

FrancoAngeli

PSICOTERAPIE

Ciro Elia

Il paziente borderline in psicoanalisi

Teoria e clinica



I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella home page al servizio “Informatemi” per ricevere via e.mail le segnalazioni delle novità o scrivere, inviando il loro indirizzo, a “FrancoAngeli, viale Monza 106, 20127 Milano”.

Ciro Elia

Il paziente borderline in psicoanalisi

Teoria e tecnica

FrancoAngeli

PSICOTERAPIE

Progetto grafico di copertina: Elena Pellegrini

Isbn e-book: 9788835189329

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

*L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore.
Sono riservati i diritti per Text and Data Mining (TDM), AI training e tutte le tecnologie simili.
L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della
licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito www.francoangeli.it*

I link attivi presenti nel volume sono forniti dall'autore. L'editore non si assume alcuna responsabilità sui link ivi contenuti che rimandano a siti non appartenenti a FrancoAngeli.

*In memoria di
Johannes Cremerius (1918-2002)
e Gaetano Benedetti (1920-2013)
psicoanalisti fuori dal coro*

*Nell'attività terapeutica resterà sempre posto,
accanto alla medicina, per il ferrum e per l'ignis*

S. Freud

Indice

Introduzione	pag.	11
1. Il Sé nella teoria psicoanalitica e nella terapia dei pazienti borderline	»	19
2. I contributi neuroscientifici sulla genesi dell'omosessualità	»	25
3. Omosessualità e psicoanalisi: un incontro-scontro	»	31
4. Eccitamento e depressione. Anni 1998-2002	»	40
5. L'identificazione reciproca	»	49
6. Destrutturazione e ristrutturazione del Sé. Anni 2003-2014	»	56
7. Trasformazioni. Anni 2015-2023	»	64
8. Sé, omosessualità e Edipo	»	69
9. La simbiosi borderline. Teoria e clinica	»	77
10. Possibilità e limiti della terapia psicoanalitica con i pa- zienti borderline	»	87
11. Dall'omosessualità verso l'eterosessualità? Anni 2023- 2025	»	99
12. La psicoanalisi e l'origine del pensiero	»	104
Bibliografia	»	123

Introduzione

Questo libro riguarda in primo luogo la terapia psicoanalitica dei pazienti borderline, la linea terapeutica originale che adottò nel loro trattamento e che tiene conto del loro deficit di capacità autoriflessiva e simbolica e della loro struttura scissionale: questa ha alla base la simbiosi inconscia con la madre e la conseguente intensa omosessualità. In secondo luogo propongo il mio modello del Sé psicoanalitico a carattere organizzazionale o processuale, che poggia sulla metapsicologia pulsionale freudiana, approfondita e complessificata in relazione con le risultanze delle ricerche neurofisiologiche di J. Panksepp e L. Biven (2012) e di M. Solms (2021). Il mio modello del Sé ha una pregnanza particolare proprio nel trattamento dei pazienti borderline: in effetti il libro è caratterizzato dalle continue e reciproche relazioni tra teoria e clinica, in particolare nel senso che la validità della teoria viene confermata in primo luogo dai risultati terapeutici positivi e inoltre nel senso che il processo terapeutico di questi casi permette degli approfondimenti e ampliamenti teorici. Da questo punto di vista credo che sia da sottolineare come, proprio in base al carattere di certe interazioni cliniche, e naturalmente dei contributi neuroscientifici, mi è possibile nell'ultimo capitolo proporre il mio contributo rispetto alla natura e origine del pensiero. La ricerca a carattere intraterapeutico, a cui faccio riferimento, riguarda dodici casi di pazienti borderline, di cui cinque trattati da me e sette dai colleghi con cui collaboro, le donne sono due. Prendo in particolare considerazione il lungo processo terapeutico e l'evoluzione di un grave paziente borderline omosessuale con scivolamenti psicotici.

Nel marzo 2023 stavo riflettendo sulla possibilità di scrivere un libro interrogandomi in particolare sul valore scientifico del resoconto di questa terapia. In una notte di quel mese sognai che scrivevo diversi titoli del libro, ma li cancellavo e ne scrivevo di nuovi e diversi. Nel prosieguo del sogno rileggevo l'affermazione di Freud relativa alla narrazione dei suoi

casi clinici: “Trovo ancora strano che le teorie cliniche che scrivo si debbano leggere come novelle e che esse siano, per così dire, prive dell'impronta rigorosa della scienza [...] di questo risultato è evidentemente responsabile più la natura dell'oggetto che una mia preferenza” (Freud, 1892-95, vol. 1, p. 313, Opere Boringhieri). Devo dire che non mi sono mai sentito a mio agio nella registrazione delle sedute, come avrei potuto fare. Quindi ho operato riportando per iscritto seduta per seduta durante i venticinque anni di terapia gli scambi tra me e il paziente nel modo più preciso possibile. D'altra parte ho ricordato rispetto a questa mia metodica quanto ha scritto L.Z. Hoffman (2009): “Non dobbiamo sottovalutare quanto lo studio del caso singolo o di pochi casi, abbia la capacità di suscitare importanti e plausibili possibilità” (p. 1046). Va anche sottolineato che alcuni studi-pilota (Casonato, Mergenthaler, 2007) hanno mostrato che vi è una notevole corrispondenza tra gli appunti manoscritti, come nel caso di Roberto, e le trascrizioni di registrazioni. Inoltre sono molti i contributi che dimostrano che gli appunti manoscritti possono essere oggetto di ricerca (Casonato, 2006). Dopo la presunta fine della terapia, nel giugno 2023, mi sono deciso a scrivere il libro anche per il timore di non aver molto tempo davanti.

Il libro si apre con due capitoli di carattere teorico. Il primo riguarda le ricerche genetiche e biologiche sull'omosessualità, perché uno dei problemi principali di Roberto è costituito dal rifiuto della sua omosessualità, rifiuto che era presente anche in altri pazienti narcisistici e borderline da me trattati (Elia, 1991). L'omosessualità, che è pulsione e difesa, in questi casi è parte essenziale dell'organizzazione del Sé e del senso di identità. Non si possono escludere, come sostenuto da Roberto e spesso da questi pazienti, elementi biologici alla base dell'omosessualità oltre a quelli psicologici. Il secondo capitolo prende in considerazione le posizioni assunte dalle associazioni psichiatriche e psicoanalitiche rispetto all'omosessualità, malattia o normalità, possibilità terapeutiche o no di un'eventuale psicoterapia dell'omosessualità egodistonica. Conosciamo bene l'evoluzione di queste posizioni che c'è stata nel tempo in senso non-patologizzante, ma anche le controversie in seno alla psicoanalisi rispetto al senso di un'eventuale psicoterapia dei casi egodistonici. A questo proposito va sottolineato che nel caso di Roberto e di altri pazienti ho preso molto sul serio, a differenza di quanto in genere viene sostenuto nella letteratura psicoanalitica, il desiderio dei pazienti di diventare eterosessuali, perché questo desiderio è alla base della motivazione iniziale e lo è per tutta la durata della terapia. Il materiale clinico di Roberto è suddiviso in quattro periodi principali, sono i capitoli terzo, quinto, settimo e nono dei dodici capitoli del libro. Il terzo riguarda gli anni dal 1998 al 2002, il quinto gli anni dal 2003 al 2015, il settimo gli anni dal 2016 al 2023, il nono dal 2023 a oggi. Questi periodi

dello sviluppo clinico sono caratterizzati da alcuni elementi specifici per quanto riguarda l'evoluzione di Roberto e di altri pazienti e la relazione transferale-controtransferale: ho cercato di cogliere nei titoli l'aspetto più significativo di ogni periodo.

Non ho mai discusso con colleghi l'andamento di questa terapia. Ne ho fatto oggetto di una relazione che ho tenuto dopo sette-otto anni di terapia durante una giornata di studio della nostra Associazione di Studi Psicoanalitici. Qualche volta mi è successo, durante i seminari che ho tenuto per anni per gli Allievi della Scuola di Psicoterapia Psicoanalitica di Milano, di cui io sono uno dei fondatori, di fare riferimento a qualche momento topico della terapia per motivi didattici. Sentivo certo il bisogno di poter condividere l'impegno e la pesantezza della terapia con qualcuno che potesse capire. E, in effetti, uno dei motivi della pubblicazione del libro è costituito dal bisogno di condivisione, di scambio e di riflessione, in modo da essere aiutato a elaborare e decantare una vicenda clinica che mi ha segnato molto e che mi ha suscitato molte domande. Mi farebbero piacere commenti non solo da parte di colleghi, ma anche di lettori non professionali. Nella descrizione del materiale clinico ho evitato, per quanto possibile, considerazioni tecniche e teoriche e anche la terminologia psicoanalitica. Ho cercato in questo modo di rimanere il più possibile fedele agli accadimenti delle sedute, riportando gli scambi verbali così come avvenuti nel linguaggio espressivo, forte, spesso volgare del paziente. Ho riportato quasi per intero alcune delle sedute che mi sono sembrate più significative nell'immediatezza dell'*hic et nunc* e anche molti sogni del paziente e qualche mio sogno controtransferale. L'interesse del caso è legato in primo luogo alle grandi difficoltà che incontriamo sempre nella terapia dei pazienti borderline e al tipo di tecnica da me utilizzata che ha una sua linea originale. Va sottolineato che il paziente dopo trenta anni di terapia, che è ancora in atto, sta evolvendo verso l'eterosessualità. Oltre a Roberto, faccio riferimento ad altri quattro pazienti che ho trattato o supervisionato. Sono i pazienti, come ha scritto P. Fonagy (1985), paradigmatici del nostro tempo. Nella descrizione di tutti i casi i pazienti sono resi irriconoscibili nel rispetto della privacy. È osservazione comune in campo psichiatrico e psicoanalitico che negli studi privati e nelle strutture pubbliche i pazienti borderline sono nettamente aumentati negli ultimi trenta-quaranta anni. Mi chiedo se c'è una relazione tra l'aumento della patologia narcisistica e borderline con quanto avviene in campo sociale e politico. Credo di sì. Se alla fine degli anni '70 è stata descritta la cultura del narcisismo che ha progressivamente invaso tutto l'occidente, oggi si può dire che il narcisismo, personale e sociale, ha assunto caratteri più gravi: si può parlare di cultura borderline. Mi pare ci siano delle correlazioni evidenti tra le caratteristiche della patologia

borderline e le posizioni che assume il potere. Mi riferisco all'accentramento autocratico di un potere che non conosce limiti e che ha un carattere profondamente anale (contano solo il denaro e gli affari), viene abbandonata o preclusa la ricerca della verità e della cultura che si sviluppa invece a opera del pensiero autoetico che necessita della presenza di un Super-io buono, all'autodeificazione di tipo tecnocratico, alla seduzione simbiotica e populista per cui "io sono il popolo", al carattere scissionale e contraddittorio delle posizioni, alla tematica persecutoria per cui là fuori ci sono sempre dei nemici da temere o da combattere.

Non mi soffermerò sulle numerose ricerche sulla patologia borderline di carattere eziopatogenetico, epidemiologico, neurobiologico, ampiamente riportate nella letteratura psicoanalitica, se non per qualche collegamento con i casi in discussione. La difficoltà della terapia di questi pazienti è dimostrata in primo luogo dall'elevata frequenza delle interruzioni (drop-out): questa va a seconda delle varie ricerche dal 13 al 40% dei casi, se si escludono i casi di drop-out precoce (interruzione dopo qualche seduta o nella prima fase) e se consideriamo solo i casi di drop-out tardivi. Anche nel caso di Roberto i drop-out sono stati numerosi nei trenta anni di terapia. Ma nel caso di Roberto, come di altri pazienti trattati da me o dai colleghi, si è verificata nella gran parte dei casi una ripresa della terapia dopo qualche mese. A dimostrazione delle difficoltà prognostiche e terapeutiche, riporto il caso difficilissimo di un paziente borderline omosessuale con perversione masochista, trattato da un collega.

In secondo luogo, fin dagli anni '70-'80, i vari autori che si sono occupati della terapia di questa patologia, hanno adottato tecniche modificate rispetto alla tecnica standard (L. Stone, 1961; Baumann, von Wedel 1981; Thomä, Kächele, 1985; Green, 1990; Horowitz *et al.*, 1996, ecc.). Tra i vari procedimenti psicoanalitici adottati farò riferimento soltanto alla psicoterapia focalizzata sul transfert (Clarkin *et al.*, 2007), che è basata sulla fondamentale concettualizzazione di O.F. Kernberg (1975) dell'organizzazione di personalità, e alla terapia basata sulla mentalizzazione (Bateman, Fonagy, 2004), perché questi due approcci, soprattutto il primo, hanno degli elementi in comune con la mia linea tecnica, seppure interpretati in maniera diversa. Come nella psicoterapia basata sul transfert, un elemento chiave della tecnica è costituito dallo sviluppo del processo interpretativo in una maniera flessibile. Nella letteratura si è discusso molto se fare interpretazioni precoci o aspettare che più avanti si sia sviluppata qualche forma di transfert positivo. Invece il mio approccio è di cominciare a interpretare appena è possibile secondo il dettame della Psicologia dell'Io, cioè quando si ha la sensazione che, almeno a livello preconscious, il paziente possa cogliere il senso dell'interpretazione. Si tratta di interpretare dalla superficie

in profondità: la fase preinterpretativa, costituita dalla indicazione, chiarificazione, confrontazione, riformulazione, precede l'interpretazione vera e propria, cioè dei contenuti inconsci. Tuttavia con i pazienti borderline è necessario a volte, davanti a situazioni di enactment, soprattutto di carattere aggressivo, fare interpretazioni dirette, decise, sature, dell'atteggiamento transferale negativo del paziente, della sua pulsionalità incontrollata. A questo proposito, è opportuno sottolineare che alla base della teoria della mia tecnica, come ho già detto, vi è la metapsicologia pulsionale freudiana, ampliata e approfondita dalle ricerche neurofisiologiche degli ultimi decenni di J. Panksepp e M. Solms, e la sua interpretazione clinica secondo le teorie relazionali e intersoggettive.

D'accordo con Kernberg, ritengo che nella fase iniziale della terapia ci dobbiamo focalizzare sul transfert e soprattutto sul transfert negativo e sulle grosse resistenze e difese a carattere scissionistico. Come può il paziente sviluppare il transfert positivo se non si rende conto della portata delle sue difese? Inoltre il processo interpretativo deve svilupparsi tessendo collegamenti tra il transfert, espressione delle relazioni oggettuali interiorizzate, e la storia familiare e sociale.

Il secondo elemento fondamentale della terapia è dato dal fatto che il processo interpretativo si muove in concordanza e integrazione con l'atteggiamento relazionale dell'analista, che deve essere empatico quanto è necessario, non rigido anche se fermo: l'analista qui deve essere autentico e deve stare in contatto col proprio mondo profondo. La relazione col paziente borderline si declina anche lungo canali intersoggettivi di comunicazione, cioè a carattere corporeo e inconscio. Vi sono cioè delle consonanze affettive tra analista e paziente di cui non sempre l'analista può rendersi consapevole. Ma la soggettività dell'analista assume un ruolo particolarmente importante in queste terapie, perché questi deve confrontarsi o affrontare i variegati e a volte disorientanti enactment dei pazienti (fanno spesso telefonate o scrivono messaggi, fanno sentire canzoni o le cantano loro stessi, inviano fotografie o video, si muovono agitati nello studio, vogliono cambiare spesso l'orario e la frequenza delle sedute, si mettono a urlare, ecc.). Si rende necessario quindi per il terapeuta integrare l'aspetto nomotetico della psicoanalisi, cioè la regola e le teorie di riferimento, con quello ideografico legato alla creatività e alla "libertà terapeutica". Il concetto freudiano di relazione reale e di transfert irreprensibile vanno declinati in maniera profondamente diversa, cioè nel senso che determinati interventi non-interpretativi, a volte anche a carattere corporeo, vanno intesi come facenti assolutamente parte dell'interazione transfert-contro-transferale e non del transfert irreprensibile. Questi interventi, le "azioni affettive", hanno lo scopo di stimolare nel paziente concretistico la meta-

forizzazione e tengono sempre presente a livello preconsciouso dell'analista le teorie cliniche di riferimento. Non si esce mai in analisi dalla dinamica transferale-controtransferale. In questo modo il processo interpretativo può essere visto come un ordito che entra nella trama costituita dalla relazione intersoggettiva. Ci muoviamo qui nell'ambito della teoria bipersonale e tripersonale di M. Balint ed E. Balint (1983) e teniamo presente il concetto più recente di "reflection in action" di L. Aron (2006). La terapia integra simmetria e asimmetria, soggettività e oggettività, scoperta e co-costruzione, dualità e terzietà. D'altra parte, come ha sottolineato M. Eagle (2007), le interpretazioni hanno sempre una componente affettiva implicita che può dare al paziente, al di là del contenuto dell'interpretazione, l'importante sensazione di essere compreso, cioè i fattori cognitivi sono strettamente correlati con quelli affettivi. In effetti, considero la terapia psicoanalitica del Sé borderline come terapia del Sé, centrata cioè sull'intenso incontro affettivo-cognitivo tra due Sé, quello dell'analista e quello del paziente. Dal punto di vista teorico propongo la mia concettualizzazione organizzazionale del Sé normale che può meglio rendere conto della mobilità e sfaccettature dello stesso Sé. Questa visione è utile per un migliore approccio alla terapia.

Ne consegue che il processo di mentalizzazione procede lungo vettori diversi che si integrano tra loro. La mentalizzazione si basa, nella mia tecnica, in primo luogo sui processi di identificazione reciproca tra analista e paziente: sono stimolati primariamente dall'analista soprattutto con interventi non-interpretativi e con la sua costanza, affidabilità, fiducia, riparazione delle rotture. Quanti pazienti mi hanno detto di continuare la terapia perché io ci credevo! Si tratta di processi che richiamano il concetto di intersoggettività primaria (Trevarthen, 1979) e che possono trasformare i nuclei simbiotici, confusivi del paziente, in un'identificazione differenziante con l'esserci e il pensare del terapeuta, cioè si tratta di una forma iniziale di triangolazione.

Inoltre la mentalizzazione si sviluppa a opera delle interpretazioni delle proiezioni distorsive transferali, nelle quali l'analista viene visto come giudicante o persecutorio. In questo modo è possibile far vedere al paziente che le sue rappresentazioni negative dell'altro sono del tutto personali. È anche molto utile in queste situazioni prospettare al paziente che esistono altre possibilità di vedere le cose. D'altra parte le interpretazioni hanno sempre un carattere allocutorio oltre che perlocutorio, cioè trasmettono implicitamente, al di là del contenuto manifesto, un'idea implicita, un suggerimento, un timore, ecc. Voglio dire che l'interpretazione tende in qualche modo, preconsciousamente o inconsciusamente, a esercitare un'azione affettiva sul paziente. Quindi non vi è un contrasto netto tra l'attività inter-

pretativa, che non si muove solo sul piano logico-verbale, e gli interventi non-interpretativi, che definisco appunto come “azioni affettive” in quanto hanno una marcata espressività affettiva e corporea. Non si tratta solo degli interventi chiamati da D. Stern *et al.* (1998) *moments of meeting* e degli interventi descritti tra gli altri da L. Aron (2006) di disvelamento del Sé terapeutico. Il terapeuta mette in atto delle espressioni verbali e/o manifestazioni corporee che, anche se sono al limite dell'enactment, vanno differenziate da questo, in quanto esprimono un significato volto a sviluppare la capacità metaforica del paziente, superando le sue rigide difese, il suo non-pensiero: in effetti il paziente molto spesso non coglie o si oppone alle interpretazioni. Nel linguaggio di S. Langer (1967) si tratta di interventi a carattere presentazionale e non rappresentazionale, cioè non si muovono sul piano logico-verbale. A mio parere possono agire positivamente perché vanno a incidere sugli schemi affettivi e cinetico-spaziali o schemi-immagine della memoria implicita relazionale del paziente e soprattutto su quelli del soggetto cattivo - affetto negativo - oggetto cattivo. Va sottolineato per altro che le azioni affettive non hanno solo un carattere positivo, ma anche negativo, controaggressivo, vietante. La capacità metaforizzante delle azioni affettive (il terapeuta trasmette un significato implicito come avviene nei sogni) può essere spiegata dalla concettualizzazione dei filosofi del linguaggio e ricercatori quali D. Stern (1985), G. Lakoff (1987) e J.M. Mandler (2004), secondo i quali è attraverso un processo metaforico che gli schemi corporei e spaziali del bambino diventano strutture cognitive, prima astratte e poi linguistiche: tutto questo viene stimolato dalla mutualità con la madre. Credo proprio che la terapia psicoanalitica del paziente borderline possa essere definita come terapia del Sé, della sua disidentità, del suo vuoto. Il mio modello organizzazionale o processuale del Sé (Elia, 1998) aiuta il terapeuta ad accostarsi meglio alla propria complessità dinamica, legata alla continua interazione tra i suoi vari sottosistemi, cioè Es, Io, Super-io, Io ideale. L'interazione dinamica tra i sottosistemi è segnata nel paziente borderline da fratture, disorganizzazione, emergenzialità, fughe. Il Sé del terapeuta, nella sua interezza, anche inconscia, può essere meglio in grado in questo modo di interagire e intervenire su quel sottosistema del Sé del paziente, che in quel momento occupa o invade tutto lo spazio terapeutico.

Nell'ultimo capitolo propongo una teoria sull'origine del pensiero che tiene conto delle ricerche neuroscientifiche di J. Panksepp e L. Biven (2012), di quelle sui neuroni specchio di V. Gallese (2000), G. Rizzolatti *et al.* (2001), delle concettualizzazioni di G. Lakoff (1997) e J. Mandler (2004) sulle basi metaforiche del pensiero, e in particolare delle risultanze degli interventi affettivo-corporei metaforizzanti con i pazienti gravi in una visione di relazionalità reciproca tra teoria e clinica. L'origine e la natura

del pensiero sono di carattere relazionale, intersoggettiva nel rapporto del bambino con la madre e dello psicoanalista col paziente, seppure ovviamente con grosse differenze tra le due relazioni. Il processo interpretativo favorisce lo sviluppo del pensiero non solo per la sua attività di scoperta, ma anche per via dell'identificazione del paziente con la capacità logica dello psicoanalista. Il pensiero non è solo relazionale in senso interpersonale, ma anche in senso intrapsichico, cioè nell'ambito del Sé, perché il pensiero, in particolare quello autoriflessivo, non è solo opera dell'Io, anche se principalmente, ma anche dell'Es, di un Super-io buono e di un Io ideale che sappia porsi dei limiti. Viene proposta una ridefinizione del concetto freudiano di pensiero.

Ringraziamenti

Voglio esprimere i miei sentiti ringraziamenti a mia figlia, Laura Elia, a Luca Zanini, a Chiara Colombo per il loro indispensabile aiuto. Un ringraziamento particolare al Dott. Emilio Bertuletti per i suoi suggerimenti.

1. Il Sé nella teoria psicoanalitica e nella terapia dei pazienti borderline

Delle possibili definizioni del Sé mi pare convincente quella che lo considera sia come una totalità psicofisica, il viversi corporeo e mentale, sia, dal punto di vista psicoanalitico, come un sistema processuale o organizzazionale. L'organizzazione del Sé è legata all'interazione dinamica tra i suoi subsistemi, Es, Io, Super-io, Io ideale. Il Sé, che è capace di autoorganizzarsi, ha la sua base o è espressione delle strutture neurofisiologiche (Panksepp, Biven, 2012). I meccanismi di difesa, descritti dalla psicoanalisi, sono appunto espressione della sua autoorganizzazione. Il Sé può essere considerato come un'entità monistica dal duplice aspetto, soggettivo e oggettivo. Riprenderò ampiamente questi concetti più avanti. Credo che la terapia psicoanalitica dei pazienti borderline possa essere definita propriamente come psicoterapia del Sé, in quanto si focalizza soprattutto sugli affetti e i comportamenti del paziente: l'aspetto coostruttivo, specie nei primi anni, è in primo piano rispetto a quello della scoperta. Il cuore della terapia sta nell'incontro, nella compenetrazione dei due Sé. L'analista entra nella vita del paziente in modalità presimbolica in modo che il paziente entri nella propria. Ora, un piccolo, ma significativo esempio di quanto voglio dire. Un uomo sui cinquanta anni, commercialista, di origine pugliese, giunto a Bergamo con i genitori da piccolo, viene da me per un grave disturbo narcisistico a carattere depressivo. Si tratta del narcisismo del tipo ipervigile secondo Gabbard o dalla pelle sottile secondo Rosenfeld. Come è ben noto, i disturbi narcisistici presentano la stessa organizzazione scissionale dei disturbi borderline. Nel primo colloquio il paziente racconta della sua depressione in atto da venti anni, del suo senso di inadeguatezza, del terrore di fallire nella professione e di non poter mantenere il suo tenore di vita. In realtà ha successo nella sua professione, ma ogni anno è convinto e terrorizzato dal pensiero che l'anno successivo il lavoro gli andrà sicuramente male. Ha già fatto cinque o sei psicoterapie di vario