

Sandra Sassaroli

IL DISTURBO NARCISISTICO DI PERSONALITÀ, INTERVISTA AL PROF. VITTORIO LINGIARDI

www.stateofmind.it/ Intervista del 14-03-2011

Ripubblichiamo oggi su State of Mind un'interessante intervista che il Prof. Lingiardì rilasciò tempo fa a Sandra Sassaroli sull'ipotesi di eliminazione della diagnosi di disturbo di personalità narcisistico dal prossimo manuale diagnostico dei disturbi mentali, DSM-5. Come ormai sappiamo, i compilatori del DSM-5 hanno fatto marcia indietro su questo punto ma riteniamo comunque illuminanti le parole di Lingiardì sul tema del disturbo narcisistico. Buona lettura!

È in fase di pianificazione la quinta edizione del manuale diagnostico dei disturbi mentali (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5). Il DSM è una sorta di vocabolario condiviso per porre diagnosi affidabili nell'ambito della sofferenza psicologica. Periodicamente è sottoposto a revisioni e aggiornamenti. Una delle novità che si annunciano in questa quinta edizione, prevista per il 2013, è l'eliminazione della diagnosi di disturbo di personalità narcisistico. Il narcisismo rimarrà come tratto che complica altri disturbi di personalità. Pensando a questa novità, ho incontrato Vittorio Lingiardì, psichiatra e psicoanalista, professore ordinario alla Facoltà di Medicina e Psicologia della Sapienza, Università di Roma.

(Sassaroli): Vogliamo parlare della proposta di eliminazione del disturbo narcisistico dal DSM-5?

(Lingiardì): Parliamone. Se andiamo su www.dsm5.org possiamo studiare il caso. Un caso secondo me molto interessante per la storia della psichiatria. Gli psichiatri americani che curano la sezione dei disturbi di personalità per il DSM-5 propongono di escludere la diagnosi di disturbo di personalità non solo narcisistico, ma anche istrionico, paranoide, dipendente. Una rivoluzione diagnostica non da poco, e che non promette bene.

(Sassaroli): Mi puoi riassumere in breve i tratti psicopatologici fondamentali del disturbo narcisistico?

(Lingiardì): Esistono molte diverse patologie del narcisismo. Millon, per esempio, parla di personalità narcisistiche "senza scrupoli", "appassionata", "compensatoria", "elitaria", "fanatica". Per non parlare dell'ormai classica distinzione che fa Gabbard (ma la riprende da Rosenfeld), di narcisismo overt e covert. O meglio, grandiosità-esibizionismo vs vulnerabilità-sensibilità. Insomma, riassumere il significato clinico di questa diagnosi in poche parole non è facile, ma ci provo. Direi che gli individui con personalità narcisistica hanno un'idea grandiosa di sé, un costante bisogno di ammirazione e pochissima empatia. Chiunque di noi sa che cosa questo significhi nel contesto di una relazione, affettiva ma anche semplicemente professionale. I narcisisti pensano di essere diversi e migliori degli altri e di potersi permettere di avere o di fare cose speciali che gli altri non possono permettersi. Anzi, pensano di averne diritto. Possono essere sprezzanti e critici nei confronti degli altri, e hanno poca sensibilità verso la sofferenza altrui. Ricordo un paziente che in seduta mi parlava con rabbia e risentimento di un amico che lo aveva avvisato all'ultimo momento che non poteva andare con lui al cinema. Poco dopo mi ha detto il perché di questo mancato appuntamento: la madre dell'amico era stata portata d'urgenza in pronto soccorso.

Un altro tema importante nel lavoro con le personalità narcisistiche è la loro difficoltà a ricavare piacere dalle cose, e i conseguenti sentimenti di tristezza, indifferenza e noia.

E poi c'è il lato covert: fragilità, vulnerabilità, paura del confronto, ipersensibilità alla critica. Spesso le due facce coesistono, ma ho visto molti narcisisti eccellere anche in una delle due dimensioni.

(*Sassaroli*): Cosa comporterebbe l'esclusione della diagnosi di disturbo narcisistico?

(*Lingiardi*): Lasciami prima dire che la proposta diagnostica del DSM-5, così come è formulata adesso, presenta rischi di confusione metodologica e scarsa utilità clinica. L'eliminazione di categorie "storiche" della diagnostica sia psicodinamica sia cognitiva potrebbe avere inevitabili ripercussioni sul trattamento. Poiché la diagnosi va pensata in funzione del trattamento, il rischio è di "minimizzare" il significato dell'intervento clinico su questi pazienti "orfani" di una collocazione diagnostica. Infine, si rischia di perdere un'enorme mole di dati clinici e di ricerca accumulati negli anni su questi pazienti.

(*Sassaroli*): Vi erano insoddisfazioni per le vecchie diagnosi?

(*Lingiardi*): Sì, certo. Le diagnosi del DSM-IV erano spesso troppo schematiche oppure ruotavano su uno o pochi elementi della personalità. Questo credo sia uno dei motivi del successo di uno strumento come la SWAP-200 o di un manuale come il PDM (Manuale Diagnostico Psicodinamico). Ma vi erano anche benefici dovuti alla condivisione di un linguaggio e all'implicito invito a basare le proprie diagnosi non sull'estro del momento, ma su elementi descrivibili e operazionalizzabili.

(*Sassaroli*): Perché sono stati eliminati alcuni disturbi?

(*Lingiardi*): Non è facile rispondere. In parte forse un tentativo di rispondere allo schematismo delle precedenti diagnosi di personalità del DSM-IV. E così si è deciso di sostituire la vecchia diagnostica per categorie, certo insufficiente, con una certa macchinosità tipica della psicologia dei tratti. Mi sembra comunque una scelta rischiosa e troppo poco clinician-friendly, cioè molto lontana dalla pratica clinica. Pensa che, per formulare una diagnosi, il clinico deve valutare qualcosa come 39 diverse dimensioni. Altre ragioni risiedono sicuramente in battaglie "ideologiche" tra sostenitori di modelli diversi. In questo caso, direi tra i sostenitori dell'approccio "Big Five" e quelli degli approcci psicologici sia dinamici sia cognitivi. E come sempre anche motivi legati ad aspetti economici e culturali. Forse le diagnosi eliminate sono quelle meno medicalizzabili o trattabili farmacologicamente? Più problematiche per i sistemi sanitari e assicurativi? Oppure, come ha detto Francesco Mancini nel corso di un'interessantissima giornata di studio proprio su questo tema a cui abbiamo partecipato a Roma, c'è di mezzo anche lo "spirito del tempo"? Forse non si ravvisano più elementi di patologia nelle personalità gravemente narcisistiche?

(*Sassaroli*): Anche io riconosco molti dei problemi che sollevi con le tue domande. Ma non mi sento di escludere che la caduta delle diagnosi sia una risposta ingenua alle critiche all'approccio categoriale, con uno spostamento dell'asse troppo verso il lato opposto. Questa era la mia impressione quando nel giugno 2010 sono stata al congresso dei disturbi alimentari a Boston. In personaggi come Tim Welsh, la scelta prototipica mi sembrava ingenua, quasi volesse rincorrere le obiezioni dei dimensionalisti. Qual è l'orientamento degli esperti?

(*Lingiardi*): Premetto che la mia posizione diagnostica è a favore di una coesistenza pacifica, anzi direi sinergica, tra categorie e dimensioni (questo del resto è uno degli punti forti della SWAP). Quanto agli esperti, mi sembrano mostrare una preoccupazione clinica e scientifica in modo trasversale alle varie scuole di pensiero, dalla psicoanalisi al cognitivismo. Con alcuni colleghi abbiamo inviato una lettera all'American Journal of Psychiatry, esponendo le nostre preoccupazioni. Che del resto sono le stesse espresse da un autorevole cartello di colleghi, da Westen a Fonagy, da

Kernberg a Beck, da Gabbard a Guderson. Ci adopereremo per restituire vitalità clinica e culturale al concetto di diagnosi e al suo impiego. Perché diagnosi, nel campo dei disagi e dei disturbi mentali, non è solo il tentativo di dare un nome condiviso e una descrizione affidabile a condizioni di sofferenza psicopatologica. Diagnosi è anche il risultato di un processo decisionale, e soprattutto la premessa di un lavoro clinico. In altre parole, la diagnosi deve essere utile sia al clinico sia al paziente. Ed è anche ciò che ci permette di costruire ricerche sull'outcome a partire da inquadramenti condivisi dei disturbi.

(*Sassaroli*): Passiamo al trattamento dei pazienti con disturbo di personalità narcisista. La psicoterapia più adatta per questi pazienti, qual è?

(*Lingiardi*): Direi che dipende molto dal tipo di paziente e dal tipo di narcisismo. Non c'è una psicoterapia adatta a un paziente. Ma un paziente adatto a una psicoterapia. Nel dubbio, dinamica.

(*Sassaroli*): E possono guarire?

(*Lingiardi*): Sì, le persone con disturbo di personalità narcisistica hanno buone possibilità di trattamento. Molto meno, a volte per nulla, se prevale l'aspetto maligno, o psicopatico.

(*Sassaroli*): Cosa è meno facile da trattare e rimane problematico alla fine del trattamento?

(*Lingiardi*): È una domanda troppo difficile. Le variabili in gioco sono molte, non ultima la personalità del terapeuta. L'impressione che ho ricavato dalla mia esperienza è che più in questi pazienti sono sviluppati gli aspetti predatori e la mancanza di empatia, ma anche quanto più grande è il loro "successo sociale" (vogliamo guardarci intorno?) tanto più è difficile il trattamento. Dove invece prevalgono gli aspetti depressivi, ai quali la grandiosità può essere un tentativo di risposta, le possibilità di trattamento sono maggiori. E poi, come sempre, se le capacità di mentalizzazione e di introspezione sono sviluppate, e l'alleanza terapeutica si crea abbastanza in fretta, l'esito è prevedibilmente migliore.

(*Sassaroli*): Il tempo di terapia?

(*Lingiardi*): Quando c'è un disturbo di personalità, le terapie sono lunghe.

(*Sassaroli*): Io ho spesso difficoltà a lavorare con pazienti che portano in terapia mancanza di empatia e di capacità di stare con gli altri, con le proprie emozioni e in sintonia con quelle degli altri. Tu come lavori, da analista moderno, con questi pazienti?

(*Lingiardi*): Io credo nel rispecchiamento, nella sintonizzazione, nel ritmo della relazione (che comprende naturalmente sia il ritiro dalla relazione sia momenti più confrontativi). Non si può diventare empatici da soli, dunque credo nel dialogo terapeutico.