



**UNIVERSITÀ
DI PARMA**

DIPARTIMENTO DI MEDICINA E CHIRURGIA

**CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN PSICOBIOLOGIA E
NEUROSCIENZE COGNITIVE**

**FER: Riconoscimento delle Emozioni Facciali nel Disturbo Narcisistico
di Personalità**

Relatore:

Prof. CARLO MARCHESI

Controrelatrice:

Prof.ssa CHIARA DE PANFILIS

Laureanda:

MARTINA FINOTTI

ANNO ACCADEMICO 2018-2019

*Alla mia famiglia,
sempre con me in ogni traguardo della mia vita*

INDICE

1. Riassunto

1.1 Introduzione.....	5
1.2 Obiettivo dello Studio.....	5
1.3 Metodi.....	5
1.4 Risultati.....	6
1.5 Conclusione.....	6

2. Introduzione

2.1 Il disturbo Narcisistico di Personalità.....	7
2.1.1 Caratteristiche generali del Disturbo Narcisistico di Personalità.....	7
2.2 Narcisismo ed Ipersensibilità al Rifiuto.....	11
2.3 Personalità e temperamento.....	13
2.4 Organizzazione della personalità secondo Kernberg.....	14
2.5 DNP e Riconoscimento delle Emozioni Facciali.....	16
2.6 Obiettivi dello Studio.....	18

3. Materiali e Metodi	
3.1 Procedura.....	20
3.2 Il campione.....	22
3.3 Strumenti di Misura.....	22
3.3.1 Questionario Demografico.....	22
3.3.2 ATQ –Adult Temperament Questionnaire.....	24
3.3.3 FER: Facial Emotion Recognition.....	25
3.4 Analisi Statistica.....	29
4. Risultati	
4.1 Differenze socio-demografiche e cliniche tra pazienti con Disturbo Narcisistico di Personalità e Cntrulli.....	30
4.2 FER task: risultati.....	32
5. Discussione.....	40
6. Conclusione.....	45

7. Bibliografia.....46

1.1 Introduzione

I soggetti con Disturbo Narcisistico di Personalità tendono a manifestare pattern comportamentali caratterizzati da scarsa empatia ed ipersensibilità al rifiuto. Tali difficoltà di cognizione sociale potrebbero essere, almeno in parte, spiegate con una deficitaria interpretazione delle emozioni facciali, ma i meccanismi alla base di tale deficit non sono stati ancora chiariti.

1.2 Obiettivo dello studio

Tale studio quindi si propone di valutare se, in soggetti con DNP, il riconoscimento delle emozioni facciali e quindi la capacità di rilevare e interpretare correttamente gli stati d'animo altrui attraverso l'espressione del viso, risulti in qualche modo alterata rispetto ai controlli sani e se tali alterazioni siano correlate ad aspetti temperamentali autoregolatori, o ad altre caratteristiche cliniche comunemente associate al DNP (es. ipersensibilità al rifiuto, empatia, livello di organizzazione della personalità), esplorate tramite opportuni questionari.

1.3 Metodi

Lo studio ha incluso 35 pazienti con DNP, con diagnosi di Disturbo di Personalità secondo DSM IV-TR e 30 controlli sani. I partecipanti allo studio hanno compilato una serie di questionari valutanti le caratteristiche di Disturbo Narcisistico di Personalità secondo DSM IV-TR, (SCID-II), grandiosità e vulnerabilità narcisistica (PNI), il livello di organizzazione di personalità (IPO), il grado di psicopatologia associata (SCL 90-R), il grado di adattamento sociale (SASS, IIP-32), i livelli di empatia, autostima ed ipersensibilità al rifiuto (IRI, RSES, ARSQ), i valori morali e il livello di aggressività (MFQ, BDHI).

Tutti i soggetti successivamente hanno eseguito un task di detection delle emozioni

facciali che presentava sia stimoli negativi (tristezza, rabbia , paura e disgusto), positivi (felicità) che neutri.

Compito del soggetto era indicare se l'espressione facciale fosse neutra o emotiva.

1.4 Risultati

Dall'analisi dei dati è emerso che i soggetti con Disturbo Narcisistico di Personalità erano meno veloci dei controlli sani nel riconoscere tutte le espressioni emotive (Rabbia, Felicità, Disgusto, Paura e Tristezza) espresse ad un'intensità del 75% ($F=4.750$, $p=.0011$). Un'analisi statistica di moderazione ha indicato come particolari tratti temperamentali (in particolare bassi livelli di estroversione) predicessero i *Tempi di Reazione (TR)* più lunghi nei pazienti con DNP rispetto ai controlli. Quindi i pazienti con disturbo narcisistico risultavano più lenti nel riconoscimento delle emozioni facciali solamente in presenza di bassi punteggi di affettività positiva.

1.5 Conclusioni

Le difficoltà di cognizione sociale che caratterizzano i soggetti con DNP, come ad esempio la scarsa empatia e l'ipersensibilità al rifiuto, potrebbero quindi essere parzialmente spiegate con una deficitaria interpretazione delle emozioni facciali.

Tale pattern di risposta sembra essere correlato con la scarsa affettività positiva presentata dai soggetti con DNP, non contrastata da efficaci abilità autoregatorie.

Ulteriori studi dunque sono necessari per chiarire il pattern di riconoscimento delle emozioni facciali nel DNP, le sue relazioni con le componenti emotiva ed affettiva dell'empatia e come queste si correlino al livello di gravità di narcisismo misurato con diverse variabili.

2.1 Il Disturbo Narcisistico di Personalità

2.1.1 Caratteristiche generali del Disturbo Narcisistico di Personalità

Il Disturbo Narcisistico di Personalità (DNP) è una condizione psichiatrica descritta e caratterizzata all'interno della sezione II dei Disturbi di Personalità nella quinta e più recente versione del DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*).

Tale Disturbo di Personalità viene descritto come quadro di personalità caratterizzato da un "pattern pervasivo di grandiosità", bisogno di ammirazione e assenza di empatia, diagnosticabile dalla prima età adulta. Esso si manifesta in una varietà di contesti in maniera pervasiva e persistente con un marcato impatto sul funzionamento globale della persona, sia dal punto di vista lavorativo che nelle relazioni affettive (Miller et al., 2007).

I soggetti con DNP presentano un'autostima fragile e vulnerabile che viene sostenuta e regolata tramite una ricerca di approvazione dall'ambiente esterno ed una grandiosità che può essere manifesta (overt) o celata (covert).

A tal proposito questi aspetti si rendono evidenti nei diversi Domini della Personalità: Identità, Autodirezionalità, Empatia e Intimità.

I criteri diagnostici proposti dal modello alternativo del DSM V sono infatti costituiti da:

A. Compromissione moderata o grave nel funzionamento della personalità che si manifesta in due o più delle seguenti quattro aree:

1. Identità: eccessivo riferimento agli altri per la valutazione di se stessi e per la propria

autostima; il giudizio di sé può apparire grandioso o fallimentare, o tra i due estremi; emotività rispecchia le variazioni dell'autostima.

2. Auto direzionalità: definizione degli obiettivi basata sul raggiungimento dell'approvazione altrui; standard personali esageratamente alti o bassi; inconsapevolezza delle proprie motivazioni.

3. Empatia: incapacità di riconoscere o identificarsi con i sentimenti e le esigenze altrui; esagerata sintonia con le reazioni degli altri, ma solo se queste sono considerate importanti per sé; stima eccessiva o sottostimata del proprio effetto sugli altri.

4. Intimità: relazioni superficiali e in gran parte utili per la regolazione dell'autostima; lo scambio è caratterizzato da un interesse poco genuino per le esperienze degli altri, rivolto soprattutto da un bisogno di guadagno personale.

B. Presenza di entrambi i seguenti tratti della personalità patologica (aspetti dell'Antagonismo):

1. Grandiosità: sentimenti di egocentrismo palesi o nascosti e condiscendenza verso gli altri;

2. Ricerca di attenzione: tentativi eccessivi di attirare l'attenzione, essere al centro di questa per essere costantemente ammirato.

Nelle forme più pervasive di DNP come nel Narcisismo Maligno, oltre ai suddetti criteri, si possono associare tratti di Antagonismo (comportamenti manipolativi, falsità ed insensibilità) o tratti di Affettività Negativa (tendenza ad esperire ansia e depressione) manifestati in sottogruppi di Narcisismo Vulnerabile.

Il modello alternativo per i Disturbi di Personalità è stato sviluppato a partire dalle teorizzazioni di Kernberg (1984), secondo cui gli individui con personalità narcisistica

mostrano un grado eccessivo di riferimento del Sé nelle interazioni con gli altri, un esagerato bisogno di essere amati e ammirati e una curiosa oscillazione fra un concetto molto elevato del sé e sentimenti di estrema inferiorità (Patologia del sé).

I soggetti affetti da Disturbo Narcisistico di Personalità tendono a provare scarsa empatia per il prossimo e ad esser estremamente invidiosi degli altri.

Le relazioni oggettuali (rapporti interpersonali con gli altri) sono infatti profondamente perturbate nei pazienti con Disturbo Narcisistico di Personalità. Tendono a idealizzare coloro dai quali si aspettano elogi ed apprezzamenti; queste persone vengono spesso utilizzate come fonte di ammirazione ("nutrimento narcisistico") per i loro sentimenti e per la loro prospettiva; mentre tendono a disprezzare coloro dai quali non si aspettano nulla, mettendo in atto rapporti improntati allo sfruttamento "parassitario" (Patologia delle relazioni con gli altri).

Molti Autori sostengono che vi siano nel narcisismo caratteristiche sia "sane" che "patologiche".

Per quanto concerne le caratteristiche sane, si considerano caratteristiche che possono contribuire ad aumentare l'autostima e il benessere di un individuo, favorendo la motivazione e la realizzazione personale (Oldham & Morris, 2012).

Russ e Colleghi (2008) riconoscono un sottotipo di narcisismo denominato "ad alto funzionamento" che presenta un buon funzionamento adattivo e utilizza il proprio narcisismo come motivazione per il successo grazie ad buon funzionamento del sé.

Ancora, Pincus e Lukowitsky hanno proposto di distinguere il Narcisismo Patologico nei fenotipi di Grandioso e Vulnerabile.

In generale, se da un lato, il primo si riferisce a soggetti con una stima esagerata di sé, elevati livelli di arroganza e aggressività ed apparente indifferenza alle critiche altrui, al contrario, nel narcisismo vulnerabile prevalgono vergogna e senso di umiliazione.

Nel fenotipo "grandioso" gli aspetti di fragilità non vengono evidenziati, anzi sono perlopiù nascosti, negati e il più possibile esclusi dalla coscienza.

Al contrario il fenotipo "vulnerabile" è proprio di individui inibiti e schivi, diffidenti verso gli altri e ipersensibili al giudizio altrui.

Infatti, il soggetto che soffre del Disturbo caratterizzato da un fenotipo di tipo Vulnerabile

si presenta generalmente molto timido e spesso l'ipersensibilità al giudizio degli altri e la ricerca di ammirazione sono manifestate con l'evitamento e il ritiro da situazioni che potrebbero comportare un giudizio negativo.

Entrambi i tipi di presentazione fenomenica sono considerati espressione delle stesse difficoltà di base: stabilizzazione del senso di identità, regolazione dell'autostima e regolazione interpersonale.

Ancora, Otto F. Kernberg (2009), individua, secondo una dimensione di gravità, due tipi diversi di Narcisismo: "normale" e "patologico".

- "*normale*": si tratta di una normale regolazione dell'autostima, grazie ad una normale struttura del sé, integrata, capace di distinguere tra rappresentazioni di sé e rappresentazioni degli oggetti, per una percezione realistica degli oggetti esterni, e per l'esistenza di relazioni oggettuali stabili e gratificanti.

L'individuo è capace di sperimentare successo, nello stabilire relazioni interpersonali, familiari e soddisfare i propri desideri e impulsi (ad es. senza dover danneggiare gli altri all'interno di un contesto sociale) e nella capacità di vivere in accordo con i propri principi e valori morali.

- "patologico", suddiviso in tre livelli di severità:

1 – Si tratta di una regressione ad una regolazione infantile dell'autostima in cui l'ideale dell'Io è controllato da aspirazioni, valori e proibizioni infantili. Tutto ciò, porta sul piano clinico, a problemi significativi nelle relazioni interpersonali di lunga durata o di tipo lavorativo.

Si tratta di quelle forme che gioveranno di un normale trattamento psicoanalitico.

2 - Un secondo tipo, caratterizzato solo da tratti propri del Disturbo Narcisistico di Personalità.

3 - Il terzo e più grave è il DNP vero e proprio. A tutte le altre caratteristiche cliniche, si associa un generale senso di intolleranza verso gli stati ansiosi, la perdita del controllo degli impulsi e una riduzione severa del funzionamento individuale: questi pazienti solitamente esperiscono numerosi fallimenti professionali e non sono capaci di mantenere solide relazioni nella sfera intima.

Caligor e Colleghi (Caligor et al. 2015), rifacendosi alle concettualizzazioni di Kernberg (1984, 2007, 2009) hanno deciso di classificare il Narcisismo distinguendolo tra “sano” e “patologico”.

Anche tali studiosi, l’hanno classificato in due livelli seguendo lo spettro di gravità.

1-DNP ad un livello di funzionamento borderline, in cui oltre alle solite manifestazioni i soggetti affetti da tale disturbo non sono capaci di controllare gli impulsi e l’angoscia.

L’identità è caratterizzata da un falso sé grandioso. Le relazioni interpersonali sono disturbate e instabili a tal punto da non sostenerle fino ad annullarsi.

2- DNP ad un livello di funzionamento borderline ma con caratteristiche antisociali, quali tendenza a reazioni di rabbia esplosive o croniche e gravi distorsioni paranoidi (narcisismo “maligno”).

2.2 Narcisismo ed Ipersensibilità al rifiuto

Il Narcisismo è un fenomeno complesso, che si presenta ad un livello di “autopromozione/valorizzazione difensiva” (Cascio et al, 2014).

Da un lato i narcisisti tendono a evitare l’attaccamento, vantandosi di non avere bisogno dell’altro; dall’altro appaiono estremamente sensibili ai giudizi altrui, necessitando quindi di feedback positivi dall’ambiente per alimentare la propria autostima e mostrano un’eccessiva reazione al rifiuto (Morf&Rhodewalt, 2001).

Questa contraddittoria presentazione si trovava inizialmente come criterio

diagnostico del DSM-III (1980) parlando sia di “*cool indifference*” e di sentimenti quali rabbia, umiliazione, vergogna ed inferiorità.

Il criterio, è stato eliminato per differenziare maggiormente il DNP dalle comorbidità, (Cain et al., 2008) ma i sentimenti che lo caratterizzano e tale duplice e apparente contraddittoria situazione continua ad essere un tema centrale ampiamente dibattuto (Levy, Meehan, Cain, & Ellison, 2013; Pincus & Lukowitsky, 2010).

Le caratteristiche narcisistiche potrebbero fungere come tampone per tutte quelle reazioni all'esclusione sociale ed ai sentimenti negativi determinando così una scarsa risposta all'esclusione.

Questa tesi è sostenuta dal dato secondo cui, i soggetti con alti livelli di Disturbo Narcisistico di Personalità vivono in una condizione di apparente benessere (DeWall et al., 2012; Onoda et al., 2010). Ciononostante si potrebbero verificare reazioni eccessive all'esclusione sociale con sentimenti di rabbia ed aggressività come dimostrato in un complesso studio di Twenge et Campbell (2003).

De Panfilis e colleghi in uno studio recente (2018) hanno valutato, in un campione di soggetti non clinici con caratteristiche Narcisistiche alte o basse, la presenza di deficit della cognizione sociale dopo che il campione era stato sottoposto alla visione di stimoli emotivi rappresentati da emozioni facciali differenti (FER Task).

Da questo studio è stato dedotto come elevate caratteristiche del DNP si associno a maggiori sentimenti di rabbia e ansia in situazioni di rifiuto interpersonale. Questi sentimenti, non solo emergono in seguito all'esposizione di emozioni facciali negative ma anche a quelle neutre.

L'ipotesi di questo pare essere la mancanza di un feedback ben chiaro, positivo. Infatti, i feedback negativi, per soggetti con elevate caratteristiche narcisistiche, rappresentano una minaccia sociale.

Inoltre, tali reazioni sono state scaturite in presenza di emozioni facciali negative a bassa intensità piuttosto che da quelle ad alta intensità (che avrebbero chiaramente indicato una situazione di minaccia sociale).

Questo potrebbe essere spiegato dall'ipervigilanza degli individui con alte caratteristiche narcisistiche che tende a manifestarsi prevalentemente in contesti ambigui/incerti piuttosto che in situazioni in cui la mancanza di approvazione è palese.

Infine, i soggetti di questo studio che dimostravano di avere alte caratteristiche DNP pur reagendo in tale maniera (rabbia) non mostravano apertamente più elevate aspettative di rifiuto.

2.3 Personalità e temperamento

Il temperamento, secondo Kernberg, è la “struttura costitutiva fondamentale” della personalità: costituendone la componente genetica; rappresenta infatti la tendenza innata a reagire ai vari stimoli ambientali che si esprime con determinati stili comportamentali di un individuo, ovvero il modo in cui il suo comportamento si esprime.

Il temperamento possiede dunque delle caratteristiche biologiche stabili ed ereditabili. Ogni tratto temperamentale si distribuisce normalmente nella popolazione generale e la capacità di autoregolazione contribuisce a regolare, e quindi equilibrare, i diversi tratti. Rappresentando la componente genetica della personalità, gli aspetti temperamentali di un individuo emergono molto precocemente fin dall'infanzia e rimangono tendenzialmente stabili nel tempo e attraverso le situazioni; ciononostante gli aspetti temperamentali sono, entro un certo grado, modulabili nel corso della vita dell'individuo.

Lo studio scientifico sull'influenza del temperamento nello sviluppo del bambino è iniziato da poco più di 50 anni con le prime ricerche di Thomas e Chess (Thomas e Chess, 1956). Gli autori, nel 1977 hanno definito come il termine temperamento si riferisca al “come” e non al “che cosa” o al “perché”.

Bates (1989) ha poi fornito una definizione di temperamento su cui esiste un generale accordo: “Il temperamento è dato dalle differenze individuali nelle tendenze comportamentali che affondano le loro radici nella biologia, che sono presenti all'inizio della vita e che sono relativamente stabili sia in situazioni che in tempi diversi”.

Sul legame tra DNP e tratti temperamentali si sono espressi solo pochi Autori e i dati di

letteratura ad oggi sembrano concentrarsi sulle differenze temperamentali dei due fenotipi di Narcisismo, quello grandioso e quello vulnerabile.

In particolare le evidenze di letteratura (Miller et al., 2018) hanno riscontrato un'elevata correlazione fra narcisismo vulnerabile, affettività negativa e quei disturbi di personalità fortemente associati a rabbia e sospettosità (borderline, paranoide e narcisistico).

Alcuni autori (Tritt et al, 2010) hanno confermato l'associazione tra narcisismo patologico e temperamento depressivo, già teorizzata sia in ambito fenomenologico che psicoanalitico senza tuttavia un riscontro nella ricerca empirica.

In particolare è stata evidenziata un' associazione significativa tra la vulnerabilità narcisistica e l'affettività negativa e tra il fenotipo grandioso e l'affettività positiva correlata all'auto-affermazione tipica di questo sottogruppo.

2.4 Organizzazione della personalità secondo Kernberg

Kernberg propone un modello alternativo per lo studio dei Disturbi di Personalità (1984). proponeva un approccio basato sull'organizzazione di Personalità.

Siamo di fronte ad un complesso modello nosologico che si impegna di integrare l'approccio categoriale con quello dimensionale, al fine di poter dare una forma coerente all'intero dominio della personalità patologica (Preti et al., 2012).

Kernberg, su un piano strutturale, sostiene come la personalità presenti più livelli di organizzazione, da quella sana a quella disfunzionale, che vanno a costituire un continuum di gravità crescente dalla normalità, all'organizzazione nevrotica a quella borderline e psicotica.

Per individuare i vari livelli, ci si concentra sull'Identità, i Meccanismi di Difesa, l'Esame di Realtà, Relazioni Oggettuali, Aggressività e Valori Morali.

La personalità *normale* è caratterizzata da un concetto integrato del Sé e dell'altro significativo.

Queste caratteristiche strutturali si riflettono:

1) in una sensazione interiore e in un'apparenza esteriore di coerenza con se stessi, una condizione fondamentale di livelli normali di autostima, soddisfazione, capacità di

realizzare desideri, aspirazioni e progetti a lungo termine.

2) nella capacità di valutare adeguatamente le persone, provare empatia, e agire in modo adeguato. Un altro aspetto della personalità normale è la possibilità di esperire un ampio spettro di disposizioni affettive, senza che le più intense portino ad una perdita di controllo degli impulsi (Kernberg, 1975).

Inoltre, la personalità normale presenta un sistema strutturato di valori indipendente dalle relazioni con gli altri. (Preti E., 2011).

Infine, una struttura normale di personalità è capace di sublimare e convertire con successo gli impulsi aggressivi in espressioni di sana assertività, nell'affrontare gli attacchi senza reazioni eccessive, nella capacità di reagire proteggendosi e nell'evitare di rivolgere l'aggressività verso di sé.

Per quanto concerne il livello successivo, l'Organizzazione Nevrotica di Personalità, l'Identità è coesa ed integrata, Funzionamento dell'Io conservato, ma un Super Io relativamente severo e punitivo.

I meccanismi di difesa sono basati principalmente sulla rimozione, al fine di proteggere il Sé dal conflitto. Si possono basare anche su formazioni reattive contro i bisogni pulsionali rimossi.

Questo livello di organizzazione psicologica pertanto si associa alla capacità di relazioni profonde e amorevoli con gli altri, alla possibilità di sperimentare colpa, lutto e un'ampia varietà di reazioni affettive, con una buona integrazione dei valori interiorizzati ed un esame di realtà stabile.

Il livello Borderline dell'Organizzazione di Personalità include invece diversi disturbi di personalità previsti dalla classificazione DSM-IV-TR (disturbo borderline, schizoide, schizotipico, paranoide, istrionico, narcisistico, antisociale e dipendente) e altri disturbi di personalità che non si trovano nel DSM-IV-TR (disturbo ipomanico, sadomasochistico, ipocondriaco e sindrome del narcisismo maligno).

Nel livello di Organizzazione Borderline, il concetto del Sé è poco integrato, confusionario ed instabile, gli aspetti contraddittori vengono separati, provocando sul piano clinico descrizioni non riflessive, caotiche e contraddittorie di sé e degli altri.

Il Funzionamento dell'Io è intermittente e discontinuo, con difficoltà nel controllare gli impulsi e l'angoscia. Presentano Meccanismi di Difesa arcaici (scissione, proiezione, negazione acting-out) e un Esame di Realtà conservato ma compromesso. Talvolta si tende a scivolare verso caratteristiche Psicotiche.

Il sistema di classi, così presentato da Kernberg, vuole caratterizzare la gravità della psicopatologia andando pertanto a costituire il più potente predittore primario della prognosi.

2.5 Disturbo Narcisistico Di Personalità e Riconoscimento Delle Emozioni Facciali

Uno dei criteri fondamentali per la diagnosi di DNP è la mancanza di empatia.

Per empatia si intende la capacità di immedesimarsi nell'altro sul piano psichico, adottandone pensieri e punti di vista (Empatia Cognitiva), oltre che la capacità di esperire sentimenti di preoccupazione e compassione (Empatia Emotiva) dinanzi a esperienze spiacevoli vissute dall'altro (Davis, 1983; Blair, 2005).

I dati di letteratura circa il rapporto tra empatia e DNP presentano risultati contrastanti (Luchner e Tantleff-Dunn, 2016; Baskin-Sommers et al., 2014; Ritter et al., 2011).

Alcuni studi hanno sottolineato come vi sia una liaison tra narcisismo patologico ed empatia e il compromesso funzionamento interpersonale che ne deriva (Ronningstam, 2016; Baskin-Sommers et al., 2014; Watson et al 1992).

Attraverso l'uso del Self-Assessment Manikin (SAM; Bradley et Lang, 1994) due studiosi, Wai e Tiliopoulos, hanno valutato le capacità empatiche di individui affetti da Disturbo Narcisistico di Personalità.

Gli autori hanno dimostrato come le caratteristiche narcisistiche si correlino ad un più accurato riconoscimento di emozioni facciali presentate, soprattutto di stimoli che esprimono rabbia, e dunque a maggiori capacità empatiche cognitive.

L'empatia è strettamente connessa al riconoscimento delle emozioni facciali (Martin et al., 1996; Gery et al., 2009; Besel and Yuille, 2010; Fan et al., 2010) e per indagare tale deficit, recenti studi hanno analizzato tale riconoscimento attraverso un task al computer denominato Facial Emotion Recognition (FER) (Kosson et al., 2002; Blair et al., 2004; Dolan and Fullam, 2006).

Si tratta di un'abilità nel comprendere correttamente gli stati d'animo dell'altro attraverso l'espressione del volto.

La capacità circa il riconoscimento delle emozioni facciali, costituisce un aspetto importantissimo della comunicazione tra individui tanto da influenzare notevolmente il modo in cui questi reagiscono ai vari contesti (Wagner & Linehan, 1999).

In altri termini, l'abilità di comprendere in modo adeguato gli stati d'animo altrui correlati ad emozioni facciali è essenziale per equilibrare il proprio comportamento e regolare il proprio stato emotivo nel contesto sociale.

Il FER dunque, può essere considerato a tutti gli effetti la base cognitiva di un corretto funzionamento sociale, in grado di promuovere empatia, fiducia e comportamenti pro-sociali (Marsh & Ambady, 2007).

E' stato dedotto che la scarsa empatia e l'ipersensibilità al rifiuto che caratterizzano i soggetti con Disturbo Narcisistico di Personalità, potrebbero essere spiegate con una interpretazione deficitaria delle emozioni facciali.

Marissen et al. in uno studio del 2012 hanno riscontrato come i pazienti con DNP non differivano dal gruppo di Controllo circa l'esito di un questionario di auto-relazione che indicava quanto i pazienti si considerassero sensibili ai sentimenti degli altri ma come i pazienti affetti da DNP ottenessero risultati peggiori in un compito di riconoscimento delle emozioni facciali rispetto ai Controlli.

Oltre al deficit generale nel riconoscimento delle emozioni, i pazienti con DNP hanno mostrato un deficit specifico per le emozioni che rappresentano paura e disgusto. Questi risultati forniscono la prima prova empirica per il riconoscimento alterato delle emozioni facciali da parte dei pazienti con DNP.

Un ulteriore studio sul DNP e il Riconoscimento delle Emozioni Facciali (De Panfilis et al, 2018), ha valutato, in un campione di individui non clinici con basse o alte caratteristiche narcisistiche, la presenza di difficoltà nella sfera della cognizione sociale dopo l'esposizione a emozioni facciali diverse (FER task).

Questo studio ha rilevato come elevate caratteristiche narcisistiche si associno a maggiori emozioni di rabbia e ansia in situazioni di rifiuto interpersonale e che tale rabbia non solo venga scatenata dall'esposizione ad emozioni facciali negative, ma anche a quelle neutre,

indicando come la mancanza di un “chiaro” feedback positivo possa costituire per questi individui una minaccia sociale.

Interessante è stato anche il riscontro che tali reazioni fossero scaturite principalmente dalla presentazione di emozioni facciali negative a bassa intensità piuttosto che da quelle ad alta intensità (che avrebbero chiaramente indicato una situazione di minaccia sociale). Questo potrebbe suggerire come l’ipervigilanza degli individui con alte caratteristiche narcisistiche si espliciti maggiormente in contesti più ambigui/incerti piuttosto che in situazioni palesi di mancanza di approvazione.

Ulteriori studi sono sicuramente necessari per chiarire il pattern di riconoscimento delle emozioni facciali nel DNP, le relazioni con le componenti emotiva ed affettiva della empatia e come queste si correlino al livello di gravità di narcisismo misurato con diverse variabili.

2.6 Obiettivo dello studio

Il presente studio si propone di valutare la capacità di riconoscimento delle emozioni facciali nei soggetti con Disturbo Narcisistico di Personalità, attraverso l’utilizzo del FER. Inoltre, attraverso questo studio si vuole valutare se la capacità di riconoscimento delle emozioni facciali, espressa in termini di accuratezza e tempo di reazione, possa essere correlata ad aspetti temperamentali.

Infine lo studio si propone di analizzare se in soggetti con Disturbo Narcisistico di Personalità il riconoscimento delle emozioni facciali e quindi la capacità di rilevare e interpretare correttamente gli stati d’animo altrui attraverso l’espressione del viso è in qualche modo alterata rispetto ai controlli sani.

Si vuole dunque valutare se i soggetti con DNP risultino meno accurati o più lenti nel riconoscimento delle emozioni facciali (deficit di empatia cognitiva) rispetto al gruppo di controllo, suggerendo come in questi individui con DNP vi sia una difficoltà a leggere correttamente le emozioni degli altri modulata da aspetti temperamentali.

Materiali e Metodi

3.1 Procedura

Per il seguente studio, sono stati reclutati due gruppi di soggetti: il primo, costituito da pazienti con diagnosi di Disturbo Narcisistico di Personalità e i Controlli sani.

I pazienti sono stati reclutati presso la UOC (Unità Operativa Complessa) di Psichiatria di Parma mentre i Controlli sani sono stati reclutati in ambienti comuni.

Il protocollo di studio è stato approvato dal Comitato Etico per Parma.

A tutti i soggetti è stato proposto di partecipare ad un progetto incentrato su “riconoscimento delle emozioni facciali nel Disturbo Narcisistico di Personalità”.

Dopo aver constatato l’interesse alla partecipazione, è stata indagata l’eleggibilità allo studio valutando se vi fossero i criteri di inclusione necessari per poter procedere e viceversa se non vi fossero i criteri di esclusione che limitavano la partecipazione allo studio.

È stato quindi consegnato ad ognuno un foglio informativo in presenza di uno o più sperimentatori disponibili a fornire spiegazioni e a chiarire eventuali dubbi. Tutti i soggetti hanno firmato il Foglio Informativo e la Dichiarazione di consenso alla sperimentazione.

Per ogni gruppo sono stati considerati:

a) Criteri di inclusione

- Età 18-60

b) Criteri di esclusione

- Presenza di deficit cognitivi, secondo giudizio clinico

Per il solo gruppo dei pazienti con DP:

- Presenza di disturbi psicotici in atto e di abuso/dipendenza da sostanze attuale (negli ultimi 6 mesi), come riferito dal soggetto ed indicato dall'anamnesi personale.

Per il solo gruppo dei controlli:

- Anamnesi personale positiva per patologia psichiatrica

La presenza di una diagnosi di Disturbo di Personalità nel campione in studio è stata valutata tramite l'intervista Structured Clinical Interview-II (SCID-II; First et al, 1997; Mazzi et al, 2003).

Si tratta di un colloquio semi-strutturato che permette di effettuare una valutazione dei disturbi di personalità di tipo categoriale, inteso in termini di presenza o assenza del disturbo, e dimensionale ovvero la quantità di criterio diagnostico presente o assente.

La SCID II consente di effettuare la diagnosi di 10 disturbi di personalità, secondo il DSM-IV-TR.

Inoltre, sono inclusi altri 3 disturbi di personalità: il disturbo di personalità non altrimenti specificato, il disturbo passivo-aggressivo e il disturbo depressivo, cioè tutti quei disturbi che nel DSM IV sono inclusi nell'Appendice B.

La SCID II è composta da due parti:

1. Un questionario autosomministrato da parte del paziente;
2. L'intervista semi-strutturata di approfondimento degli item a cui si è attribuita una risposta affermativa al questionario.

E' formato da 119 item ed è consegnato preliminarmente al soggetto che dovrà riconsegnarlo allo sperimentatore al momento dell'intervista. I tempi di compilazione si aggirano intorno ai 20 minuti e richiede un livello di scolarità non inferiore agli 8. Le domande del questionario riguardano i disturbi di personalità proposti dal DSM IV ed è

previsto un formato di risposta dicotomico del tipo Sì/No.

Questo strumento di screening funge da guida alla successiva intervista.

Infatti, nell'intervista saranno indagati solo gli item cui è stata attribuita una risposta affermativa, indice di un disturbo, cercando di capire quanto è rappresentativa dell'esaminato.

La presenza dei diversi disturbi di personalità è valutata durante il corso del colloquio diagnostico attingendo a ogni tipo di informazione inerente al paziente che possa aiutare nell'individuazione della diagnosi.

Una volta ultimata l'intervista, il clinico compila il sommario diagnostico, da cui ricava una valutazione di tipo dimensionale per ogni disturbo, sommando il numero dei tratti presenti per ogni disturbo di personalità da cui emerge la presenza o assenza di disturbo stesso, e una diagnosi categoriale, ovvero il numero degli item a cui sono stati attribuiti punteggi pieni e questo per tutti i tratti presenti.

3.2 Il campione

Il campione in studio è composto da 65 soggetti adulti (età media $46,14 \pm 10,210$) di cui 30 reclutati tra la popolazione generale, e 35 fra individui con una diagnosi di Disturbo di Personalità Narcisistica secondo il DSM IV-TR, richiedenti trattamento presso il Dipartimento Integrato di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche dell'AUSL di Parma.

3.3 Strumenti di misura

3.3.1 Questionario Demografico

Ogni soggetto ha compilato un modulo richiedente le informazioni generiche del partecipante (sesso, età, titolo di studio, stato relazionale e condizione lavorativa). Le caratteristiche demografiche sono mostrate nella *tabella 1*.

Tabella 1. Caratteristiche socio-demografiche del campione analizzato.

Variabili	N° (%)
Sesso	
Femmina	34 (52.3%)
Maschio	31 (47.7%)
Titolo di Studio	
Medie Inferiori	10 (15.4%)
Diploma	22 (38.8%)
Laurea Breve	7 (10.8%)
Laurea Magistrale	23 (35.4%)
Istruzione post-Laurea	3 (4.6%)
Stato Relazionale	
Sposato	17 (26.2%)
Con Relazione	7 (10.8%)
Divorziato	10 (15.4%)
Vedovo	2 (3.1%)
Single	29 (44.6%)
Condizione Lavorativa	
Tempo pieno	37 (56.9%)
Part-time	7 (10.8%)
Casalinga	1 (1.5%)
Studente	9 (13.8%)
Disoccupato	11 (16.9%)

3.3.2 ATQ – Adult Temperament Questionnaire

Nello specifico, l'attenzione viene riposta sul questionario Adult Temperament Questionnaire (ATQ) in quanto valuta il temperamento di ogni soggetto, focus principale dell'elaborato. E' stata utilizzata la versione più corta (ATQ-SF; Rothbart et Evans, 2007; Caminiti et al, 2009) che comprende 77 items. Tali item sono stati valutati su una scala a 7 punti Likert (1 = estremamente falso a 7 = estremamente vero).

La versione più breve, ATQ-SF, è composta da 3 scale rappresentate da:

- *Controllo volontario*, controllo dell'attenzione, il controllo inibitorio, ovvero la capacità di inibire i comportamenti inappropriati, e il controllo di attivazione, che riguarda la capacità di compiere un'azione anche quando si è in presenza di un forte impulso che spinge a non compierla;
- *Estroversione*, che valuta l'apertura dell'individuo alla socialità e la tendenza a provare emozioni positive.
Quest'aspetto include i costrutti di Socievolezza, Emozioni positive e l'Intensità del piacere;
- *Affettività Negativa*, che valuta quanto l'individuo provi emozioni negative ed ostili, i costrutti di questa scala valutano la presenza di emozioni come Paura, Disagio, Frustrazione e Tristezza, la capacità di controllare l'aggressività e la rabbia, oltre che la presenza di sentimenti ostili nei confronti degli altri.

3.3.3 FER: Facial Emotion Recognition

Il Facial Emotion Recognition Task (FER Task) è uno strumento utilizzato per valutare l'accuratezza nel discriminare stimoli neutri e stimoli emotivi a valenza negativa e positiva, sia per valutare la capacità di riconoscere le emozioni facciali negative e positive a differenti livelli di intensità emotiva (*vedi fig. 1*). Lo strumento individua, inoltre, la soglia alla quale avviene il riconoscimento.

Le emozioni negative sono “rabbia”, “disgusto”, “paura” e “tristezza”, mentre l'emozione positiva è rappresentata dalla “felicità”.

Tali emozioni vengono considerate innate e indipendenti dalla cultura in quanto riconoscibili da ogni essere umano che si esprime a sua volta attraverso queste (emozioni primarie o di base; Ekman&Friesen, 1971).

Gli stimoli facciali sono stati selezionati dalle serie Picture of Facial Affect (POFA; Ekman&Friesen, 1976), Japanese and Caucasian Facial Expression of Emotion, Japanese and Caucasian Neutral Face (JACFEE e JACNeuF; Matsumoto&Ekman, 1988) e Nim Stim (da quest'ultimo solo le espressioni neutre e le “covert”, senza apertura della bocca; Tottenham et al, 2009), includendo soltanto quelli mostrati da attori caucasici, di ambo i sessi.

Gli stimoli emotivi sono stati modificati attraverso un software di morphing facciale (AbrosoftFantamorph 5.4.0), e sono stati combinati con le corrispondenti espressioni neutre ad incrementi di intensità del 25%, ottenendo quindi 4 differenti livelli di intensità emotiva (100% neutro, 75% neutro/25% emozione, 50% neutro/50% emozione, 25% neutro/75% emozione).

Nel corso dell'esperimento sono state presentate a ciascun individuo le espressioni facciali neutre e quelle emotive alle differenti intensità ottenute attraverso il morphing. Lo svolgimento del task consisteva in una valutazione circa lo stimolo: in particolare discernere se il volto presentato fosse neutro oppure esprimesse un'emozione.

Il soggetto esprimeva la valutazione cliccando, rispettivamente, il tasto sinistro o destro

del mouse (al di sotto dello stimolo vengono riportate le due opzioni di risposta: “neutro” a sinistra e “emozione” a destra).

Ai soggetti era richiesto di fornire la risposta nel modo più rapido e accurato possibile.

Gli stimoli sono stati pseudorandomizzati per tipo e intensità di emozione.

Nella maggior parte dei casi, lo stimolo presentato si diversificava dallo stimolo precedente, per intensità ed emozione, in modo da limitare l'effetto dell'abitudine e dell'attesa. (*Vedi figura 1*)

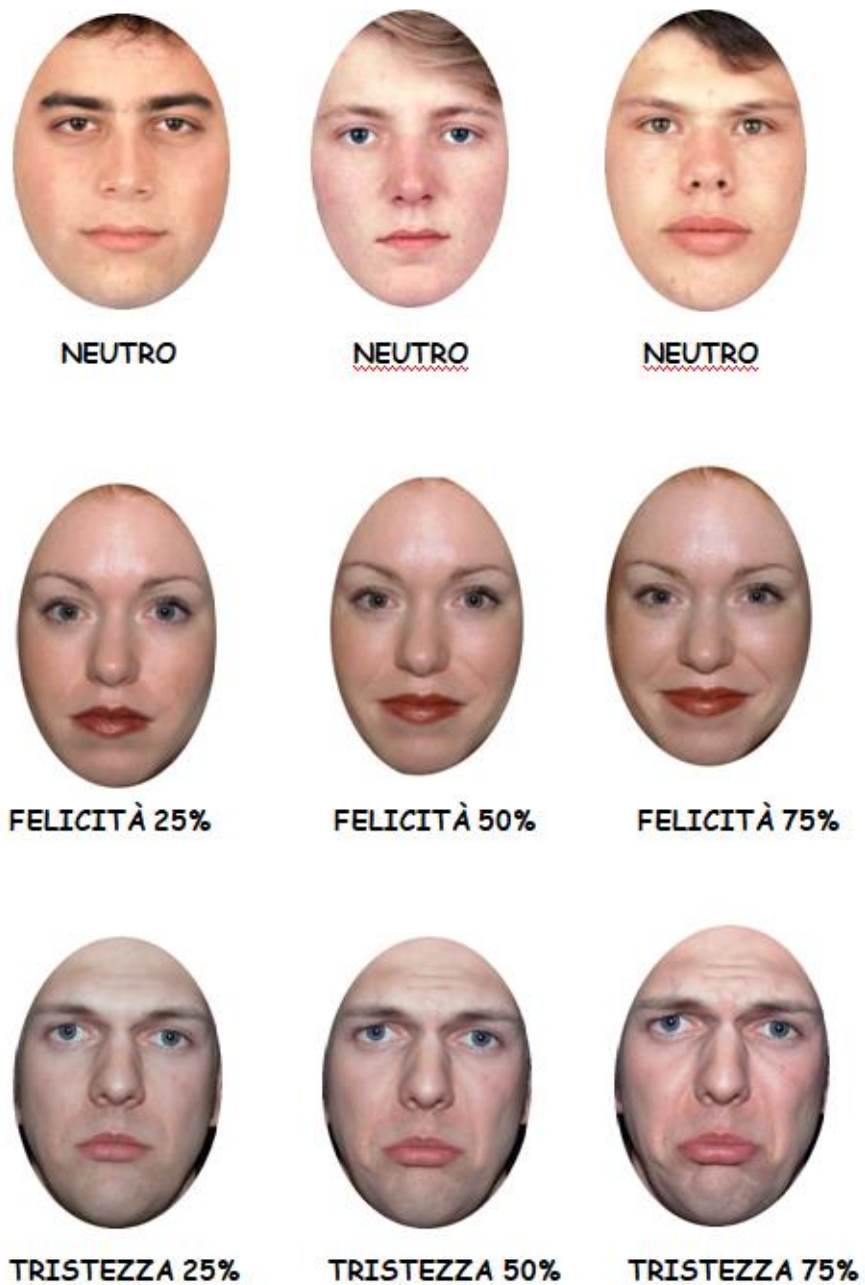
In ogni trial lo stimolo veniva presentato per 1 secondo, con un intervallo tra i trial variabile; i trial totali sono 450, e la durata dell'intera sessione è di circa venti minuti.

Per ogni trial sono state registrate la rapidità (tempi di reazioni in msec, RT) e l'accuratezza di risposta (ACC: 1=corretta, 0=errata); il calcolo di RT e ACC medi sono stati calcolati in relazione a due parametri:

1) Tipo di Emozione (neutro/tristezza/paura/rabbia/disgusto/felicità), che offre una misura della capacità di discriminare tra stimoli neutri e stimoli emotivi a valenza negativa/positiva;

2) Intensità Emotiva (tristezza 25%-50%-75%; paura 25%-50%-75%; rabbia 25%-50%-75%; disgusto 25%-50%-75%; felicità 25%-50%-75%), che offre una misura dell'intensità minima necessaria per il riconoscimento di uno stimolo emotivo come tale, ovvero della soglia a cui avviene il riconoscimento.

Fig 1. Stimoli FER Task (Neutro, Felicità, Tristezza, Rabbia, Paura, Disgusto) espressi ad intensità pari al 25%, 50% 75%.





RABBIA 25%



RABBIA 50%



RABBIA 75%



PAURA 25%



PAURA 50%



PAURA 75%



DISGUSTO 25%



DISGUSTO 50%



DISGUSTO 75%

3.4 Analisi Statistica

I due gruppi, pazienti (DNP) e controlli sani sono stati innanzitutto confrontati sulle variabili demografiche e cliniche.

È stato applicato il test del chi-quadrato (χ^2) di Pearson relativamente a sesso, stato civile e stato occupazionale e il test t per campioni indipendenti in relazione a età e anni di istruzione.

Per quanto riguarda il FER task, il software di programmazione e presentazione degli stimoli E-Prime® ha permesso una raccolta automatizzata delle risposte date dai soggetti, tuttavia il recupero di queste informazioni, quindi il calcolo delle performance e dei tempi di reazione, è stato realizzato mediante la compilazione di una macro in Excel®.

Per indagare se i due gruppi variassero rispetto all'accuratezza nella detection di stimoli facciali neutri ed emotivi, è stata condotta un'ANOVA a modello misto a misure ripetute a disegno 2 (gruppo: 1=DNP, 2=Controlli) X 5 (tipo di emozione: 1=felicità, 2=tristezza, 3=paura, 4=rabbia, 5=disgusto).

Il gruppo è stato inserito come fattore tra soggetti, il tipo e la intensità di emozione come fattore entro soggetti; come variabile dipendente è stata inserito il tempo di reazione media di risposta ad un'intensità emotiva del 75%.

È stata poi analizzata la correlazione di Pearson tra i tempi di reazione nel riconoscimento di stimoli emotivi e le variabili cliniche e demografiche che differiscono tra i due gruppi, attraverso test di significatività a due code.

Infine, è stata eseguita un'analisi di moderazione per valutare se l'effetto della variabile indipendente sulla variabile dipendente fosse influenzato da una terza variabile .

4.1 Differenze socio-demografiche e cliniche tra pazienti con Disturbo Narcisistico di Personalità e Controlli

I due gruppi, DNP e Controlli, non differiscono in sesso (DNP: 57.1% maschi, 42.9% femmine; Controlli: 36.7% maschi, 63.3% femmine), e stato relazionale (DNP: 31.4% sposati, 2.9% con relazione, 25.7% divorziati, 5.7% vedovi, 34.3% single; Controlli: 20% sposati, 20% con relazione, 3.3% divorziati, 0% vedovi, 56.7% single).

I due gruppi invece, differiscono circa l'età e la scolarità: i pazienti con DNP risultano più anziani e con meno anni di istruzione.

Differiscono inoltre per Condizione Lavorativa (DNP: 51.4% lavoro tempo pieno, 17.1% lavoro part-time, 0% studenti, 2.9% casalinghe, 28.6% disoccupati; Controlli: 53.3% lavoro tempo pieno, 3.3% lavoro part-time, 30% studenti, 0% casalinghe, 3.3% disoccupati).

Per quanto riguarda le variabili cliniche le differenze tra i due gruppi sono riportate in *Tabella 2*.

Tabella 2. Variabili socio-demografiche e cliniche del campione di studio

	<i>DNP</i>	<i>Controlli</i>		
	<i>Media (DS)</i>	<i>Media (DS)</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Età	46.14 ± 10.21	32.93 ± 10.93	5.02	0.00
Scolarità	13.00 ± 3.51	16.87 ± 3.32	-4.53	0.00
DNP Sintomi	7.17 ± 1.94	1.27 ± 0.74	15.65	0.00
Distress Interpersonale	.1170 ± .53	-0.27 ± 0.38	3.33	0.001
Grandiosità	2.50 ± .92	2.73 ± .82	-1.05	0.298
Vulnerabilità	2.36 ± .78	2.34 ± 1.08	0.05	0.958
Difese primitive IPO	2.37 ± .57	1.79 ± .39	4.76	0.00
Identità IPO	2.30 ± .60	1.89 ± .47	3.02	0.004
Realtà IPO	1.99 ± .50	1.50 ± .27	4.66	0.00
Autostima	26.94 ± 6.25	30.07 ± 4.49	-2.27	0.026
Adattamento Sociale	35.19 ± 8.56	44.57 ± 5.85	-5.00	0.00
Controllo Volontario	4.11 ± .73	4.38 ± .82	-1.41	0.161
Affettività negativa	4.37 ± .75	3.86 ± .73	2.02	0.051
Estroversione	3.52 ± 1.03	4.81 ± .71	-4.12	0.00
Ansia rispetto al rifiuto	13.71 ± 4.80	14.23 ± 5.11	-0.51	0.677
Rabbia rispetto al rifiuto	3.13 ± 1.04	2.53 ± .99	2.35	0.022
Aspettativa di rifiuto	4.39 ± 1.18	4.32 ± 1.12	0.25	0.803
Aggressività OVERT	21.40 ± 7.02	21.87 ± 6.41	-0.27	0.782
Aggressività COVERT	13.85 ± 4.78	11.50 ± 3.43	2.21	0.03
Perspective Taking	20.97 ± 3.42	26.87 ± 2.79	-7.53	0.00
Fantasia	21.43 ± 4.16	23.33 ± 3.76	-1.92	0.59
Preoccupazione empatica	25.80 ± 4.02	25.17 ± 2.82	0.72	0.472
Distress Personale	19.43 ± 4.78	18.60 ± 4.83	0.69	0.491
GSI	2.09 ± .61	1.48 ± .34	4.86	0.00

Inoltre, risultano esibire un minore livello di Organizzazione della personalità, come dimostrano i maggiori punteggi ottenuti nelle tre scale dell'IPO (Difese primitive, diffusione dell'identità ed Esame di Realtà), livelli più alti di Affettività Negativa Temperamentale, maggiori punteggi di Distress Psicopatologico Generale (GSI), minore Adattamento Sociale (SASS), minori livelli di Autostima, maggiore Aggressività Covert (BDHI), maggiori livelli di Rabbia al Rifiuto.

Al contrario, il gruppo di Controllo presenta livelli più alti di Affettività Positiva Temperamentale (Estroversione), e, per quanto riguarda le capacità empatiche maggiori punteggi alla sottoscala del Perspective Taking del questionario IRI.

I due gruppi non differiscono invece per quanto riguarda gli score delle seguenti variabili cliniche: PNI(Grandiosità e Vulnerabilità), Controllo Volontario, Ansia ed Aspettativa al rifiuto, Aggressività Overt.

4.2 FER task: risultati

L'interazione Group X EmotionIntensity($F: 1.37, 55=4.75$, $p=.011$, $\eta^2p:.08$) indica che i due gruppi differiscono per quanto riguarda i Tempi di Reazione nel riconoscimento delle emozioni facciali, a seconda dell'intensità dell'espressione facciale mostrata.

In particolare, tale differenza è stata rilevata esclusivamente quando queste venivano espresse ad un'intensità pari al 75%.

Non sono state invece rilevate differenze statisticamente significative tra i TR dei pazienti con Disturbo Narcisistico di Personalità e dei Controlli per le emozioni a bassa ed intermedia intensità (25% e 50%) né è stata rilevata una differenza per gli stimoli neutri e per la Felicità e la Paura espresse ad un'intensità del 75% (vedi *Tabella 3, 4*)

Tabella 3, 4: Tempi di reazione per la detection di emozioni facciali in funzione di tipo di emozione ed intensità emotiva nei due gruppi (DNP vs Controlli).

<i>Emozioni</i>	<i>DNP</i>	<i>Controlli</i>
	<i>Media (DS)</i>	<i>Media (DS)</i>
FEL25RT	942.34 ± 202.25	884.37 ± 220.66
TRI25RT	981.72 ± 252.93	936.81 ± 230.39
PAU25RT	974.22 ± 212.09	1036.57 ± 200.51
RAB25RT	926.14 ± 181.20	964.40 ± 197.11
DISG25RT	917.12 ± 170.03	858.41 ± 129.45
FEL50RT	858.44 ± 207.32	829.59 ± 118.49
TRI50RT	912.85 ± 176.75	889.92 ± 131.35
PAU50RT	964.67 ± 223.85	889.51 ± 162.30
RAB50RT	889.74 ± 162.99	844.46 ± 129.21
DISG50RT	800.31 ± 166.78	716.66 ± 115.08
FEL75RT	854.05 ± 169.73	773.62 ± 128.14
TRI75RT	879.13 ± 173.19	785.28 ± 134.69
PAU75RT	869.76 ± 159.41	807.84 ± 130.38
RAB75RT	818.76 ± 139.12	741.74 ± 109.84
DISG75RT	782.46 ± 166.11	671.93 ± 125.41

Tabella 4.

<i>Effetti principali e interazioni</i>	
<i>Tipo di Emozione</i>	
	F=24.43, $p < .001$, $h^2_{parziale} = .31$
FELICITA'	Felicità = Tristezza, Rabbia, Paura Felicità > Disgusto
TRISTEZZA	Tristezza > Rabbia, Disgusto Tristezza = Felicità, Paura
PAURA	Paura > Rabbia, Disgusto Paura = Felicità, Tristezza
RABBIA	Rabbia = Felicità Rabbia > Disgusto Rabbia < Tristezza, Paura
DISGUSTO	Disgusto < Felicità, Tristezza, Paura, Rabbia, Disgusto
<i>Intensità emotiva</i>	
	F=75.00, $p < .001$, $h^2_{parziale} = .58$
	75% < 50% < 25%
<i>Gruppo</i>	
	F=1.95, $p = .17$, $h^2_{parziale} = .03$
<i>Gruppo X Intensità</i>	
	F=4.75, $p = .02$, $h^2_{parziale} = .08$

Dai test post-hoc di Bonferroni si evince che tale differenza è da ascrivere alla tendenza dei soggetti con DNP a rispondere meno rapidamente rispetto al gruppo di Controllo nel riconoscere le espressioni emotive di Rabbia, Tristezza e Disgusto espresse al 75%.

Tramite la correlazione di Pearson in cui si valutava una possibile correlazione tra i TR espressi ad un'intensità pari al 75% (sia il TR Totale, ovvero una media dei TR delle cinque emozioni considerate e i TR delle singole emozioni) e le variabili temperamentali, è stata dunque evidenziata una correlazione negativa tra i TR Totali ed i livelli di Affettività Positiva Temperamentale.

In particolare i TR del riconoscimento della Tristezza, Disgusto e Rabbia, tutte espresse al 75%, correlavano in maniera negativa con l'Estroversione.

In particolare, all'aumentare dei TR diminuire dell'Affettività Positiva, aumentano i TR. (vedi Tabella 5).

Tabella 5. Correlazione tra i Tempi di Reazione Totale, Tristezza, Disgusto e Rabbia espressi ad un'intensità pari al 75% e le variabili temperamentali considerate (Estroversione, Affettività Negativa).

	Estroversione		Affettività Negativa	
	<i>r di Pearson</i>	<i>P</i>	<i>r di Pearson</i>	<i>P</i>
TR Totali 75%	-.393	0.018	0.035	0.84
TR Tristezza 75%	-.321	0,056	0.004	0.98
TR Disgusto 75%	-0,432	0.007	0.062	0.71
TR Rabbia 75%	-0,353	0.030	0.065	0.69
TR Paura 75%	-0.21	0.19	-0.027	.87
TR Felicità 75%	-0.241	0.14	0.019	0.90

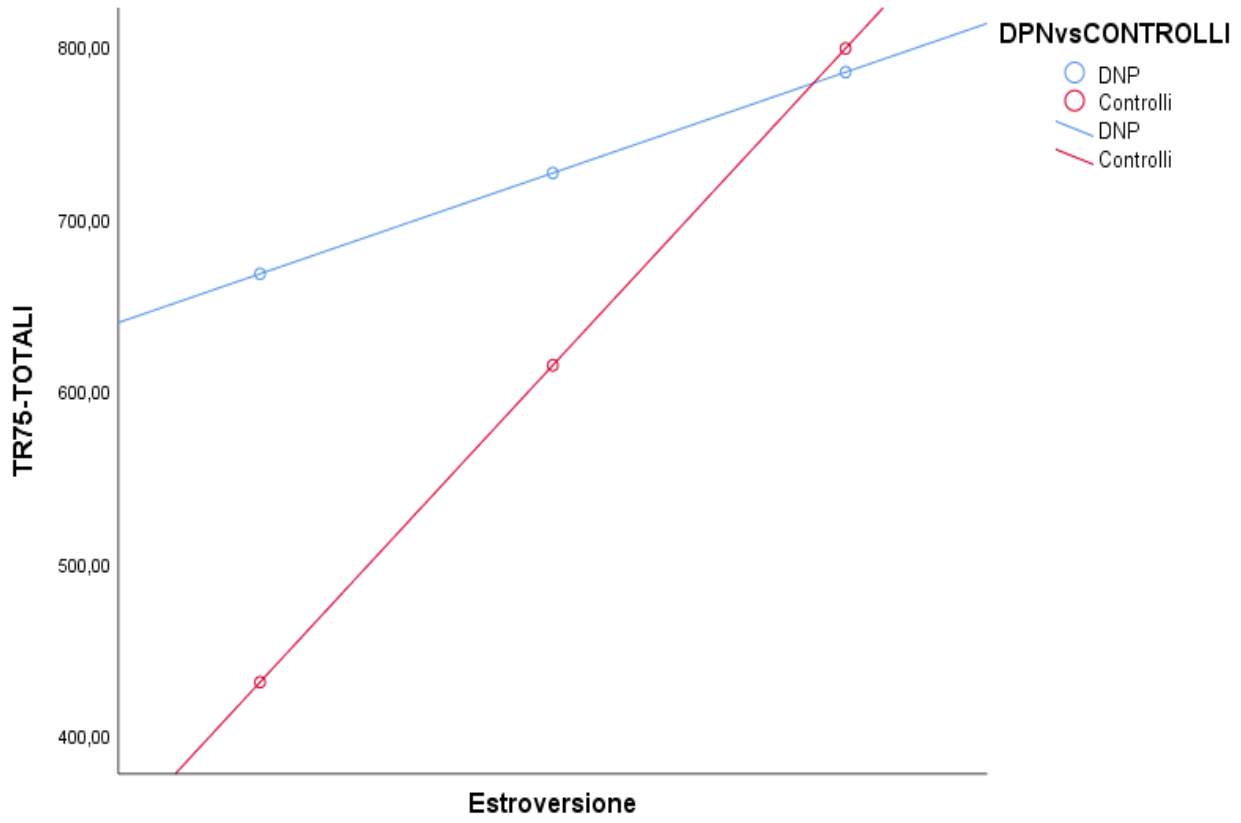
Per valutare se la differenza nei tempi di reazione nella *detection* delle espressioni facciali espresse al 75% tra il gruppo di pazienti con DNP e il gruppo di Controlli fosse

influenzato dai tratti temperamentali ed in particolare dall'estroversione, è stata effettuata un'analisi di moderazione (Process for SPSS, Modello 1 ;Hayes, 2013).

I risultati hanno rivelato una significativa interazione Gruppo X Estroversione ($B=111.56$, $t=2.02$, cambiamento di $R^2=.093$; $p=.05$).

In particolare, la presenza di DNP si associa a maggiori difficoltà nel riconoscere le emozioni espresse al 75% di intensità (vale a dire, a maggiori TR) solo in presenza di bassi livelli di estroversione ($B=-.236.49$, $t=-2.247$, $p=.031$, IC -451.69, -22.16), ma non a medi ($B=-.111.59$, $t=-1.87$, $p=.07$, IC -232.89, 9.70) o alti ($B=13.74$, $t=.227$, $p=.82$, IC -109.29, 136.77) livelli della stessa. Dunque, i soggetti affetti da DNP mostrano, rispetto ai Controlli, difficoltà a riconoscere emozioni facciali espresse al 75% di intensità solo se hanno bassi livelli di affettività positiva. (*Vedi fig. 2*)

Fig 2. Correlazione tra TR 75 Totali e Estroversione nei due gruppi (DNP vs Controlli)



La deficitaria interpretazione delle emozioni facciali, in particolare i TR più lunghi nell'interpretazione delle emozioni facciali ad alta intensità, sembra essere correlata esclusivamente ad aspetti temperamentali: in particolare una carenza di affettività positiva (bassi livelli di estroversione) dei soggetti con DNP. E' possibile dunque ipotizzare che, modulando la carenza di affettività positiva dei pazienti con DNP sarebbe potenzialmente possibile migliorarne il riconoscimento delle emozioni facciali.

Discussione

Vista l'importanza del saper leggere ed individuare i messaggi ed i segnali sociali, per quanto dice la definizione del Narcisismo, il nostro intento è stato valutare il rapporto tra i soggetti affetti da tale disturbo e il riconoscimento delle emozioni facciali, indagate tramite lo studio del FER.

Il dibattito relativo al DNP, per quanto siano stati compresi aspetti nucleari e periferici del disturbo ha portato allo stesso tempo, vista e considerata la complessità del tema, a risultati controversi.

In particolare, apparenti aspetti contraddittori del DNP che portano questi soggetti a sentirsi da un lato speciali ed insensibili ai feedback esterni e alle critiche, dall'altro fortemente bisognosi di ammirazione ed eccessivamente sensibili alle esperienze di rifiuto, si manifesta in uno dei criteri fondamentali per la diagnosi di DNP: la mancanza di empatia ovvero la capacità di immedesimarsi nell'altro sul piano psichico (Empatia Cognitiva) oltre che la capacità di esperire sentimenti di compassione e preoccupazione (Empatia Emotiva) relativamente ad esperienze negative vissute dall'altro (Davis, 1983; Blair, 2005).

Ciononostante, il rapporto tra Empatia e DNP appare complesso e i dati di letteratura a tal proposito risultano contrastanti (Luchner e Tantleff-Dun, 2016; Baskin-Sommers et al. 2014; Ritter et al, 2011) che potrebbero essere giustificati da un lato dall'utilizzo di strumenti diagnostici che non differenziano tra Empatia Cognitiva ed Emotiva valutando l'Empatia come un costrutto unico, dall'altro dal solo utilizzo in molti studi del PNI (NPI; Raskin et Terry, 1988) che rifacendosi alla definizione del DSM, indaga solo le caratteristiche Grandiose nel Narcisismo Patologico escludendo il Vulnerabile (Watson et al, 1992; Watson and Morris, 1991).

L'empatia risulta inoltre intimamente connessa al riconoscimento delle emozioni facciali (Martin et al, 1996; Grey et al., 2009; Besel and Yullie, 2010; Fan et al., 2010).

Per valutare il deficit empatico molti studi hanno valutato il Riconoscimento delle

Emozioni Facciali (FER) (Kosson et al., 2002; Blair et al., 2004; Dolan and Fullam, 2006), ovvero la capacità di interpretare correttamente gli stati d'animo altrui tramite l'espressione del volto.

Una prerogativa essenziale per un efficace funzionamento interpersonale è costituita da una buona capacità di riconoscere e codificare in maniera accurata i messaggi sociali non verbali a contenuto emozionale.

In considerazione di quanto detto, il presente studio si era preposto di valutare se eventuali tratti temperamentali che caratterizzano i soggetti con DNP (bassa estroversione, affettività negativa) potessero essere in parte spiegati con una deficitaria interpretazione delle emozioni facciali come è stato dimostrato per molti altri disturbi psichiatrici: Disturbo Borderline di Personalità (Bland et al., 2004; Meehan et al., 2017), Disturbo di Personalità Antisociale (Blair et al., 2001) Schizofrenia (Kohler et al., 2003).

L'utilizzo di un metodo come il FER (FacialEmotionalRecognition) unitamente alla selezione di alcune variabili cliniche psicosociali essenziali, ha consentito di individuare alcune fondamentali differenze nel riconoscimento delle emozioni facciali.

In base ai risultati emersi dal nostro studio, i pazienti con DNP sono risultati più lenti rispetto al gruppo di Controllo nel riconoscimento delle emozioni facciali con valenza negativa (Rabbia, Tristezza e Disgusto) espresse ad alta intensità (75%).

Tale risultato appare coerente con i dati in letteratura, (Marissen et al., 2012) secondo cui i pazienti con DNP mostrano dei deficit nel riconoscimento delle emozioni facciali con valenza emotiva negativa rispetto al gruppo di Controllo, con deficit tanto più marcato quanto più gravi sono i sintomi dei soggetti stessi, suggerendo come in questi individui vi sia una difficoltà a leggere correttamente le emozioni altrui.

D'altra parte, i nostri dati risultano in apparente contrasto con quanto emerso da un recente studio (De Panfilis et al., 2018) che ha valutato in un campione di soggetti non clinici con diversi livelli di caratteristiche Narcisistiche, la capacità di Riconoscere le Emozioni Facciali tramite il Fer TASK.

Tale studio ha evidenziato come elevate caratteristiche Narcisistiche si associno a maggiori rabbia e ansia in situazioni di rifiuto interpersonale e che tale rabbia non solo venga scatenata dall'esposizione ad emozioni facciali negative, ma anche a quelle neutre,

indicando come la mancanza di un chiaro feedback positivo possa costituire una minaccia sociale.

Interessante è stato anche il riscontro di come queste reazioni fossero scaturite prevalentemente dalla presenza di emozioni facciali negative a bassa intensità piuttosto che da quelle ad alta intensità che avrebbe indicato una chiara minaccia sociale, suggerendo come l'ipervigilanza dei soggetti con maggiori tratti Narcisistici si manifesti in maniera più marcata non in quei contesti in cui è chiara la mancanza di approvazione ma piuttosto in quelli più ambigui.

Rispetto ai nostri dati, il riscontro di una maggiore lentezza nel riconoscere emozioni facciali negative ad alta intensità (una esplicita situazione di minaccia sociale) potrebbe essere spiegato con quelle stesse difficoltà nella sfera della cognizione sociale.

Molti autori (Kernberg, 1984, 2007, 2009; Russ et al., 2008; Ronningstam, 2009) hanno concettualizzato la possibilità di individuare la presenza nel Disturbo Narcisistico di Personalità di un continuum di gravità crescente, dalla normalità a quadri francamente disfunzionali, che non sono tuttavia state supportate sul piano empirico.

Possiamo ipotizzare che nell'ambito di questo spettro, individui sani con elevate caratteristiche narcisistiche manifestino la loro ipersensibilità al rifiuto con un'ipervigilanza rispetto ad emozioni negative a bassa intensità e neutrali.

Nello spettro di gravità, i pazienti del presente studio invece, manifesterebbero le stesse alterazioni di cognizione sociale tipiche del DNP con una maggiore lentezza nel riconoscimento delle emozioni facciali ad alta intensità (chiara minaccia sociale).

I pazienti di questo studio infatti, non manifestano difficoltà nel riconoscimento di emozioni facciali a bassa intensità (25%, 50%), oppure ad alta intensità a valenza positiva (Felicità 75%) portando all'ipotesi che sia proprio la valenza esplicitamente negativa delle emozioni facciali a interferire con la velocità di riconoscimento delle emozioni facciali.

Questo dato sembra suggerire che i volti che esprimono disgusto, rabbia e tristezza siano da considerare come stimoli salienti che pertanto richiedano un'attenzione e dunque un tempo maggiore per essere correttamente identificati.

Coerentemente, questi stessi soggetti, pur non presentando maggiori livelli di Ansia

rispetto al Rifiuto interpersonale presentano livelli statisticamente significativi superiori di Rabbia rispetto al Rifiuto rispetto ai Controlli sani.

Inoltre, come messo in luce dall'analisi statistica di Correlazione e Moderazione, solamente i soggetti affetti da DNP mostrano, rispetto ai Controlli, difficoltà a riconoscere emozioni facciali espresse al 75% di intensità solo se hanno bassi livelli di affettività positiva.

Questi dati appaiono coerenti con uno studio (Tritt et al., 2010) che ha valutato la relazione tra DNP e il Temperamento depressivo dimostrando come questo temperamento sia associato ad una forma patologica di Narcisismo.

In particolare, questo studio ha sottolineato l'associazione di temperamento depressivo a tratti narcisistici maladattivi.

In particolare, gli autori, distinguendo le componenti di Affettività Positiva e Negativa nei due fenotipi di Narcisismo (grandioso e vulnerabile) sono giunti alla conclusione di come la componente vulnerabile rifletta una componente di Affettività Negativa laddove la Grandiosità Narcisistica sembra invece riflettere elementi di Affettività Positiva.

Davidson et Al.(1993) avevano esplorato i modelli motivazionali di approccio o evitamento agli stimoli ed i specifici correlati neuroli. Da questo modello, supportato da altri 70 studi (Coan et Allen, 2003) è emerso come un'attivazione cerebrale assi metrica sinistra a livello della corteccia prefrontale fosse associata ad una tendenza ad approcciare stimoli tendenzialmente positivi laddove l'attivazione a livello frontale destro indicasse una tendenza all'evitamento o al ritiro di fronte a stimoli negativi.

Coerentemente, la grandiosità narcisistica sembra talvolta manifestarsi con una tendenza ad approcciare gli stimoli positivi e associata ad un'attivazione a livello della corteccia frontale sinistra con ridotti livelli di Affettività Negativa.

D'altra parte la Vulnerabilità Narcisistica riflette una tendenza all'evitamento degli stimoli potenzialmente negativi che è correlata ad un'attivazione frontale destra e ad un'aumentata affettività negativa.

Dunque, secondo gli autori, i soggetti con personalità Narcisistica potrebbero essere pronti allo sviluppo di temperamento depressivo quando hanno alti livelli di evitamento degli stimoli ambientali emotivi.

Quanto sopra riportato è già stato teorizzato sia in ambito fenomenologico che psicoanalitico senza tuttavia un riscontro nella ricerca empirica.

Sebbene ci siano pochi studi che approfondiscono la relazione tra Narcisismo e Temperamento, possiamo ipotizzare che i risultati ottenuti nel nostro studio siano propri di un sottotipo di Narcisismo patologico, caratterizzato da bassa estroversione e da bassi livelli di affettività positiva.

Infatti, secondo i dati di letteratura il Narcisismo Patologico sembra essere da correlarsi ad un sottotipo di narcisismo Vulnerabile con minore livelli estroversione (Miller et al 2017).

Visto che il riscontro di difficoltà nel riconoscimento delle emozioni facciali esibito dai soggetti con DNP del nostro studio si manifesta solo a bassi livelli di estroversione, un possibile risvolto terapeutico potrebbe essere un lavoro terapeutico incentrato sulla modulazione e l'implementazione dell'affettività positiva, questa difficoltà potrebbe attenuarsi.

6

Conclusione

Questo studio ha dimostrato che i soggetti con Disturbo Narcisistico di Personalità hanno difficoltà, rispetto ai Controlli sani, nel riconoscimento delle emozioni negative espresse

ad alta intensità (75%) e non a bassa intensità (25 e 50%). In particolare, questa tendenza è spiegata dalla loro scarsa affettività positiva.

Per quanto concerne il temperamento, tali soggetti sono infatti per lo più caratterizzati da bassi livelli di Estroversione, dunque bassi livelli di Affettività positiva, che sembrano implicati proprio nell'impedire una efficace detection delle emozioni espresse al 75% di intensità. Infatti, per pazienti con DNP che presentino alti livelli di affettività negativa, tale detection è facilitata e uguale a quella dei controlli sani. Interventi terapeutici atti a migliorare l'Affettività Positiva nel DNP potrebbero dunque condurre ad una più rapida detection delle emozioni facciali espresse ad un'intensità pari al 75%, con ripercussioni potenzialmente positive sugli stili di cognizione sociale di questi pazienti.

7

Bibliografia

American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed. (DSM-5). Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (1980). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed.). APA.

American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text rev.). APA.

Baskin-Sommers, A., Krusemark, E., & Ronningstam, E. (2014). Empathy in narcissistic personality disorder: From clinical and empirical perspectives. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 5(3), 323.

Bobbio, A., Nencini, A. & Sarrica, M. (2011). Il Moral Foundation Questionnaire: Analisi della struttura fattoriale della versione italiana. *Giornale di Psicologia*, 5, 7-18.

Bosc, M., Dubini, A., & Polin, V. (1997). Development and validation of a social functioning scale, the Social Adaptation Self-evaluation Scale. *European Neuropsychopharmacology*, 7(1), S57-S70.

Buss AH, Durkee: An Inventory for Assessing Different Kinds of Hostility. *J Consult Psychol*, 21:343, 1957.

Cain, N.M, Aaron L. Pincus, Emily B. Ansell, 2008. Narcissism at the crossroads: Phenotypic description of pathological narcissism across clinical theory,

social/personality psychology, and psychiatric diagnosis. *Clinical Psychology Review* 28,638–656.

Caligor, E., Levy, K.N., & Yeomans, F. E. (2015). Narcissistic Personality Disorder: Diagnostic and Clinical Challenges. *American Journal of Psychiatry*, 172,415-422.

Caminiti, L., Cosi, G. (2009). Italian Version of Adult Temperament Questionnaire ShortForm Campbell, W. K., & Miller, J. D. (2013). Narcissistic personality disorder (NPD) and the five-factor model: Delineating NPD, grandiose narcissism, and vulnerable narcissism. In T. A. Widiger & P. T. Costa (Eds.), *Personality disorders and the five-factor model of personality* (3rd ed., pp. 133–146). Washington, DC: American Psychological Association.

Cascio, C.N., Konrath, S., Falk, E.B., 2014. Narcissists' social pain seen only in the brain. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 10,335-341.

Castrogiovanni P, Andreani MF et al.:Per una valutazione dell'aggressività nell'uomo:contributo alla validazione di un questionario per la tipizzazione del comportamentoaggressivo. *Rivista di Psichiatria*, 17:276, 1982

Davis, M. H. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of personality and social psychology*, 44(1), 113-126.

Davis, M.H. (1980). A multidimensional approach to individual differences in empathy. *Catalog of Selected Documents in Psychology*, 10, 85.

De Panfilis, C., Antonucci, C., Meehan, K. B., Cain, N. M., Soliani, A., Marchesi, C., ... & Sambataro, F. (2018). Facial Emotion Recognition and Social-Cognitive Correlates of Narcissistic Features. *Journal of personality disorders*, 1-17.

Derogatis, L. R. (1994). Symptom checklist-90-R: Administration, scoring & procedure manual for the revised version of the SCL-90. Minneapolis, MN: National Computer Systems.

DeWall, C.N., Masten, C.L., Powell, C., Combs, D., Schurtz, D.R., & Eisenberger, N.I., 2012. Do neural responses to rejection depend on attachment style? An fMRI study. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 7, 184.

Dickinson, K. A., & Pincus, A. L. (2003). Interpersonal Analysis of Grandiose and Vulnerable Narcissism. *Journal of Personality Disorder*, 17, 188-207.

Downey, G., Berenson, K. R., & Kang, J. (2006). The adult rejection sensitivity questionnaire (ASRQ). Columbia University.

First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., Benjamin, L. S., & Williams, J. B. (1997). Structured clinical interview for DSM-IV axis I personality disorders: SCID-I/P. American Psychiatric Pub.

Graham, J., Haidt, J., Nosek, B.A. (2008, July). The Moral Foundations Questionnaire. Hoermann, S., Clarkin, J. F., Hull, J. W., & Levy, K. N. (2005). The construct of effortful control: An approach to borderline personality disorder heterogeneity. *Psychopathology*, 38(2), 82-86.

Kernberg, O. F. (2007). The almost untreatable narcissistic patient. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 55(2), 503-539.

Kernberg, O. F. (2009). Narcissistic personality disorders: Part 1. *Psychiatric Annals*, 39(3).

Levy, Meehan, Cain, & Ellison, 2013; Pincus & Lukowitsky, 2010).

Luchner, A. F., & Tantleff-Dunn, S. (2016). Dysfunctional Empathy in Vulnerable Narcissism. *North American Journal of Psychology*, 18(3), 597.

Mazzi, F., Morosini, P., De Girolamo, G., & Guaraldi, G. P. (2003). SCID-II-Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders, Italian Version. Firenze, Italy: Organizzazioni Speciali.

Miller JD, Campbell WK, Young DL, Lakey CE, Reidy DE, et al. 2009. Examining the relations among narcissism, impulsivity, and self-defeating behaviors. *J. Personal.* 77,761–94.

Miller JD, Widiger TA, Campbell WK. 2010. Narcissistic personality disorder and the DSM-5. *J. Abnorm. Psychol.* 119,640–49.

Miller, J. D., Lynam, D. R., Vize, C., Crowe, M., Sleep, C., Maples-Keller, J. L., & Campbell, W. K. (2018). Vulnerable narcissism is (mostly) a disorder of neuroticism. *Journal of personality*, 86(2), 186-199.

Miller, J.D, Brian J. Hoffman, Eric T. Gaughan, Brittany Gentile, Jessica Maples, and W.Keith Campbell, 2011. Grandiose and Vulnerable Narcissism: A Nomological Network Analysis. *Journal of Personality* 79,5.

Miller, J.D., Lynam, D. R., Hyatt, C. S., & Campbell, W. K. (2017). Controversies in narcissism. *Annual Review of Clinical Psychology*, 13(1), 291–315.

Morf, C.C., Rhodewalt, F., 2001. Unraveling the Paradoxes of Narcissism: A Dynamic Self-Regulatory Processing Model. *Psychological Inquiry*, 12, 177.

Oldham, J., & Morris, L. B. (2012). *The new personality self-portrait: Why you think, work, love and act the way you do*. Bantam.

Pincus, A. L. (2013). *The Pathological Narcissism Inventory*.

Pincus, A. L., & Lukowitsky, M. R. (2010). Pathological narcissism and narcissistic personality disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 421-446.

Pincus, A. L., Ansell, E. B., Pimentel, C. A., Cain, N. M., Wright, A. G., & Levy, K. N. (2009). Initial construction and validation of the Pathological Narcissism Inventory. *Psychological assessment*, 21(3), 365.

Preti, E. (2011). Il modello di OF Kernberg per lo studio dei disturbi di personalità. Validazione delle versioni italiane dell'inventario of personalità organization (IPO) e della structure nterview of personality organization (STIPO) (Doctoraldissertation, Universitàdegli Studi di Milano-Bicocca).

Prezza, Trombaccia, Armento (1997). La scala dell'autostima di Rosemberg: traduzione evalidazione italiana. Bollettino di psicologiaapplicata, 223, 35-44.

Ronningstam EF. 2005. Identifying and Understand the Narcissistic Personality. New York: Oxford Univ. Press

Ronningstam, E. (2009). Narcissistic Personality Disorder: Facing DSM-IV. *Psychiatric Annals*, 39(3), 111-121

Rothbart, M. K., Ahadi, S. A., & Hershey, K. L. (1994). Temperament and social behaviorin childhood. *Merrill-Palmer Quarterly*, 40, 21-39.

Russ, E., Shedler, J., Bradley, R., &Westen, D. (2008). Refining the construct of narcissistic personality disorder: Diagnostic criteria and subtypes. *American Journal of Psychiatry*, 165(11), 1473-1481.

Sarno, I., Preti, E., Prunas, A., & Madeddu, F. (2011). SCL-90-R symptom checklist-90-R Adattamento italiano.

Shona M. Tritt, Andrew G. Ryder, Angela J. Ring, Aaron L. Pincus Pathological narcissism and Depressive Temperament. *Journal of affective disorders*, Elsevier, May 2010.

Soldz, S., Budman, S., Demby, A., & Merry, J. (1995). A short form of the inventory of interpersonal problems circumplex scales. *Assessment*, 2(1), 53-63.

Twenge, J.M., Campbell, W.K., 2003. "Isn't it fun to get the respect that we're going to deserve?" Narcissism, social rejection, and aggression. *Personality & Social Psychology Bulletin*, 29(2), 261-272.

Ubbiali, A., Chiorri, C., & Donati, D. (2011). The Italian version of the Inventory of Interpersonal Problems Personality Disorders Scales (IIP-47): psychometric properties and clinical usefulness as a screening measure. *Journal of personality disorders*, 25(4), 528-541.

Wai, M., & Tiliopoulos, N. (2012). The affective and cognitive empathic nature of the dark triad of personality. *Personality and Individual Differences*, 52(7), 794-799.

Watson J, Trumpeter N, O'Leary BJ, Morris RJ, Culhane SE. 2005–2006. Narcissism and self-esteem in the presence of imagined others: supportive versus destructive object representations and the continuum hypothesis. *Imag. Cogn. Personal.* 25:253–68

RINGRAZIAMENTI

Alla mia famiglia, in particolare alla mia mamma, al mio papà a mio fratello ed alla mia nonna.. al mio ragazzo, alla sua famiglia ed ai miei amici: grazie!

per esserci sempre stati e per avermi supportata e sopportata in questa strada fatta di tarde notti e lunghe mattine! Grazie per aver contribuito a rendere questo percorso più leggero e sereno!

A noi tutti!