sé autobiografico, e trasformandole a loro volta in rappresentazioni mentali.
Perché si realizzi in modo adeguato il processo di mentalizzazione, occorre che le rappresentazioni mentali, frutto della elaborazione mentale delle relazioni significative, si possano configurare in altro modo, seguendo una tendenza sintetica creativa che dà luogo alla formazione di *fantasie*, ossia di rappresentazioni relativamente indipendenti dall'effettiva esperienza di interazione con l'ambiente (Lago, 2016).

Ciò che potrebbe essere valido nella mente di un bambino (1-3 anni), ossia la prevalenza del livello protomentale, non è possibile nelle età successive. Un processo di pensiero si mette comunque in atto, ossia il *protomentale* tende a configurarsi in pensiero (*inconscio*, *verbale*). Se lo sviluppo mentale è carente, anche l'attività di pensiero sarà distorta.
Se volessimo risalire alla genesi del disturbo depressivo (anche per completare la distinzione dal *taedium vitae*) non potremmo porre all'origine un inconsistente eccesso pulsionale o una generica e arbitraria "scarsezza libidica", o "diminuzione della libido", con tanto di valore "economico" detto *catexi*. E peggio ancora, se puntassimo tutto su una ipotetica pulsione di morte che azzera la libido del soggetto.
Il vero punto di répere sono la relazioni primarie o di attaccamento, con le vicissitudini dei MOI (modelli operativi interni) evidenziati da Bowlby. La personalità diventa stabile se il Sistema Attaccamento trova modo di organizzarsi in base ad una *rappresentazione mentale* che equivale a una prima attività di pensiero. Sto dicendo che l'eventuale limite o "scarsezza" (nelle personalità depressive e non soltanto) non è da ricercare in inconsistenti teorie pulsionali o libidiche ma nella *funzione riflessiva* o mentalizzazione, concetto totalmente tributario di quello bioniano di *funzione alfa*.
In modo quasi diametralmente opposto all'atteggiamento di Freud verso l'emozione, Bion dice che l'esperienza emotiva della relazione intersoggettiva deve essere pensata e capita perché la mente possa crescere e svilupparsi. Bion vede un'interrelazione osmotica tra coscienza e inconscio; e non esclude una visione binoculare che ne integri gli aspetti, dando all'essere umano la possibilità di volgere le emozioni in pensiero, ossia organizzare innanzitutto le emozioni in pensieri onirici espressi in immagini.
Porre le emozioni e gli affetti (ossia il *protomentale*) alla base del processo di conoscenza, consente a Bion di sviluppare l'idea di un *pensiero inconscio* quale prodotto dell'elaborazione mentale delle esperienze emotive che nascono dall'interazione con la realtà. La *funzione alfa* è un termine che racchiude una serie di processi mentali, anche di natura biologica, che si condensano, a mio avviso, nell'ambito della *funzione riflessiva* o mentalizzazione nel senso indicato da Fonagy et al. (2002).
La *mentalizzazione*, però, non è solo un processo cognitivo (metacognizione) ma mantiene un forte legame con le esperienze affettive vissute con le persone significative. In tal senso, la *mentalizzazione* esprime la sua funzione di anello di collegamento tra il livello *protomentale* da una parte, nel quale interviene per condizionare gli eccessi e mantenere la quota di base, regolando gli affetti derivanti dalle emozioni; e il *pensiero inconscio*, dall'altra parte, dove regola il senso di sé, legando gli affetti alle rappresentazioni mentali, le quali acquistano spessore e profondità (Lago, 2016; 2023d).

L'importanza del disturbo del pensiero nella depressione

Comincia a prendere forma il proposito che mi ero dato, cioè quello di dimostrare l'importanza del disturbo del pensiero nella depressione (visto che nelle gravi psicosi questo non si discute). Qualcuno, in anni passati, ha proposto addirittura di ribaltare l'abitudine di far derivare il disturbo del pensiero depressivo dal disturbo dell'umore (l'olotimìa già citata).
Beck (1967) sostiene che tutta l'ideazione depressiva è caratterizzata da una costante ripetizione di temi come l'autosvalutazione, l'autoaccusa e l'aspettativa catastrofica. Il pensiero alterato si diffonde come un cancro, si autoconvalida partendo da ipotesi non plausibili e perviene a conclusioni negative sulla base di preconcetti e inferenze improbabili. Beck approfondisce lo studio di queste modalità di pensiero, fino a ricavarne degli schemi che si ripetono nella mente del depresso, maggiormente nelle crisi ma anche negli intervalli apparentemente non critici.

[…] Nella depressione gli schemi idiosincratici sono costituiti da concezioni negative circa il valore dell'individuo, le caratteristiche personali, le prestazioni o la salute, e da aspettative nichilistiche. Quando vengono destati, questi schemi plasmano il contenuto del pensiero producendo i sentimenti depressivi tipici di tristezza, colpa, solitudine e pessimismo. Gli schemi possono essere in larga misura inattivi durante i periodi asintomatici, ma vengono attivati con l'insorgenza della depressione. Con l'aggravarsi della depressione questi schemi dominano sempre più i processi cognitivi e non soltanto prendono il posto degli schemi più appropriati, ma eliminano anche i processi cognitivi necessari per conseguire l'obiettività nei propri confronti e per l'esame di realtà. […] (Beck, 1967, p. 346-47).

La tesi di Beck, non soltanto ha rivoluzionato ciò che prima si considerava intorno alla depressione, ma come si sa, ha dato il via alla formazione dell'indirizzo cognitivo in psicoterapia.
Senza dubbio, e senza avere l'intenzione di creare necessariamente un nuovo paradigma, Beck coglie aspetti del tutto presenti nel meccanismo della depressione. Il problema è che si limita a parlare di "schemi" di pensiero, come se si trattasse di elementi un po' avulsi dalla struttura di personalità di base e di cui abbiamo trovato l'attuale visione nel PDM-2. Anche l'intervento di Beck, che anticipa la vera e propria prassi cognitivo-comportamentale, si limita a proporre la disattivazione progressiva di questi schemi, al fine di restituire il soggetto alla corretta percezione di se stesso.
In questa metodologia di intervento *top-down*, Beck esalta il primato di un'azione che renda il soggetto indipendente da una presunta forma mentis autodenigratoria, capace di determinare i suoi vissuti depressivi. Oggi si direbbe che Beck incoraggia il paziente a utilizzare la funzione dell'emisfero sinistro per far cessare il circuito dei sintomi depressivi olotimici. L'emergenza e la rilevanza del mondo emozionale e quindi la ben documentata prevalenza della funzionalità dell'emisfero destro su quello sinistro (Schore, 2019), non può comunque che indirizzarci verso una integrazione auspicabile tra le due funzioni emisferiche, senza la quale il rischio di riduzionismi in un senso o nell'altro è assicurato (Lago, 2023a).

Depressione e metodologia integrata
Seguendo le premesse citate, il disturbo del pensiero per il metodo integrato è sempre un disturbo del processo di mentalizzazione (o *funzione riflessiva*). La permanenza in eccesso di elementi protomentali esprime un difetto di rappresentazione di sé e dell'altro da sé significativo. Parlerò, quindi, di attaccamento insicuro ma soprattutto di una incompletezza nell'acquisizione di autonomia e autostima.
La mancata autonomia si accorda con quanto sopra dicevo sul carattere depressivo.
La mancata autostima è direttamente proporzionale all'idealizzazione verso l'oggetto interno/esterno, la perdita del quale è all'origine della crisi depressiva.
Tanto può una mancata rappresentazione mentale delle relazioni significative! Questo, e non un generico difetto di *catexi*, costituisce il punto debole delle personalità depressive.
Ma se la rappresentazione mentale che consegue a una relazione significativa, con il suo superamento di qualsiasi dipendenza materiale, è il risultato del processo di mentalizzazione (implicita ed esplicita), ossia di una *funzione riflessiva* che concerne il pensiero nelle sue articolazioni (*pensiero inconscio*, *pensiero verbale*), **possiamo concludere che nei depressi il difetto di mentalizzazione è il vero disturbo fondamentale**.
Senza una rappresentazione mentale adeguata delle relazioni significative, il depresso continua ad organizzare relazioni sado-masochistiche, finendo per dipendere da persone o dimensioni idealizzate, nei confronti delle quali nutre sentimenti ambivalenti e conflittuali.
Questo profondo disturbo della rappresentazione mentale di sé e dell'altro da sé si ripercuote sul Sistema Attaccamento ma anche sulla costituzione del *pensiero inconscio* (a partire dall'immagine corporea fino alla definizione dei confini interpersonali e dell'identità della persona, cfr. *Compendio di Psicoterapia*, cit.). La conseguenza è una più o meno distorta

attività di pensiero, sganciata dai parametri reali e condizionata dalla dipendenza e dalla idealizzazione.

La triade di Beck

A questo punto, è possibile dare un senso alla cosiddetta triade di Beck, ossia la compresenza di tre modelli cognitivi principali, riscontrabili in tutti i disturbi depressivi.

Il primo elemento della triade consiste nel *modello di interpretazione negativa delle esperienze*, ossia un'attitudine ad interpretare in termini di sconfitta, privazione o denigrazione ogni evento o dinamica con l'ambiente. Il depresso parte anche da piccoli episodi traumatici della sua vita per concludere con la solita catastrofica disamina.

Il secondo elemento della triade consiste in un'autosvalutazione costante che inquadra una visione totalmente fallimentare di sé, attribuendosi difetti fisici e morali strutturali e incorreggibili, finendo per condannarsi alla luce di risultati mancati.

Il terzo elemento della triade è una sorta di disperazione procedurale, per la quale il depresso ritiene inutile collocare nel futuro qualsivoglia aspettativa di miglioramento o svolta positiva. Anzi, il futuro costituisce una condanna a vedersi ancora per molti anni sottoposto a sofferenze e perdite, per cui in questi casi la morte assume una valenza liberatoria (Beck, cit.).

Nella prima componente della triade, osserviamo la *visione negativa del mondo*. Si tratta di una chiara proiezione nichilistica, frutto del narcisismo depressivo, che tende a selezionare tutto ciò che è negativo nell'esperienza del soggetto, facendolo risultare l'unica realtà oggettiva. E' uno sguardo continuo al bicchiere mezzo vuoto, svalutando completamente la metà piena, considerata superflua o inutile. Il soggetto sembra vivere per prendere atto di quanto la vita stessa sia un percorso doloroso e insostenibile, tanto da farne desiderare la rapida conclusione. La fine della vita viene accarezzata e coltivata come l'unica speranza credibile, approfittando della sua ineluttabilità. Quando il depresso è ad alto funzionamento, potrà costituire sistemi filosofici o politico-culturali confacenti alla sua grave distorsione del pensiero. Le eventuali credenze religiose forniranno ai meno razionali tra i depressi sistemi in sintonia con la visione negativa del mondo.

Nella seconda componente della triade, osserviamo la *visione negativa di sé*. Siamo nel cuore della mancanza di autostima. L'aver costituito una rappresentazione di sé incompleta e carente per definizione corrisponde col ben noto concetto di *castrazione* della psicoanalisi classica. Qui però non c'è conflitto, come nel modello isterico, ma la castrazione è posta dal depresso come handicap, impedimento radicale e collocato nella struttura della persona e della sua dimensione psicofisica. Solo un completo ridimensionamento cognitivo, totalmente privo di colpevolizzazione, potrebbe permettere l'uscita del soggetto da questa collocazione masochista, nella quale si avvolge senza sosta. In tal senso, la classica interpretazione psicoanalitica basata sulla scarsezza libidica o su una pulsionalità distruttiva che il depresso agirebbe, della quale egli dovrebbe prendere atto per bloccare la spirale in cui intrappola se stesso e gli altri significativi, aggiunge soltanto un altro tassello alla visione negativa di sé. L'aggressione continua ai danni di sé finisce per avere qualche ruolo in passaggi all'atto suicidari, provocati talvolta da interpretazioni[5] che confermano l'autocondanna del soggetto.

Nella terza componente della triade, osserviamo la *visione negativa del futuro*. Si tratta del massimo livello di distorsione del pensiero. Si direbbe l'uccisione della speranza che è l'ultima a morire. Il pensiero negativo del depresso diventa qui onnipotente. Finché prendeva atto del bicchiere mezzo vuoto, si limitava a delle constatazioni. Ora invece prevede sventure, anticipa le catastrofi come ineluttabili. Il soggetto toglie a se stesso la speranza come lo fa con gli altri. Tipico esempio il suicidio/omicidio di padri o madri di famiglia, i quali non esitano a togliere la vita anche ai loro figli, spesso piccoli e con tutta la vita davanti. Alla ovvia considerazione

[5] Questo è un punto di collusione nel quale un terapeuta disattento o ideologico potrebbe aggravare il vissuto depressivo.

di non vedere in loro che parti di sé, si aggiunge la rigida e irriducibile convinzione (delirante) che i loro figli non possono avere un futuro. Solo l'idea che rimanga in vita qualcuno a cui tenere, potrebbe fermare la mano del suicida/pluriomicida depresso. Invece, non tenendo alla propria vita, il depresso delirante include nella sua autodistruzione persone significative ma anche estranei innocenti (come nei suicidi di coloro che guidano mezzi di trasporto o dai quali comunque dipende la vita di altre persone). Tuttavia, esistono forme più sfumate dove un pessimismo cosmico e aspecifico prende il posto di atti distruttivi più manifesti. E' così che i depressi non uccidono fisicamente ma lo fanno sul piano affettivo ed emotivo, provando a togliere agli altri che li circondano la gioia di vivere.
In tutto ciò non c'è niente di "pulsionale" (concetto inconsistente, come dicevo) ma solo un disturbo del pensiero articolato secondo la triade di Beck. Nella misura in cui l'attività di pensiero del soggetto depresso riprenderà a svolgersi secondo "visioni" più equilibrate, possiamo prospettare un lavoro psicoterapeutico più efficace possibile.
Occorre sottolineare che una visione psicodinamica contemporanea non può che rivalutare il concetto clinico di *identificazione proiettiva*, il quale si pone come grave disturbo del pensiero e corrisponde a quanto sopra indicavo come disturbo fondamentale della depressione.
Infatti, un processo incompleto di mentalizzazione comporta la mancata integrazione di parti di sé all'interno della rappresentazione mentale dell'individuo. Queste parti di sé dissociate (attaccamento insicuro o disorganizzato) finiscono inevitabilmente per essere proiettate all'esterno e collocate (con la collusione degli altri significativi) all'interno delle persone con le quali il soggetto interagisce. Lavorare, quindi, sul reintegro di visioni corrette del mondo, di sé e del futuro, significa ridurre e possibilmente risolvere l'*identificazione proiettiva* e con essa il vero motore intersoggettivo del disturbo del pensiero nella depressione.

Conclusione

Ho premesso quanto sia importante distinguere la personalità depressiva da personalità sane che possono per periodi più o meno lunghi manifestare i sintomi del cosiddetto *taedium vitae*. L'elemento patognomonico che ho evidenziato è il disturbo del pensiero nelle personalità depressive. Ritengo accettabile l'articolazione espressa nella triade di Beck, che spiega "trasversalmente" cosa accade nella mente dei depressi, limitandosi a parlare di "schemi mentali" da modificare per risolvere un problema definito "distorsione cognitiva".
La mia impostazione psicodinamica mi porta, inoltre, a considerare il disturbo del pensiero nella depressione come un *deficit di mentalizzazione*, ossia il risultato mancato o carente di una funzione riflessiva che dovrebbe rendere il soggetto consapevole dei propri confini all'interno delle relazioni con gli altri significativi, risolvendo una volta per tutte la tendenza all'*identificazione proiettiva.*
Le distorsioni cognitive, in questo modo, non sono soltanto schemi astratti da cancellare nella mente del paziente ma giudizi prodotti all'interno di dinamiche sado-masochistiche, nelle quali il soggetto è invischiato fin dall'inizio dello sviluppo mentale.
Occorre instaurare quindi una relazione terapeutica per superare, sia le distorsioni cognitive, sia l'intero modello sado-masochistico, introiettivo/anaclitico, che il PDM-2 mette bene in evidenza.
I fattori terapeutici fondamentali (*Compendio di Psicoterapia*, cit.), sono principalmente tre, e coincidono con i fattori comuni delle psicoterapie in genere:

- l'impostazione di una buona *alleanza terapeutica*, operazione realizzabile con le personalità depressive. Il problema sarà quello di evitare l'instaurarsi di dipendenze psicologiche e stroncare nel paziente la tendenza all'idealizzazione, riducendo al minimo il fattore carismatico da parte del terapeuta.

- l'attuazione di *esperienze emozionali correttive*, per contrapporre la relazione terapeutica ai modelli ripetitivi e sado-masochistici sperimentati e attualmente vissuti dal soggetto.
- l'esercizio costante ed accurato di una riflessione sulle dinamiche interpersonali passate e presenti del soggetto. Fino alla comparsa di un orientamento adeguato sulle intenzioni proprie e degli altri (*mentalizzazione*). Questo lavoro non può escludere l'accesso al mondo onirico. Il lavoro con i sogni impedisce che gli schemi della triade di Beck monopolizzino l'attività di pensiero, contribuendo alla realizzazione e al consolidamento delle rappresentazioni inconsce di sé e dell'altro da sé (cfr. Lago, 2023e).

BIBLIOGRAFIA

- Beck A.T. (1967) *La depressione*. Boringhieri, Torino 1978.
- Beebe, B., Lachmann, F.M. (2002) *Infant research e trattamento degli adulti: un modello sistemico-diadico delle interazioni*. Cortina, Milano 2003.
- Bion W.R. (1952) *Esperienze nei gruppi*. Armando, Roma 1971.
- Bion W.R. (1962) *Apprendere dall'esperienza*. Armando, Roma 1988.
- Bion W.R. (1977) *Seminari Tavistock.* Borla, Roma 2007.
- Blatt S.J. (2008) *Polarities of experience: Relatedness and self-definition in personality development, psychopathology, and the therapeutic process.* Washington D.C. : American Psychological Association.
- Bowlby J. (1988) *Una base sicura*. Cortina, Milano 1988.
- Damasio A.R. (1994) *L'errore di Cartesio.* Adelphi, Milano 1995.
- Damasio A.R. (1999) *Emozione e Coscienza*. Adelphi, Milano 2000.
- Eagle M.N. (2011) *Da Freud alla psicoanalisi contemporanea*. Cortina, Milano 2012.
- Fonagy P., Gergely G., Jurist E.L., Target M. (2002) *Regolazione affettiva, mentalizzazione e sviluppo del sé*. Cortina, Milano 2005.
- Freud S. (1917) *Lutto e melanconia.* OSF vol. 8. Boringhieri, Torino 1976.
- Kant I. (1781) *Critica della ragion pura*. Laterza, Bari 2005.
- Kernberg O.F. (1976) *Teoria delle relazioni oggettuali e clinica psicoanalitica*. Boringhieri, Torino 1980.
- Lago G, et al. (2003) *Il protomentale: superamento di ogni riduzionismo sull'evoluzione della personalita' e dei suoi disturbi*. Idee in Psichiatria, 3 :155-161.
- Lago G. (2006) *La psicoterapia psicodinamica integrata: le basi e il metodo*. Alpes Italia, Roma.
- Lago G. (2022) *Le radici del fattore carismatico in psicoterapia*, Psiche, 1/2022, Il Mulino, Bologna.
- Lago G., a cura di (2016) *Compendio di Psicoterapia*. FrancoAngeli, Milano.
- Lago G. (2023a) *Commento a Schore*. 24.01.2023 http://www.giuseppelagoscrittore.it/component/spsimpleportfolio/item/26-articoli-recenti.html
- Lago G. (2023b) *Commento a Jurist*. 24.01.2023 http://www.giuseppelagoscrittore.it/component/spsimpleportfolio/item/26-articoli-recenti.html
- Lago G. (2023c) *La valenza clinica del narcisismo in psicoterapia*. 28.01.2023 http://www.giuseppelagoscrittore.it/component/spsimpleportfolio/item/26-articoli-recenti.html
- Lago G. (2023d) *Pensiero inconscio e Pensiero onirico*. 18.02.2023 http://www.giuseppelagoscrittore.it/component/spsimpleportfolio/item/26-articoli-recenti.html
- Lago G. (2023e) *L'essenziale per l'interpretazione dei sogni in psicoterapia*. 12.03.2023 http://www.giuseppelagoscrittore.it/component/spsimpleportfolio/item/26-articoli-recenti.html

- Lago G. (2023f) *Transfert e alleanza terapeutica in psicoterapia*. 22.03.2023 http://www.giuseppelagoscrittore.it/component/spsimpleportfolio/item/26-articoli-recenti.html
- Lalli N. (2008) *Dal mal di vivere alla depressione.* Magi, Roma.
- McWilliams N., Shedler J., (2017) *Sindromi di personalità*. In PDM-2 *Manuale Diagnostico Psicodinamico*, seconda edizione, a cura di V. Lingiardi e N. McWilliams, Raffaello Cortina Editore, Milano 2017.
- Merleau-Ponty M. (1964) *Il visibile e l'invisibile*. Bompiani, Milano 1994.
- Schore A. (2019) *Psicoterapia con l'emisfero destro*. Cortina, Milano, 2022.
- Widlöcher D. (1996) L*e nuove carte della psicoanalisi*. Borla, Roma 2004.