

Russell Meares: la *'dolorosa incoerenza'* del Sé nel Disturbo Borderline di Personalità

di Marigia Maulucci

Chiunque frequenti le strutture pubbliche di salute mentale o abbia sotto mano le cartelle cliniche di ricoveri in SPDC, prima o poi scopre che i pazienti sono generalmente (o forse sarebbe meglio dire genericamente) bipolari¹ o schizofrenici. Quelli che non si sa se sono schizofrenici o bipolari, sono schizoaffettivi. Quelli che hanno un po' tutti questi sintomi e tanti altri ancora sono borderline².

In realtà, il destino del Disturbo Borderline di Personalità (da ora in poi DBP) è nel suo stesso nome, che lo fa ricettacolo indistinto di sintomi e patologie, nella nebbiosa zona di confine tra nevrosi e psicosi.

Meares entra in questo contenitore, prova a farsi strada attraverso il modello dissociativo, individua gli antenati del DBP, utilizza Janet, James e Jackson per sostenere la sua tesi, riconduce a sintesi una pluralità di manifestazioni patologiche differientemente catalogate, ci accompagna nei meandri complessi degli emisferi cerebrali, indica nel Metodo Conversazionale, cioè nello stile narrativo del paziente e nell'attenzione allo stesso da parte del terapeuta, il metodo più efficace per affrontare questa sofferenza psichica.

1. «Quando mi guardo allo specchio non mi vedo» dice Adele, primo caso clinico riportato dall'A. per indicare nel disturbo dell'esperienza del Sé il nucleo del DBP, caratterizzato da disconnessione in diverse sfere dell'esperienza, da frammentazione della vita psichica, da alienazione rispetto all'ambiente sociale ma anche – e forse soprattutto – alienazione da sé.

E cosa intende per alienazione, Meares ce lo ha spiegato in *Intimità e alienazione*³: il Sé è un processo, una sorta di dialogo tra le parti secondo due linguaggi possibili: uno lineare/logico, l'altro evocativo/associativo. Non c'è gerarchia tra le due forme di parlare (e quindi di pensare): c'è, al contrario, possibilità di composizione quando il dialogo è *intimo* perché compone nel tempo una storia individuale, integra memorie semantiche e episodiche, cioè il ricordo dei fatti e quello del singolo vissuto degli stessi. Non c'è intimità nell'alienazione conseguente ad un evento traumatico, non c'è dialogo tra le parti.

IL DBP è dunque un disturbo dell'esperienza del Sé, un'alterazione psicopatologica che si connette alla definizione di dissociazione adottata dallo stesso DSM IV, cioè sconnesione delle funzioni della coscienza di memoria, identità e percezione⁴.

Un'assenza di coesione del Sé. Una *dolorosa incoerenza*.

¹ Joel Paris nel suo scritto *Lo spettro bipolare, Diagnosi o moda?* (Cortina, Milano 2015) parla di un vero e proprio imperialismo bipolare che si è impadronito dell'interpretazione di sintomi di differente eziologia e manifestazione – vedi l'instabilità dell'umore, l'irritabilità, la disregolazione affettiva –, condannando il paziente a trattamenti farmacologici e psicoterapeutici sbagliati e quindi fallimentari.

² So bene che la diffusione di un certo tipo di diagnosi può rimandare anche ad un nesso tra sofferenza psichica e *Zeitgeist*, intreccio sicuramente forte e interessante. Qui, però, voglio solo sottolineare una certa semplificazione diagnostica, dettata spesso da nosografie, come dire, senz'anima, cui il testo di Meares prova a porre rimedio.

³ Testo del 2000, uscito in Italia, sempre per le edizioni R.Cortina, nel 2005.

⁴ Nel DSM 5°, il Disturbo Dissociativo dell'Identità viene catalogato in maniera più ampia, parlando esplicitamente di disaggregazione dell'identità segnata da discontinuità del senso di sé con alterazioni dell'affettività, del comportamento, della memoria, della percezione, della cognitività e/o del funzionamento senso-motorio.

La definizione, diciamo così, è densa: chiama in causa il Sé e la sua storia che per certi versi si intreccia con le evoluzioni del concetto di DBP, individua nell'assenza di coesione l'asse teorico e clinico della patologia.

2. «Il predecessore del DBP era la sindrome dell'isteria»⁵ che, per Charcot, originava da una sorta di sistema parassitario nella mente, composto di idee o associazioni delle stesse, che producono alterazioni nello stato di coscienza e patologie somatiche non riconducibili a problemi organici.

La coscienza è coscienza del momento presente e in questo compone molteplicità di fattori esterni e interni e tensione verso l'esterno, diceva Janet.

«Una perdita di *presentification* ha come conseguenza un funzionamento dell'individuo a un livello più basso su una gerarchia della coscienza, che Janet concepiva in termini di 'tendenze' multiple, o inclinazioni, all'azione. Questa discesa nell'organizzazione gerarchica della mente è essenzialmente la condizione di dissociazione, il nucleo centrale della teoria dell'isteria di Janet»⁶.

E Janet, a sua volta, aveva ripreso da James il tema della centralità della natura unitaria della coscienza: la rottura di questa unità produce instabilità affettiva, frammentazione, disintegrazione. Quadro sintomatologico allora riconducibile all'isteria e oggi al DBP.

In origine, sempre secondo Janet, una debolezza ereditaria⁷, fattori ambientali, comprese le malattie debilitanti e le intossicazioni, ma anche l'effetto patogeno di emozioni dolorose, gli shock, in definitiva il trauma.

Questi studi hanno avuto un destino carsico e alla loro ricomparsa hanno contribuito, secondo Meares, sia Kohut con la sua psicologia del Sé sia soprattutto Tulving con i suoi studi sulla memoria.

È intorno al 1970 che si comincia a fare strada il concetto di personalità borderline, cosa che implica «un mistero, ovvero una condizione per cui non esiste nessuna categoria diagnostica»⁸.

Kernberg introdusse il concetto di organizzazione borderline di personalità⁹, facendo riferimento a categorie diagnostiche già indicate da Charcot e Janet come stimate dell'isteria: multipli e elaborati sintomi di conversione, fughe, stati crepuscolari isterici, amnesie, disturbi della coscienza. Vale a dire tipiche reazioni dissociative, che in un primo momento Kernberg non assunse come asse centrale del DBP, preferendo definirlo coi criteri della diffusione e scissione di identità.

Meares, però, vuole parlare di Sé e non di identità:

«[...] la differenza tra identità e Sé può essere resa con l'idea che l'identità è la realtà pubblica dell'individuo, mentre il Sé l'esperienza privata [...]. L'identità riguarda la relazione individuale col proprio mondo. Essa implica una posizione nei confronti della famiglia, del lavoro, della sfera religiosa o del resto della vita sociale, ed è composta da ruoli, attributi personali e cognizioni su chi si è in relazione agli altri. Il Sé, come lo ha descritto William James (1890), è totalmente differente. È quel flusso di immagini, sensazioni, sentimenti, memorie, fantasie e così via che James paragonava ad una corrente. In questo caso, il focus è interno. La caratteristica principale del Sé è la consapevolezza riflessiva di ciò che accade dentro di noi»¹⁰.

⁵ R.Meares (2012), *Un modello dissociativo del Disturbo Borderline di personalità*, R.Cortina ed., Milano 2014, p.15.

⁶ op.cit., p.19.

⁷ E su questo si è sviluppata la critica di Breuer e Freud a Janet.

⁸ op.cit. p.27.

⁹ La definizione di borderline, in realtà, nasce dalla difficoltà, cominciata a riscontrare negli anni '40, di etichettare pazienti non così gravi come gli schizofrenici ma nemmeno in grado di reggere il classico trattamento psicoanalitico: questa l'opinione di Gabbard che evidentemente si muove in un contesto freudiano che esclude le patologie psicotiche dalla possibilità di cura col proprio metodo (come sappiamo, anche su questo si è consumata la discussione e la rottura tra Freud e Jung). Kernberg è stato il primo a parlare di organizzazione borderline di personalità per inquadrare pazienti nei quali si riscontrano debolezza dell'Io, meccanismi difensivi arcaici e relazioni oggettuali problematiche. Ritenendo impropria sia una diagnosi descrittiva (incentrata sui sintomi e sui comportamenti osservabili) sia una diagnosi genetica (che fa riferimento al quadro familiare e ambientale) e considerando utile un'indagine intrapsichica per l'analisi di questi pazienti, egli si orientò verso una diagnosi strutturale di natura più marcatamente psicodinamica. Da qui, l'analisi strutturale applicata alle organizzazioni di personalità nevrotica, al limite e psicotica: l'organizzazione stabilizza l'apparato psichico, producendo sintomi osservabili nei comportamenti.

¹⁰ Op.cit. pp.41-42.

In ogni caso, sia parlando di identità che di Sé, si evidenzia la necessità di individuare un raggruppamento di sintomi che funzioni da chiave interpretativa del disturbo¹¹. Da Clarkin e altri il Sé, lo stato emotivo e l'impulsività erano stati indicati come fattori centrali e continuativi: sulla base di questa prima sintesi, Meares conduce un progetto di ricerca volto a convalidare la sua ipotesi del DBP come alterazione e mancanza di coesione del Sé, individuando nella dissociazione il nucleo centrale del disturbo.

3. Cominciamo dunque dalla definizione di Sé.

Meares trova funzionale al suo ragionamento il riferimento al modello jacksoniano del Sé, fondato, in estrema sintesi, su un'organizzazione gerarchica del cervello che consente l'evoluzione di stati mentali e funzioni sempre più complesse e quindi sempre più capaci di rappresentazione.

Partendo da James- che già aveva parlato di due forme della memoria-, Tulving indica nella memoria semantica il ricordo dei fatti accaduti e nella memoria episodica la percezione del tutto individuale e vissuta di quegli stessi fatti. La prima è pubblica, la seconda totalmente privata¹². Da una prima forma di memoria sensoriale e motoria, anoetica, si passa a una semantica, noetica, capace di richiamare fatti dell'ambiente sensoriale. Verso i quattro anni, il bambino acquisisce la consapevolezza dei suoi stati interni e può quindi sviluppare quella capacità di introspezione che sostanzia la memoria episodica, perciò definita auto-noetica, conquista che porta ad assumere la possibilità del mondo mentale degli altri¹³.

Continuità, coesione, senso del tempo e dello spazio, percezione di realtà, sono caratteristiche delle forme di coscienza. Queste funzioni alte nell'organizzazione gerarchica della coscienza al paziente DBP sono interdette: Jackson parla di dissoluzione, Janet di disintegrazione, oggi possiamo dire *dolorosa incoerenza*.

L'ipotesi jacksoniana della dissoluzione può essere testata a livello neurofisiologico studiando la P3, componente maggiore dei potenziali evocati evento-correlati (ERP), una sorta di marker delle caratteristiche del Sé: la P3 è il prodotto del processo che porta alla generazione del Sé, a sua volta effetto della coordinazione delle aree cerebrali. I risultati di queste ricerche confermano che nei pazienti DBP è deficitaria la coordinazione tra sistemi cerebrali, solitamente integrati, cui si associa un deficit del controllo inibitorio dei livelli superiori della mente, determinato da una scarsa funzionalità prefrontale. Questo porterebbe a localizzare il disturbo prevalentemente nell'emisfero destro¹⁴.

Se l'emisfero sinistro è analitico e quello destro sintetico e se il DBP è il fallimento della coesione del Sé si può dire che il DBP è connesso ad una riduzione delle funzioni cui è preposto l'emisfero destro, che quindi il DBP è un disturbo dell'emisfero destro. Meares ipotizza che un trauma relazionale, forse in associazione con alcune vulnerabilità genetiche, abbia provocato un danno nello sviluppo del network neurale che sottende all'esperienza del Sé, compromettendo la sua coesione.

La coscienza soggettiva, vale a dire la consapevolezza di sé come soggetto, è *conoscente* il proprio sé *conosciuto*: la coscienza oggettiva, il Me, è un prodotto della coscienza soggettiva, l'Io. È il flusso di coscienza interiore che consente la consapevolezza della propria identità corporea, del proprio mondo interiore¹⁵, in definitiva del proprio esser-ci nel mondo.

¹¹ Utile se si pensa che il DSM IV indica nove criteri descrittivi della sindrome prevedendo che ne bastino cinque di questi per fare la diagnosi. Il che significa che possono essere indicati come pazienti borderline due soggetti che hanno in comune un solo criterio o che possono verificarsi ben 256 combinazioni di sintomi. Il DSM 5° ripropone esattamente la stessa nosografia.

¹² questi studi sono cruciali per la definizione di memoria traumatica e tornano utili per l'analisi e la cura di patologie conseguenti alla guerra in Vietnam, oltreché per la nosografia del PTSD. Ed essendo tornati utili sono entrati nel repertorio diagnostico, aprendo la riflessione sulle sindromi dissociative, precedentemente connesse solo al Disturbo Dissociativo dell'Identità.

¹³ Di fatto, sono queste le basi della teoria della mente.

¹⁴ Per un approfondimento di questi aspetti rimando all'ottimo articolo di Stefano Fissi, «La coscienza emozionata. Neurobiologia del Sé, della coscienza e della dissociabilità psichica», in *Quaderni di Cultura Jungiana*, Anno 3, n.3.

¹⁵ Sono costretta a tralasciare le importanti connessioni tra la coscienza oggettiva e l'intenzionalità, intesa come direzionalità della mente a un oggetto, di Brentano.

Le due coscienze hanno due differenti forme di linguaggio, quello per il mondo, quello che per farsi capire ha bisogno di essere logico e adattivo' e quello interiore, quello di quando non si è impegnati in nessun compito specifico. La neurofisiologia chiama questa modalità *Default Mode Network* (DMN), generalmente connessa a stati introspettivi e in correlazione inversa col network associato alla performance in un compito specifico. L'ipotesi di una possibile sconnessione tra i due sistemi nei DBP pare non sia sufficientemente studiata, mentre altre ricerche hanno dimostrato sia una diminuita capacità del DMN in soggetti traumatizzati (con caratteristiche simili a pazienti DBP) sia un disturbo dell'emisfero destro, cosa che ha portato a considerare l'ipotesi di una possibile correlazione tra trauma in giovane età e sviluppo dell'emisfero destro.

E qui la faccenda si fa interessante, perché se abbiamo a che fare con un mancato sviluppo del DMN, lo scopo della terapia dovrebbe essere l'attivazione di questo sistema di linguaggio interiore, dunque di rappresentazione di forme prodotte dall'immaginazione, favorendo e accogliendo l'emergere di spezzoni di memoria autobiografica da ricomporre. È su questi, che Meares chiama scene, che si fonda la nuova narrazione di un Sé che ha finalmente trovato uno spazio nel quale recuperare e integrare i tempi e i contenuti della propria storia.

4. Per sapere cosa intende per dissociazione, Meares prova a fare ordine nel complesso della produzione janetiana, introducendo una tempistica tra disaggregazione (termine prevalentemente usato da Janet) e successiva dissociazione e aggiungendo che in realtà la dissociazione di Janet è quella che oggi viene chiamata compartimentalizzazione, che invece il Nostro ritiene più consona alla dissociazione secondaria.

Ricapitolando: per Meares, la dissociazione primaria si riferisce alla frammentazione e disintegrazione del senso di esistenza personale. La dissociazione secondaria emerge dalla primaria ed è tesa a ridurne l'intenso *arousal*, attraverso manovre protettive di riduzione dell'ansia. Per dissociazione terziaria Meares intende una forma stabile della dissociazione secondaria, a seguito di eventi personali traumatici che hanno cronicizzato la vulnerabilità del soggetto.

Per tornare a Janet, è vero che è difficile trovare una definizione univoca: i termini cui fa riferimento sono *abaissement du niveau mental*, restrizione della coscienza, *désagrégation*, idee fisse subconscie, dissociazione. In ogni caso, Janet, come Jackson, pensava ad un modello della mente in quanto:

«risultato dell'integrazione di una gerarchia di 'tendenze', termine che indica una disposizione all'azione. Janet ritiene che nessuno stato mentale sia separabile dall'azione [...]. Il livello più basso della gerarchia è semplicemente sensomotorio in assenza di un'associazione con il senso di Sé. Le 'tendenze riflessive e personali' sono invece il livello più alto, e sono dirette alla creazione dell'identità»¹⁶.

Un evento traumatico, e l'emozione che ne consegue, rompe la sintesi, spinge verso il basso nella gerarchia della coscienza, ha un'azione disaggregante, è quell'abbassamento del livello mentale che sopprime i livelli superiori della coscienza.

«Durante l'emozione vediamo sparire la sintesi mentale, la volontà [...], vediamo diminuire o sparire tutte le funzioni del reale, il sentimento e il piacere del reale, la fiducia, la certezza. In loro luogo vediamo sussistere i movimenti automatici»¹⁷.

La disaggregazione facilita il passaggio – Janet parla di migrazione – di alcuni fenomeni psicologici in un'area a sé, sequestra e trasforma questi fenomeni in idee fisse subconscie, dando così luogo alla dissociazione.

¹⁶ op.cit. p.107.

¹⁷ L'A. cita direttamente il testo di Janet, *Les obsessions et la psychasténie*, come riportato da Jung in *Studi Psichiatrici*, Opere, vol. I, Bollati Boringhieri, Torino 1997. E per quanto incredibile possa sembrare – essendoci molti aspetti dell'impianto di Meares che hanno un suono jungiano – è l'unica volta in cui nel testo è citato Jung.

Venendo meno la sintesi delle funzioni superiori, come la memoria episodica, *continue dimenticanze* caratterizzano la patologia di soggetti traumatizzati, come peraltro dei soggetti con DBP. Il ricordo non viene immagazzinato come episodio o *scena* della propria storia ma come sensazione oppure flash sul soggetto e/o il suo ambiente: sensazioni epidermiche, odori, dolori, suoni che costituiscono il calderone della memoria traumatica. Non sono elaborati come ricordi, fanno della storia di questi pazienti non un racconto ma una sorta di mappa puntiforme, funzionano come mine vaganti a perenne rischio di esplosione nella vita quotidiana e soprattutto nella terapia, e comunque nei contesti in cui l'ansia rende il soggetto più debole, favorendo l'emersione delle idee fisse subconscie.

«Le manifestazioni dell'attività del sistema delle memorie traumatiche durante le sedute di psicoterapia possono variare: dai cambiamenti nel tono di voce¹⁸, nella postura, e nelle espressioni facciali...In questi casi, lo scenario traumatico è stato rimesso in atto e il soggetto esperisce nel presente qualcosa che è accaduto nel passato. Esperire di nuovo il trauma, però, diventa più complesso rispetto all'esperienza originaria dove la messa in atto coinvolge quei comportamenti che sono stati sviluppati per evitare il trauma o allo scopo di ripristinare il senso di identità»¹⁹.

E qui veniamo ad un punto delicato: possiamo intendere la dissociazione come una forma di difesa? Sicuramente 'protegge' favorendo il distacco nella dissociazione secondaria, mentre nella primaria la frammentazione del soggetto comporta un'iperattivazione e una diminuita tolleranza al dolore. È vero anche però che queste teorizzazioni conducono allo stravagante paradosso di soggetti capaci di grandi inibizioni che soffrono di un deficit di inibizione derivante dalla loro forte vulnerabilità. L'A. se la cava sostenendo che probabilmente l'assenza di un sistema inibitorio superiore può mettere in campo solo meccanismi grossolani di inibizione. E questi possono attivare solo *protezione*, da se stessi e dagli altri.

Le forme elementari della coscienza, infatti, rispondono agli stimoli, in un ordine unidirezionale di rapporto. Quelle più evolute possiedono una capacità di attenzione che consente loro di reagire a complessi stimoli esterni e interni, muovendosi in maniera flessibile tra differenti stati di identità personale senza alterare l'integrità della stessa. Questo rende le relazioni bidirezionali e reciproche.

Il fenomeno dell'attenzione è concetto complesso²⁰: l'attenzione è capacità di selezionare gli stimoli e immagazzinarli nella memoria, anche a fini di vigilanza e controllo. La selezione ha una correlazione stretta con la percezione delle differenti caratteristiche dello stimolo, delle proprie aspettative, bisogni e esperienze passate.

Nei DBP è compromessa la capacità di attenzione proprio perché carente il sistema di identità personale, carente, cioè privo di quel sentimento di intimità cui più volte si è fatto riferimento. Sappiamo che l'intimità è, come dire, una conquista, un processo, un percorso che risulta inibito ai DBP perché una ferita nelle relazioni primarie, un trauma legato alle stesse ha compromesso l'integrità del Sé e dunque la fiducia, la reciprocità, la bidirezionalità delle relazioni con l'altro.

Dall'intimità all'attaccamento il passaggio è breve: Meares sostiene, però, che i due termini sono assolutamente differenti, non foss'altro per il sentimento d'ansia che denota le esperienze di attaccamento insicuro e disorganizzato e per l'assenza della stessa nel vissuto di intimità.

La natura di queste forme disintegrate di relazionalità genera un certo tipo di *campo delle aspettative*, che richiama esplicitamente il Modello Operativo Interno di Bowlby²¹, vale a dire la memoria di una determinata qualità della relazione che tende a ripetersi secondo un copione predefinito che inchioda il soggetto e l'altro della relazione a recitare un determinato ruolo.

Questa tendenza, peraltro, è alla base del meccanismo dell'identificazione proiettiva che concordemente viene descritto come aspetto centrale, meccanismo difensivo di elezione, dei DBP.

¹⁸ Mi accorgevo che qualcosa stava succedendo in una mia paziente quando in un tono di voce basso, armonioso, monocorde si infilavano di soppiatto suoni acuti che si sovrapponevano ai precedenti come una sorta di falsetto. Immediatamente però diventava tutta rossa, quasi chiedeva scusa e tornava alla solita melodia.

¹⁹ op.cit., p.118.

²⁰ Meares fa riferimento ad una citazione di Bergson in una lettera a James, che non credo di poter qui approfondire.

²¹ Trovo particolarmente convincente la capacità di Meares di fare sintesi, di richiamare a unità nel suo ragionamento studi già compiuti e acquisizioni teoriche e diagnostiche già studiate.

Anche se – e trovo importante questa precisazione – Meares non esclude il carattere difensivo del meccanismo, ma in via prioritaria lo addebita ad una mancata maturazione e integrazione del Sé.

Un disturbo dell'attaccamento, com'è noto, si verifica in presenza di relazioni primarie carenti: di ormai diffusa acquisizione, l'associazione tra attaccamento disorganizzato e sindrome dissociativa²². L'attaccamento disorganizzato è un costrutto successivo ai modelli di attaccamento sicuro/insicuro. Main e Solomon hanno individuato nei comportamenti contraddittori dei bambini nella *Strange Situation* il segno di un crollo strategico di fronte ad un paradosso: la figura di attaccamento alla quale si chiede protezione è la stessa che scatena paura e angoscia o che è essa stessa impaurita e angosciata²³. Se paura dell'abbandono o della solitudine, determina la differenza studiata da Blatt tra Depressione Introiettiva, intesa come paura della solitudine e della perdita e Depressione Anaclitica come paura della separazione.

Il trauma relazionale compromette anche la capacità di mentalizzare, così come Fonagy e Bateman l'hanno studiato, vale a dire «la capacità di dare senso a se stessi e al prossimo, implicitamente e esplicitamente, in termini di stati soggettivi e processi mentali»²⁴, tenendo comunque presente che spesso i soggetti con DBP hanno una grande capacità di comprensione, quando è legata a 'disvelare' strategie ritenute ingannevoli o manipolatorie, mentre mancano di possibilità empatiche che comportano l'immaginare una realtà altrui differente dalla propria.

5.Se- anche alla luce di quanto detto- la personalità borderline si presenta polisintomatica, non significa però che nel disturbo precipitano in maniera indifferenziata una serie di sintomi. Significa, secondo Meares, che si può spesso verificare comorbilità coi disturbi dell'Asse I in maniera non casuale²⁵.

5.1. DBP. Dissociazione e Depressione. Particolarmente diffusa l'associazione con la depressione, nelle forme introiettiva e anaclitica che si diceva. In quest'ultima il trauma originario genera una vulnerabilità legata alla paura della perdita, nella prima una sofferta introiezione del giudizio svalutante che porta ad una pervasiva sensazione di vergogna, umiliazione, deprezzamento (il primo e più drammatico attacco al valore è evidentemente l'abuso sessuale). In ogni caso, si può dire che in realtà ciò che rende possibile il raggruppamento di sintomi e l'evidenza della comorbilità è l'esperienza traumatica.

5.2. DBP. Dissociazione. Disregolazione emotiva. Tornando alla definizione cardine del DBP come alterazione dell'esperienza del Sé, Meares correla ai fattori che lo inquadrano (disturbi dell'identità, senso di vuoto e paura dell'abbandono) la disregolazione emotiva: essere svalutati e criticati attiva rabbia, ansia e soprattutto una pervasiva e persistente sensazione di vergogna. La risposta è pressoché automatica, cioè priva di un adeguato coinvolgimento della neocorteccia, oppure, per dirla con Jackson

«[...] un sistema di coscienza connesso alla consapevolezza di sé di ordine superiore non sufficientemente sviluppato viene ribaltato da un complesso traumatico interferente, che a sua volta è sostenuto da un assetto neuronale nel quale l'attività della corteccia orbitofrontale è ridotta e l'attività dell'amigdala è potenziata»²⁶.

²² E' interessante sapere che comportamenti ostili e intrusivi delle madri sono meno predittivi di patologie future dell'assenza di contatto emotivo, di indifferenza, del dare risposte contraddittorie e disorientanti, dell'invocare un'inversione di ruoli. Per non dire degli interessanti studi sul fattore stressante del viso inespressivo.

²³ Il che porta ad un'attenta valutazione transgenerazionale del DBP.

²⁴ op.cit., p.173

²⁵ Nel DSM 5°, salta la separazione tra Asse I e II e ci si orienta su una nosografia dimensionale dei disturbi di personalità per cercare di costruire un paradigma maggiormente in grado di rispondere ai limiti del precedente DSM IV. L'introduzione della Sezione III va nella direzione di una valutazione globale della personalità ma solo come ipotesi allo studio, tutta da validare.

Differente, e per questa ragione molto interessante, l'impostazione del PDM che sposta il vertice dalla descrizione dei sintomi ad un esame globale sui livelli di funzionamento della personalità, in un continuum da sana a nevrotica a borderline.

²⁶ op.cit., p.192.

Ulteriori ricerche hanno dimostrato l'eccesso di attivazione dell'amigdala quando il soggetto perde riflessività ed è sostanzialmente inconsapevole dell'essere in balia di un ricordo traumatico: insomma, perdere riflessività rende la persona preda di riflessi, che potremmo definire funzioni di ordine inferiore del cervello.

Questo comporta un aumento della sensibilità che non consente l'identificazione delle emozioni proprie ma soprattutto altrui: abbiamo già visto quanto i soggetti DBP siano iperattenti nella valutazione delle espressioni facciali e molte ricerche lo confermano. È nei primi mesi di vita che il bambino sviluppa la capacità di regolazione delle emozioni nell'interazione con la figura materna: come e quanto la diade riesce a gestire i livelli di *arousal*, quanto e come la madre riesce a sintonizzarsi con le richieste del bambino di stabilire, mantenere o interrompere il contatto visivo, quanto infine si consolida tra i due adattamento e reciprocità. Com'è evidente, sono questi i fondamenti per la 'scrittura' della natura dell'attaccamento.

5.3.DBP. Dissociazione. Disturbi somatoformi. Se siamo partiti dalla considerazione dell'isteria come antenato del DBP una ragione ci sarà: l'isteria, com'è noto, ha subito una sbagliata regressione nella diagnostica, perché si credeva eccessivamente legata ad un particolare momento storico, per poi rientrare dalla finestra sotto forma di sintomi di conversione o disturbi somatoformi. In ogni caso, sia questi che il DBP sono unificati – pur nella pluralità indistinta del DSM – come legati a patologie dissociative.

I pazienti DBP lamentano di frequente dolori fisici che spesso non hanno un'origine organica: trovo molto interessante l'approccio di Meares che, richiamando di nuovo in causa Janet, sostiene che il centro dei disturbi somatoformi consiste in un'alterazione dei meccanismi di attenzione.

«Nell'ipotesi che stiamo avanzando sulla somatizzazione sono presenti due aspetti che sono opposti e collegati tra loro. Il primo implica l'amplificazione o l'aumento dell'intensità delle sensazioni attraverso un incremento indiscriminato dell'attenzione; il secondo implica il fallimento dei sistemi che, in condizioni normali, modulano l'intensità delle sensazioni»²⁷.

Il dolore fisico viene amplificato a seguito del disturbo dell'attenzione²⁸ e quindi può generare depressione (e non il contrario, cioè che la pervasività del dolore sia correlato alla depressione): molti studi lo confermano e le ricerche seguenti hanno introdotto ulteriori costrutti quali l'ipervigilanza o il catastrofismo.

Possiamo dire che l'inclinazione al dolore nei DBP è una conseguenza del difetto nella sfera del Sé²⁹: un eccesso di attenzione allo stimolo, in questo caso interno, corporeo, rende la coscienza imprigionata dall'evento, incapace di svolgere una funzione riflessiva, rappresentazionale, immaginativa, cioè funzioni superiori.

Ce ne possiamo accorgere dallo stile della conversazione che assume forma di resoconto sommario senza possibile simbolizzazione. Il paziente è intrappolato nello stimolo e ad esso pervicacemente ancorato per fuggire dal vuoto nel quale teme di precipitare in assenza dello stesso. È per questo che sottovalutare quelle lamentele in terapia non serve, anzi rischia di far sentire il paziente ancora più solo nell'impasse, nel quale egli stesso si è infilato. Sarebbe molto meglio entrare dentro quei comportamenti somatizzanti, provare a connetterli con le sensazioni che prova, cercando di costruire una metafora fondata proprio sulla personalissima associazione dolore/sensazione, per trasformare quel resoconto sommario nella sua individuale narrazione.

Non sempre, però, si tratta di sintomi di conversione senza riscontro organico.

L'isteria, come il DBP, sono malattie della rappresentazione. Spesso si registrano tracce somatiche, impronte sul corpo, sulla pelle di frammenti dell'esperienza traumatica: segni, lividi, rossori, pallori

²⁷ op.cit., p.210.

²⁸ Studiati attraverso un incremento nell'ampiezza dei potenziali ERP

²⁹ L'A. parla in questo caso di fisiopatologia del dolore che si evince in un potenziale d'onda P3a amplificato, come risulta da un'alterazione nei circuiti inibitori connessi alla corteccia prefrontale.

associabili, sostiene Meares, ad un minor apporto di sangue in quell'area, come peraltro lo stesso Janet notava attribuendo, per esempio, le anestesie del braccio ad una marcata riduzione dell'afflusso sanguigno.

Il corpo viene *marchiato a fuoco* dal trauma³⁰ e ci sono tutte le caratteristiche di fenomeni dissociativi, come i casi clinici (vedi *Maria* di Janet³¹) confermano: le rappresentazioni primitive del trauma sono attivate da processi inconsci in quanto inaccessibili ad un'elaborazione cosciente, cioè di ordine superiore. La disconnessione ha, in questo senso, una natura *verticale* ma anche *orizzontale*, nel senso di un deficit di coordinamento tra meccanismi inibitori ed eccitatori: in tutti e due i casi si tratta di anomalie nell'attività del Sistema Nervoso Autonomo e in particolare di una ridotta attività della ACC, della corteccia cingolata anteriore.

5.4.DBP. Dissociazione. Ideazione paranoide e delirio: paranoia e delirio hanno una base eziologica nel trauma che è all'origine della dissociazione. L'assenza di risposte materne alla richiesta di cure e di tenerezza produce vergogna e umiliazione, sensazione di essere circondati da nemici, attivazione di sistemi di evitamento perché nessuna delle proprie emozioni, richieste di attenzione, affetto siano mostrate. È la paura dell'intimità di cui parlava Sullivan che però accompagna il bisogno di intimità, dando luogo ad una drammatica tensione tra la necessità di stabilire una relazione affettivamente significativa, profonda e il terrore che in una relazione di questo tipo possa essere violato il proprio, arcaico, segreto. E l'essere scoperti è sempre alla base delle ideazioni paranoide come peraltro delle stesse formazioni deliranti.

In tutti e due i casi, è implicata la nozione di confine.

«Un aspetto fondamentale dell'emergenza del Sé è un crescente senso di demarcazione tra il proprio sistema personale e quello del mondo [...]. Tale separazione è indicata dal raggiungimento nel bambino del concetto di interiorità [...] all'età di circa quattro anni. Questo è un evento cruciale nella vita del bambino, che annuncia la nascita del Sé, come definito da Jackson e James»³².

Questa assenza di confine tra esterno e interno si verifica anche nell'indifferenziazione tra passato e presente: sono queste le basi della formazione del delirio, teso a dare un senso all'esperienza del momento in cui emergono gli input sensoriali collegati al ricordo traumatico, scatenati in qualche modo da eventi della realtà esterna. Salta la funzione di giudizio ma diminuisce l'arousal e l'ansia perché è la realtà ad essere piegata alla e spiegata dalla formazione delirante.

6. La cura. Ricapitoliamo: lo stato di coscienza è scarsamente integrato, sono possibili incursioni incontrollate e incontrollabili di sensazioni, memorie, ricordi di origine inconscia vale a dire operanti in sistemi separati dalla coscienza che provocano mutamenti dell'umore, dei comportamenti e delle relazioni.

Compito della terapia è riconoscere queste incursioni, lavorare per la loro trasformazione e favorire l'integrazione dell'esperienza del Sé a partire dalla modalità di elezione attraverso la quale queste intrusioni si manifestano, vale a dire la conversazione.

L'approccio linguistico *'assomiglia a quello psicoanalitico'*³³. Non si esprime mai casualmente un pensiero, né è casuale la scelta delle parole. Quanto e come viene espresso un contenuto, un pensiero, un ricordo rimanda a un significato che sta nella storia profonda di una persona e dalla struttura della conversazione che ne emerge è possibile discernere modelli linguistici inconsci che spesso non hanno altro modo per farsi conoscere. Spesso, in una conversazione strutturata e coerente irrompono isole di fallimento della coordinazione, segmenti isolati apparentemente senza rapporto col contesto.

³⁰ La efficacissima definizione è di Lenore Terr (1988) in op.cit.p.221.

³¹ Si tratta di una paziente ricoverata per l'insorgere di delirio dissociativo in presenza del flusso mestruale in P.Janet, *Trauma coscienza personalità. Scritti clinici*, R.Cortina ed., Milano 2016.

³² op.cit., p.245.

³³ op.cit., p.150.

Il terapeuta percepisce la rottura dell'ordine del discorso, l'incoerenza, sperimentando spesso, egli stesso, invischiamento e confusione.

È a questo punto che il suo intervento può favorire la relazione e quindi il rapporto tra due soggetti distinti o affogare nella fusione.³⁴

Sono queste le basi del Modello Conversazionale, che ci sembra molto interessante nelle premesse. Sarà presto tradotto il relativo manuale³⁵ che ci dirà di più della codifica, delle successioni, insomma della metodologia che, non abbiamo dubbi, l'A. avrà studiato, praticato, e, per quanto possibile, validato.

Al momento attuale possiamo dire che l'assenza di integrazione corrisponde alle caratteristiche del pensiero infantile (abbiamo visto che l'esperienza di interiorità si sviluppa nel bambino intorno ai quattro anni) che, non avendo raggiunto la maturazione, funziona ancora per sfere separate.

La maturazione dell'emisfero destro è particolarmente sensibile e dipendente dalla relazione e dalla comunicazione affettiva madre-bambino: la protoconversazione, in condizioni normali, quando cioè i due emisferi destri entrano in relazione, costituisce la base dell'internalizzazione, cioè della capacità del bambino di imparare a conversare con sé, perché la figura materna è stata interiorizzata. Il bambino è da solo, alla presenza di qualcun altro perché questi è parte della propria esperienza.

In assenza, la terapia deve sopperire, favorendo l'interlocuzione tra i due emisferi destri attraverso

«un linguaggio abbreviato, con espressioni spesso incomplete e privo di una struttura sintattica formale [...] emotivamente espressivo. Di conseguenza, la fonologia è saliente, le tonalità e inflessioni della voce hanno un effetto comunicativo potente che è combinato con le espressioni facciali e i movimenti del corpo. Questo tipo di linguaggio crea la sensazione di 'essere con' [...]»³⁶.

Questo significa che le perfette costruzioni logiche che sostengono un impianto interpretativo possono non funzionare con questi pazienti e che occorre un intenso addestramento interiore in noi stessi³⁷ per cogliere le sfumature, i vuoti, le inflessioni, i minimi particolari della conversazione del paziente.

Già in *Intimità e Alienazione*, Meares aveva parlato dell'attenzione allo stile narrativo quando si presenta a una dimensione, nella quale i fatti sono elencati a sommatoria, senza un pensiero, una riflessione, senza possibilità di immaginazione e di simbolizzazione, considerando passaggio significativo della terapia la trasformazione del resoconto attraverso la metafora, il gioco sul simbolo che connette realtà interna e esterna, rendendo possibile un conferimento di valore. E se c'è conferimento di valore vuol dire che compare il sentimento.

È in questo modo che viene recuperata la possibilità, che abbiamo visto compromessa, della creazione (forse sarebbe meglio dire co-creazione) di scene che sono le unità di base di una narrazione, la quale a sua volta rende praticabile la coerenza tra l'interno e l'esterno e la continuità tra passato e presente.

Questa una sintesi – incompleta e parziale – del corposo lavoro di Meares.

Lavoro molto interessante e utile quando prova a fare sintesi dentro il calderone indistinto del DBP, aiutandoci a trovare un grimaldello per poterne valutare le caratteristiche primarie e quindi un'ipotesi di terapia. E che questa leva possa essere il modello dissociativo è, ancora una volta, molto convincente e in continuità con gli studi dello stesso Meares, per non parlare di Masud Khan, Bromberg, Kalsched per citare gli autori che credo presentino una maggiore assonanza con l'impostazione jungiana.

³⁴ Nel testo sono riportati due esempi di conversazione: la differenza è data da come il terapeuta non solo riesca a riconoscere l'insorgere di una memoria dissociativa ma da quanto riesca a rimanere in quell'esperienza di confusione e stordimento senza sottrarsi e senza dare una spiegazione razionale.

³⁵ Si tratta di un manuale che, nell'edizione inglese, accompagna il testo di cui ci stiamo occupando.

³⁶ op.cit., p.277.

³⁷ E non solo, ma, come ho detto, per conoscere questo tipo di addestramento occorre aspettare la pubblicazione del manuale suddetto.

La novità del testo attiene all'utilizzo del costrutto per la comprensione psicodinamica di un disturbo di personalità *al limite*, già con questo indicando di voler percorrere l'impervio territorio di una zona di confine.

Forse proprio questa difficoltà ha spinto Meares a voler *dimostrare* la sua scelta anche con l'evidenza di numerose ricerche, con un robusto innesco di neuroscienze e relative tecniche di *neuroimaging* a convalida ma anche ad input della sua ipotesi.

E fin quando questo aiuta nella sintesi multidisciplinare delle nostre convinzioni o in una maggiore attenzione a quanto siano presenti nel corpo e sul corpo le tracce delle psicopatologie che curiamo³⁸ ovviamente va benissimo.

Il risultato è, però, a mio parere, forse un po' troppo rigido, al limite del riduttivismo, nel quale sembra saltare proprio la sintesi multidisciplinare.

Meares, ad esempio, recupera l'eredità janetiana dell'organizzazione gerarchica della coscienza e del concetto di funzione, tralasciando quella potenzialità unificatrice che Jung, sempre partendo da Janet, le attribuisce, parlando di funzione trascendente che

«[...]si chiama trascendente perché rende possibile passare organicamente da un atteggiamento all'altro, [...]»³⁹

Il *dinamismo* è *finalizzato* alla *totalità*:

«i simboli della totalità si presentano spesso all'inizio del processo di individuazione [...]. Questa osservazione depone a favore di un'esistenza a priori delle potenziali totalità per cui risulterebbe opportuno il concetto entelechia»⁴⁰,

vale a dire ciò che ha in sé il suo fine. La totalità è data ma potenziale: è *possibile*.

In virtù di questa possibilità si può dire che la funzione trascendente sia una grande alleata della terapia, che può lavorare puntando su questa tensione presente comunque nella psiche del soggetto: a volte, in alcuni passaggi di Meares, ho avuto l'impressione che intorno ai quattro anni ci giochiamo, *inesorabilmente*, la possibilità di introspezione nella propria mente e di comprensione di quella dell'altro. Cioè tutto.

Se è vero che, come dice Jung riprendendo Janet, ogni funzione incorpora una parte inferiore, istintuale, e una superiore, spirituale, possiamo dire, in estrema sintesi, che nella totalità della psiche la funzione rende possibile il passaggio dall'una all'altra perché il finalismo è immanente al processo⁴¹:

«Forse è questo il punto in cui l'eredità janetiana si manifesta con implicazioni più forti, nell'idea, cioè, di una pluralità di stati di coscienza a ognuno dei quali pertiene un livello di organizzazione dell'esperienza, che può essere fissata in sistemi diversi ed elaborata attraverso logiche contemporanee. Piuttosto che puntare sulla radicalizzazione della differenza tra conscio e inconscio, Jung recupera Janet pensando ad una gradualità di forme di coscienza, a ognuna delle quali appartiene parte della totalità di un fenomeno che, dunque, può essere diversamente significato ed espresso a seconda del livello al quale è reso»⁴².

È in questo impianto che si esercita la tollerabilità della molteplicità, attraverso un dialogo tra le parti che non annulla la differenza e la parzialità di componenti differenti e parziali.

Credo consista in questo la processualità dinamica che definisce un Sé individuato ed in questo si evidenzia una differenza col Sé di Meares troppo ancorato ad un'organizzazione gerarchica: evoluta e matura – e quindi sana – è una coscienza che ha in pieno esercizio le funzioni superiori.

³⁸ E questo anche perché nella struttura complessa della psiche junghiana il complesso cui tutti gli altri devono far riferimento è il complesso dell'Io, il più solido e stabile perché ancorato al corpo.

³⁹ C.G.Jung(1957/58), La funzione trascendente, in *La dinamica dell'inconscio*, Vol.VIII, Boringhieri, Torino 1976,p.88.

⁴⁰ C.G.Jung (1940),*Psicologia dell'archetipo del fanciullo*, in *Opere*, vol.IX, T.I, Boringhieri, Torino 1980,p.158.

⁴¹ La volontà di superare l'unilateralità della coscienza è passaggio necessario ma non sufficiente: è la tragica consapevolezza dei suoi confini a schiudere la prateria dello sconfinato, in quella tensione tra opposti da cui *può* nascere -attraverso la produzione del simbolo - l'esperienza trasformatrice.

⁴² M.I. Marozza, «Pensare oggi la dissociazione», in *La Pratica Analitica*, 2015, p.12.

La salute, invece, in un contesto junghiano, non è l'imperturbabilità della psiche ma la sua capacità di misurarsi con il suo stesso essere molteplice⁴³ : è l'organizzazione psichica in quanto tale ad essere per questa ragione *normalmente* dissociata se e quando tolleri la pluralità delle sue componenti.

Che l'impostazione teorica di Meares non assuma quest'ordine di complessità credo sia presente anche nel suo stesso imbarazzo sulla *vexata quaestio* della dissociazione come forma di difesa e soprattutto della sua differenza dalla rimozione. Si è visto come parla di un soggetto che si *protegge* attraverso il meccanismo dissociativo, peraltro non raggiungendo il suo scopo per la fatica e il dolore che lo stesso comporta.

Sul concetto di difesa si fonda la rimozione che

«rappresenta una reazione all'*angoscia*, un affetto negativo ma regolabile che segnala la possibile irruzione nella coscienza di contenuti mentali che possono generare un conflitto intrapsichico spiacevole, ma sostenibile. La *dissociazione*, come difesa, rappresenta una reazione al *trauma*: un flusso caotico di affetti non regolabili nella mente, che minaccia la stabilità del Sé e la stessa salute mentale. Il conflitto intrapsichico viene vissuto come insostenibile...perché la discrepanza non si verifica tra contenuti mentali discordanti, ma tra aspetti del Sé alieni, tra stati del Sé talmente discrepanti da non poter coesistere in un singolo stato di coscienza senza minacciare di destabilizzare la continuità del Sé.»⁴⁴

Molto probabilmente, quella stessa impostazione rigida, da impianto scientifico in senso stretto che basta a se stesso, cui facevo riferimento, rende a Meares difficile misurarsi con la complessa convivenza di stati del Sé che disegna l'architettura della psiche e che Bromberg ha analizzato, teorizzando un paradigma nel quale è proprio la relazione tra differenti stati del Sé a segnare il *continuum* tra normale e patologico e quindi soprattutto degli spazi di confine tra l'uno e l'altro.

Sembra quasi che si confrontino un modello verticale, quale evocato dall'organizzazione gerarchica della coscienza cui Meares fa riferimento e uno orizzontale, che si articola tra differenti stati del Sé da tenere in equilibrio più o meno precario.

Sappiamo bene, però, leggendo il testo che così non è: il DBP, come disturbo dell'esperienza del Sé, ci rimanda piuttosto ad un esperire se stessi attraverso il vissuto intrapsichico e relazionale, vale a dire nella realtà interna ed esterna. Questo intende Meares quando parla di connessione tra memoria episodica e semantica e quando definisce autoriflessiva questa possibilità data al soggetto.

Possibilità negata, bloccata, compromessa dall'evento traumatico, evento reale e reale davvero in senso junghiano, *reale perché agisce*.

L'esperienza del Sé è in questo caso dolorosa e incoerente: proprio perché esperienza, però, può essere sentita, vissuta, evocata e forse riconnessa. Ed è per questa ragione che è con l'indicazione del modello terapeutico che vengono superati i limiti e le rigidità dell'impianto teorico. È nella modalità clinica suggerita che si risolvono le aporie insite nel suo approccio teorico: quello che sappiamo del suo 'Metodo Conversazionale' già ce lo rende interessante, perché fondato sulle impercettibili tracce di memorie traumatiche non elaborate, fatte di toni della voce, intercalari, sospiri, mugugni, che solo l'ascolto attento, sintonico, *comprensivo* del terapeuta può aiutare a trasformare in parole.

In estrema sintesi, posso dire che lo psichiatra Meares ha indicato un approccio diagnostico innovativo e scientificamente supportato sul piano teorico, i cui rischi di unilaterità sono compensati dalle indicazioni cliniche.

Quando, cioè, a parlare è lo psicoanalista Meares.

⁴³ «la visione psicodinamica che si delinea a partire da quest'ipotesi è molto diversa da quella freudiana centrata sulla conflittualità intrapsichica, avendo piuttosto a che fare con la necessità di intrattenere un legame tra una pluralità di sistemi psichici affettivo-cognitivo-sensoriali in equilibrio finché capaci di compensare attraverso l'essere in relazione il loro carattere di componenti parziali dello psichismo, nessuna delle quali sufficiente a elaborare l'esperienza psichica». Per questo «...la salute non sta certo nel raggiungimento di un'identità non perturbabile della psiche, ma nella capacità di tollerare la sua molteplicità costitutiva...» (M.I. Marozza, *ibidem*).

⁴⁴ P.Bromberg, *L'ombra dello tsunami, La crescita della mente relazionale*, R.Cortina ed., Milano 2012 p.49.

Bibliografia

- Bromberg P.(2006), *Destare il sognatore*, Cortina, Milano 2009.
- Bromberg P.(2011), *L'ombra dello tsunami. La crescita della mente relazionale*, Cortina, Milano 2012.
- DSM IV-TR, Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* (2005), Masson, Milano.
- DSM -V, Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* (2014), Cortina, Milano.
- Gabbard G. (2000), *Psichiatria Psicodinamica*, Cortina, Milano 2002.
- Janet P.(1889), *L'automatismo psicologico*, Cortina. Milano 2013.
- Janet P., *Trauma coscienza personalità, Scritti clinici*, Cortina, Milano 2016.
- Jung C.G. (1907), «Psicologia della dementia praecox», in *Opere* vol.III, Boringhieri Torino 1971.
- Jung C.G. (1912/52), «Simboli della trasformazione», in *Opere* vol. V, Boringhieri Torino 1970.
- Jung C.G. (1918), «Sull'inconscio», in *Opere*, vol X, Boringhieri, Torino 1985.
- Jung C.G. (1928), «L'Io e l'Inconscio», in *Opere*, vol.VII, Boringhieri 1983.
- Jung C.G. (1933), «Realtà e surrealtà», in *Opere*, vol.VIII, Boringhieri, Torino 1976.
- Jung C.G., (1940), «Psicologia dell'archetipo del fanciullo», in *Opere* vol. IX, Boringhieri, Torino 1980.
- Jung C.G. (1957/58), «La funzione trascendente», in *Opere* vol.VIII, Boringhieri, Torino 1976.
- Kalsched D. (1996), *Il mondo interiore del trauma*, Moretti&Vitali, Bergamo 2001.
- Kernberg O.F. (1984), *Disturbi gravi della personalità*, Bollati Boringhieri, Torino 1987.
- Fissi S. (2014), «La coscienza emozionata. Neurobiologia del Sé, della coscienza e della dissociabilità psichica», in *Quaderni di Cultura Jungiana*, Anno 3, n.3.
- Liotti G., Farina B. (2011), *Sviluppi traumatici*, Cortina, Milano 2011.
- Marozza M.I. (2015), «Pensare oggi la dissociazione», in *La Pratica Analitica*.
- Marozza M.I. (2015), *Ritorno alla talking cure*, Fioriti ed., Roma 2015.
- Meares R. (2000), *Intimità e alienazione*, R.Cortina ed., Milano 2000.
- Meares R. (2012), *Un modello dissociativo del disturbo borderline di personalità*, R.Cortina ed., Milano 2014.
- Paris J. (2012), *Lo spettro bipolare. Diagnosi o moda?*, R.Cortina ed., Milano 2015.
- PDM, Manuale Diagnostico psicodinamico* (2008), R.Cortina ed., Milano.
- Van der Hart O., Nijenhuis E.R.S., Steele K. (2006), *Fantasmi nel Sé*, R.Cortina ed., Milano 2011.