

## L'INTERVISTA ANB: UNA MODALITÀ SEMISTRUTTURATA PER VALUTARE L'ASSETTO NARCISISTICO DI BASE DEL PAZIENTE ADDICTED

**Irmo Carraro**

*Psicologo-Psicoterapeuta, ex dipendente dell'AULSS 12 Veneziana; Psicoanalista del Collège International de Psychanalyse et d'Anthropologie (CIPA) di Parigi; docente e didatta di "Clinica psicoanalitica" presso il Centro Italiano di Studio e di Sviluppo sulle Psicoterapie a Breve Termine (CISSPAT) di Padova; e docente di "Approccio psicodinamico di gruppo" presso l'Istituto di Terapia Familiare Veneto (ITFV) di Treviso*

### Un punto di vista psicodinamico sull'addiction

La letteratura psicoanalitica internazionale e nazionale ha segnalato da più parti (Kohut, 1977, 1984; Jeammet, 1993; Khantzian, 1999; Flores, 2003; Zucca Alessandrelli, 2001, 2002, 2005, 2006) la presenza di problematiche narcisistiche nel paziente *addicted*.

Questi Autori sostengono che l'addiction (dipendenza patologica) sia una modalità "esterna" per controbilanciare il malessere "interno" di un individuo. Il soggetto *addicted* cioè presenta un'immaturità narcisistica derivante dall'esperienza frustrante che ha vissuto durante la fase di sviluppo preoggettuale (primi mesi di vita) nel corso della quale la figura di accudimento primaria (la "madre ambiente" in termini winnicottiani) non è riuscita a sintonizzarsi emotivamente e cognitivamente con il bambino, in modo da aiutarlo a costruire dentro di sé quella base affettiva (Sè) che gli consente di sentirsi, darsi valore, significato e senso di sé. Questi aspetti libidici e fantasmatici inconsci, preconsoci e consoci sono estremamente importanti per lo sviluppo della soggettività e costituiscono le basi per le modalità con cui l'individuo si relazionerà con la realtà esterna (relazioni, attività ricreative e lavorative) e affronterà le fasi di passaggio del suo ciclo vitale.

Qualora, per cause costituzionali e relazionali, tale base affettiva non riesca a costituirsi sufficientemente, il bambino tenderà a cercare troppo all'esterno (figura di accudimento primaria e/o proprio corpo) quel supporto che al proprio interno non riesce a sentire e a darsi in termini valoriali e identitari. Ne deriverà un esagerato "bisogno di appoggio" alla realtà esterna che disturberà la costruzione delle strutture intrapsichiche, determinando una geografia inconscia caratterizzata da uno sviluppo fantasmatico popolato da *imago* megalomane/grandiose materne che tenderanno a "oscurare" l'oggetto interno paterno, disturbando la costituzione di una sana *imago* di "coppia genitoriale" importante per un equilibrato consolida-

mento delle identificazioni primarie.

Tale evoluzione intrapsichica rischierà di indebolire o disturbare il normale sviluppo delle relazioni oggettuali preedipiche (soprattutto la fase di passaggio dalla madre al padre) ed edipiche, che verranno attraversate con maggiore difficoltà o rapidità a causa di insostenibili angosce e colpe.

Durante la preadolescenza poi il soggetto con Sé fragile, di fronte al processo di separazione inconscia dalle figure genitoriali dell'infanzia, si troverà sguarnito di un Sé che lo sorregga in termini narcisistici, e cercherà di compensare tale fragilità con una ricerca "famelica" di coetanei (o gruppo di pari) con cui rispecchiarsi e appoggiarsi in termini identitari (identità allargata), sviluppando posizioni relazionali di sottomissione/influenzamento e/o dominio/controllo dell'altro, che possono "pervertire" i rapporti interpersonali in termini relazionali.

L'uso di sostanze psicoattive può diventare in questi casi un facile "sostituto d'oggetto" che apparentemente sembrerà facilitare la percezione del senso di sé, l'integrazione al gruppo dei pari e la funzione di mediazione paraeccitatoria dell'apparato psichico.

L'adolescente con assetto narcisistico fragile rischia in tal modo di "impantanarsi" evolutivamente nell'abuso di sostanze che, con la loro azione farmacocinetica e farmacodinamica, gli danno la sensazione di facilitare l'azione del filtro di mediazione interna (Sè), e lo spingono sempre più verso stati di abuso e di dipendenza tossicomane.

In sintesi, secondo tale teorizzazione, l'*addiction* è un problema di *narcisismo, dipendenza e distanza (relazionale)*. Il soggetto presenta cioè una immaturità narcisistica che cerca di compensare con una richiesta relazionale non solo di scambio arricchente, ma anche di bisogno identitario. Una "fame" di identità che gli crea, a causa della fragile mediazione interno/esterno del Sé, notevoli difficoltà nel modulare in modo sano una "giusta" vicinanza/distanza emotiva nelle relazioni oggettuali (interpersonali, lavorative e socio-ricreative) (Carraro, 2016a) che oscilleranno fra idealizzazione e svalutazione, e rigide posizioni di tutto, niente o subito, all'insegna di un'incontenibile onnipotenza infantile.

### Quale intervento terapeutico nell'addiction: la latenza terapeutica

Tale sintesi teorica è stata necessaria per introdurre il tema di quale intervento clinico attivare con il paziente *addicted*. Un'azione terapeutica che, per essere veramente trasformativa e non solo adattativa, dovrà creare spazi di crescita interna, soprattutto narcisistica: attivare cioè spinte maturative che impediscano al soggetto con Sé fragile di continuare ad appoggiarsi a pericolosi "oggetti Sé", per sperimentarsi verso una sana autonomia che attinge da un serbatoio narcisistico capace di rimandare vitalità, piacere e senso di sé. Uno dei poli su cui deve indirizzarsi la presa in carico pluridimensionale è quindi, a mio parere, di sviluppare e rinforzare l'assetto narcisistico di base di tale paziente, in modo da rompere la tragica spirale entro cui da tempo è 'avviluppato' in termini evolutivi. È questo il lavoro di "latenza terapeutica" che Zucca

Alessandrelli (2001, 2002, 2006) ha proposto di effettuare anche attraverso il Gruppo per la Ripresa delle Funzioni (GRF), un'esperienza di condivisione fra pari che, mettendo in latenza l'area traumatica del conflitto generazionale, ripropone "echi" della fase preoggettuale di sviluppo per alimentare e rinforzare il Sé immaturo del soggetto *addicted*.

### Come valutare l'assetto narcisistico di base?

A questo punto emerge un interrogativo: come valutare la fragilità dell'assetto narcisistico di base?

In letteratura vengono segnalate numerose modalità per monitorare l'area narcisistica. La psicoanalisi propone una valutazione basata sull'analisi delle dinamiche transferali (speculari, idealizzanti e gemellari) e controtransferali (sentirsi controllati, annoiati, messi da parte, idealizzati, svalutati ecc.). Nella pratica clinica e in letteratura sono presenti però numerose scale, interviste e strumenti autosomministrati per tale valutazione, fra i quali segnaliamo: il *Blacky Test Picture* di Bloom (1951), la *Narcissistic Personality Inventory* (NPI) di Raskin & Hall (1979), il *Questionario dimensionale per la condizione narcisistica* di Scilligo (1988), il *MMPI-2* di Butcher et al. (1989), la *SCID-II* di Spitzer et al. (1990), il *Manuale MCMI-III* di Millon, Travis & Millon (1997), la *SWAP* di Westen & Shelder (1998), la *Diagnostic interview for narcissistic patients* di Gunderson, Ronningstam & Bodkin (1990), *L'intervista semistrutturata per la valutazione del profilo psicodinamico* di Lingiardi e Madeddu (1990) e il recente *Pathological Narcissism Inventory* (PNI) di Pincus et al. (2009)<sup>1</sup>.

Per rispondere al succitato quesito ho progettato uno strumento di valutazione del narcisismo di base, *L'intervista semistrutturata ANB*, il cui obiettivo è di valutare la normalità (ANB "sano" di tipo A) e la fragilità narcisistica (ANB "fragile" di tipo B o "molto fragile" di tipo C) di un soggetto (Carraro, 2016b).

Una volta individuate le aree di funzionamento del Sé (senso di sé, relazioni oggettuali, affetti e area socio-ricreativa-morale) ho così costruito una serie di items per ogni area, attingendo in parte dagli strumenti diagnostici presenti in letteratura e in parte facendo riferimento alla mia ventennale esperienza clinica nel campo dell'*addiction*, e agli assunti teorico-clinici di Zucca Alessandrelli.

### L'intervista semistrutturata ANB

Nel recente lavoro *"Insieme... a tempo limitato"* (Carraro, cit.) ho presentato i risultati della sperimentazione decennale (2000-2010) con gruppi psicodinamici a termine rotating (ogni 4 mesi circa) effettuati nel SerD di Mestre (Ve). Si è trattato di 3 gruppi GRF (Gruppo per la Ripresa delle Funzioni) (Zucca Alessandrelli, 2001, 2002) di 1 anno (GRF-Misto, formato da adolescenti e adulti, dal 2000 al 2003 e GRF-Giovani, costituito da adolescenti e giovani adulti, dal 2004 al 2010) o di 18 mesi (GRF-Adulti, formato da soli membri adulti, dal 2000 al 2010), finalizzati a rinforzare e sviluppare la base narcisistica dei 146 soggetti coinvolti.

Per monitorare i cambiamenti narcisistici avvenuti nei pazienti abbiamo utilizzato, durante la fase pre-GRF e

quella di follow up effettuata nel 2011, *L'intervista semistrutturata ANB* che ho progettato ad hoc. Tale intervista consta di 38 items ponderati su una scala likert di 6 gradi di libertà (sempre, spesso, moderatamente, qualche volta, quasi mai, mai) da un clinico intervistatore, addestrato a cogliere gli aspetti narcisistici relativamente a 4 aree di sviluppo: il senso di sé, le relazioni oggettuali, gli affetti e l'ambito socio-ricreativo-morale.<sup>2</sup>

L'area del *senso di sé* è costituita da 9 items e va a sondare aspetti intrapsichici come: il senso di sé (item 1), la stima di sé (item 2), la capacità di autorealizzazione (item 3), la capacità di stare da soli con se stessi (item 4), la realistica percezione delle proprie capacità e limiti (item 5), l'adeguata accettazione dei propri limiti personali (item 6), l'autoassorbimento (item 7), la tendenza a sottovalutarsi o a sopravvalutarsi (item 8) e l'assorbimento da fantasie grandiose (item 9).

L'area *relazionale* è formata da 14 items e va a monitorare: la stabilità e profondità delle relazioni (item 10), la tendenza all'idealizzazione (item 11), il timore di essere rifiutati o esclusi dagli altri (item 12), l'assertività (item 13), l'arroganza o la svalutazione (item 14), l'ipersensibilità e la permalosità alle critiche altrui (item 15), la capacità di empatia e di ascolto (item 16), la sincerità, lealtà e scambio relazionale (item 17), la tendenza a controllare o dipendere dagli altri (item 18), la tendenza a sentirsi superiori o inferiori (item 19), la tendenza alla manipolazione (item 20), la tendenza ad annoiarsi nelle relazioni (item 21) o nelle relazioni affettive (item 22) e la tendenza a essere possessivi e gelosi nelle relazioni affettive (item 23).

L'area *degli affetti* è formata da 8 items e si riferisce alla capacità di esprimersi e riconoscere i propri affetti (item 24), di esprimere sentimenti d'amore (item 25), di arrabbiarsi di fronte alle critiche (item 26), di vergognarsi (item 27), di capire le emozioni e sentimenti altrui (item 28), la tendenza a invidiare o sentirsi invidiati (item 29), a usare difese primitive (item 30) o ad agire impulsivamente senza considerarne le conseguenze (item 31).

L'area *socio-ricreativa-morale* è costituita infine da 7 items e valuta la capacità di lavorare (o studiare) con piacere e moderazione (item 32), o con continuità (item 33), la chiarezza e costanza negli obiettivi e ambizioni professionali (o di studio) (item 34), l'apprezzamento dei valori convenzionali e delle regole sociali (item 35), la capacità di progettualità (item 36), gli interessi ricreativi (item 37) e la dedizione al lavoro (o allo studio) a scapito del tempo libero e delle relazioni (item 38).

### Alcuni risultati della sperimentazione

Il follow up della succitata sperimentazione dei gruppi a termine GRF, in riferimento all'area narcisistica, ha riportato i seguenti risultati (Carraro, 2016b).

- In fase pre-GRF, 47 (32,2%) partecipanti hanno presentato un ANB fragile e 99 (67,8%) molto fragile (Tab. 1).

Tab. 1: ANB pre-GRF del campione totale (N. 146)<sup>3</sup>

	GRF-M	GRF-G	GRF-A	TOTALE
ANB B (Sé fragile)	12 (48%)	11 (21,2%)	24 (34,8%)	47 (32,2%)
ANB C (Sé molto fragile)	13 (52%)	41 (78,8%)	45(65,2%)	99 (67,8%)

• In fase pre-GRF, i 106 soggetti che hanno partecipato al follow up hanno presentato un ANB fragile (39, pari al 36,8%) e molto fragile (67, pari al 63,2%)(Tab. 2).

Tab. 2: ANB pre-GRF del campione con follow up (N. 106)<sup>4</sup>

	GRF-M	GRF-G	GRF-A	TOTALE
ANB B (Sé fragile)	9 (50%)	6 (19,4%)	24 (42,1%)	39 (36,8%)
ANB C (Sé molto fragile)	9 (50%)	25 (80,6%)	33 (57,9%)	67 (63,2%)

• Al follow up, i 106 partecipanti hanno riportato il seguente ANB: 43 (40,6%) un ANB sano, 51 (48,1%) un ANB fragile e 12 (11,3%) molto fragile (Tab. 3).

Tab. 3: ANB del campione con follow up<sup>5</sup>

	GRF-M	GRF-G	GRF-A	TOTALE
ANB A (Sé sano)	9 (50%)	10 (32,3%)	24 (42,1%)	43 (40,6%)
ANB B (Sé fragile)	8 (44,4%)	18 (58,1%)	25 (43,9%)	51 (48,1%)
ANB C (Sé molto fragile)	1 (5,6%)	3 (9,7%)	8 (14%)	12 (11,3%)

• 40 partecipanti (52%) che hanno concluso il GRF hanno accresciuto significativamente il loro ANB rispetto ai membri che lo hanno interrotto (3, pari al 10%)(Tab. 4).

Tab. 4: ANB nel pre-GRF e nel follow up ed esito di gruppo<sup>6</sup>

	Conclusioni		Interruzioni	
	Pre-GRF	Follow up	Pre-GRF	Follow up
ANB A (Sé sano)	-	40 (52,6%)	-	3 (10%)
ANB B (Sé fragile)	33 (43,4%)	34 (44,8%)	6 (20%)	17 (56,7%)
ANB C (Sé molto fragile)	43 (56,6%)	2 (2,6%)	24 (80%)	10 (33,3%)

• I soggetti che hanno dichiarato di non avere più usato con continuità sostanze psicoattive dopo il GRF, hanno raggiunto percentuali significativamente maggiori di ANB sano (41, pari a 95,3) rispetto a coloro che hanno proseguito con continuità l'uso additivo di sostanze (2, pari al 4,7%)(Tab. 5).

Tab. 5: ANB nel follow up e ricadute additive<sup>7</sup>

	Sì, continuc	Nessuna	Cannabis/alcool saltuari	TOTALE
ANB A (Sé sano)	2 (4,7%)	12 (27,9%)	29 (67,4%)	43 (100%)
ANB B (Sé fragile)	16 (31,4%)	8 (15,7%)	27 (52,9%)	51 (100%)
ANB C (Sé molto fragile)	9 (75%)	1 (8,3%)	2 (16,7%)	12 (100%)

• I soggetti che hanno acquisito maggiore autonomia abitativa, come quelli che sono andati a vivere "da soli" e quelli con "nucleo proprio", hanno rivelato una percentuale maggiore di ANB sano (37 soggetti, pari al 77,1%)(Tab. 6).

Tab. 6: ANB e situazione abitativa nel follow up<sup>8</sup>

	Fam. d'origine	Solo	Nucleo proprio	TOTALE
ANB A (Sé sano)	11 (25,6%)	28 (54,9%)	9 (75%)	48
ANB B (Sé fragile)	11 (25,6%)	11 (21,6%)	1 (8,3%)	23
ANB C (Sé molto fragile)	21 (48,8%)	12 (23,5%)	2 (16,7%)	35
TOTALE	43 (100%)	51 (100%)	12 (100%)	106 (100%)

• I soggetti con ANB sano (37, pari al 86%) hanno dichiarato di avere aumentato i loro interessi socio-ricreativi (Tab. 7).

Tab. 7: ANB e interessi socio-ricreativi nel follow up<sup>9</sup>

	Molti	Pochi	Nessuno	TOTALE
ANB A (Sé sano)	15 (34,9%)	22 (51,2%)	6 (14%)	43 (100%)
ANB B (Sé fragile)	3 (5,9%)	23 (45,1%)	25 (49%)	51 (100%)
ANB C (Sé molto fragile)	0	2 (16,7%)	10 (83,3%)	12 (100%)

• I soggetti con ANB sano (43, pari al 100%) hanno dichiarato di avere aumentato le loro relazioni amicali significative (Tab. 8).

Tab. 8: ANB e relazioni amicali significative nel follow up<sup>10</sup>

	Molte	Poche	Nessuna	TOTALE
ANB A (Sé sano)	21 (48,8%)	22 (51,2%)	0	43 (100%)
ANB B (Sé fragile)	12 (23,5%)	30 (58,8%)	9 (17,6%)	51 (100%)
ANB C (Sé molto fragile)	1 (8,3%)	5 (41,7%)	6 (50%)	12 (100%)

• I soggetti con ANB sano (42, pari al 97,7%) hanno dichiarato di avere minore conflittualità familiare (Tab. 9).

Tab. 9: ANB e relazioni familiari nel follow up<sup>11</sup>

	Non conflittuali	Conflittuali	molto conflittuali	TOTALE
ANB A (Sé sano)	30 (69,8%)	12 (27,9%)	1 (2,3%)	43 (100%)
ANB B (Sé fragile)	9 (17,6%)	40 (78,4%)	2 (3,9%)	51 (100%)
ANB C (Sé molto fragile)	0	9 (75%)	3 (25%)	12 (100%)

Questi risultati evidenziano una significativa correlazione positiva dell'Indice ANB con variabili socio-demografiche e cliniche come la situazione abitativa svincolata dalla famiglia di origine, l'aumento degli interessi socio-ricreativi e delle relazioni amicali significative, la minore conflittualità familiare, il buon esito di gruppo e l'astinenza dall'uso di sostanze psicoattive.

## Conclusioni

La valutazione della "qualità" dell'area narcisistica sembra rivelarsi un indicatore dell'efficacia del trattamento bio-psico-sociale integrato del paziente *addicted*, il quale presenta una fragilità più o meno marcata dell'assetto narcisistico di base la quale può rispondere positivamente a un percorso di gruppo psicodinamico supportivo-espressivo a termine, focalizzato sullo sviluppo e rinforzo del Sé. Tale intervento di latenza terapeutica, integrato agli altri interventi bio-psico-sociali individuali e di gruppo attivati dal SerD, può consentire al paziente *addicted* la ripresa del suo funzionamento intrapsichico con positivi effetti relazionali e adattativi.

BIBLIOGRAFIA

Bloom G.S. (1951), *The Blacky Test Pictures*. Edizioni O.S., Firenze.

Carraro I. (2016a), *Vicinanza/Distanza terapeutica e GRF. Quaderno de gli argonauti "Intimità e riguardo: vicinanza e distanza nella psicoterapia contemporanea"*. 32: 37-50.

Carraro I. (2016b), *Insieme... a tempo limitato. La psicoterapia dinamica di gruppo breve o a termine nella cura della dipendenza da sostanze psicoattive*. Cleup, Padova.

Flores P.J. (2003), *Terapia orientata all'attaccamento nel trattamento dell'addiction. Gli argonauti*. 101: 131-149.

Gunderson J.G, Ronningstam E. & Bodkin A. (1990), *The diagnostic interview for narcissistic patients. Archives of General Psychiatry*. 47: 676-680.

Khantzian E.J. (1999), *Treating addiction as a human process*. Jason Aronson, Northvale.

Kohut H. (1977), Preface. In: J.D. Blaine & A.D. Julius (eds), *Psychodynamics of drug dependence*. NIDA Publication No.ADM 77-470. Washington, DC: Superintendent of Documents, U.S. Government Printing Office, pp vii-ix.

Kohut H. (1984), *La cura psicoanalitica*. Boringhieri, Torino, 1986.

Jeammet Ph. (1993), *Adolescenza e dipendenza. Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza*. 60: 3-14.

Lingiardi V., Madeddu F. (1990), *La diagnosi del paziente borderline. Un modello di quantificazione del profilo psicodinamico*. Franco Angeli, Milano.

Millon T., Travis R. & Millon C. (1997), *Manuale MCMI-III*. Edizioni O.S. Firenze.

Pincus A., Ansell E., Pimentel C., Cain N., Wright G., Levy K. (2009), *Initial construction and validation of the pathological Narcissism Inventory. Psychological Assessment*. 21, 3, 365-379.

Raskin R. & Hall C.S. (1979), *A narcissistic personality inventory. Psychological Reports*. 45: 590.

Scilligo P. (1988), *Un questionario dimensionale per la condizione narcisistica, Polarità*, 2: 153-163.

Spitzer R.L., Williams J.B.W., Gibbons M. & First M.B. (1990), *Questionario SCID-II*. Edizioni O.S., Firenze.

Watson C. & Bagby R.M. (2011), *Assessment of narcissistic personality disorder*. In: W.K. Campbell & J.D. Miller, *The Handbook of Narcissism and Narcissistic Personality Disorder*. 119-132.

Westen D. & Shedler J. (1998), *SWAP*. Edizioni O.S., Firenze.

Zucca Alessandrelli C. (2001), *GRF: il gruppo per la ripresa delle funzioni. Prima parte. Gli argonauti*. 91: 319-336.

Zucca Alessandrelli C. (2002), *GRF: il gruppo per la ripresa delle funzioni. Seconda parte. Gli argonauti*. 92: 45-65.

Zucca Alessandrelli C. (2005), *La liquidità dell'addiction*. In: *Quaderno n. 10 de gli argonauti. Dipendenze/addiction (parte prima)*. 11-24.

Zucca Alessandrelli A. (2006), *Psicodinamiche dell'addiction*. In: *Quaderno n. 11 de gli argonauti. Dipendenze/ addiction (parte seconda)*, 5-20.

<sup>1</sup> Per un'approfondita rassegna delle principali interviste strutturate e semistrutturate, e reattivi psicodiagnostici autosomministrati per valutare i disturbi narcisistici si veda: Watson & Bagby, *Assessment of narcissistic personality disorder* (2011).

<sup>2</sup> *L'Intervista ANB con le relative tabelle-guida per la valutazione è stata pubblicata in "Insieme... a tempo limitato"* (Carraro, 2016b).

<sup>3</sup> Chi2 p=.050

<sup>4</sup> Chi2 p=.047

<sup>5</sup> Chi2 n.s.

<sup>6</sup> Pre-GRF: Chi 2 p=.019 e Follow up: Chi2 p=.000

<sup>7</sup> Chi2 p=.000

<sup>8</sup> Chi2 p=.007

<sup>9</sup> Chi2 p=.001

<sup>10</sup> Chi2 p=.000

<sup>11</sup> Chi2 p=.001