

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO-BICOCCA
DIPARTIMENTO DI PSICOLOGIA



DOTTORATO DI RICERCA IN PSICOLOGIA SOCIALE, COGNITIVA E CLINICA
XXVI CICLO

**PATHOLOGICAL NARCISSISM
INVENTORY:
PROPRIETA' PSICOMETRICHE E
APPROFONDIMENTO SU UNA VERSIONE
ABBREVIATA DEL QUESTIONARIO**

Tutor: Prof. Fabio Madeddu

Tesi di Dottorato di
Rossella Di Pierro
Matr. 065042

Anno Accademico 2013/2014

SOMMARIO

INTRODUZIONE	5
CAPITOLO 1. IL NARCISISMO PATOLOGICO	8
1.1 Cosa si intende per narcisismo patologico?	9
1.1.1 Il narcisismo patologico secondo l'approccio psichiatrico	10
1.1.2 Il narcisismo patologico secondo l'approccio clinico	15
1.2 Una nuova definizione di narcisismo patologico	18
CAPITOLO 2. MISURAZIONI SELF-REPORT DEL NARCISISMO	
PAOLOGICO IN ITALIA	22
2.1 I principali strumenti self-report per la valutazione del narcisismo patologico	23
2.1.1 Strumenti self-report "non specifici"	24
2.1.2 Il Narcissistic Personality Inventory	31
2.1.3 Il Hypersensitive Narcissism Scale	36
2.2 Una nuova opportunità: Il Pathological Narcissism Inventory	39
2.2.1 Costruzione dello strumento	40
2.2.2 Struttura del questionario e proprietà psicometriche	42
2.2.3 Validità del PNI	46
CAPITOLO 3. STUDIO DELLE PROPRIETA' PSICOMETRICHE DEL	
PATHOLOGICAL NARCISSISM INVENTORY	53
3.1 Introduzione	53
3.2 Obiettivi dello studio	58
3.3 Metodi	61
3.3.1 Procedura	61
3.3.2 Partecipanti	61
3.3.3 Misure	64
3.3.4 Analisi Statistiche	66
3.4 Risultati	68
3.4.1 Struttura fattoriale di primo ordine e consistenza interna delle dimensioni	69
3.4.2 Struttura fattoriale di secondo ordine e consistenza interna delle scale	75
3.4.3 Attendibilità test-retest	78

3.4.4 Validità concorrente	79
3.4.5 Il PNI in un campione clinico: associazione con indici di patologia della personalità	82
3.5 Discussione dei risultati	86
CAPITOLO 4. STUDIO DI UNA VERSIONE ABBREVIATA DEL PNI	98
4.1 Obiettivi dello studio	98
4.2 Metodi	100
4.2.1 Procedura	100
4.2.2 Partecipanti	100
4.2.3 Misure	101
4.2.4 Analisi Statistiche	102
4.3 Risultati	105
4.3.1 Selezione degli item	105
4.3.2 Replicabilità e approfondimento della struttura fattoriale	106
4.3.3 Generalizzabilità della versione abbreviata del PNI	111
4.4 Discussione dei risultati	114
CONCLUSIONI GENERALI	120
BIBLIOGRAFIA	124
APPENDICE	151

Abstract

The concept of Narcissism has a long history among the theoretical and empirical literature spanning the related fields of clinical psychology, social/personality psychology and psychiatry (Pincus & Lukowitsky, 2010). Despite its importance as a psychological construct, narcissism has been inconsistently defined for a long time (Cain, Pincus, & Ansell, 2008). One of the main obstacles in obtaining a comprehensive definition of pathological narcissism has been the divergences in phenotypic and taxonomic models of pathological narcissism, especially inconsistencies between clinical and psychiatric conceptualizations. Indeed, the Narcissistic Personality Disorder (NPD) only partially captured the phenotypic expressions of the narcissistic pathology, describing exclusively behavioral expressions of narcissistic grandiosity. Contrary to the taxonomic model, empirical evidence has highlighted the presence of two main phenotypic forms of the narcissistic pathology: the grandiose and the vulnerable type (Cain et al., 2008; Ronningstam, 2005a). Nevertheless, the predominance of the taxonomic approach to the study of narcissism has strongly influenced research on narcissism: researchers and clinicians have had no valid instruments to assess the full spectrum of the pathological narcissism for a long time. Besides, the main self-report measures of narcissism have showed inadequate psychometric properties, limiting their validity and use.

On the basis of these limitations, the Pathological Narcissism Inventory (PNI; Pincus et al., 2009) has been recently developed. It is a multidimensional self-report measure of pathological narcissism that assesses both overt and covert expressions of narcissistic grandiosity and vulnerability. Moreover, it has showed good psychometric properties across different studies (Pincus et al., 2009; Wright et al., 2010; You et al., 2013).

Due to the lack of self-report instruments that exhaustively assess pathological narcissism in Italy, the present thesis includes two studies that examine the PNI. Specifically, the first study (Chapter 3) investigated the psychometric properties of the PNI among two Italian samples of

nonclinical participants (students and community participants) and an Italian sample of consecutively admitted outpatients. The factor structure and the concurrent validity of the PNI with other measures such as self-esteem, dimensions of personality structure, and empathy capabilities was investigated. The original factor structure of the PNI was confirmed and good psychometric properties are found among the two samples of nonclinical participants. Consistent with empirical literature on narcissism, the PNI showed specific pattern of associations with the external measures both among nonclinical participants and outpatients.

The aim of the second study (Chapter 4) was to investigate the possibility to shorten the PNI, easing its administration. Factor analyses (explorative and confirmative) and multigroup measurement invariance analysis were performed among the two nonclinical samples. Results suggested a 28-item version of the PNI. The new version showed good psychometric properties and specific patterns of associations according to the literature on narcissism.

Overall, the two studies included in the present thesis suggest that the PNI is a valid self-report measure of pathological narcissism among Italian participants. Research and clinical implications, both in the long term and short term, are discussed.

Riassunto

Il narcisismo è un costrutto studiato da tempo nella letteratura teorica ed empirica all'interno di differenti campi di conoscenza quali la psicologia clinica, la psicologia sociale e di personalità, e la psichiatria (Pincus & Lukowitsky, 2010). Nonostante la sua importanza, esso è stato un costrutto di difficile definizione per lungo tempo (Cain, Pincus & Ansell, 2008). Uno dei principali ostacoli nell'elaborazione di una definizione di narcisismo patologico che potesse essere univoca ed esaustiva è imputabile alle divergenze tra modelli fenotipici e modelli tassonomici, ed in particolare alle differenze tra concettualizzazione clinica e psichiatrica. Il Disturbo Narcisistico di Personalità (NPD), infatti, cattura solo parzialmente le espressioni fenotipiche della patologia narcisistica, descrivendo esclusivamente le espressioni comportamentali della grandiosità narcisistica. A differenza del modello tassonomico, invece, le evidenze empiriche hanno suggerito da tempo l'esistenza di due principali manifestazioni fenotipiche di narcisismo patologico: la forma grandiosa e quella vulnerabile (Cain et al., 2008; Ronningstam, 2005a). Nonostante ciò, il predominio dell'approccio tassonomico allo studio del narcisismo ha fortemente influenzato la ricerca, tanto che ricercatori e clinici non hanno potuto disporre per molto tempo di validi strumenti che valutassero l'intero spettro della patologia narcisistica. Inoltre, vi è da sottolineare che i principali strumenti di valutazione del narcisismo hanno mostrato inadeguate proprietà psicometriche, limitando la validità delle misurazioni fornite e il loro utilizzo.

A partire da tali considerazioni, di recente è stato elaborato un nuovo strumento: il Pathological Narcissism Inventory (PNI; Pincus et al., 2009). Il PNI è uno strumento autosomministrato che valuta il narcisismo patologico in senso multidimensionale, cogliendo manifestazioni overt e covert di grandiosità e vulnerabilità narcisistica. Esso, inoltre, ha mostrato buone proprietà psicometriche in diversi studi (Pincus et al., 2009; Wright et al., 2010; You et al., 2013).

Data l'assenza di strumenti autosomministrati che siano in grado di fornire una misura esaustiva di narcisismo patologico in Italia, la presente tesi è volta ad esaminare approfonditamente il PNI attraverso due studi.

In particolare, lo studio presentato nel Capitolo 3 ha indagato le proprietà psicometriche del PNI in due campioni non clinici (studenti e partecipanti reclutati dalla popolazione generale) e un campione di pazienti ambulatoriali di un servizio ospedaliero di psicologia clinica. È stata studiata la struttura fattoriale del questionario e la sua validità concorrente con altre misure come autostima, dimensioni relative alla struttura di personalità, ed empatia. I risultati hanno replicato la struttura originaria del PNI, il quale ha mostrato buone proprietà psicometriche nei due campioni non clinici. In accordo con la letteratura sul narcisismo, inoltre, il PNI ha mostrato pattern specifici di associazioni con le misure esterne considerate sia nei partecipanti non clinici sia nel campione di pazienti ambulatoriali.

L'obiettivo del secondo studio (Capitolo 4) era quello di indagare la possibilità di ottenere una versione breve del PNI, per facilitarne la somministrazione. A tal fine, sono state condotte analisi fattoriali (esplorative e confermative) e di invarianza della misurazione multi-gruppo all'interno dei due campioni non clinici. I risultati hanno suggerito una versione del PNI a 28 item con buone proprietà psicometriche.

In conclusione, i due studi condotti suggeriscono che il PNI sia uno strumento autosomministrato che consente di ottenere una valida misurazione di narcisismo patologico. Le implicazioni cliniche e di ricerca degli studi condotti, sia a breve sia a lungo termine, sono state discusse all'interno della tesi.

INTRODUZIONE

La presente trattazione è finalizzata allo studio del *Pathological Narcissism Inventory* (PNI; Pincus et al., 2009) nel contesto italiano.

Tale strumento è stato recentemente elaborato al fine di valutare il narcisismo patologico in modo multidimensionale, esaustivo e completo, ovvero cogliendo le diverse forme fenotipiche e modalità espressive con cui esso può manifestarsi. Il PNI è infatti nato come tentativo di colmare le lacune degli strumenti self-report sino ad allora disponibili in letteratura, i quali avevano mostrato nel corso del tempo importanti limiti di natura concettuale e psicometrica che inficiavano l'attendibilità e validità delle misurazioni ottenute.

Il principale limite concettuale che investiva la maggior parte degli strumenti self-report era da rintracciarsi nella frammentarietà delle concettualizzazioni del narcisismo patologico all'interno delle diverse aree di indagine. Come esposto nel primo capitolo, infatti, per molto tempo non è stato possibile disporre di una definizione di narcisismo patologico che fosse univoca ed esaustiva a causa della scarsa integrazione tra conoscenze accumulate in diversi ambiti di ricerca, ed in particolare all'interno della psicologia clinica e della psichiatria. In entrambi i casi, infatti, le concettualizzazioni apparivano confuse o parziali. Uno dei principali limiti dell'approccio clinico al narcisismo patologico è consistito nella variabilità terminologica utilizzata per riferirsi alle sue manifestazioni nelle diverse teorie elaborate. Il risultato è stato l'utilizzo di termini differenti per riferirsi a fenomeni simili ma non del tutto sovrapponibili dal punto di vista concettuale, elemento che ha generato confusione. L'approccio psichiatrico, d'altro canto, promuoveva una concettualizzazione inadeguata del narcisismo patologico in quanto focalizzata esclusivamente su una delle sue possibili manifestazioni fenotipiche. Tale stato di cose, quindi, si è riflesso anche sulla costruzione degli strumenti di valutazione del narcisismo patologico.

Come esposto nel secondo capitolo, nel corso del tempo sono stati elaborati numerosi strumenti self-report. Tali strumenti, però, erano principalmente costruiti sulla base del modello

tassonomico psichiatrico del disturbo, e quindi inadeguati a cogliere l'intero spettro della patologia narcisistica. Oltre a ciò, la maggior parte degli strumenti era volta alla più generale misurazione della patologia di personalità (nei suoi aspetti dimensionali o categoriali). I due strumenti designati specificatamente alla misurazione del narcisismo patologico e più diffusamente utilizzati nella ricerca empirica erano il *Narcissistic Personality Inventory* (NPI; Raskin e Hall, 1979) e il *Hypersensitive Narcissism Scale* (HSNS; Hendin e Cheek, 1997). Entrambi gli strumenti, però, nel corso del tempo si sono rilevati inadeguati alla misurazione del narcisismo patologico non solo a causa di problematiche concettuali ma soprattutto psicometriche, ovvero legate ad una instabilità della struttura fattoriale e ad una scarsa consistenza interna delle relative dimensioni.

E' a partire da tali constatazioni, quindi, che appare importante studiare le proprietà del PNI nel contesto italiano. A tal fine sono stati condotti due studi: il primo volto all'approfondimento delle caratteristiche di attendibilità e validità della misurazione ottenuta mediante il PNI; il secondo volto alla costruzione di una versione più breve dello strumento.

Il primo studio, esposto nel terzo capitolo, è stato condotto coinvolgendo due campioni non clinici di soggetti ed un campione clinico di pazienti ambulatoriali. Si è provveduto ad indagare se la struttura fattoriale del PNI potesse essere replicata anche in Italia e se lo strumento mostrasse proprietà psicometriche adeguate. Inoltre sono state indagate le associazioni dello strumento con misure esterne quali altre misurazioni di narcisismo, autostima, capacità empatiche e indici descrittivi e strutturali di patologia della personalità.

Il secondo studio, esposto nel quarto capitolo, è stato condotto su due campioni non clinici al fine di studiare se fosse possibile identificare una versione abbreviata dello strumento. A tal fine è stata testata la possibilità che la versione abbreviata riscontrata mantenesse la struttura fattoriale originaria del PNI, mostrasse buone proprietà psicometriche, e le sue misurazioni fossero generalizzabili nei diversi gruppi di soggetti.

Nel complesso, quindi, gli studi condotti sul PNI avevano la finalità di comprendere se lo strumento potesse consentire di misurare il narcisismo patologico in modo appropriato anche nel nostro Paese, come già dimostrato in altri contesti sociali e culturali (Jaksic et al., 2014; Wright, Lukowitsky, Pincus, e Conroy, 2010; You, Leung, Lai, e Fu, 2013). La possibilità di disporre di uno strumento valido ed esaustivo di misurazione del narcisismo patologico, infatti, consentirebbe più valide ed attendibili misurazioni del fenomeno anche in Italia, con importanti implicazioni non solo nell'ambito della ricerca ma anche nella pratica clinica.

CAPITOLO 1

IL NARCISISMO PATOLOGICO

Il narcisismo è un costrutto antico in psicologia, introdotto per la prima volta da Freud nell'opera *Introduzione al narcisismo* del 1914. Da allora, ovviamente sottoposto a continue revisioni terminologiche e di significato, il fenomeno del narcisismo ha interessato clinici e ricercatori appartenenti a diversi campi del sapere psicologico. Nonostante la sua longevità, però, per molto tempo (in verità sino a tempi recenti) non è stato possibile riferirsi ad esso attraverso una definizione che potesse essere considerata completa, esaustiva ed univoca (Cain, Pincus, e Ansell, 2008; Miller e Campbell, 2008). Infatti, oggetto di studio da parte di diversi campi della psicologia e della psichiatria, la sua definizione ha risentito della frammentarietà delle ricerche condotte e della difficoltà di comunicazione tra discipline scientifiche differenti.

Ai fini della presente trattazione, quindi, verranno dapprima descritti i due principali approcci che hanno studiato le manifestazioni patologiche del narcisismo, ovvero l'approccio psichiatrico e l'approccio clinico. In particolare, verranno descritte le caratteristiche essenziali nonché i limiti delle concettualizzazioni di narcisismo patologico promosse dai due approcci. Infine, verrà presentata la definizione contemporanea di narcisismo patologico che è stata elaborata recentemente con lo scopo di integrare e sistematizzare all'interno di una cornice coerente le conoscenze acquisite dalle ricerche empiriche condotte nel tempo all'interno dei due ambiti.

1.1 Cosa si intende per narcisismo patologico?

Le tre grandi aree di conoscenza scientifica che hanno indagato in modo sistematico il narcisismo sono state la psicologia clinica, la psicologia sociale/di personalità e la psichiatria (Pincus e Lukowitsky, 2010). Basate su assunti, approcci e metodiche differenti, ognuna di queste aree ha contribuito nel tempo all'accumulo di conoscenza sul narcisismo in modo autonomo e indipendente dai contributi prodotti nelle altre aree. Il risultato è coinciso con la possibilità di avere informazioni sempre più specifiche sul narcisismo, sul suo funzionamento, e sulle sue manifestazioni, ma a fronte di una sempre maggiore confusione terminologica e di significato. In questo senso, la mancanza di integrazione tra i risultati delle ricerche condotte in ambiti diversi ha di fatto rallentato il progresso nella conoscenza e comprensione del narcisismo nelle sue manifestazioni patologiche. In linea generale, infatti, la ricerca nell'ambito della psicologia sociale/di personalità si è concentrata sulle forme più adattive di narcisismo (narcisismo sano), cercando di comprendere la sua relazione con costrutti psicologici quali tratti di personalità (Morf e Rhodewalt, 2001; Rhodewalt e Morf, 1995; Hendin e Cheek, 1997; Otway e Vignoles, 2006;) e autostima (Brown and Zeigler-Hill, 2004; Raskin, Novacek, e Hogan, 1991, Campbell, Bosson, Goheen, Lakey, e Kernis, 2007). Nell'ambito clinico si è studiata la natura del funzionamento del narcisismo patologico, arrivando all'identificazione di due principali manifestazioni fenotipiche: la grandiosità e la vulnerabilità narcisistica. Così, si è proceduto allo studio delle loro caratteristiche associazioni con la presenza di disfunzioni nelle relazioni interpersonali (Campbell, Foster, e Finkel, 2002), autostima e disregolazione affettiva (Ronningstam, 2005a; 2005b), empatia (Baskin-Sommers, Krusemark, e Ronningstam, 2014), e altri indici psicopatologici (Kernberg e Calligor, 2005). Infine, gli studi condotti in ambito psichiatrico, almeno quelli basati sul disturbo narcisistico di personalità così come descritto dal *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), si sono occupati quasi

esclusivamente della manifestazione comportamentale grandiosa della patologia narcisistica, tralasciando completamente il versante vulnerabile (Ronningstam, 2011).

Sulla base di queste premesse, ovvero della “parzializzazione” del narcisismo a seconda del focus attentivo della specifica disciplina in questione, appare chiara la difficoltà che per lungo tempo si è avuta nell’elaborare una definizione e concettualizzazione univoca ed esaustiva di cosa fosse il narcisismo, e di come esso si differenziasse nelle sue forme adattive e patologiche. Solo recentemente, a causa probabilmente anche della necessità di riformulare il disturbo narcisistico di personalità in vista della pubblicazione del DSM-5 (APA, 2013), sono stati effettuati importanti tentativi di integrazione dei dati provenienti dagli ambiti di ricerca sopracitati (Cain et al., 2008; Levy, Reynoso, Wasserman, e Clarkin, 2007; Pincus e Lukowitsky, 2010; Ronningstam, 2011), giungendo all’elaborazione di una definizione che potesse essere condivisa (Pincus, 2013). Per molto tempo, infatti, non è stato facile comprendere quale fosse il confine tra narcisismo sano e patologico, così come la relazione con le manifestazioni fenotipiche di narcisismo patologico e con le modalità espressive overt e covert.

1.1.1 Il narcisismo patologico secondo l’approccio psichiatrico

All’interno dell’approccio psichiatrico allo studio del narcisismo patologico, particolare importanza ha avuto la concettualizzazione del relativo disturbo all’interno del DSM. Il disturbo narcisistico di personalità (NPD) è stato introdotto per la prima volta nel DSM-III (APA, 1980) sulla base del suo frequente utilizzo da parte di clinici ad orientamento psicodinamico. La concettualizzazione del NPD nelle diverse versioni del manuale, però, è stata progressivamente sempre più centrata sulle manifestazioni grandiose della patologia. Se nel DSM-III, infatti, erano ravvisabili elementi di riconoscimento delle tematiche vulnerabili del narcisismo, l’attenzione a

queste ultime è andata sempre più scemando. Infatti, sia nel DSM-III-R (APA, 1987) sia nel DSM-IV (APA, 1994) e DSM-IV-TR (APA, 2000) i criteri per il NPD hanno sempre più enfatizzato i temi grandiosi della patologia narcisistica (Gunderson, Ronningstam, e Smith, 1994; Gunderson, Ronningstam, e Smith, 1995).

I criteri del DSM-IV per il NPD (APA, 1994), in particolare, includevano un senso di importanza grandioso; fantasie di successo illimitato, di potere, effetto sugli altri, bellezza, o di amore ideale; la convinzione di essere “speciale” o unico tanto da poter frequentare ed essere compreso solo da persone speciali o di status elevato; richieste eccessive di ammirazione, aspettative di diritto che dovevano essere sempre soddisfatte, tendenza allo sfruttamento interpersonale e mancanza di empatia; credenza di essere invidiato dagli altri; manifestazione di comportamenti e atteggiamenti arroganti. Rispetto alle versioni precedenti, erano stati eliminati criteri che potevano essere più facilmente assimilabili ai temi di vulnerabilità narcisistica, come le reazioni di vergogna e umiliazione in risposta ad una ferita narcisistica (critiche o frustrazione), o l’alternanza di stati di idealizzazione e svalutazione, elementi che invece erano stati inseriti nella sezione delle manifestazioni e dei disturbi associati. D’altra parte, la principale giustificazione alla base di tali cambiamenti era la necessità di identificare disturbi di personalità (PDs) che avessero un alto potere discriminante. In questo senso, alcune caratteristiche prima associate al NPD potevano essere difficilmente distinguibili da caratteristiche proprie di altri disturbi. Ad esempio, le eccessive reazioni alle critiche potevano sovrapporsi a caratteristiche del disturbo borderline di personalità (BPD) e del disturbo paranoide di personalità (PPD) (First e Spitzer, 1989; Morey e Goodman, 1989; Skodol, 1989); allo stesso modo, la mancanza di empatia poteva essere confusa con l’assenza di rimorso tipica del disturbo antisociale di personalità (ASPD) (Gunderson et al., 1994; Morey, 1988a,b). Ancora, oltre alla necessità di mantenere esclusivamente criteri che delineassero caratteristiche ben definite e discriminanti del NPD rispetto alle possibili sovrapposizioni con altri disturbi, la costruzione del DSM-IV si è

anche focalizzata maggiormente sulle manifestazioni comportamentali anziché sul funzionamento intrapsichico e interpersonale. Un esempio è dato dal fatto che si è deciso di descrivere la presenza di sentimenti di invidia esclusivamente in termini di credenza espressa dal soggetto di essere invidiato dagli altri, anziché di provare invidia verso gli altri come attestato dalla letteratura clinica (Gunderson et al., 1994; Ronningstam e Gunderson, 1990).

Il risultato di tali scelte è coinciso con una scarsa significatività ed utilità clinica della diagnosi di NPD (Ronningstam, 2011). Infatti, la diagnosi di NPD sembra essere in grado di cogliere solo ed esclusivamente la manifestazione fenotipica grandiosa della patologia narcisistica, tralasciando completamente la manifestazione vulnerabile spesso osservata nei contesti di cura. Come dimostrato da diversi studi, infatti, ci sono importanti discrepanze tra i dati di prevalenza indicati dagli studi epidemiologici e i dati tratti dai contesti clinici in cui gli operatori sembrano utilizzare molto più di frequente tale diagnosi (Doidge et al., 2002; Morey e Ochoa, 1989). Ciò, quindi, sembrerebbe suggerire che accanto ad un possibile utilizzo inappropriato dei criteri previsti per il NPD, vi sia anche una limitazione della concettualizzazione promossa dal manuale nel descrivere pazienti che dai clinici vengono giudicati affetti dal disturbo nonostante non presentino esattamente le caratteristiche indicate (Gunderson, Ronningstam, e Smith, 1994; Ronningstam, 2005b). In particolare, i clinici hanno spesso evidenziato che nella loro pratica è molto più frequente che i pazienti narcisisti giungano a richiedere aiuto quando si trovano in uno stato di vulnerabilità piuttosto che di grandiosità (Pincus et al., 2009); ed in questo senso i criteri del DSM-IV-TR fallirebbero nel consentire il riconoscimento della patologia.

Infine, le limitazioni dell'approccio DSM non riguardavano solo la concettualizzazione del NPD, quanto anche problematiche di tipo statistico legate alla consistenza interna dell'insieme dei criteri previsti. Infatti, nel corso del tempo gli studi condotti sui questionari e le interviste diagnostiche legate al DSM hanno riportato risultati contrastanti riguardo l'attendibilità delle scale sul narcisismo (Blais, Holdwick, e Castlebury, 1997; Blais e Norman, 1997; Grilo e

McGlashan, 2000; Grilo, McGlashan, Morey, Gunderson et al., 2001; Maffei, Fossati, Agostani, Barraco et al., 1997; Morey, 1985, 1988a; Pfohl, Coryell, e Zimmerman, 1986; Widiger e Sanderson, 1987) e hanno evidenziato correlazioni modeste tra i criteri (Grilo e McGlashan, 2000; Grilo et al., 2001).

La mancanza di criteri che fossero in grado di cogliere la manifestazione fenotipica vulnerabile del NPD è diventata nel tempo una critica condivisa (Gabbard, 2009; Miller, Widiger e Campbell, 2014; Ronningstam, 2009; 2011). In questo senso, qualcosa di differente sembrava poter essere auspicabile per la nuova versione del DSM (DSM-5; APA, 2013). Dopo un'iniziale proposta di eliminare completamente il NPD a causa della sua frequente comorbidità con altri disturbi di personalità e la supposta scarsa prevalenza nella popolazione generale e clinica (Skodol, Bender, Morey, Clark, et al., 2011), l'intervento di molti clinici e ricercatori esperti di disturbi di personalità ha portato il gruppo di lavoro sui PDs a rivedere la propria posizione. Secondo alcuni autori, infatti, i dati portati a sostegno della necessità di eliminare il disturbo erano imputabili ad una scarsa attenzione clinica rivolta allo stesso, e alla superficiale e parziale interpretazione delle ricerche empiriche condotte nel corso degli anni, nonché alla riduzione del NPD alla sola manifestazione grandiosa (Levy, Reynoso, Wasserman e Clarkin, 2007; ; Ronningstam, 2011). Ronningstam (2011) infatti, al fine di favorire una reintegrazione del disturbo all'interno della classificazione del DSM-5, ha condotto una revisione più attenta della letteratura sul narcisismo evidenziando alcuni elementi chiave: tassi di prevalenza significativi, report clinici ed empirici dettagliati, il valore psichiatrico e sociale del disturbo, e soprattutto la necessità di una riconcettualizzazione che includesse sia la componente grandiosa sia vulnerabile (vedi Madeddu e Di Pierro, 2014 per una review sul processo di elaborazione della proposta di classificazione dei PDs nel DSM-5). D'altra parte, gli stessi membri del gruppo di lavoro sui PDs avevano preso atto delle numerose ricerche che attestavano la presenza di entrambe le varianti del disturbo (Skodol et al., 2011). La proposta definitiva per la

classificazione dei PDs nel DSM-5, però, è stata rigettata ed inclusa nella Sezione III come *“Modello alternativo del DSM-5 per i disturbi di personalità”*, mantenendo invece la classificazione ufficiale inalterata rispetto alla versione precedente del manuale. D’altra parte, considerando il modello alternativo, la proposta per il NPD sembra ancora una volta prevalentemente focalizzata sulla variante grandiosa del narcisismo tanto che i tratti specifici distintivi del disturbo si riferiscono esclusivamente al dominio di antagonismo (grandiosità e ricerca di attenzione); mentre gli unici accenni ad aspetti assimilabili alla componente vulnerabile sono rintracciabili nel criterio A in riferimento alla compromissione del funzionamento della personalità (Miller, Gentile, Wilson e Campbell, 2013). Ad esempio, nel dominio dell’Identità si fa riferimento a *“autovalutazione esageratamente alta o bassa, o oscillante tra questi due estremi”*, e al fatto che *“la regolazione emotiva rispecchia le fluttuazioni dell’autostima”* (APA, 2013, pag. 890). Infine, altro elemento che fa riferimento alla manifestazione fenotipica vulnerabile viene riferita negli *“specificatori”* del disturbo, in cui si cita *“Altri tratti dell’affettività negativa possono essere specificati per evidenziare quadri più «vulnerabili»”* (APA, 2013, pag. 891).

Sebbene gli sforzi attuati da clinici e ricercatori durante la fase di elaborazione del DSM-5 per promuovere una riconcettualizzazione più esaustiva della patologia narcisistica che comprendesse sia gli stati grandiosi sia quelli vulnerabili non siano stati soddisfatti, il lavoro svolto ha consentito di promuovere un movimento di integrazione tra i diversi campi di conoscenza nei quali il narcisismo è stato oggetto di studio. In questo senso, ora è possibile disporre di un quadro più completo e meno frammentario all’interno del quale è possibile rintracciare punti di convergenza e divergenza tra le diverse concettualizzazioni del narcisismo patologico, quindi tra i dati scientifici prodotti nel corso di questo lungo tempo.

1.1.2 Il narcisismo patologico secondo l'approccio clinico

Se il riconoscimento esplicito delle due principali manifestazioni del disturbo narcisistico di personalità nell'ambito psichiatrico sia stata una conquista abbastanza recente, teorie e ricerche empiriche condotte nell'ambito della psicologia clinica hanno evidenziato la loro esistenza già da tempo. Le prime descrizioni delle due manifestazioni fenotipiche della patologia narcisistica, infatti, risalgono alle teorie di Kohut e Kernberg elaborate tra gli anni Settanta e gli anni Ottanta: il primo si era basato sull'osservazione di pazienti ambulatoriali mentre il secondo sull'osservazione di pazienti prevalentemente ospedalizzati. Mentre Kohut (1971; 1977) aveva approfondito soprattutto i temi vulnerabili connessi alle manifestazioni della patologia narcisistica, attraverso la descrizione di individui tendenti alla frammentazione del Sé; Kernberg (1974; 1984) si era concentrato sulla descrizione del versante più grandioso della patologia narcisistica, descrivendo soprattutto soggetti caratterizzati da intensi sentimenti di invidia e aggressività, costantemente alla ricerca di attenzioni e consenso da parte degli altri.

Sebbene le due teorie sopracitate mettessero in luce diversi fattori eziologici predisponenti allo sviluppo della patologia narcisistica, entrambe le concettualizzazioni sostenevano che il narcisismo non fosse patologico di per sé. In entrambe le teorizzazioni, infatti, il narcisismo corrisponde ad un aspetto comune e adattivo nelle fasi iniziali del processo evolutivo individuale, il quale dovrebbe poi evolvere verso bisogni più maturi. In tale fase evolutiva, i bisogni narcisistici adattivi consentirebbero di mantenere un senso di sé coeso e livelli di autostima adeguati e realistici grazie ai feedback provenienti dall'esterno. Al contrario, tali bisogni assumerebbero un senso patologico qualora vi sia una persistenza degli stessi anche in fasi evolutive successive. In questo senso, infatti, si registrerebbe una cronica incapacità del soggetto di mantenere una sufficiente coesione del sé e livelli adeguati di autostima in assenza dei feedback esterni di conferma e riconoscimento.

A partire da queste prime concettualizzazioni, si è assistito al tentativo di promuovere una comprensione fenomenologica sempre più esaustiva della patologia narcisistica attraverso l'elaborazione di differenti teorie, così come alla proliferazione di ricerche empiriche sul tema (Cain et al., 2008). In particolare Ronningstam (2005a; 2005b), una delle maggiori esperte di narcisismo patologico attualmente, ha sintetizzato le due manifestazioni fenotipiche in un unico modello teorico. Alla base di entrambe le manifestazioni, infatti, sarebbero presenti disregolazione affettiva, deficit di autostima, e difficoltà nelle relazioni interpersonali. Ciò che differenzerebbe i due stati, invece, sarebbe rintracciabile nelle modalità e strategie attraverso cui tali difficoltà vengono affrontate. Nel caso del quadro grandioso, la scarsa autostima sarebbe compensata dalla costruzione di un senso di superiorità irrealistica e dalla creazione di fantasie grandiose nelle quali l'individuo è assorbito. Di conseguenza, le manifestazioni più frequenti farebbero riferimento all'esplicitazione di aspettative irrealistiche di soddisfazione dei propri diritti, comportamenti di sfruttamento interpersonale, scarsa empatia e intensi sentimenti di invidia (provati e percepiti come provenienti dagli altri). In modo diverso, il quadro vulnerabile del narcisismo patologico sarebbe caratterizzato dalla tendenza a compensare la scarsa autostima attraverso la creazione di fantasie grandiose, con l'emergere però di intensi vissuti di vergogna per i propri bisogni e le proprie ambizioni. Il principale tema affettivo in questo caso, quindi, non sarebbe l'invidia o l'aggressività, quanto la vergogna. Infine, le relazioni interpersonali non sarebbero disturbate dalla tendenza allo sfruttamento ma dall'ipersensibilità al rifiuto e alle critiche, elemento che giustificerebbe il ritiro sociale spesso osservabile.

Uno dei principali limiti dell'approccio clinico al narcisismo patologico è consistito nella variabilità terminologica utilizzata per riferirsi alle sue manifestazioni nelle diverse teorie elaborate. Come ben illustrato da Cain et al. (2008), infatti, nel corso del tempo sono state utilizzate etichette terminologiche differenti per riferirsi a fenomeni simili ma non del tutto sovrapponibili dal punto di vista concettuale. Ad esempio, temi di grandiosità narcisistica sono

stati indicati mediante termini quali “*scissione orizzontale*” (Kohut, 1971), “*overt*” (Cooper, 1981; Akhtar e Thomson, 1982), “*egoista*” (Broucek, 1982), “*dalla pelle spessa*” (Rosenfeld, 1987), “*inconsapevole*” (Gabbard, 1989), “*esibizionista*” (Masterson, 1993), o “*arrogante*” (Ronningstam, 2005b). Allo stesso modo, temi di vulnerabilità narcisistica sono stati indicati con termini come “*scissione verticale*” (Kohut, 1971), “*covert*” (Cooper, 1981; Akhtar e Thomson, 1982), “*dissociato*” (Broucek, 1982), “*dalla pelle sottile*” (Rosenfeld, 1987), “*ipervigile*” (Gabbard, 1989), “*segreto*” (Masterson, 1993), o “*timido*” (Ronningstam, 2005b). Ovviamente, sebbene la confusione terminologica fosse in parte il riflesso della variabilità nell’espressione della patologia narcisistica, essa ha avuto ricadute importanti sulla possibilità di comparare modelli teorici diversi, così come studi empirici. Infatti, modelli teorici diversi mettevano in luce elementi diversi della patologia narcisistica portando con sé modi di operazionalizzare costrutti non del tutto sovrapponibili, con la conseguente difficoltà di integrare i risultati delle ricerche empiriche condotte.

In particolare, merita maggiore attenzione la confusione che si è protratta per anni riguardo l’utilizzo dei termini narcisismo “*overt*” e “*covert*” (Akhtar e Thomson, 1982). Sebbene tali termini fossero riferiti non tanto a specifiche manifestazioni fenotipiche di narcisismo patologico, quanto a modalità espressive esplicite ed implicite, esse sono state da molti confuse con la differenziazione tra manifestazione grandiosa e vulnerabile (Pincus, 2013). Al contrario, recentemente è stato dimostrato che non vi è alcuna evidenza empirica che supporti l’esistenza di specifiche tipologie di narcisismo overt e covert (Pincus e Lukowitsky, 2010). Inoltre, a sostegno di ciò, uno studio condotto da Fossati et al. (2005) aveva dimostrato come anche dall’analisi dei criteri del DSM per il NPD emergeva l’esistenza di due fattori indicanti rispettivamente la dimensione overt e covert delle manifestazioni comportamentali di grandiosità narcisistica. Le espressioni covert rifletterebero pensieri, sentimenti, motivazioni e bisogni del soggetto; mentre le espressioni overt si riferirebbero alla manifestazione esplicita di

comportamenti, atteggiamenti ed emozioni. Così, sia la grandiosità narcisistica sia la vulnerabilità narcisistica potrebbero essere espresse in modalità overt e covert. In questo senso, Pincus (2013) chiarisce meglio tale distinzione fornendo alcuni esempi clinici che mettono in evidenza come rientrino nella grandiosità overt comportamenti che esprimono arroganza e sfruttamento interpersonale, mentre la grandiosità covert potrebbe esprimersi mediante l'assorbimento in fantasie di ammirazione e successo vissute dal soggetto senza essere esplicitate; allo stesso modo, la vulnerabilità narcisistica potrebbe essere espressa in forma overt attraverso la manifestazione di reazioni di rabbia a fronte di ferite narcisistiche, mentre la vulnerabilità covert potrebbe essere espressa mediante sentimenti di vergogna, svalutazione dell'immagine di sé e ritiro sociale. Questa erronea attribuzione dell'equivalenza narcisismo overt/grandioso e narcisismo covert/vulnerabile è così radicata nella letteratura clinica che ancora recentemente alcune ricerche sembrano basarsi su presupposti erronei (Fossati, Borroni, Eisenberg e Maffei, 2010; Given-Wilson, McIlwain, Warburton, 2011; Zondag, Van Halen e Wojtkowiak, 2009) che quindi in qualche modo contribuiscono a rallentare l'acquisizione di una conoscenza più esaustiva e completa sul narcisismo patologico.

1.2 Una nuova definizione di narcisismo patologico

Sino ad ora sono state illustrate le principali limitazioni che hanno segnato la letteratura teorica ed empirica sulla patologia narcisistica nell'ambito dell'approccio clinico e psichiatrico. Come riportato, tali limitazioni hanno inevitabilmente sfavorito l'elaborazione di una definizione univoca ed esaustiva del fenomeno. Come ben espresso da McGrath (2005), infatti, la disparità tra tassonomia diagnostica e fenomeni clinici è stata per molto tempo ignorata e larga parte della

ricerca empirica non si è posta sostanzialmente il problema. Il risultato è stato l'accumularsi di un gran numero di ricerche e conoscenze sul narcisismo scarsamente integrabili.

Partendo da tali limitazioni, recentemente Pincus (2013) ha elaborato una definizione e concettualizzazione di narcisismo patologico che sta riscontrando il favore di esperti appartenenti a diversi ambiti della ricerca e della pratica clinica. La definizione elaborata dall'autore, infatti, tenta di integrare in modo coerente i dati provenienti da diverse discipline: vengono quindi distinti alcuni aspetti che per lungo tempo sono stati confusi nella letteratura teorica ed empirica sul narcisismo. Pincus e Lukowitsky (2010), infatti, sottolineano quattro aspetti interpretativi del narcisismo patologico: la natura del narcisismo (sano vs patologico), la descrizione fenotipica (grandiosità vs vulnerabilità), le modalità espressive (overt vs covert), e la struttura (categoria, dimensione, prototipo). In questo senso, il livello di definizione psicopatologico risulta legato primariamente ai processi e alle strutture psicologiche sottostanti, ovvero ai bisogni, motivazioni e capacità di regolazione; mentre il livello di descrizione delle sue manifestazioni fenotipiche risulta legato principalmente alle modalità con cui tali caratteristiche psicologiche si esprimono attraverso comportamenti, sentimenti e pensieri (Pincus, Lukowitsky, e Wright, 2010).

Secondo questa concettualizzazione, il narcisismo viene definito come la capacità dell'individuo di mantenere un'immagine di sé relativamente positiva attraverso processi di autoregolazione, regolazione affettiva e interpersonale. Tale capacità, inoltre, sottintende la presenza di bisogni di riconoscimento e ammirazione, che portano a ricercare nell'ambiente sociale esperienze di rinforzo del Sé (Pincus, 2009; Pincus e Roche, 2011). Il narcisismo, inteso nella sua componente adattiva, assumerebbe un'accezione patologica qualora si associasse a caratteristiche di rigidità e pervasività, nonché coesistenza con deficit nelle capacità di autoregolazione. La principale disfunzione del narcisismo patologico, infatti, consiste nel fatto che gli intensi bisogni di ammirazione e riconoscimento finiscono con l'assorbire interamente l'individuo nella ricerca di

esperienze esterne che possano soddisfarli e fornire gratificazione. Sebbene la ricerca di fonti esterne di riconoscimento non sia di per sé patologica (Hepper, Gramzow, e Sedikides, 2010), essa lo diventa quando le strategie utilizzate per raggiungere tale fine risultano inappropriate. Tipico del narcisismo patologico, infatti, è l'incapacità di gestire e soddisfare i propri bisogni in modo adeguato, tanto che la ricerca di esperienze di rinforzo del sé diventa il primario obiettivo del soggetto a prescindere da tempistiche e contesti, obiettivo che può essere perseguito mediante modalità esplicite (overt) o implicite (covert) inappropriate. Quindi, sebbene il narcisismo sano consenta all'individuo di affrontare efficacemente anche eventuali frustrazioni mantenendo sufficienti livelli di autostima e attraverso una adeguata regolazione delle emozioni negative; ciò non avviene nel caso del narcisismo patologico. In questo caso, infatti, eventuali frustrazioni portano generalmente ad un acuirsi della sensibilità verso esperienze soprattutto di natura interpersonale, con conseguenze importanti nella capacità di regolare l'autostima e le emozioni negative.

A fronte di tale concettualizzazione, le manifestazioni fenotipiche di grandiosità e vulnerabilità diventano semplicemente modalità prevalenti di gestire, affrontare e manifestare tale nucleo patologico. La grandiosità narcisistica si associa a comportamenti e atteggiamenti basati su caratteristiche di arroganza, presuntuosità e dominanza; la vulnerabilità narcisistica si associa a vissuti di rabbia, aggressività, vergogna, vuoto, assenza di speranza e ritiro sociale (Akhtar, 2003; Dickinson e Pincus, 2003; Kohut e Wolf, 1978; Pincus et al., 2009; Ronningstam, 2005a). Nonostante ciò, gli autori sottolineano che tali caratteristiche non devono essere confuse con elementi definitivi della patologia, in quanto rappresentano esclusivamente elementi descrittivi delle due modalità espressive del narcisismo patologico (Pincus e Roche, 2011). Ciò che definisce le due manifestazioni fenotipiche è la presenza di intensi bisogni narcisistici pervasivi, la cui soddisfazione diventa obiettivo vitale per il soggetto in assenza di capacità adeguate di autoregolazione.

Un elemento innovativo nella concettualizzazione contemporanea della patologia narcisistica concerne anche i rapporti tra le due manifestazioni fenotipiche. Secondo essa, infatti, le due non si escluderebbero vicendevolmente. Al contrario, le due modalità espressive della patologia narcisistica coesisterebbero, e si alternerebbero. Pincus (2013) afferma che *“la grandiosità narcisistica coinvolge il percepire intensamente bisogni di riconoscimento e ammirazione che portano a ricercare immediatamente esperienze di rinforzo del sé. Quando questo predomina nella personalità, l’individuo è al contempo vulnerabile ad un incremento della sensibilità a minacce del sé e a conseguente disregolazione affettiva e comportamentale”* (pag. 98).

Tale elemento innovativo all’interno della letteratura teorica ed empirica sul narcisismo patologico risulta in linea con le informazioni derivanti dalla pratica clinica. Infatti, spesso i clinici esperti di disturbi di personalità hanno sottolineato come generalmente i pazienti narcisisti giungano in consultazione durante gli stati vulnerabili, e come durante il trattamento sia frequente l’alternarsi stati di grandiosità e vulnerabilità nel medesimo individuo (Pincus, Cain, e Wright, 2014).

In conclusione, la concettualizzazione di narcisismo patologico elaborata da Pincus (2013) sembrerebbe avere i caratteri di esaustività ed unicità che per molto tempo sono mancati e che hanno inevitabilmente rallentato la ricerca sul narcisismo patologico. Attraverso tale definizione, infatti, si è tentato di sistematizzare alcuni elementi che sino ad ora erano rimasti piuttosto confusi, come la distinzione tra narcisismo adattivo e narcisismo patologico, la differenziazione tra manifestazione grandiosa e vulnerabile, e le modalità espressive overt e covert.

In questo senso, la concettualizzazione contemporanea della patologia narcisistica potrebbe rappresentare una nuova opportunità nel panorama clinico e di ricerca, segnando un punto di partenza comune che possa favorire l’integrazione di ricerche empiriche condotte attraverso differenti approcci scientifici.

CAPITOLO 2

MISURAZIONI SELF-REPORT DEL NARCISISMO PATOLOGICO IN ITALIA

La lunga storia dello studio del costrutto di narcisismo all'interno dei diversi saperi della psicologia e della psichiatria ha portato con sé la costruzione di un gran numero di strumenti volti a valutarlo. Tra questi si annoverano interviste strutturate e semi-strutturate, strumenti self-report, misure eterosomministrate, e procedure di valutazione clinica (per una review vedi Watson e Bagby, 2011).

Purtroppo, per molto tempo gli strumenti disponibili alla ricerca e alla pratica clinica si sono dimostrati inadeguati per due principali ordini di ragioni. In primo luogo, la maggior parte degli strumenti non era stata costruita per la specifica valutazione del narcisismo, bensì per una più generale valutazione della personalità o della sua patologia (nelle sue diverse forme e categorie diagnostiche). Ancora, la maggior parte degli strumenti era basata sulla concettualizzazione del NPD promossa dal DSM, e che ora sappiamo essere inadeguata ed insufficiente nel cogliere l'intero spettro della patologia narcisistica (vedi Capitolo1). Infine, i pochi strumenti elaborati per valutare nello specifico le manifestazioni narcisistiche hanno evidenziato nel tempo importanti limiti sia di natura concettuale sia psicometrica, rendendo le misurazioni ottenute mediante essi poco attendibili.

All'interno del presente capitolo verranno presentati esclusivamente gli strumenti self-report di valutazione del narcisismo, data l'importanza che tali strumenti hanno rivestito per la ricerca empirica. In particolare, verranno dapprima presentati brevemente gli strumenti volti alla più generale valutazione della patologia di personalità e contenenti scale per il narcisismo, quindi maggiore attenzione verrà data alla descrizione delle caratteristiche e dei limiti dei due strumenti costruiti per la specifica valutazione del narcisismo patologico: il Narcissistic Personality Inventory e il Hypersensitive Narcissism Scale. Infine, verranno presentate le caratteristiche del Pathological Narcissism Inventory, uno strumento elaborato recentemente per valutare l'intero spettro della patologia narcisistica, ovvero entrambe le manifestazioni fenotipiche di grandiosità e vulnerabilità.

2.1 I principali strumenti self-report per la valutazione del narcisismo patologico

Tra i numerosi strumenti costruiti nel corso del tempo, particolare importanza hanno assunto le misurazioni self-report frequentemente utilizzate nell'ambito della psicologia clinica, della psicologia sociale/di personalità e della psichiatria. Infatti, nonostante tali misurazioni portino spesso ad una sovrastima dei PDs rispetto all'utilizzo di interviste cliniche (Zimmerman, 1994), esse hanno indubbi vantaggi: si dimostrano più affidabili nella somministrazione e nello scoring, e comportano minori costi nella somministrazione (Watson e Bagby, 2011). Ancora, alcuni strumenti self-report comprendono scale di validità che consentono di tenere sotto controllo la possibilità che il soggetto abbia fornito risposte intenzionalmente distorte, elemento cruciale nel caso della valutazione di tratti narcisistici.

Per lungo tempo gli strumenti self-report utilizzati per la valutazione del narcisismo patologico corrispondevano a misurazioni più generali della patologia di personalità, strettamente legati alla concettualizzazione psichiatrica della stessa oppure basati su modelli dimensionali descrittivi della personalità sana (da cui poi venivano tratte informazioni in senso patologico). In questo contesto estremamente frammentario, sono stati poi creati due strumenti ad hoc, ovvero specificamente volti alla valutazione esclusiva del narcisismo patologico rispettivamente nella sua componente grandiosa e vulnerabile. Tali strumenti, quindi, hanno rappresentato un punto di svolta e, in quanto tali, hanno a lungo influenzato la ricerca empirica sul narcisismo. Con il passare del tempo e l'accumularsi di conoscenze scientifiche, però, si sono rese sempre più evidenti le relative limitazioni concettuali e psicometriche, nonché le implicazioni che il loro utilizzo poteva comportare per lo studio del narcisismo patologico.

2.1.1 Strumenti self-report “non specifici”

Gli strumenti self-report “non specifici”, ovvero costruiti per valutare in generale la patologia di personalità e contenenti scale sul narcisismo sono classificabili in due categorie: gli strumenti volti alla valutazione dei PDs secondo l'approccio DSM; gli strumenti costruiti al fine di misurare aspetti propri di modelli dimensionali del funzionamento adattivo della personalità (da cui poi vengono estratti i tratti propri del NPD).

All'interno della prima delle due categorie indicate, si colloca il *Personality Diagnostic Questionnaire – 4* (PDQ-4; Hyler, 1994), uno strumento self-report composto da 99 item dicotomici (vero/falso) che consente di valutare la presenza dei PDs secondo la classificazione del DSM-IV (oltre al disturbo di personalità passivo-aggressivo e depressivo). Gli item dello strumento corrispondono ai criteri inclusi nella descrizione diagnostica di ciascun disturbo di

personalità così come riportati nel manuale. La presenza di uno specifico disturbo è quindi definito dalla presenza di un certo numero di item positivi, in accordo con le soglie stabilite dal DSM-IV. Il PDQ-4 non può però essere considerato un valido strumento di misurazione dei PDs ed in particolare del NPD. Infatti, diversi sono i limiti che lo caratterizzano. In primo luogo, esso ha mostrato inadeguati indici di consistenza interna per tutte le scale sia in campo internazionale (Wilberg, Dammen, e Friis, 2000) sia in Italia (Fossati et al., 1998). In particolare, la versione italiana dello strumento ha mostrato indici di consistenza interna compresi tra .46 e .71, con un indice di .58 per la scala del NPD. Ciò rende, quindi, inadeguate le misure dei PDs ottenute mediante lo strumento. Ancora, Fossati et al. (1998) hanno evidenziato la tendenza dello strumento a sovrastimare significativamente la presenza di PDs a causa dell'alta frequenza di falsi positivi. Infine, elemento di importante rilevanza, il PDQ-4 mostrava scarse correlazioni con le diagnosi ottenute mediante SCID-II (First, Spitzer, Williams, e Benjamin, 1997). Tale dato appare alquanto significativo, infatti, se si considera che sia gli item del PDQ-4 sia le domande poste dalla SCID-II sono basati sui medesimi criteri, ovvero quelli contenuti nel DSM-IV.

Esempi di strumenti self-report rientranti nella seconda delle due categorie sopra citate, invece, sono il *NEO Personality Inventory – Revised*, il *Minnesota Multiphasic Personality Inventory – 2*, il *Millon Clinical Multiaxial Inventory – III*, e il *Dimensional Assessment of Personality Pathology – Basic Questionnaire*.

Il *NEO Personality Inventory – Revised* (NEO PI-R; Costa e McCrae, 1992) è uno strumento self-report composto da 240 item che misurano i domini principali del *Five Factor Model* (FFM), ovvero un modello dimensionale della personalità (Costa e McCrae, 1990; Digman, 1990). Sebbene il FFM sia un modello esplicativo della personalità sana, infatti, esso si presta anche ad applicazioni in termini di patologia della personalità. Gli item dello strumento sono misurati su una scala likert a 5 punti (0= fortemente in disaccordo; 4= fortemente d'accordo) e

valutano cinque domini di personalità: *Nevroticismo* (N), *Estroversione* (E), *Apertura all'esperienza* (O), *Gradevolezza* (A) e *Coscientosità* (C). Ogni dominio, inoltre, viene descritto da sei sottodimensioni. Il dominio N è descritto da ansia, ostilità rabbiosa, depressione, coscienza di sé, impulsività, vulnerabilità; il dominio E è descritto da cordialità, assertività, attività, ricerca di situazioni stimolanti, emozioni positive, gregarismo; il dominio O è descritto da fantasia, gusto estetico, apertura ai sentimenti, alle azioni, alle idee, ai valori; il dominio A è descritto da fiducia, altruismo, condiscendenza, modestia, ottimismo, lealtà; il dominio C è descritto da competenza, ordine, rispettosità, impegno per il successo, autodisciplina, decisione.

Sebbene il NEO PI-R sia uno strumento diffusamente utilizzato anche per la valutazione dei PDs, diversi studi hanno mostrato che i migliori indicatori di patologia della personalità non sono i domini bensì le loro sottodimensioni (Clark, 2007; Saulsman e Page, 2004; Widiger e Simonsen, 2005). Ad esempio, per quanto concerne la specifica relazione tra NEO PI-R e narcisismo patologico, uno studio condotto utilizzando il parere di esperti di PDs ha mostrato come il profilo prototipico del NPD sia caratterizzato da bassi livelli di tutte le dimensioni del dominio Gradevolezza, bassi livelli di apertura ai sentimenti, cordialità, e coscienza di sé, ed infine da alti livelli di ostilità rabbiosa, assertività, ricerca di situazioni stimolanti e apertura verso le azioni (Lynam e Widiger, 2001). Nonostante lo strumento abbia mostrato buone proprietà psicometriche nel corso del tempo, la sua versione italiana ha ottenuto risultati e pareri contrastanti per quanto concerne la sua struttura. Infatti, Caprara, Barbaranelli, Hahn, e Comrey (2001) hanno riportato risultati che non replicavano la struttura fattoriale originaria; mentre Terracciano (2003) ha replicato la struttura riportata in letteratura. In particolare, nello studio di Caprara et al. (2001) le sottodimensioni dei domini di Estroversione e Gradevolezza sembravano associarsi in modo misto, non fornendo una descrizione solida dei rispettivi domini. In conclusione, quindi, tali risultati suggeriscono che la versione italiana del NEO PI-R non sia un'attendibile misura della personalità, e di conseguenza del narcisismo patologico.

Il Minnesota Multiphasic Personality Inventory – 2 (MMPI-2; Butcher, Graham, Ben-Porath, Tellegen, Dahlstrom, e Kaemmer, 2001) è uno strumento composto da 567 item dicotomici (vero/falso) che misurano caratteristiche di personalità e di psicopatologia. A partire dalla prima versione del MMPI (Hathaway e McKinley, 1943), molti autori hanno tentato di costruire scale di valutazione dei PDs. Uno degli strumenti più conosciuti in questo senso sono le scale di valutazione dei PDs create e introdotte nella seconda versione dello strumento da Morey, Waugh, e Blashfield (1985) secondo la classificazione del DSM-III. Esse prevedono scale comuni ai PDs e scale specifiche per ciascun disturbo previsto nella classificazione. In particolare, la scala del NPD risulta composta da 31 item. Tale scala ha mostrato di essere in grado di discriminare pazienti clinici (vs soggetti non clinici) e di avere importanti associazioni con altre misure di narcisismo in soggetti non clinici (Chatham, Tibbals, e Harrington, 1993; Rathvon e Holmstrom, 1996). Nonostante ciò, alcuni autori hanno suggerito che la scala cogliesse gli aspetti più adattivi del continuum narcisistico, avendo riscontrato assenza di correlazione con indici di distress psicologico (Rathvon e Holmstrom, 1996).

Un'altra scala di valutazione del narcisismo derivata dagli item del MMPI-II è la *Personality and Psychopathology Five* (PSY-5; Arnau, Handel, e Archer, 2005; Harkness e McNulty, 1994; Harkness, McNulty, Ben-Porath, e Graham, 2002). Essa deriva dal modello dimensionale della patologia di personalità elaborato da Harkness (1992; Harkness & McNulty, 1994) che comprende cinque principali domini: *Aggressività*, *Psicoticismo*, *Alterazione dell'Autocontrollo*, *Nevroticismo*, e *Introversione*. Tali domini, inoltre, sono descritti da relative sottodimensioni (Arnau et al., 2005). In particolare, il dominio di *Aggressività* è descritto dalle dimensioni di assertività, aggressività fisica e grandiosità; il dominio di *Psicoticismo* è descritto dalle dimensioni di esperienze psicotiche, paranoia, e sfiducia/ritiro; il dominio di *Alterazione dell'autocontrollo* è descritto dalle dimensioni di storia antisociale e impulsività; il dominio di *Nevroticismo* è descritto dalle dimensioni di irritabilità/disforia e fobie; infine il dominio di

Introversione è descritto dalle dimensioni di disimpegno/anedonia, bassa socievolezza e basso impegno/ipomania. Lo strumento ha mostrato nel tempo buone proprietà psicometriche quali indici di consistenza interna, invarianza strutturale e validità di costrutto (Bagby, Ryder, Benda, Bacchioni, & Parker, 2002; Petroskey, Ben-Porath, e Stafford, 2003; Rouse, Finger, & Butcher, 1999; Trull, Ueda, Costa, & McCrae, 1995). Per quanto concerne l'associazione tra lo strumento ed il narcisismo, sono state riscontrate associazioni positive tra la valutazione dimensionale delle diagnosi PDs mediante SCID-II e i domini di nevroticismo, psicoticismo, aggressività e alterazione dell'autocontrollo, nonostante le correlazioni trovate fossero modeste (Bagby, Sellbom, Costa, e Widiger, 2008). Inoltre, uno studio condotto recentemente (Quilty e Bagby, 2007) ha messo in dubbio la stabilità della struttura del PSY-5 descritta da Arnau et al. (2005), inficiando l'attendibilità dello strumento.

Il *Millon Clinical Multiaxial Inventory - III* (MCMI-III; Millon, Davis, e Millon, 1997) è uno strumento self-report composto da 175 item dicotomici (vero/falso) suddivisi in 24 scale cliniche, dieci delle quali dedicate alla valutazione dei PDs inclusi nella classificazione del DSM-IV (APA, 1994). Ogni scala per i PDs è stata costruita conformemente alla descrizione dei criteri forniti all'interno del manuale, e la scala per la valutazione del NPD consiste di 24 item. Tale scala ha mostrato sufficienti indici di consistenza interna ($\alpha = .67$) e di attendibilità test-retest (Millon et al., 1997). Anche in questo caso, lo strumento rappresenta il tentativo di operazionalizzare una teoria della personalità di matrice biologico-evoluzionista che prevede sei principali disposizioni che si organizzano lungo tre polarità: piacere vs dolore, passivo vs attivo, oggetto vs soggetto. Tali disposizioni rappresenterebbero la matrice comune della personalità normale e patologica, le quali si differenzerebbero per la flessibilità del funzionamento e l'equilibrio fra le tre polarità fondamentali. Sebbene tale strumento sia stato diffusamente utilizzato in ambito clinico, pochi studi sono stati condotti al fine di esaminare la teoria della

personalità sottintesa dallo strumento, e spesso quelli condotti hanno portato a risultati discutibili (O'Connor e Dyce, 1998).

Infine, il *Dimensional Assessment of Personality Pathology – Basic Questionnaire* (DAPP-BQ; Livesley e Jackson, 2009; Livesley, Jang, & Vernon, 1998) è uno strumento self-report nato in ambito clinico e composto da 290 item misurati su una scala Likert a 5 punti (0= fortemente diverso da me; 4= fortemente uguale a me). In accordo con il modello dimensionale elaborato da Livesley, Jackson, e Schroeder (1989), lo strumento consente di valutare 18 dimensioni specifiche della patologia di personalità: *Ansietà, Asservimento, Attaccamento insicuro, bassa Affiliazione, Compulsività, diminuita Espressività emotivo-affettiva, Insensibilità, Labilità emotivo-affettiva, Narcisismo, Oppositività, problemi di Intimità emotivo-affettiva, problemi Identitari, problemi nella Condotta, Regolazione cognitiva disfunzionale, Ricerca di stimoli, Riottosità, Sospettosità, tendenza Autolesiva*. Tutte le scale hanno mostrato una buona consistenza interna (*range* $\alpha = .90 - .95$) sia nello studio originale (Livesley e Jackson, 2009) sia in studi successivi (Donati, Ubbiali, Chiorri, e Hampton, in press; Maruta, Yamate, Iimori, Kato, e Livesley, 2006; Pukrop, Gentil, Steinbring, e Steinmeyer, 2001; van Kampen, 2002; Zheng et al., 2002). Tuttavia, la struttura fattoriale di secondo ordine dello strumento appare instabile. Mentre alcuni autori (Bagge e Trull, 2003; Brezo, Paris, Tremblay, Vitaro, e Turecki, 2008; Gutiérrez-Zotes et al., 2008; Livesley et al., 1998; Pukrop et al., 2001; Simonsen & Simonsen, 2009) hanno confermato la presenza dei quattro fattori sovraordinati indicati da Livesley e Jackson (2009), ovvero *Disregolazione Emotiva, Comportamento Asociale, Inibizione, e Compulsività*; altri studi non hanno replicato tali risultati. In particolare, sono state riscontrate soluzioni fattoriali di secondo ordine a cinque fattori (Clark, Livesley, Schroeder, & Irish, 1996; Goldner, Srikameswaran, Schroeder, Livesley, & Birmingham, 1999; Gutiérrez-Zotes et al., 2008; Larstone, Jang, Vernon, & Wolfe, 2002; Jang, Livesley, & Vernon, 1999; Schroeder, Wormworth, & Livesley, 1992; Wang, Du, Wang, Livesley, e Jang, 2004) e a sei fattori

(Gutiérrez-Zotes et al., 2008). Ed è proprio l'instabilità delle scale di secondo ordine che ha portato i ricercatori ad utilizzare lo strumento misurando esclusivamente le 18 sottoscale. Per quanto concerne la relazione tra il DAPP-BQ e i disturbi di personalità, uno studio recente ha evidenziato come i pazienti con diagnosi di PDs riportavano più alti livelli in tutti i domini e dimensioni dello strumento se confrontati con soggetti non clinici e pazienti senza diagnosi di PDs (Pukrop et al., 2001). Ancora, diversi studi (Bagge e Trull, 2003; Bagby, Marshall, e Georgiades, 2005; Kushner, Quilty, Tackett, e Bagby, 2011) hanno evidenziato che il NPD si associava principalmente ai domini di Disregolazione emotiva (range $r = .18 - .41$) e Comportamento asociale (range $r = .27 - .61$). Inoltre, gli studi condotti da Bagge e Trull (2003) e da Pukrop et al. (2009) concordano nel sottolineare come i criteri NPD siano associati alle dimensioni specifiche di Narcisismo (range $r = .56 - .80$), Insensibilità (.75) e Rifiuto (.77).

In sintesi, gli strumenti self-report sopra riportati hanno evidenziato una scarsa capacità di valutare lo spettro della patologia narcisistica a causa di inadeguate proprietà psicometriche e/o concettuali. D'altra parte, tra questi, nessuna delle misure era stata elaborata per valutare nello specifico la patologia narcisistica, quanto più in generale la patologia di personalità spesso in relazione all'approccio descrittivo del DSM, quindi con tutte le limitazioni che esso comporta in riferimento alla concettualizzazione del NPD (vedi par. 1.1.1).

Differente è invece il caso di altri due strumenti self-report più diffusamente usati nell'ambito della ricerca per la valutazione del narcisismo: il *Narcissistic Personality Inventory* ed il *Hypersensitive Narcissism Scale*. Data l'importanza che tali strumenti hanno rivestito nella letteratura scientifica internazionale sul narcisismo, essi verranno trattati singolarmente nei prossimi paragrafi.

2.1.2 Il Narcissistic Personality Inventory

Il *Narcissistic Personality Inventory* (NPI; Raskin e Hall, 1979) è lo strumento self-report più utilizzato per la valutazione del narcisismo (Ames, Rose, e Anderson, 2006; Cain et al., 2008). Nato nell'ambito della psicologia sociale/delle differenze individuali, esso è stato elaborato al fine di valutare il narcisismo in un'ottica multidimensionale anche in popolazioni non cliniche, tanto che alcuni autori sono arrivati a definirlo il principale strumento self-report di valutazione del narcisismo subclinico (Paulhus e Williams, 2002; Wallace e Baumeister, 2002). Nonostante ciò, esso risente fortemente della concettualizzazione del NPD promossa dal DSM-III (APA, 1980), e ciò lo ha reso per molto tempo un'importante strumento di valutazione in quanto applicabile sia in ambito clinico sia in ambito non clinico. Si basa, infatti, su una definizione del narcisismo dichiaratamente ateoretica – come quella del DSM – che rappresenta una lingua comune sia nella clinica sia nella ricerca, quindi utilizzabile da parte di esperti di diverso orientamento teorico (Fossati, Borroni, e Maffei, 2008).

Risentendo fortemente dell'influenza psichiatrica, il NPI misura caratteristiche prevalentemente riconducibili alla grandiosità narcisistica del DSM, quindi ad uno stile personologico caratterizzato da fantasie di successo, bellezza o potere illimitati, sensazione di avere diritto a tutto, elevata sensibilità alla critica e manipolazione nelle relazioni interpersonali.

Inizialmente costituito da 220 item (Raskin e Hall, 1979), il NPI è stato più volte riadattato (Emmons, 1984; 1987) sino ad arrivare alla versione attuale (Raskin e Terry, 1988). Attualmente, infatti, il NPI prevede 40 item, ciascuno dei quali è costituito da una coppia di affermazioni antitetiche relative ad atteggiamenti personali tra cui il soggetto è invitato a scegliere quella che maggiormente lo descrive come persona. Secondo quanto suggerito dagli autori, oltre ad un punteggio totale, lo strumento consentiva di misurare sette scale denominate *Autorità*, *Esibizionismo*, *Superiorità*, *Sentirsi in Diritto*, *Manipolazione*, *Auto-sufficienza* e *Vanità*.

In realtà, la struttura fattoriale del NPI rappresenta uno dei principali limiti dello strumento in quanto, come descritto successivamente, diversi studi hanno evidenziato una rilevante instabilità strutturale che ha fortemente inficiato nel corso del tempo l'attendibilità delle misurazioni ottenute.

Di certo, il NPI è stato uno strumento fondamentale per la misurazione del narcisismo per lungo tempo. Esso ha fortemente influenzato la letteratura scientifica sull'argomento, basti pensare che considerando il periodo temporale compreso tra il 1985 ed il 2006, si osserva una frequenza di utilizzo del NPI nelle ricerche sul narcisismo in ambito sociale/di personalità pari al 77% (Cain et al., 2008). In particolare, importanti progressi nella conoscenza scientifica sono stati fatti grazie all'utilizzo di questo strumento soprattutto in merito alla teorizzazione sulle capacità di autoregolazione nel funzionamento narcisistico (Kernis & Sun, 1994; Morf & Rhodewalt, 2001) e alla complessa associazione tra narcisismo e autostima esplicita (Raskin, Novacek, e Hogan, 1991a, 1991b; Brown e Zeigler-Hill, 2004; Sedikides, Rudich, Gregg, Kumashiro, e Rusbult, 2004; Zeigler-Hill, 2006). Alcuni studi recenti, infatti, utilizzando il NPI hanno chiarito la natura controversa di quest'ultima associazione, differenziando tra misure esplicite ed implicite di autostima. Zeigler-Hill (2006) ha evidenziato che i soggetti con alti punteggi di NPI riportano in genere anche alti livelli di autostima esplicita ma bassi livelli di autostima implicita. Ancora, Campbell e Foster (2007) hanno evidenziato che fossero proprio gli aspetti di dominanza insiti in alcune misure di autostima a correlare positivamente con la misura del NPI. Infine, per quanto concerne la relazione tra NPI e NPD, Miller et al. (2010) hanno mostrato correlazioni positive modeste sia in soggetti clinici ($r = .54$) sia in soggetti non clinici ($r = .59$), anche se il campione clinico aveva una scarsa numerosità ($N = 18$). Ancora, alcuni studi hanno riscontrato significative associazioni tra NPI e profili prototipici del disturbo narcisistico di personalità forniti da esperti clinici mediante il Five Factor Model (Lynam e Widiger, 2001; Samuel e

Widiger, 2004). Al contrario, invece, il NPI sembra fallire quando si studia l'associazione tra di esso e misure degli aspetti vulnerabili del narcisismo (Hendin e Cheek, 1997; Rose, 2002).

Come anticipato precedentemente, nonostante l'importanza che il NPI ha rivestito per molti anni nella ricerca scientifica sul narcisismo, esso non può attualmente essere considerato una misura attendibile dello spettro della patologia narcisistica. Infatti, esso è stato oggetto di numerose critiche a causa di limiti psicometrici e concettuali (Cain et al., 2008).

In primo luogo, alcuni autori hanno evidenziato che il NPI sembrerebbe valutare gli aspetti narcisistici adattivi piuttosto che gli aspetti patologici (Watson, Trimpeter, O'Leary, Morris, e Culhane, 2005-2006). Molte ricerche, infatti, hanno evidenziato che alti punteggi nel NPI sono spesso associati positivamente a misure di benessere psicologico (Brown, Budzek, e Tamborski, 2009; Campbell, Bosson, Goheen, Lakey, e Kernis, 2007). Tali dati sembrerebbero, quindi, contrastare la concettualizzazione clinica del narcisismo, ovvero il paradosso narcisistico per cui la grandiosità celerebbe una sottostante presenza di sentimenti di inadeguatezza (ad esempio bassi livelli di autostima) nei soggetti narcisistici (Ronningstam, 2005a). Ancora, Rosenthal e Hooley (2010) hanno sostenuto che il NPI confonderebbe il costrutto di narcisismo con quello di autostima, e hanno sottolineato come alcuni item (es. *vedo me stesso come un buon leader*) si discostino dalle caratteristiche proprie del disturbo così come concettualizzato nel DSM da cui il NPI trae origine. Oltre a ciò, diverse ricerche hanno dimostrato che il NPI fornisce una misura di narcisismo spesso non associata a compromissioni del funzionamento (Miller & Campbell, 2008; Miller, Campbell, & Pilkonis, 2007), al nevroticismo (Rhodewalt and Morf, 1995) o ad altri sintomi psicopatologici (Watson, Little, Sawrie, e Biderman, 1992). In questo senso, quindi, alcuni autori hanno suggerito che il punteggio totale del NPI rifletterebbe un mix confuso di aspetti adattivi e disadattivi del narcisismo, questi ultimi soprattutto connessi ai tratti di sfruttamento interpersonale e aspettative di diritto (Emmons, 1984, 1987; Watson, 2005; Watson et al., 1992; Watson, Varnell, & Morris, 1999, 2000).

Secondo un recente studio condotto su un ampio campione non clinico (Ackerman et al., 2011), l'aspetto adattivo del narcisismo misurato dallo strumento sembrerebbe poter essere confinato ad una sola delle dimensioni da esso indagato, ovvero alla componente Leadership/Autorità. L'autore sostiene che molte delle critiche rivolte al NPI, in realtà trarrebbero origine da ricerche metodologicamente inappropriate che hanno favorito il diffondersi di risultati poco significativi, se non addirittura distorti. Ad esempio l'associazione tra alti punteggi di narcisismo e alti livelli di autostima sarebbe relegata alla sola dimensione Leadership/Autorità, mentre la stessa associazione avrebbe segno inverso se si considera la dimensione Sfruttamento/Aspettative di diritto (Brown et al., 2009). Sebbene ciò aiuti i ricercatori a comprendere meglio la struttura del NPI, è pur vero che queste delucidazioni non sembrano essere sufficientemente convincenti se si considera che lo strumento viene generalmente utilizzato solo come punteggio totale a causa di problemi psicometrici che non consentono di poter utilizzare le relative singole dimensioni. Inoltre, recentemente Vater et al. (2013) hanno messo in dubbio l'utilità clinica del NPI mostrando come esso non fosse in grado di differenziare tra soggetti clinici e non clinici, e come eventuali differenze riscontrate fossero in realtà legate a differenze nei livelli di autostima. D'altra parte, anche Miller et al. (2010) avevano riscontrato punteggi minori di NPI in soggetti clinici rispetto a studenti universitari.

Per quanto concerne i problemi metodologici, il NPI è stato oggetto di numerose ricerche che hanno sottolineato l'instabilità della sua struttura fattoriale (Ackerman et al., 2011; Brown et al., 2009; Campbell et al., 2007), tanto da spingere i ricercatori a considerare valido solo il punteggio totale del questionario (Fossati et al., 2008; Pincus et al., 2009; Tamborski & Brown, 2011). I diversi studi condotti nel corso del tempo, infatti, hanno evidenziato soluzioni fattoriali a quattro dimensioni (Emmons, 1984), sette dimensioni (Raskin & Terry, 1988), tre dimensioni (Kubarych, Deary, e Austin, 2004), due dimensioni (Corry, Merritt, Mrug, e Pamp, 2008; Kubarych et al., 2004). Sebbene alcune delle ricerche abbiano utilizzato metodi di analisi fattoriale differenti (PCA e EFA), le discrepanze ottenute nel numero di fattori non possono

essere imputate a ciò, in quanto anche medesimi modelli di analisi fattoriale hanno dato occasionalmente risultati differenti (Corry et al., 2008, Emmons, 1984).

Infine, in aggiunta all'incertezza sul numero di dimensioni effettivamente misurate attraverso il NPI, numerose ricerche hanno evidenziato problematiche relative alla consistenza interna delle stesse (Tamborski & Brown, 2011). Sebbene la maggior parte delle ricerche abbiano attestato una buona consistenza interna del punteggio totale del NPI, tali standard non sembrano essere raggiunti dalle singole dimensioni, sia nella versione a 7 fattori sia a 4 fattori. In tutti gli studi condotti, infatti, le dimensioni valutate sembrano avere valori di consistenza interna che si pongono al di sotto del punteggio di .60, generalmente considerato il valore minimamente accettabile (Brown et al., 2009; del Rosario & White, 2005; Trzesniewski, Donnellan, e Robins, 2008). D'altronde, la presenza di una scarsa consistenza interna è un problema importante da considerare nell'utilizzo di uno strumento di valutazione, in quanto comporta la possibilità che gli item inclusi in una determinata scala non misurino effettivamente il costrutto che ci si propone di misurare, ponendo importanti limitazioni ai risultati ottenuti. E' forse questa una delle principali ragioni per le quali molti ricercatori hanno preferito utilizzare nelle loro ricerche esclusivamente il punteggio totale del NPI, riducendo la possibilità di ottenere una valutazione multidimensionale, e quindi più esaustiva, del costrutto di narcisismo.

Anche lo studio di validazione della versione italiana del NPI ha riscontrato i medesimi limiti (Fossati et al., 2008). Nella versione italiana, infatti, non è stata riscontrata alcuna soluzione fattoriale che potesse essere comune ai diversi gruppi di soggetti coinvolti nello studio, alimentando nuovamente il dubbio circa la multidimensionalità dello strumento. Infatti, gli stessi autori invitano ad utilizzare esclusivamente il punteggio totale del NPI il quale ha mostrato buoni indici di consistenza interna (*range* $\alpha = .81 - .89$).

Nonostante, quindi, il NPI sia stato il più importante strumento self-report di valutazione del narcisismo per molto tempo, ora non è più possibile ignorare la sua scarsa validità ed

attendibilità. Misurare un costrutto così complesso come quello della patologia narcisistica attraverso uno strumento unidimensionale (punteggio totale NPI), inoltre, appare inappropriato. Infine, anche dal punto di vista concettuale il NPI si è dimostrato uno strumento inadeguato alla misurazione del narcisismo patologico in quanto composto da un mix di aspetti adattivi e disadattivi difficilmente discriminabili all'interno dello stesso.

2.1.3 Il Hypersensitive Narcissism Scale

Il *Hypersensitive Narcissism Scale* (HSNS; Hendin e Cheek, 1997) è uno strumento self-report unidimensionale composto da 10 item misurati su una scala Likert a 5 punti (1= per niente tipico; 5= molto tipico). I soggetti sono invitati a fornire un punteggio per ogni item sulla base di quanto ciascuno di essi descriva il proprio modo di sentire e comportarsi. Il HSNS è stato elaborato al fine di colmare la mancanza di uno strumento specificamente volto alla valutazione del narcisismo vulnerabile covert, anche a fronte delle critiche rivolte alla concettualizzazione psichiatrica del NPD sulla base della quale erano stati costruiti molti degli strumenti disponibili in letteratura. Secondo gli autori, infatti, il HSNS avrebbe potuto incrementare gli studi scientifici sulla manifestazione fenotipica vulnerabile del narcisismo così da fornire elementi indiscutibili sulla sua legittimità. Diversi autori avevano sottolineato come il narcisismo vulnerabile potesse essere spesso confuso con altri disturbi, ed in particolare con il disturbo borderline di personalità e i disturbi del cluster A (Dickinson e Pincus, 2003; Fossati et al., 2009; Gabbard, 1998). Come i disturbi di cluster A, infatti, il narcisismo vulnerabile presenta spesso sentimenti di inadeguatezza, ipersensibilità agli stimoli sociali, ansia sociale, mancanza di fiducia nei confronti dell'altro, ritiro sociale e scarsa vita sessuale (Gabbard, 1998). In linea generale, lo strumento ha mostrato adeguati indici di consistenza interna nello studio originario

($\alpha = .75$) così come nella versione italiana (Fossati et al., 2009) sia all'interno del campione clinico ($\alpha = .71$) sia nel campione non clinico ($\alpha = .69$). Nello studio originario di validazione (Hendin e Cheek, 1997), il HSNS non ha mostrato associazioni significative con il punteggio totale del NPI ma è risultato correlato positivamente, seppur marginalmente, con la scala E/E del medesimo strumento; inoltre, ha mostrato associazioni significative con alcuni dei domini dei Big Five, ovvero correlazioni positive con il nevroticismo, e correlazioni negative con apertura all'esperienza, gradevolezza ed estroversione. All'interno dello studio di validazione della versione italiana (Fossati et al., 2009), il HSNS è risultato associato positivamente alla dimensione di evitamento del danno del *Temperament and Character Inventory – Revised* (TCI; Cloninger, 1999) e negativamente alle dimensioni di dipendenza dalla ricompensa, persistenza e cooperatività dello stesso strumento. In generale, le associazioni riscontrate con le dimensioni del Big Five e del TCI hanno portato alcuni autori a sostenere che, così come era stato suggerito per la relazione tra NPI e autostima, anche il HSNS non fosse in grado di valutare il narcisismo vulnerabile, quanto un indice più generale di insicurezza (Tamborski e Brown, 2011).

Per quanto concerne la relazione tra HSNS e disturbi di personalità, nello studio di Fossati et al. (2009) lo strumento ha mostrato associazioni positive con il numero di PDs e con diversi disturbi specifici soprattutto dei cluster A e B quali ad esempio il disturbo paranoide, il disturbo schizotipico, il disturbo narcisistico ed il disturbo borderline. Tutte le associazioni con tali disturbi, però, pur essendo significative risultavano marginali (*range* $\beta = .12 - .23$). Inoltre, i risultati non mostravano alcuna relazione specifica e privilegiata con il NPD rispetto agli altri disturbi di personalità.

In linea generali, quindi, i risultati ottenuti mediante l'uso del HSNS non sono stati del tutto soddisfacenti. Ancora, un'ulteriore critica all'attendibilità dello strumento può essere mossa in relazione alla sua struttura. Infatti, lo studio di validazione italiana ha riscontrato una soluzione fattoriale a due fattori, definiti rispettivamente *Egocentrismo* e *Ipersensibilità al giudizio*. Tali

fattori, sebbene non confermati da ulteriori studi, hanno evidenziato pattern di associazioni differenti con i PDs valutati dimensionalmente mediante SCID-II. Mentre la dimensione di Egocentrismo era associata in modo specifico al disturbo dipendente, al disturbo passivo-aggressivo e al NPD; la dimensione di Ipersensibilità al giudizio mostrava pattern di associazioni meno specifici con un maggior numero di disturbi. Fossati et al. (2009), hanno suggerito che il HSNS potesse rappresentare il punto di intersezione tra due aspetti dissociabili ma correlati, quindi non indipendenti. Sulla base di tale interpretazione, gli autori hanno legittimato l'utilizzo del punteggio totale dello strumento, invitando ad utilizzare le due dimensioni al solo fine di ottenere informazioni aggiuntive.

In sintesi, i limiti impliciti nell'utilizzo del HSNS possono essere ricondotti ancora una volta a problematiche concettuali (indice generale di insicurezza e non di narcisismo vulnerabile) e psicometriche (instabilità della struttura fattoriale). Inoltre, come per il NPI, la misurazione del costrutto di narcisismo patologico vulnerabile covert mediante uno strumento unidimensionale appare quantomeno inadeguata.

In conclusione, quanto esposto sino ad ora dovrebbe aver messo in luce le caratteristiche e i limiti dei due strumenti più utilizzati in letteratura per la valutazione del narcisismo patologico. Anche se spesso tali strumenti sono stati utilizzati in congiunzione nel tentativo di ottenere una valutazione quanto più completa dello spettro narcisistico (Otway & Vignoles, 2006; Smolewska & Dion, 2005; Wiehe, 2003; Zondag, 2004), infatti, ciò non è di certo bastato a colmare i limiti concettuali e psicometrici di entrambi.

2.2 Una nuova opportunità: Il Pathological Narcissism Inventory

Il *Pathological Narcissism Inventory* (PNI; Pincus et al., 2009) è stato costruito in tempi recenti al fine di colmare l'assenza di uno strumento self-report che fosse in grado di misurare in modo esaustivo e attendibile lo spettro narcisistico nella sua manifestazione grandiosa e vulnerabile. Come sopra descritto, infatti, nonostante molte ricerche avessero dimostrato che il narcisismo patologico potesse caratterizzarsi per due differenti manifestazioni fenotipiche (Dickinson & Pincus, 2003; Krizan & Johar, 2012; Rathvon & Holmsrom, 1996; Russ, Shedler, Bradley, & Westen, 2008; Wink, 1991, 1992, 1996; Zeigler-Hill & Besser, 2013), la maggior parte degli strumenti si focalizzava esclusivamente sulla manifestazione grandiosa. Inoltre, gli strumenti sino ad allora disponibili avevano mostrato importanti limiti psicometrici che inficiavano l'attendibilità delle loro misurazioni.

Nella sua forma attuale il PNI è uno strumento self-report composto da 52 item misurati su una scala Likert a 6 punti (0= non mi descrive affatto; 5= mi descrive alla perfezione). Esso consente di ottenere una valutazione multidimensionale del narcisismo patologico sia nella sua componente di grandiosità sia di vulnerabilità mediante sette sottoscale.

Il PNI è uno dei migliori strumenti disponibili in letteratura attualmente (Ronningstam, 2011), e la sua costruzione è stata il risultato del lavoro congiunto di clinici e ricercatori esperti che nutrivano la necessità di poter disporre di uno strumento esaustivo e completo, ma soprattutto clinicamente rilevante.

2.2.1 Costruzione dello strumento

Il processo di costruzione del PNI è stato preceduto da un'attenta revisione della letteratura teorica ed empirica sul narcisismo (Cain et al., 2008). Questa fase è stata in realtà fondamentale non solo per la costruzione del PNI, bensì anche per la possibilità di elaborare una nuova concettualizzazione di narcisismo patologico che fosse in grado di integrare i diversi saperi accumulati in decenni di studio, con particolare riferimento all'ambito clinico e psichiatrico. Il modello teorico, ampiamente descritto nel Capitolo 1 (par. 1.2), fornisce una definizione esaustiva di narcisismo patologico differenziando tra natura del narcisismo (sano vs patologico), caratteristiche del funzionamento disadattivo, manifestazioni fenotipiche (grandiosa vs vulnerabile) e modalità di espressione dei bisogni narcisistici (overt vs covert).

Come già espresso, la contemporanea definizione di narcisismo patologico ha consentito di chiarire e sistematizzare in un contesto esplicativo coerente elementi che per molto tempo sono stati fonte di confusione per ricercatori e clinici esperti, come ad esempio la differenza tra manifestazioni di grandiosità vs vulnerabilità, ed espressioni overt vs covert. In questo senso, l'elaborazione teorica contemporanea rappresenta una nuova opportunità anche in termini di ricerca. La possibilità di "mettere ordine", ovvero donare coerenza alla grande mole di conoscenze frammentarie accumulate nel corso del tempo, può consentire di percorrere una nuova strada: quella della condivisione e comunicazione interdisciplinare. La teorizzazione contemporanea del narcisismo patologico (Pincus, 2013), infatti, è una teoria di ampio respiro in quanto, sebbene di impronta clinica, essa è stata fondata sull'integrazione dei risultati delle ricerche condotte nel corso del tempo all'interno di diversi ambiti di ricerca.

Allo stesso modo, il PNI sembra poter rappresentare il principale strumento attraverso cui poter portare avanti questa nuova opportunità. Esso, infatti, rappresenta il risultato del processo di operalizzazione di questa nuova concettualizzazione. Il PNI è stato costruito con l'esplicita finalità di misurare il narcisismo patologico sia nelle sue manifestazioni grandiose sia

vulnerabili, con particolare attenzione non solo agli aspetti comportamentali quanto alle caratteristiche del funzionamento tipico di tale patologia, ovvero la coesistenza di bisogni narcisistici rigidi e pervasivi, e deficit di autoregolazione. Attualmente esso è l'unico strumento che consente di valutare il narcisismo patologico in senso multidimensionale (Pincus, 2013; Pincus et al., 2009; Wright, Lukowitsky, Pincus, e Conroy, 2010).

D'altra parte, il PNI ha forti radici nel campo della psicologia clinica. La prima fase di costruzione dello strumento è coincisa con l'identificazione delle principali dimensioni del costrutto di narcisismo patologico, grazie al coinvolgimento di un apposito team di lavoro costituito da docenti di corsi legati alla psicologia clinica, laureati/laureandi in psicologia clinica e psicoterapeuti. Le persone coinvolte nell'ambito accademico hanno eseguito tale compito a partire da un'attenta analisi della letteratura scientifica sul narcisismo; gli psicoterapeuti, invece, hanno fornito ed esaminato videoregistrazioni relative al trattamento di pazienti narcisisti al fine di mettere in luce le dimensioni principali della patologia. L'utilizzo di questi due principali canali di studio, ovvero la letteratura scientifica e il materiale prodotto dalla pratica clinica, ha consentito quindi di integrare le informazioni al fine di giungere all'individuazione di sette dimensioni comuni e predominanti nel narcisismo patologico. Le dimensioni così identificate corrispondevano ad autostima contingente, sfruttamento, senso di diritto, fantasie di grandiosità, svalutazione degli altri e del proprio bisogno degli altri, ritiro sociale narcisistico, e atti altruistici finalizzati al rinforzo del sé.

Al fine di individuare gli specifici item che avrebbero fatto parte dello strumento, sono state seguite le procedure suggerite da Clark e Watson (1995) e da Morey (2003). Dapprima il team di lavoro ha individuato un totale di 131 item che sembravano catturare le dimensioni sopra citate rispettando alcuni criteri specifici quali concisione, chiarezza semantica, esclusione di espressioni colloquiali o di gergo professionale, e minimizzazione delle possibili sovrapposizioni semantiche. Quindi, gli item identificati in tale modo sono stati sottoposti a

revisione. Ogni partecipante al team di lavoro è stato invitato a fornire un giudizio sulla rilevanza e qualità di ciascun item assegnando un punteggio su una scala ordinale a tre punti (1= non accettabile; 3= buono). Sulla base di tale procedura, quindi, il pool iniziale di item è stato ridotto a 105. L'ultima fase di costruzione dello strumento è consistita in uno studio esplorativo su un campione di 796 giovani adulti (595 donne, 202 uomini; età media 19.23). Sono state condotte analisi statistiche che hanno consentito di selezionare gli item "migliori" sulla base di diversi indici: potenza delle saturazioni, correlazioni inter-item, e cambiamenti nel coefficiente di consistenza interna delle scale individuate (Morey, 2003). Grazie a questo studio si è giunti al pool finale di 52 item. Infine, la soluzione fattoriale ottenuta mediante tale studio è stata successivamente supportata da un secondo studio empirico nel quale sono state condotte analisi fattoriali confermative su un vasto campione indipendente di giovani adulti ($N= 2801$; Pincus et al., 2009).

In questo senso, è importante sottolineare che le analisi statistiche condotte nei due studi, ed in particolare le analisi fattoriali esplorative che per loro natura risultavano indipendenti dalla prima fase di costruzione dello strumento, hanno fornito supporto al modello teorico inizialmente selezionato sulla base della revisione della letteratura scientifica e dell'esame del materiale clinico. Infatti, la soluzione fattoriale più adeguata è risultata composta da sette dimensioni sovrapponibili a quelle identificate mediante la prima fase di costruzione dello strumento (Pincus et al., 2009).

2.2.2 Struttura del questionario e proprietà psicometriche

Il PNI si compone di due livelli strutturali. Sebbene lo studio iniziale di costruzione e validazione dello strumento si fosse focalizzato esclusivamente sull'esistenza dei fattori di

primo ordine (Pincus et al., 2009), studi successivi hanno più volte confermato l'esistenza di due fattori sovraordinati: la scala di grandiosità narcisistica e di vulnerabilità narcisistica (Wright et al., 2010; You, Leung, Lai, e Fu, 2013; Fossati, Feeney, Pincus, Borroni, e Maffei, 2014; Jaksic et al., 2014).

Nello studio condotto da Pincus et al. (2009), infatti, sono state identificate e approfonditamente descritte le sette scale di primo ordine: *Contingent self-esteem* (CSE; Autostima contingente; 12 item) che indica la presenza di significative esperienze di fluttuazione dell'autostima e disregolazione in assenza di fonti esterne di ammirazione e riconoscimento; *Exploitativeness* (EXP; Sfruttamento interpersonale; 5 items) che indica tendenze manipolatorie nelle relazioni interpersonali; *Self-Sacrificing Self-Enhancement* (SSSE; Altruismo strumentale; 6 items) che indica l'utilizzo di atti pseudo altruistici al fine di rinforzare l'immagine di sé; *Hiding the Self* (HS; Tendenza a nascondere il Sé; 7 items) che riflette la tendenza a nascondere agli altri i propri difetti e bisogni; *Grandiose Fantasy* (GF; Fantasia grandiosa; 7 items) che indica la presenza di fantasie compensatorie di successo, ammirazione e riconoscimento; *Devaluing* (DEV; Svalutazione; 7 items) che riflette il disinteresse nei confronti di coloro che non soddisfano i bisogni di ammirazione, nonché sentimenti di vergogna per i propri bisogni di vicinanza e supporto da parte degli altri quando questi non sono soddisfatti; e *Entitlement Rage* (ER; Rabbia di diritto; 8 items) che descrive l'emergere di vissuti di rabbia quando le proprie aspettative relative al fatto che tutto sia dovuto non sono soddisfatte.

La struttura di primo ordine del PNI è stata replicata in diversi studi condotti sia nel medesimo contesto sociale e culturale (Wright et al., 2010) sia in contesti differenti (You et al., 2013; Fossati et al., 2014; Jaksic et al., 2014). Le scale di primo ordine, inoltre, hanno mostrato adeguati indici di consistenza interna sia in campioni non clinici (*range* $\alpha = .71 - .94$) sia in campioni clinici (*range* $\alpha = .68 - .93$) in tutti gli studi condotti (Fossati et al., 2014; Jaksic et al., 2014; Pincus et al., 2009; Wright et al., 2010; Wright et al., 2013).

Per quanto concerne la struttura fattoriale di secondo ordine, invece, essa è stata sottoposta a verifica solo più tardi. Pincus et al. (2009), infatti, si erano limitati ad ipotizzare sulla base delle conoscenze teoriche, che le scale EXP, GF, ER, e SSSE fossero descrittive della manifestazione fenotipica grandiosa; mentre le scale DEV, CSE, e HS descrivessero la manifestazione fenotipica vulnerabile del narcisismo patologico. Mediante analisi confermativa, lo studio condotto da Wright et al. (2010) ha in primo luogo stabilito che il PNI consentiva di valutare due distinte, seppur correlate, scale di secondo ordine, ovvero la scala della *Grandiosità Narcisistica* (NG) e di *Vulnerabilità Narcisistica* (NV). In secondo luogo, esso ha posto in evidenza una differenza sostanziale in relazione a quali dimensioni descrivessero le due scale sovraordinate rispetto a quanto sostenuto teoricamente da Pincus et al. Il modello riscontrato da Wright et al., infatti, sosteneva che la scala NG fosse descritta dalle sottoscale EXP, GF e SSSE; mentre la scala NV fosse descritta dalle dimensioni CSE, HS, DEV, ER. Nello stesso studio, inoltre, era stato testato anche il modello teoricamente fondato di Pincus et al., ma i risultati avevano mostrato che il modello empirico aveva indici di adattamento significativamente migliori del modello teorico, come poi riportato anche in studi successivi (Tritt, Ryder, Ring, e Pincus, 2010; You et al., 2013). Per quanto concerne le scale sovraordinate, gli indici di consistenza interna sono risultati adeguati in tutti gli studi condotti (Fossati et al., 2014; Jaksic et al., 2014; Pincus et al., 2009; Wright et al., 2010; Wright et al., 2013) sia in campioni non clinici (*range* $\alpha = .84 - .94$) sia nel campione clinico esaminato da Fossati et al. (*range* $\alpha = .87 - .94$). Infine, i diversi studi hanno mostrato alti indici di correlazione tra le due scale sovraordinate ma, nonostante questo, i dati evidenziano la legittimità della separatezza dei due costrutti. Anche nello studio di Wright et al. (2010), infatti, nonostante le due scale mostrassero una correlazione pari a .81, il modello bi-fattoriale otteneva migliori indici di adattamento rispetto al modello unifattoriale. Come suggerito dagli stessi autori, quindi, sebbene le scale di grandiosità e vulnerabilità narcisistica mostrino correlazioni molto forti, è indubbia la loro distinzione e separatezza. D'altra parte ciò non sorprende se si considera la concettualizzazione

contemporanea del narcisismo patologico (Pincus, 2013). Essa si focalizza (così come anche il PNI) non solo sulle sue manifestazioni comportamentali esplicite, ma anche e soprattutto sulle caratteristiche del funzionamento che sottende la patologia e che rappresenta una matrice comune per entrambe le manifestazioni: gli intensi bisogni narcisistici e i deficit di autoregolazione. E' proprio dal riconoscimento e dall'esplicitazione di questa matrice comune, infatti, che emerge l'elemento innovativo della teorizzazione (seppur già da tempo riconosciuto dalla pratica clinica) secondo cui le due manifestazioni fenotipiche del narcisismo patologico sono generalmente coesistenti nel medesimo individuo e soggette ad oscillazioni ed alternanze (Horowitz, 2009; Kernberg, 2009; Pincus et al., 2014; Ronningstam, 2009).

Infine, il PNI ha mostrato buoni risultati anche in riferimento ad eventuali differenze di genere nella misurazione del narcisismo patologico e delle sue dimensioni. Diversi studi condotti sul PNI, seppure con risultati specifici diversi, hanno mostrato l'esistenza di differenze significative di genere nei punteggi delle scale e sottoscale del PNI, con maggiori punteggi per i maschi nelle dimensioni relative alla scala NG e per le femmine nelle dimensioni relative alla scala NV (Jaksic et al., 2014; Pincus et al., 2009; Wright et al., 2010; You et al., 2013). Nonostante ciò, tali risultati non sembrerebbero essere imputabili alle caratteristiche specifiche di misurazione del PNI. Infatti, Wright et al. (2010) hanno dimostrato mediante la conduzione di analisi fattoriali confermate multigruppo (Chen, Sousa e West, 2005) che la struttura fattoriale del PNI è una misura invariante rispetto al genere, suggerendo che esso può consentire una misurazione attendibile del narcisismo patologico sia nei maschi sia nelle femmine.

2.2.3 Validità del PNI

Affinché uno strumento possa essere considerato utile, è necessario che esso si dimostri non solo attendibile ma anche valido. Diversi studi hanno indagato la validità del PNI ottenendo buoni risultati. In particolare, le ricerche si sono concentrate sullo studio della relazione tra PNI e altre misure di narcisismo quali il NPI e il HSNS; nonché sull'approfondimento delle relazioni del PNI con misure di autostima, tratti di personalità e indici di psicopatologia.

L'associazione tra la misurazione di narcisismo patologico del PNI e il punteggio totale del NPI è apparsa marginale in tutti gli studi condotti. Come dimostrato da Pincus et al. (2009), sia il punteggio totale del PNI sia tutte le sottoscale mostravano correlazioni significative ma marginali con il NPI, e l'unica dimensione che risultava associata era la sottoscala EXP, ovvero quella relativa alla tendenza ad assumere atteggiamenti di sfruttamento interpersonale. In modo simile, Maxwell, Donnellan, Hopwood, e Ackerman (2011) hanno dimostrato che la sola scala NG del PNI era associata in modo significativo e moderato al NPI, e che tale associazione era imputabile interamente alla sottoscala EXP. La scala NV, invece, mostrava una correlazione significativa ma marginale. Inoltre, considerando le diverse dimensioni del NPI (Raskin e Terry, 1988), lo studio ha dimostrato che l'associazione con NG era dovuta alla sovrapposizione tra le scale di sfruttamento interpersonale comuni ai due strumenti. In questo senso, i risultati riportati sembrano suggerire che il PNI ed il NPI misurino aspetti diversi di narcisismo e che le limitate associazioni riscontrate siano principalmente dovute alla sovrapposizione di alcuni item.

Infine, il PNI ha mostrato importanti associazioni con il HSNS (Miller et al., 2010; Pincus et al., 2009). In entrambi gli studi la maggior parte delle sottoscale del PNI sono risultate positivamente correlate al HSNS (*range* $r = .30 - .57$). In particolare, l'unica sottoscala che in entrambi gli studi risultava associata solo marginalmente era quella relativa allo sfruttamento interpersonale; mentre le sottoscale con associazione più forte erano quelle di autostima contingente e rabbia di diritto. Sebbene alcuni autori abbiano suggerito che tali risultati

dimostrano che il PNI enfatizzi il narcisismo vulnerabile (Glover, Miller, Lynam, Crego, e Widiger, 2012;), la forte associazione riscontrata con il HSNS può essere interpretata alla luce di quanto mostrato da Fossati et al. (2009) nello studio di validazione italiana dello strumento. In tale studio, infatti, è emersa la presenza di due fattori: il primo più aderente agli aspetti vulnerabili di ipersensibilità ad giudizio e alle critiche altrui; il secondo connesso a tematiche di egocentrismo. E' proprio la presenza di quest'ultima dimensione, plausibilmente comune sia alla manifestazione fenotipica grandiosa sia vulnerabile, che potrebbe dare conto della forte associazione riscontrata tra HSNS e PNI.

Per quanto concerne la relazione tra il PNI e l'autostima, le scale di grandiosità e vulnerabilità narcisistica hanno mostrato specifici pattern di associazioni con le misurazioni di autostima esplicita (Maxwell et al., 2011; Pincus et al., 2009; You et al., 2013). In generale, il punteggio totale del PNI ha mostrato correlazioni negative con i livelli di autostima (Maxwell et al., 2011; Pincus et al., 2009). Tale associazione, però, sembra essere primariamente imputabile alla scala NV: la scala, o le dimensioni relative ad essa, ha mostrato correlazioni negative moderate in tutti gli studi condotti (Maxwell et al., 2011; Pincus et al., 2009; You et al., 2013). Al contrario, la scala NG è risultata non associata ai livelli di autostima nello studio condotto da You et al. (2013) e solo marginalmente associata nello studio condotto da Maxwell et al. (2011). Anche in Pincus et al. (2009), d'altra parte, le correlazioni delle dimensioni relative alla scala NG erano in linea con tali risultati: la dimensione SSSE non era significativamente associata, mentre le dimensioni GF e EXP erano associate solo marginalmente. In generale quindi, a differenza di quanto osservato per il NPI (Vater et al., 2013), il PNI sembrerebbe essere in grado di cogliere i deficit di autostima che sottostanno soprattutto alla manifestazione fenotipica vulnerabile del narcisismo patologico. E' bene sottolineare che tutti gli studi condotti su tale associazione hanno utilizzato la medesima misura di autostima esplicita, ovvero il *Rosenberg Self-Esteem Inventory* (Rosenberg, 1965). In questo senso, sarebbe importante che futuri studi indagassero

l'associazione tra PNI e autostima utilizzando altri strumenti di misurazione dell'autostima esplicita, nonché misurazioni di autostima implicita.

Lo studio dell'associazione tra PNI e tratti di personalità ha mostrato risultati interessanti. Thomas, Thomas, Wright, Lukowitsky, Donnellan, e Hopwood (2012) hanno evidenziato associazioni significative e positive con il nevroticismo sia per la scala NG sia per la scala NV; inoltre, nel medesimo studio sono stati osservati pattern di associazioni specifici delle due scale con altri tratti temperamentali misurati mediante la *Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality - Second Edition* (SNAP-2; Clark, Simms, Wu, & Casillas, in press). Sebbene entrambe le scale manifestassero associazioni significative ma marginali con il temperamento positivo e con la disinibizione, solo la scala NV mostrava un'associazione moderata con tratti di temperamento negativo, mentre la scala NG risultava essere associata solo marginalmente. Infine, nello studio condotto da Jaksic et al. (2014), è stata indagata l'associazione tra il PNI e la scala della stabilità emotiva misurata mediante la *International Personality Item Pool-50* (IPIP-50; Goldberg, 1992; 2001). I risultati hanno mostrato che il punteggio totale del PNI era associato negativamente alla stabilità emotiva, e tale risultato dipendeva soprattutto dalla scala NV, in quanto la scala NG mostrava un'associazione significativa ma marginale. In generale, quindi, questi studi hanno evidenziato come la misurazione fornita dal PNI sia in grado di cogliere la presenza di tratti disadattivi temperamentali e di personalità. Inoltre, i risultati ottenuti dagli studi hanno mostrato importanti aree di sovrapposizione e di distinzione tra la grandiosità e la vulnerabilità narcisistica, coerentemente con la concettualizzazione teorica sottostante al PNI.

La relazione tra PNI e indici di patologia ha ricevuto particolare interesse scientifico, probabilmente anche a causa dei limiti riscontrati nelle misurazioni self-report preesistenti. Molti studi hanno approfondito le relazioni intercorrenti tra la misurazione di narcisismo patologico del PNI e sintomi patologici internalizzanti o esternalizzanti, caratteristiche

specifiche di patologia della personalità e la presenza del NPD (Jaksic et al., 2014; Maxwell et al., 2011; Pincus et al., 2009; Thomas et al., 2012; Wright et al., 2013; You et al., 2013).

Thomas et al. (2012) hanno dimostrato che le due scale del PNI sono significativamente associate a diversi sintomi patologici, sebbene nella maggior parte dei casi tali associazioni siano solo marginali. Le sole associazioni degne di attenzione risultavano essere quelle che la scala NG mostrava con la mania, e quelle che la scala NV mostrava con la paranoia e la depressione. Quest'ultimo dato, infatti, ha trovato conferma anche in Jaksic et al. (2014) dove la scala NV ha mostrato una correlazione pari a .45 ($p < .05$) con la presenza di sintomi depressivi. Sono apparsi non univoci, invece, i risultati mostrati dai due studi in relazione all'associazione tra le due scale del PNI e sintomi d'ansia: nello studio di Jaksic et al. è stata riscontrata una correlazione moderata con la scala NV ($r = .39$; $p < .05$) e marginale con la scala NG ($r = .17$; $p < .05$); mentre nello studio di Thomas et al. la correlazione appariva significativa ma marginale con entrambe le scale del PNI (NV: $r = .26$, $p < .05$; NG: $r = .25$, $p < .05$). D'altronde, precedenti studi avevano riscontrato una specifica associazione tra vulnerabilità narcisistica e caratteristiche temperamentali connesse a temi depressivi e ansiosi (Tritt et al., 2010). Futuri studi comunque dovrebbero approfondire tale relazione.

Per quanto concerne l'associazione tra PNI e indici di patologia della personalità, Pincus et al. (2009) hanno riscontrato correlazioni positive tra il PNI e le caratteristiche principali dell'organizzazione borderline di personalità (BPO; Kernberg e Calligor, 2005) in soggetti non clinici. Il punteggio totale del PNI, infatti, correlava positivamente con la presenza di meccanismi di difesa primitivi, diffusione dell'identità e instabilità nell'esame di realtà (*range* $r = .47 - .60$). Nello specifico, le dimensioni relative alla scala NG mostravano correlazioni significative ma minori con tali indici rispetto alle dimensioni della scala NV che mostravano correlazioni moderate con tutte e tre le caratteristiche della BPO. Tali risultati sembrano, quindi, essere in linea con lo studio di Thomas et al. (2012) in cui sono state riscontrate associazioni

significative tra PNI e manifestazioni borderline in un campione di studenti universitari. In generale questi studi hanno suggerito che il narcisismo patologico, ed in particolare la manifestazione fenotipica vulnerabile, è associato a caratteristiche di patologia della personalità proprie della BPO. E' da sottolineare, però, che risultati contrastanti sono stati riscontrati dagli stessi autori quando veniva preso in considerazione un campione clinico di pazienti ambulatoriali (Pincus et al, 2009). In questo caso, infatti, il PNI non mostrava alcuna associazione significativa con le tre caratteristiche indicative di BPO. D'altronde, i risultati potrebbero essere stati in parte influenzati dalle caratteristiche del campione clinico considerato che aveva una numerosità piuttosto ridotta ($N=26$). Studi futuri, quindi, dovrebbero approfondire la relazione tra PNI e caratteristiche di patologia nella struttura di personalità.

Uno studio recente (Wright et al., 2013) condotto su studenti universitari ha indagato l'associazione tra il PNI e i tratti patologici della personalità misurati dal *Personality Inventory for DSM-5* (PID-5; Krueger, Derringer, Markon, Watson, e Skodol, 2012), uno strumento basato sul modello diagnostico alternativo del DSM-5 (APA, 2013). Lo studio ha evidenziato pattern specifici di associazione tra le due scale del PNI e i tratti di personalità misurati dal PID-5: la scala NG risultava associata ai tratti di antagonismo, affettività negativa e psicoticismo, ma quando considerati insieme risultava predetta specificatamente dall'antagonismo; la scala NV, invece, mostrava associazioni positive con tutti i tratti patologici valutati (antagonismo, psicoticismo, distacco, affettività negativa, e disinibizione), ma quando questi venivano considerati insieme era predetta specificatamente dalla presenza di affettività negativa. A differenza del NPI, che mostrava associazioni significative solo con il tratto patologico di antagonismo, quindi, questo studio suggerisce che la misurazione del narcisismo patologico mediante il PNI ha una maggiore significatività clinica in quanto capace di cogliere aspetti del funzionamento di narcisismo patologico che non era possibile registrare mediante gli strumenti precedentemente disponibili in letteratura.

Ancora, come dimostrato da Thomas et al. (2012) in un campione di studenti universitari, la misurazione di narcisismo patologico del PNI è risultata associata anche ad altri indici patologici. Infatti, entrambe le scale sovraordinate sono risultate associate alla presenza di tendenze alla manipolazione interpersonale e di percezioni eccentriche. Ancora, la scala NG è risultata specificamente associata alla presenza di esibizionismo, e aspettative di diritto (sensazione che tutto sia dovuto); mentre la scala NV è risultata specificamente associata ad alti livelli di aggressività, tendenza a ritiro sociale e comportamenti di autoferimento.

Infine, sulla relazione tra PNI e disturbi di personalità secondo il DSM-IV sono disponibili esclusivamente risultati preliminari in quanto solo due studi sono stati condotti a tal fine. Il primo (Fossati et al., 2014) è stato condotto prendendo in considerazione un campione non clinico di soggetti ed un campione clinico di pazienti ambulatoriali. I risultati hanno evidenziato che i punteggi del PNI riportati dai pazienti erano significativamente maggiori di quelli riscontrati all'interno del campione non clinico. Inoltre, la misurazione di narcisismo patologico del PNI, ed in modo specifico la scala NV, risultava associata positivamente alla presenza e al numero di PDs nei pazienti. Ancora, il PNI nel suo complesso ha mostrato associazioni positive con la valutazione dimensionale (numero di criteri soddisfatti) dei disturbi di personalità narcisistico e borderline, senza alcun apporto specifico predominante dell'una o dell'altra scala sovraordinata. In linea con quest'ultimo risultato, inoltre, Maxwell et al. (2011) hanno riscontrato in un campione di studenti universitari che il punteggio totale del PNI era associato positivamente con il NPD misurato mediante PDQ-4. Nonostante ciò, quando si considerava l'apporto di ciascuna delle due scale sovraordinate del PNI, entrambe mostravano correlazioni significative ma marginali (NG: $r = .18$; NV: $r = .20$). Sebbene il numero delle ricerche focalizzate sullo studio della relazione tra PNI e PDs sia ancora limitato, e quindi i risultati siano scarsamente generalizzabili, gli studi condotti sembrano suggerire che la misurazione complessiva del PNI, nella quale si considerano entrambe le forme fenotipiche, sia in grado

misurare il narcisismo nella sua forma patologica. Ovviamente sarebbe auspicabile che studi futuri analizzino tale relazione soprattutto all'interno di campioni clinici. Infatti, uno dei limiti degli studi condotti sino a questo momento sul PNI e le sue proprietà coincide con l'utilizzo di campioni prevalentemente non clinici, ed in particolare il coinvolgimento di studenti universitari.

In conclusione, il Pathological Narcissism Inventory sembra rappresentare una nuova opportunità nel campo della ricerca e della clinica. Costruito al fine di poter colmare le mancanze degli strumenti self-report disponibili sino a qualche anno fa per la valutazione del narcisismo patologico, esso si propone di fornire una misurazione esaustiva e multidimensionale della patologia narcisistica. In questo senso, i risultati delle ricerche sino ad ora condotte sul PNI sembrano suggerire che lo strumento consenta misurazioni attendibili e valide del narcisismo patologico declinato nelle due manifestazioni fenotipiche di grandiosità e vulnerabilità, e nelle loro modalità espressive overt e covert. Ciò viene reso possibile grazie a diverse sottoscale relative all'una e all'altra manifestazione fenotipica, focalizzate non sulla misurazione delle componenti comportamentali della patologia ma del suo funzionamento intrapsichico e interpersonale.

In questo senso, sembra importante poter studiare le proprietà psicometriche del PNI in campioni di soggetti italiani, comprendendo se sia possibile replicare i risultati ottenuti nei diversi studi internazionali. La possibilità di disporre di uno strumento self-report per la valutazione del narcisismo patologico che sia esaustivo e attendibile, infatti, potrebbe avere importanti implicazioni sia nella ricerca sia nella pratica clinica.

CAPITOLO 3

STUDIO DELLE PROPRIETA' PSICOMETRICHE DEL PATHOLOGICAL NARCISSISM INVENTORY

3.1 Introduzione

Il costrutto di narcisismo ha una lunga storia all'interno della letteratura teorica ed empirica rientrando in diversi campi di studio quali la psicologia clinica, la psicologia sociale/della personalità e la psichiatria (Pincus & Lukowitsky, 2010). Nonostante la sua importanza, il narcisismo è stato oggetto di definizioni e concettualizzazioni inconsistenti e parziali per lungo tempo (Cain et al., 2008).

Uno dei principali ostacoli nell'ottenere una definizione esaustiva del narcisismo patologico è coinciso con la sua associazione con il disturbo narcisistico di personalità (NPD). Infatti, i criteri per il NPD contenuti nel *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – 4th edition text revised* (DSM-IV-TR; APA, 2000) catturavano solo parzialmente le espressioni fenotipiche della patologia narcisistica, descrivendo esclusivamente le espressioni comportamentali della grandiosità narcisistica. Diversamente dal modello tassonomico, le evidenze cliniche ed empiriche hanno da sempre sottolineato la presenza di due principali forme fenotipiche della patologia narcisistica: la manifestazione grandiosa e vulnerabile (Ronningstam, 2005a).

Nonostante ciò, il predominio dell'approccio tassonomico ha fortemente influenzato la ricerca sul narcisismo, limitando gli studi alla sola forma grandiosa.

Recentemente, molti clinici e ricercatori esperti di narcisismo hanno riconosciuto ufficialmente l'esistenza di entrambe le forme fenotipiche, criticando esplicitamente e pubblicamente l'inadeguatezza della concettualizzazione del NPD promossa dal DSM (Cain et al., 2008; Gabbard, 2009; Ogrudniczuk, 2013; Pincus & Lukowitsky, 2010; Pincus et al., 2009; Roche, Pincus, Conroy, Hyde, & Ram, 2013; Ronningstam, 2005a; 2005b; 2009). Sulla base di tali critiche e suggerimenti, il gruppo di lavoro per i disturbi di personalità del DSM-5 aveva elaborato un nuovo approccio diagnostico per i PDs in genere e per il NPD nello specifico (Krueger et al., 2011a; Krueger et al., 2011b). Per quanto concerne il NPD, il nuovo modello diagnostico metteva in evidenza caratteristiche delle manifestazioni sia di grandiosità sia di vulnerabilità narcisistica. Sebbene la nuova concettualizzazione risultasse più adeguata della precedente, seppur non ottimale, tale modello diagnostico è stato rigettato dalla classificazione ufficiale a causa delle limitate evidenze empiriche ed è stato inserito nella Sezione III del manuale. Ancora una volta, quindi, il tentativo di integrare approccio psichiatrico e dati empirici sulle manifestazioni fenotipiche del narcisismo patologico è fallito, con importanti conseguenze sulla ricerca e pratica clinica (Madeddu e Di Pierro, 2014).

In linea generale, la grandiosità narcisistica è descritta da aspetti intrapsichici quali una esagerata immagine del sé, rappresentazioni distorte di sé e dell'altro (con negazione di aspetti negativi), distorsione dei feedback esterni di disconferma di tali immagini, assorbimento in fantasie regolatorie di illimitato potere, superiorità e perfezione, e atteggiamenti che riflettono la sensazione che tutto sia dovuto. Dal punto di vista comportamentale, tale grandiosità viene spesso manifestata attraverso comportamenti di sfruttamento interpersonale, mancanza di empatia, intensi sentimenti di invidia, aggressività ed esibizionismo. Al contrario, la vulnerabilità narcisistica comprende una consapevole esperienza interiore di impotenza, sensazione di vuoto, bassa autostima e sentimenti di vergogna. Dal punto di vista

comportamentale, gli intensi bisogni di ammirazione e riconoscimento possono portare all'evitamento delle relazioni interpersonali a causa di una ipersensibilità al rifiuto e alle critiche (Akhtar, 2003; Dickinson & Pincus, 2003; Kohut & Wolf, 1978; Ronningstam, 2005a; RØvik, 2001; Wright et al., 2010).

Sebbene le manifestazioni fenotipiche di grandiosità e vulnerabilità narcisistica appaiano molto diverse ad un livello più manifesto, molti clinici e ricercatori che hanno studiato tale patologia concordano nel riconoscere che le due forme sono strettamente connesse (Morf, 2006; Morf & Rhodewalt, 2001; Ronningstam, 2009; Pincus & Lukowitsky, 2010). Nella definizione contemporanea di narcisismo patologico, Pincus (2013) ha suggerito che il nucleo della patologia sia proprio la presenza di deficit nella capacità di autoregolazione in presenza di intensi bisogni di ammirazione e riconoscimento che assorbono il soggetto e lo spingono costantemente a ricercare esperienze di rinforzo del sé all'esterno. Questo nucleo patologico caratteristico può condurre allo stesso modo ad un sé grandioso o vulnerabile, così come ai loro rispettivi stati affettivi tipici, tanto che spesso tali condizioni sembrano oscillare e co-occorrere (Pincus & Lukowitsky, 2010).

L'elaborazione di una completa ed esaustiva definizione di narcisismo patologico è stata una recente conquista. Ricercatori e clinici per molto tempo non hanno potuto disporre di strumenti di misurazione validi che fossero in grado di fornire una valutazione dell'intero spettro della patologia narcisistica. Infatti, il predominio dell'approccio psichiatrico ha fortemente influenzato la ricerca sul narcisismo patologico. La maggior parte degli strumenti self-report, ad esempio, era basata sul modello tassonomico del NPD, quindi esclusivamente centrata sulla forma grandiosa del narcisismo. Oltre a ciò, molti degli strumenti self-report più utilizzati mostravano limitazioni di natura psicometrica (vedi Capitolo 2).

Lo strumento self-report più diffusamente utilizzato per la misurazione del narcisismo in ambito sia nazionale sia internazionale era il *Narcissistic Personality Inventory* (NPI; Raskin & Hall, 1979; 1981). Il NPI era stato sviluppato sulla base dei criteri per il NPD previsti dal DSM-III

(APA, 1980). Nonostante ciò, la ricerca empirica ha diffusamente dimostrato che il NPI attualmente risulta valutare un insieme confuso di aspetti adattivi e maladattivi del narcisismo grandioso (Cain et al., 2008; Emmons, 1984, 1987; Miller & Campell, 2008; Watson, 2005; Watson et al., 1992; Watson et al., 2005-2006; Watson et al., 1999-2000). Ad esempio, Watson et al. (1992) hanno riscontrato che la dimensione di leadership/autorità misurata dal NPI era associata ad alti livelli di autostima e bassi livelli di depressione. Ancora, oltre ai limiti concettuali, il NPI ha mostrato nel tempo una struttura fattoriale altamente instabile (Ackerman et al., 2011) con soluzioni a due fattori (Corry, Merritt, Mrug, e Pamp, 2008), tre fattori (Kubarych et al., 2004), quattro fattori (Emmons, 1987), e sette fattori (Raskin & Terry, 1988). Inoltre, tutte le soluzioni erano accomunate da bassi indici di consistenza interna (del Rosario & White, 2005). Ciò quindi, ha fortemente limitato l'attendibilità delle misurazioni ottenute con il NPI e le sue scale. D'altra parte, i limiti del NPI sono risultati evidenti anche nella versione italiana dello strumento, come testimoniato dalla struttura fattoriale instabile riscontrata nello studio di validazione (Fossati et al., 2008), tanto che gli autori hanno suggerito di utilizzare esclusivamente il punteggio totale dello strumento.

Al di là del NPI, sono stati costruiti pochi altri strumenti self-report specificamente rivolti alla misurazione del narcisismo. Tra gli altri, il *Hypersensitive Narcissism Scale* (HSNS; Hedin & Cheek, 1997) è stato elaborato per valutare la vulnerabilità narcisistica attraverso un'unica dimensione. Le ricerche empiriche hanno mostrato che il punteggio totale del HSNS non era correlato al punteggio totale del NPI e solo moderatamente correlato alla scala di Diritto/Sfruttamento dello stesso strumento (Pincus et al., 2009; Hedin & Cheek, 1997). La versione italiana del HSNS ha mostrato una struttura fattoriale a due fattori (Fossati et al., 2009) che coincidevano con le dimensioni di Ipersensibilità al giudizio e di Egocentrismo, le quali risultavano avere accettabili livelli di consistenza interna ($range \alpha = .62 - .66$), ma che non sono state replicate in altri studi.

Data la parzialità delle misurazioni ottenute con i due strumenti sopra descritti, spesso essi sono stati utilizzati insieme negli studi più recenti nel tentativo di catturare l'intero spettro del narcisismo patologico, ovvero per valutare sia la manifestazione di grandiosità sia di vulnerabilità narcisistica (Smolewska e Dion, 2005). Nonostante ciò, i limiti del NPI e HSNS non hanno comunque consentito ai ricercatori di ottenere una misura di narcisismo patologico che fosse completa ed esaustiva.

E' proprio a partire da tali mancanze (Cain et al., 2008; Pincus & Lukowitsky, 2010), che Pincus et al. (2009) hanno elaborato il *Pathological Narcissism Inventory* (PNI) integrando conoscenze empiriche e teoriche sul narcisismo (vedi Capitolo 2). Il PNI ha mostrato una struttura fattoriale stabile in diversi studi (Pincus et al., 2009; Wright et al., 2010), anche all'interno di popolazioni provenienti da diverse culture (Jaksic et al., 2014; You et al., 2013). Inoltre, i diversi studi condotti sino ad ora ne hanno evidenziato le buone proprietà psicometriche (Pincus et al., 2009; Wright et al., 2010; You et al., 2013).

A differenza degli altri strumenti self-report elaborati nel passato, il PNI cattura l'intero spettro della patologia narcisistica, includendo entrambe le sue manifestazioni fenotipiche, e fornisce misure clinicamente rilevanti. Infatti, il PNI nasce grazie alla collaborazione di esperti che lavoravano nel campo della ricerca e della pratica clinica. Ricerche recenti hanno evidenziato la capacità del PNI di misurare sia le due manifestazioni fenotipiche principali del narcisismo patologico sia le dimensioni specifiche che le caratterizzano (Wright et al., 2010; You et al., 2013; Jaksic et al., 2014). In particolare, diverse ricerche hanno confermato che il PNI ha una struttura fattoriale di secondo ordine che consente di misurare la scala di Grandiosità narcisistica e di Vulnerabilità narcisistica; nonché una struttura fattoriale di primo ordine che consente di misurare sette sottoscale (Wright et al., 2010; You et al., 2013; Jaksic et al., 2014). In particolare, la grandiosità narcisistica risulta descritta da dimensioni che valutano la tendenza allo sfruttamento interpersonale, l'assorbimento in fantasie di successo e potere illimitato, e l'utilizzo di atti pseudo altruistici al fine di rinforzare l'immagine di sé; mentre la vulnerabilità

narcisistica risulta descritta da dimensioni che valutano le reazioni di rabbia a fronte di aspettative di diritto insoddisfatte, la presenza di oscillazioni nei livelli di autostima sulla base dei feedback provenienti dall'esterno, la tendenza a nascondere il proprio Sé, ovvero i propri difetti e bisogni, e la tendenza alla svalutazione.

In generale, gli studi condotti sul PNI hanno dato sostegno alla sua validità ed utilità clinica, anche se le ricerche risultano ancora limitate (vedi par. 2.2.3). In particolare, sia le due manifestazioni fenotipiche sia le relative dimensioni hanno mostrato pattern specifici di associazioni con misure di autostima, capacità empatiche, e indici psicopatologici (Fossati et al., 2014; Maxwell et al., 2011; Pincus et al., 2009; Thomas et al., 2012; Wright et al., 2010; You et al., 2013).

Alla luce della mancanza di uno strumento self-report che possa valutare esaustivamente il narcisismo patologico nel nostro Paese, il principale obiettivo del presente lavoro è coinciso con lo studio delle proprietà psicometriche del PNI. Il PNI, infatti, sta diventando oggetto di interesse sia per ricercatori sia per clinici esperti di narcisismo grazie alla sua capacità di fornire misurazioni multidimensionali di entrambe le manifestazioni fenotipiche del narcisismo patologico. In questo senso, quindi, la possibilità di poter disporre di un simile strumento di valutazione in Italia potrebbe avere importanti implicazioni sia in ambito di ricerca sia in ambito clinico.

3.2 Obiettivi dello Studio

L'obiettivo principale del presente studio era volto all'approfondimento delle proprietà psicometriche del *Pathological Narcissism Inventory* elaborato da Pincus et al. (2009).

Nello specifico, lo studio si è basato su quattro principali obiettivi e relative ipotesi che vengono riportati di seguito.

- **Struttura Fattoriale del PNI**

Si è proceduto a testare la struttura fattoriale della traduzione italiana del PNI, al fine di valutare se questa confermasse la struttura originaria dello strumento. È stato ipotizzato che la traduzione italiana del PNI avesse, come nel caso della sua versione originaria, una struttura fattoriale di primo ordine a sette dimensioni, e che queste fossero sovrapponibili a quelle riscontrate in studi precedenti (Pincus et al., 2009; Wright et al., 2010; You et al., 2013; Jaksic et al., 2014; Fossati et al., 2014). Inoltre, è stato ipotizzato che la traduzione italiana del PNI avesse una struttura fattoriale di secondo ordine a due fattori, e che questa fosse equivalente a quella riscontrata da Wright et al. (2010) e confermata da You et al. (2013).

- **Attendibilità test-retest**

Si è proceduto a valutare l'attendibilità test-retest del PNI. Si è ipotizzato che la misurazione ottenuta mediante il PNI mostrasse un buon indice di attendibilità test-retest a distanza di un mese. Infatti, il PNI si propone di indagare tratti di narcisismo patologico, ovvero caratteristiche di personalità che per loro natura dovrebbero essere piuttosto stabili.

- **Validità concorrente**

Si è proceduto a valutare le relazioni del PNI con misure esterne. Si è ipotizzato che le dimensioni del PNI presentassero particolari pattern di associazione con alcune misurazioni di narcisismo, così come con misure esterne quali autostima, empatia e indici di patologia della struttura di personalità.

- **PNI e indici di patologia della personalità**

Si è proceduto ad approfondire la relazione tra PNI e indici di patologia della personalità, in particolare la presenza di disturbi di personalità secondo il DSM-IV, e alcuni indici di patologia della struttura di personalità. Si è ipotizzato che il PNI fornisse una misurazione dei tratti di narcisismo patologico che fosse in grado di cogliere in modo più esaustivo e completo alcune caratteristiche patologiche della personalità rispetto alla classificazione ufficiale dei PDs. In questo senso, si è ipotizzato che il PNI non fosse associato in modo esclusivo alla presenza di NPD, ma che avesse relazioni anche con altri disturbi che possono avere in comune temi legati alla grandiosità e vulnerabilità narcisistica, come nel caso dei disturbi di cluster B. Infine, sulla base del modello teorico di Kernberg, si è ipotizzato che il PNI fosse associato ai principali indici tipici dell'organizzazione borderline di personalità (Kernberg e Calligor, 2005).

3.3 Metodi

3.3.1 Procedura

Uno dei passaggi preliminari di preparazione del presente studio è coinciso con la traduzione dello strumento. A tal fine, è stata utilizzata la procedura di back-translation che ha coinvolto due esperti clinici e ricercatori che hanno effettuato una prima traduzione italiana, la quale è stata poi tradotta nuovamente da un esperto bilingue al fine di ottenere una validazione che non fornisse informazioni esclusivamente linguistiche ma anche di rilevanza culturale.

Tutti i materiali e le procedure dello studio sono stati approvati dal Comitato Etico di Ateneo (n. protocollo 0016178/13).

Infine, tutti i partecipanti hanno preso parte allo studio volontariamente e solo dopo aver letto e accettato il consenso informato.

3.3.2 Partecipanti

Il presente studio ha coinvolto tre campioni di partecipanti: due campioni non clinici ed un campione clinico.

Il primo campione non clinico risulta composto da 295 studenti universitari (131 maschi, 164 femmine) con età media di 23.47 anni ($SD= 2.96$), frequentanti l'Università degli Studi di Pavia.

I soggetti sono stati contattati principalmente mediante l'invio di email agli indirizzi di posta elettronica universitaria. La maggioranza dei partecipanti ha dichiarato di essere celibe/nubile ($N= 278$; 91.1%), l'8.2% si è dichiarato sposato o convivente ($N= 25$), mentre solo due soggetti hanno dichiarato di essere vedovi o separati (0.6%). Infine, la maggior parte dei partecipanti ha

dichiarato di studiare a tempo pieno ($N= 234$; 76.7%), mentre i restanti hanno dichiarato di essere studenti-lavoratori ($N=71$; 23.3%).

Il secondo campione non clinico risulta composto da 478 partecipanti (309 femmine, 169 maschi), con età media di 28.85 ($SD= 7.99$), reclutati dalla popolazione generale. I soggetti sono stati contattati principalmente mediante l'invio di email e annunci pubblicati su internet o social-media. La maggioranza dei partecipanti ha dichiarato di essere celibe/nubile ($N= 263$; 55.0%), seguiti da convivente/sposato ($N= 179$; 37.4%), e separato/divorziato ($N= 18$; 3.8%). Diciotto partecipanti non hanno fornito una risposta a questa domanda (3.8%). Per quanto concerne il livello di scolarità, la maggioranza dei soggetti ha dichiarato di avere una scolarità pari alla licenza media superiore o inferiore ($N= 189$; 39.5%), seguita da laurea universitaria triennale o magistrale ($N= 232$; 48.5%), mentre solo l'8.8% dei partecipanti ha dichiarato di avere una formazione post-laurea ($N= 42$). Quindici partecipanti non hanno fornito una risposta a questa domanda (3.1%). La maggioranza dei partecipanti ha dichiarato di essere studente ($N= 260$; 54.4%), seguito dal 33.3% che ha dichiarato di avere un'occupazione ($N= 159$), e dall'8.6% che ha dichiarato di essere disoccupato ($N= 41$). Diciotto partecipanti non hanno fornito una risposta a questa domanda (3.8%).

Il terzo campione è composto da 54 pazienti ambulatoriali (26 femmine, 28 maschi; età media = 42.37, $SD= 13.39$). Tali soggetti sono stati contattati mediante la collaborazione con gli operatori dell'ambulatorio di psicologia clinica e psicoterapia dell'ospedale San Raffaele di Milano. Il criterio di selezione utilizzato ha coinciso con l'ammissione consequenziale. Per la selezione dei pazienti, sono stati utilizzati cinque principali criteri di esclusione: la presenza di disturbi psicotici in fase attiva; disturbo bipolare in fase attiva; ritardo mentale/deterioramento cognitivo; età inferiore ai 18 anni o superiore ai 75 anni. La maggioranza dei partecipanti ha dichiarato di essere convivente/sposato ($N= 28$; 51.9%), seguito da coloro che si sono dichiarati celibe/nubile ($N= 23$; 42.6%), e coloro che hanno dichiarato di essere divorziati/separati ($N= 3$;

5.6%). La maggioranza dei soggetti ha dichiarato di avere una licenza media superiore o livello di scolarità inferiore ($N= 41$; 76.0%), seguiti da laurea universitaria ($N= 8$; 14.8%), mentre solo quattro partecipanti hanno dichiarato di avere una formazione post-laurea (7.4%). Il 51.9% dei partecipanti ha dichiarato di avere un'occupazione ($N= 28$), seguito dal 27.8% che ha dichiarato di essere disoccupato ($N= 15$), mentre solo sei partecipanti sono studenti (11.1%) e quattro soggetti hanno dichiarato di essere pensionati (7.4%). La maggior parte dei partecipanti ha dichiarato di avere avuto i primi contatti con servizi di psicologia entro i 27 anni ($N= 28$; 52.8%). Infine, il 38.9% dei pazienti ha dichiarato di non aver mai assunto psicofarmaci ($N= 21$), seguito dal 35.2% di pazienti che ha dichiarato di assumere attualmente psicofarmaci ($N= 19$), mentre solo il 25.9% dei pazienti ha dichiarato di aver assunto psicofarmaci in passato ma non attualmente ($N= 14$). Per quanto concerne la presenza di disturbi di personalità, il 44.4% ($N= 24$) dei pazienti ha ricevuto almeno una diagnosi di disturbo di personalità, e tra questi il 41.7% ($N= 10$) presentava un quadro di comorbidità tra più PDs, con una media di 1.75 ($SD= 1.22$) disturbi.

Tutti i partecipanti hanno compilato il Pathological Narcissism Inventory. Il secondo campione non clinico, inoltre, ha compilato altri strumenti di misurazione al fine di valutare le relazioni del PNI con misure esterne. A differenza dei primi due campioni, infine, al campione clinico oltre al PNI è stata somministrata anche un'intervista diagnostica che valuta la presenza di disturbi di personalità secondo la classificazione prevista dal DSM-IV-TR (APA, 2000) e l'IPO per la misurazione di dimensioni caratteristiche del funzionamento patologico della personalità.

3.3.3 Misure

Pathological Narcissism Inventory (Pincus et al., 2009). E' un questionario composto da 52 item che indagano il costrutto di narcisismo patologico in modo multidimensionale. La sua struttura consente di valutare sia la variante di grandiosità narcisistica sia quella di vulnerabilità narcisistica attraverso sette sottoscale. La Grandiosità Narcisistica (NG) è definita dalle sottoscale Sfruttamento interpersonale (EXP; Exploitativeness; 5 items), Altruismo strumentale (SSSE; Self-Sacrificing Self-Enhancement; 6 items), e Fantasia Grandiosa (GF; Grandiose Fantasy; 7 items); mentre la scala di Vulnerabilità Narcisistica (NV) è descritta dalle sottoscale Autostima Contingente (CSE; Contingent Self-Esteem; 12 items), Tendenza a nascondere il Sé (HS; Hiding the Self; 7 items), Svalutazione (DEV; Devaluing; 7 items), e Rabbia di diritto (ER; Entitlement Rage; 8 items). Il soggetto è invitato ad indicare su una scala likert a 6 punti quanto le affermazioni fornite lo descrivano (0= completamente diverso da me; 5= completamente simile a me), con alti punteggi indicativi di alti livelli di narcisismo patologico. Per semplicità, si è deciso di riferirsi alle scale e sottoscale dello strumento utilizzando le abbreviazioni derivanti dalla lingua inglese soprattutto nell'esposizione dei risultati statistici.

Narcissistic Personality Inventory-40 (NPI-40; Raskin eTerry, 1988; Fossati et al., 2008). E' un questionario che indaga il costrutto di narcisismo attraverso 40 coppie di item. I soggetti sono invitati a scegliere quale alternativa all'interno di coppie di affermazioni fornite sia più simile a sé. In accordo con lo studio di validazione italiana, abbiamo considerato esclusivamente il punteggio totale del NPI. All'interno del campione non clinico la scala totale del NPI ha mostrato una buona consistenza interna ($\alpha = .85$). Maggiore è il punteggio totale ottenuto maggiori sono i tratti di narcisismo.

Hypersensitive Narcissism Scale (HSNS; Hendin e Cheek, 1997; Fossati et al., 2009). È un questionario composto da 10 item che consentono di ottenere una misura di narcisismo vulnerabile. Gli item sono valutati su una scala likert a 5 punti (1= fortemente in disaccordo; 5=

fortemente d'accordo). In accordo con lo studio di validazione italiana, il questionario consente di individuare due componenti di vulnerabilità narcisistica: Ipersensibilità al giudizio (OS; Oversensitivity to Judgement) ed Egocentrismo (E; Egocentrism). Sufficienti indici di consistenza interna sono stati riscontrati nel campione non clinico sia per il punteggio totale ($\alpha = .70$), sia per le due sotto-dimensioni (OS: $\alpha = .62$; E: $\alpha = .66$).

Rosenberg Self-Esteem Inventory (RSI; Rosenberg, 1965; Prezza et al., 1997). E' un questionario composto da 10 item che misurano il costrutto di autostima esplicita. Gli item sono misurati su una scala likert a 4 punti (1= fortemente in disaccordo; 4= fortemente in accordo). Il questionario ha mostrato un buon indice di consistenza interna nel campione non clinico ($\alpha = .87$). Maggiore è il punteggio totale del RSI maggiore è il livello di autostima.

Inventory of Personality Organization (IPO; Lenzenweger, Clarkin, Kernberg e Foelsch, 2001; Preti, 2012). E' un questionario composto da 57 item basato sul modello di organizzazione di personalità di Kernberg. Gli item sono valutati su una scala likert a 5 punti (1= mai vero; 5= sempre vero). In accordo con Lenzenweger et al. (2001), l'IPO fornisce 3 principali dimensioni: Diffusione dell'Identità (DI; 21 items), Difese Primitive (DP; 16 items) and Esame di Realtà (Er; 20 items). All'interno del campione non clinico sono stati riscontrati buoni indici di consistenza interna per la dimensione DI ($\alpha = .89$), DP ($\alpha = .84$), e ER ($\alpha = .87$). Alti punteggi nelle tre dimensioni riflettono la presenza di caratteristiche patologiche nella struttura di personalità.

Empathy Quotient (EQ; Baron-Cohen e Wheelwright, 2004; Lawrence, Shaw, Baker, Baron-Cohen, e David, 2004; Preti, Vellante, Baron-Cohen, Zucca, et al., 2011). E' un questionario composto da 60 item che valutano in modo multidimensionale la capacità empatica attraverso 3 dimensioni: Empatia Cognitiva (EC), Reattività Emotiva (RE), e Capacità Sociali (CS). Gli item sono valutati su una scala likert a 4 punti (1= fortemente in disaccordo; 4= fortemente d'accordo). All'interno del campione non clinico sono stati riscontrati coefficienti di consistenza

interna accettabili per il punteggio totale EQ ($\alpha = .80$), la sottoscala EC ($\alpha = .86$), e la sottoscala RE ($\alpha = .71$). La consistenza interna della sottoscala CS, invece, è risultata inadeguata ($\alpha = .52$), quindi non è stata inclusa nelle analisi condotte. Più alti sono i punteggi nelle dimensioni del EQ, maggiori sono le capacità empatiche.

Structured Clinical Interview for DSM-IV Personality Disorders (SCID-II; First et al., 1997; Mazzi et al., 2003). La SCID-II è un'intervista strutturata composta da 140 item costruiti sulla base dei criteri diagnostici del DSM, al fine di valutare la presenza di disturbi di personalità. Affinchè possa essere determinata la presenza di un disturbo di personalità, è necessario che il soggetto soddisfi un numero determinato di criteri (item) che varia a seconda del disturbo di volta in volta considerato.

Tutti gli strumenti utilizzati nel presente studio sono coperti dalla legge sul copyright, quindi non verranno riportati in Appendice.

3.3.4 Analisi Statistiche

Al fine di studiare la struttura fattoriale del questionario, sono state condotte Analisi Fattoriali Confermative (CFA) con il metodo di parcellizzazione, come riportato negli studi di validazione del PNI condotti da You et al. (2013) e Jaksic et al. (2014). Sebbene il metodo di parcellizzazione sia ancora controverso, abbiamo ritenuto che l'inevitabile eliminazione della saturazione secondaria che tale metodo porta con se fosse una perdita accettabile, se si considerano i vantaggi ottenuti in termini di parsimonia, maggiore normalità della distribuzione e migliori caratteristiche psicometriche quali comunaltà e affidabilità.

Per un più approfondito studio della struttura fattoriale, sono state condotte CFA separatamente sia sul primo sia sul secondo campione non clinico, quindi sia per il modello fattoriale di primo ordine sia di secondo ordine. Infatti, abbiamo dapprima condotto una CFA sul primo campione per testare la struttura fattoriale del PNI nella sua traduzione italiana, quindi abbiamo condotto le medesime analisi sul secondo campione al fine di valutare la replicabilità e generalizzabilità del modello fattoriale riscontrato mediante le prime analisi.

L'adattamento del modello fattoriale è stato valutato utilizzando la statistica del Chi-quadro (χ^2) ed altri indici statistici compensativi. Infatti, il χ^2 ha dimostrato di avere spesso la tendenza a sovrastimare la mancanza di adattamento qualora vengano considerati un alto numero di parametri (Bollen, 1989). In particolare, le analisi relative allo studio della simmetria e kurtosi univariate e multivariate hanno evidenziato la presenza di significative violazioni della normalità nella distribuzione, quindi si è deciso di utilizzare metodi di massima verosimiglianza robusti (Satorra e Bentler, 1994). Tali metodi consentono di ottenere il *Satorra-Bentler scaled chisquare statistic* (χ^2_{SB}) ed errori standard robusti (Chou e Bentler, 1995).

Gli ulteriori indici di adattamento presi in considerazione per la valutazione dei modelli fattoriali (Hu e Bentler, 1999) sono stati il *comparative fit index* (CFI), il *non-normed fit index* (NNFI), il *root mean square error of approximation* (RMSEA), il suo 90% di intervallo di confidenza (CI; vedi MacCallum, Browne, e Sugawara, 1996), e *standardized rootmean-square residual* (SRMR). Le linee guida per l'interpretazione degli indici di fit (Hu e Bentler, 1999) sostengono che affinché un modello possa presentare un adeguato adattamento ai dati è necessario che mostri valori del CFI >.90, valori del NNFI >.90, un RMSEA compreso tra .05 e .08 e un SRMR ≤ 1.0. Al fine di comparare i modelli fattoriali di secondo ordine, è stato utilizzato il *Akaike information criterion* (AIC). Questo indice, infatti, è utilizzato per paragonare modelli fattoriali *non-nested* (ovvero non concatenati), tale per cui minore è il suo valore, maggiore è l'adattamento del modello ai dati (Kline, 2005). Nonostante non esista un cut-off specifico che

delinei quando un modello abbia un'accuratezza significativamente maggiore di un altro, Burnham e Anderson (2002) suggeriscono che una differenza di AIC maggiore di 8 unità sia sufficiente, mentre una differenza maggiore di 10 sia eccellente.

Al fine di valutare la consistenza interna delle scale e sottoscale previste dal PNI è stato utilizzato l'indice *alpha di Cronbach* (α); mentre la validità test-retest dello strumento è stata valutata mediante l'*Interclass Correlation Coefficient* (ICC; Weir, 2005). Infine, per valutare le relazioni convergenti e divergenti delle scale e sottoscale del PNI con altre misurazioni sono state condotte analisi correlazionali; mentre per valutare l'associazione tra PNI, disturbi di personalità e caratteristiche patologiche della struttura di personalità nel campione clinico sono state condotte rispettivamente analisi di regressione logistica e lineare multipla.

Le analisi statistiche sono state condotte mediante l'utilizzo del pacchetto lavaan (Yves Rosseel, 2012) del software statistico R (R Development Core Team, 2008), e mediante SPSS 18.0 (SPSS, Chicago, IL).

3.4 Risultati

Data la complessità dello studio, i risultati verranno esposti applicando una suddivisione in sottoparagrafi che rispecchia le diverse tappe di sviluppo delle analisi condotte:

- Studio della struttura fattoriale di primo ordine nel primo e nel secondo campione non clinico
- Studio della struttura fattoriale di secondo ordine nel primo e nel secondo campione non clinico
- Studio della validità concorrente del PNI nel campione non clinico
- Studio della relazione tra PNI e indici di patologia della personalità nel campione clinico

3.4.1 Struttura fattoriale di primo ordine e consistenza interna delle dimensioni

Nella prima parte dello studio, abbiamo valutato la struttura fattoriale del PNI all'interno del primo campione non clinico e successivamente all'interno del secondo, al fine di comprendere se la struttura riscontrata fosse replicabile e generalizzabile.

Dapprima abbiamo testato il modello a sette fattori replicando la CFA riportata da Pincus et al. (2009) nello studio di validazione della versione originaria dello strumento. I risultati ottenuti, però, hanno evidenziato un adattamento del modello non soddisfacente: $\chi^2_{2SB} (1240; N=295) = 2375.82$; $p \leq .001$, CFI = .805, TLI = .791, RMSEA = .056, 90% confidence interval [CI] RMSEA 0.053 - 0.059, SRMR = .076. Una possibile spiegazione dei risultati ottenuti potrebbe essere imputabile alla distribuzione delle sette sottoscale all'interno del nostro campione. Come suggerito da You et al. (2013), *“la maggior parte degli item del PNI ha una distribuzione non-normale e alcuni item che definiscono il medesimo fattore hanno un valore di asimmetria di segno opposto”*. La medesima situazione, infatti, si è verificata nel nostro caso (es., l'asimmetria per l'item PNI05 era .712 e per PNI19 era -.687). Al fine di superare tale problema, abbiamo condotto una CFA con la procedura di parcellizzazione degli item, utilizzata anche da You et al. (2013) e Jaksic et al. (2014) in un contesto simile. La suddetta consente, infatti, di ottenere distribuzioni degli item che siano più vicine ai criteri di normalità. Un *parcel* può essere definito come un indicatore di livello aggregato creato sulla base dalla somma (o media) di due o più item, utilizzando quindi i punteggi dei parcel in sostituzione ai punteggi degli item all'interno della CFA (Little, Cunningham, Shahar, e Widaman, 2002; Bandalos e Finney, 2001). Sono stati utilizzati due principali criteri di selezione per la creazione dei parcels: il raggruppamento coinvolgeva item che saturavano sul medesimo fattore; il raggruppamento era basato sulla correlazione item-fattore tale per cui venivano combinati item con alta e bassa correlazione, mentre item con correlazione intermedia venivano combinati tra loro. Il raggruppamento era

indicato dalla media dei punteggi degli item contenuti (gli item raggruppati per ogni parcel sono riportati in Appendice).

La CFA con metodo della parcellizzazione degli item è stata condotta sul primo campione per valutare se il modello fattoriale a sette fattori proposto da Pincus et al. (2009) potesse essere validato. Abbiamo specificato il modello a sette fattori assegnando le parcellizzazioni degli item ai fattori corrispondenti, senza specificare le covarianze di errore.

Le analisi hanno evidenziato buoni indici di adattamento del modello fattoriale ai dati: χ^2_{SB} (149; $N=295$) = 277.53; $p \leq .001$, CFI = .951, NNFI = .932, RMSEA = .054, 90% confidence interval [CI] RMSEA 0.045 - 0.063, SRMR = .044. Come riportato in Tabella 1, le saturazioni delle parcellizzazioni degli item variavano da .65 a .96.

In Tabella 2 vengono riportate le correlazioni tra le sette sottoscale di primo ordine del PNI e gli indici di consistenza interna. In particolare, tutte le correlazioni tra fattori risultavano significative (*range* $r = .13 - .64$), ad eccezione delle correlazioni tra EXP e DEV, ed EXP e CSE. Ancora, seppur significative, le correlazioni della dimensione EXP con la dimensione SSSE e HS risultavano marginali. Gli indici di consistenza interna delle scale risultavano adeguate per tutte le sottoscale (*range* $r = .74 - .91$). Infine, si sono riscontrate differenze significative per genere nelle sottodimensioni di EXP e GF. Infatti, i partecipanti maschi hanno riportato più alti livelli nella sottoscala EXP (maschi: $M = 2.45$, $SD = .95$; femmine: $M = 1.97$, $SD = .84$; $t = 4.62$, $p < .05$) e nella sottoscala GF (maschi: $M = 3.00$, $SD = 1.02$; femmine: $M = 2.46$, $SD = .97$; $t = 4.61$, $p < .05$) rispetto alle partecipanti femmine.

Tabella 1. Saturazioni dei parcel di item del PNI nel primo campione

Pathological Narcissism Inventory Facets							
Parcel degli item	CSE	EXP	SSSE	HS	GF	DEV	ER
1	.87						
2	.86						
3	.83						
4	.82						
5		.81					
6		.74					
7			.96				
8			.73				
9				.72			
10				.69			
11				.68			
12					.87		
13					.76		
14					.65		
15						.83	
16						.82	
17						.74	
18							.85
19							.80
20							.73

N=295; CSE = Autostima contingente; EXP = Sfruttamento interpersonale; SSSE = Altruismo strumentale; HS = Tendenza a nascondere il Sé; GF = Fantasia grandiosa; DEV = Svalutazione; ER = Rabbia di diritto.

Tabella 2. Correlazioni tra le sette sottoscale del PNI, consistenza interna e medie delle sottoscale nel primo campione

Scale	CSE	EXP	SSSE	HS	GF	DEV	ER	Maschi		Femmine		<i>t</i>	<i>d</i>
								<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
CSE	(.91)							2.00	0.94	2.13	1.07	-1.02	0.13
EXP	.06	(.74)						2.45	0.95	1.97	0.84	4.62*	0.53
SSSE	.42**	.17**	(.77)					3.04	0.94	3.08	0.81	-0.42	0.04
HS	.35**	.13*	.26**	(.75)				2.58	0.80	2.45	0.96	1.28	0.15
GF	.40**	.28**	.35**	.33**	(.81)			3.00	1.02	2.46	0.97	4.61*	0.54
DEV	.61**	.05	.26**	.51**	.35**	(.81)		1.67	0.88	1.72	1.03	-0.45	0.05
ER	.64**	.25**	.39**	.32**	.45**	.49**	(.82)	2.33	0.83	2.34	1.00	-0.01	0.01

N= 295; CSE = Autostima contingente; EXP = Sfruttamento interpersonale; SSSE = Altruismo strumentale; HS = Tendenza a nascondere il Sé; GF = Fantasia grandiosa; DEV = Svalutazione; ER = Rabbia di diritto.

* *p*<.001

Le medesime analisi sono state poi condotte all'interno del secondo campione non clinico di soggetti. I risultati hanno evidenziato che il modello possedeva buoni indici di adattamento ai dati anche all'interno del secondo campione, $\chi^2_{SB}(478; N=478) = 386.27$; *p* ≤ .001, CFI = .95, NNFI = .93, RMSEA = .06, 90% confidence interval [CI] RMSEA 0.051 - 0.065, SRMR = .05. Inoltre, le saturazioni dei parcel degli item erano compresi tra .69 e .88 (Tab. 3).

Tabella 3. Saturazioni dei parcel di item del PNI nel secondo campione non clinico

Pathological Narcissism Inventory							
Parcel degli item	CSE	EXP	SSSE	HS	GF	DEV	ER
1	.87						
2	.84						
3	.79						
4	.79						
5		.77					
6		.69					
7			.88				
8			.79				
9				.77			
10				.75			
11				.73			
12					.91		
13					.76		
14					.71		
15						.83	
16						.83	
17						.74	
18							.88
19							.82
20							.71

N= 478; CSE = Autostima contingente; EXP = Sfruttamento interpersonale; SSSE = Altruismo strumentale; HS = Tendenza a nascondere il Sé; GF = Fantasia grandiosa; DEV = Svalutazione; ER = Rabbia di diritto.

Le correlazioni tra le sette sottoscale del PNI e gli indici di consistenza interna all'interno del secondo campione non clinico sono riportati in tabella 4.

Tabella 4. Correlazioni tra le sette sottoscale del PNI, consistenza interna e medie delle sottoscale nel secondo campione non clinico

Scale	CSE	EXP	SSSE	HS	GF	DEV	ER	Maschi		Femmine		<i>t</i>	<i>d</i>
								<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
CSE	(.89)							1.28	0.74	1.37	0.73	-1.32	0.12
EXP	.11*	(.69)						1.65	0.65	1.29	0.60	6.00*	0.57
SSSE	.32**	.13**	(.74)					1.90	0.52	1.87	0.49	0.59	0.06
HS	.34**	.17*	.21**	(.78)				1.95	0.70	1.91	0.74	0.65	0.03
GF	.40**	.32**	.31**	.26**	(.85)			1.78	0.71	1.54	0.74	3.31*	0.33
DEV	.52**	.06	.26**	.44**	.36**	(.81)		1.14	0.72	1.20	0.73	-0.85	0.08
ER	.63**	.27**	.31**	.30**	.44**	.50**	(.83)	1.72	0.79	1.74	0.76	-0.25	0.02

N= 478; CSE = Autostima contingente; EXP = Sfruttamento interpersonale; SSSE = Altruismo strumentale; HS = Tendenza a nascondere il Sé; GF = Fantasia grandiosa; DEV = Svalutazione; ER = Rabbia di diritto.

* $p < .001$

I risultati hanno mostrato che le correlazioni tra sottoscale erano tutte significative ($.11 < r < .63$), ad eccezione della correlazione tra EXP e DEV. Le correlazioni della dimensione EXP con le dimensioni CSE, SSSE e HS, invece, risultavano significative ma marginali. Inoltre, i valori della alpha di Cronbach variavano tra .69 to .89, mostrando buoni indici di consistenza interna per tutte le sottoscale del PNI. Infine, sono state riscontrate differenze significative di genere rispetto alle sottoscale EXP e GF. In particolare, i partecipanti maschi hanno riportato punteggi più alti sia nella sottoscala EXP (maschi: $M = 1.65$, $SD = .65$; femmine: $M = 1.29$, $SD = .60$; $t = 6.00$, $p < .05$) sia nella sottoscala GF (maschi: $M = 1.78$, $SD = .71$; femmine: $M = 1.54$, $SD = .74$; $t = 3.31$, $p < .05$) rispetto alle partecipanti femmine.

3.4.2 Struttura fattoriale di secondo ordine e consistenza interna delle scale

Dopo aver studiato la struttura fattoriale di primo ordine del PNI nei due campioni non clinici, ci siamo occupati di studiare la struttura fattoriale di secondo ordine.

Sulla base della letteratura sul PNI, abbiamo testato tre modelli all'interno dei due campioni non clinici. In particolare, per le nostre analisi abbiamo preso in considerazione un modello unidimensionale (con un solo fattore sovraordinato), il modello a due fattori di secondo ordine teorizzato da Pincus et al. (2009) ed il modello a due fattori di secondo ordine riscontrato da Wright et al. (2010).

I risultati ottenuti dalle CFA di secondo ordine dei tre modelli fattoriali in ogni campione sono riportati in tabella 5.

Tutti i modelli hanno evidenziato indici di fit accettabili sia nel primo sia nel secondo campione non clinico. Nonostante gli indici di fit mostrassero valori pressoché equivalenti, il modello fattoriale di secondo ordine di Wright et al. (2010) ha mostrato un migliore adattamento ai dati in entrambi i campioni. Come indicato dall'indice AIC, infatti, le differenze tra il modello unidimensionale o di Pincus, e il modello di Wright sono superiori a 7 unità in entrambi i campioni. In particolare, all'interno del secondo campione la differenza di AIC rispetto al modello unidimensionale è pari a 27.55, e rispetto al modello di Pincus è pari a 24.26, indicando quindi un adattamento significativamente maggiore del modello di Wright ai nostri dati rispetto agli altri due modelli in entrambi i campioni.

Infine, i valori di consistenza interna delle scale di secondo ordine, e le correlazioni con le sottoscale di primo ordine nel primo e nel secondo campione, sono riportate in tabella 6.

Come prevedibile, le scale di Grandiosità Narcisistica e di Vulnerabilità Narcisistica hanno mostrato buoni indici di consistenza interna sia nel primo campione (NG: $\alpha=.86$; NV: $\alpha=.92$) sia nel secondo campione (NG: $\alpha=.84$; NV: $\alpha=.93$), ed una moderata correlazione (primo campione $r = .50$; secondo campione: $r = .49$).

Table 5. Risultati delle CFA con i tre modelli fattoriali di secondo-ordine del PNI nei due campioni non clinici

Model		χ^2_{SB}	<i>df</i>	CFI	NNFI	RMSEA [90% CI]	AIC
Primo Campione ^a	1. Unifattoriale	360.05	163	.92	.91	.06 [.06 - .07]	14048.95
	2. Due fattori di secondo-ordine (Pincus et al., 2010)	355.66	162	.93	.91	.06 [.05 - .07]	14044.96
	3. Due fattori di secondo-ordine (Wright et al., 2010)	346.93	162	.93	.91	.06 [.05 - .07]	14036.48
Secondo Campione ^b	1. Unifattoriale	488.83	163	.93	.91	.06 [.06 - .07]	22615.32
	2. Due fattori di secondo-ordine (Pincus et al., 2010)	484.61	162	.93	.91	.06 [.06 - .07]	22612.00
	3. Due fattori di secondo-ordine (Wright et al., 2010)	462.46	162	.93	.92	.06 [.06 - .07]	22587.77

^a *N* = 295; ^b *N* = 478; χ^2_{SB} = Satorra-Bentler Scaled Chi-Square; CFI = comparative fit index; NNFI = nonnormed fit index; RMSEA = root mean square error of approximation; CI = confidence interval; AIC = Akaike information criterion.

Per quanto riguarda le correlazioni con le sottoscale di primo ordine, in accordo con il modello di Wright et al. (2010), la scala NG ha mostrato correlazioni positive da moderate a forti con le sottoscale EXP, SSSE, e GF; mentre la scala NV ha mostrato correlazioni da moderate a forti con le sottoscale CSE, HS, DEV e ER.

Come osservabile dalla tabella 7, infine, i maschi hanno riportato punteggi significativamente più alti nella scala NG rispetto alle femmine sia nel primo campione ($t = 4.17$; $p < .05$) sia nel secondo campione ($t = 4.77$; $p < .05$), mentre maschi e femmine non sembravano differire significativamente in riferimento alla scala NV sia nel primo campione ($t = -.12$; $p > .05$) sia nel secondo campione ($t = -.56$; $p > .05$).

Tabella 6. Correlazioni tra scale di secondo ordine e sottoscale di primo ordine del PNI e consistenza interna nel primo e nel secondo campione non clinico

	Scale	CSE	EXP	SSSE	HS	GF	DEV	ER	NG	NV
Primo Campione ^a	NG	.41**	.67**	.68**	.34**	.78**	.31**	.51**	(.86)	
	NV	.84**	.15*	.42**	.68**	.49**	.83**	.84**	.50**	(.92)
Secondo Campione ^b	NG	.39**	.70**	.60**	.30**	.82**	.33**	.49**	(.84)	
	NV	.81**	.20**	.36**	.67**	.48**	.80**	.80**	.49**	(.93)

^a N= 295; ^b N=478; CSE = Contingent Self-Esteem; EXP = Exploitative; SSSE = Self-Sacrificing Self-Enhancement; HS = Hiding the Self; GF = Grandiose Fantasy; DEV = Devaluing; ER = Entitlement Rage; NG = Narcissistic Grandiosity; NV = Narcissistic Vulnerability.

* p<.001

Tabella 7. Medie delle scale di secondo-ordine del PNI nei due campioni non clinici

Scale	Maschi		Femmine		t	d	
	M	SD	M	SD			
Primo Campione ^a	NG	2.83	0.71	2.51	0.61	4.17*	0.48
	NV	2.15	0.66	2.16	0.82	-0.12	0.01
Secondo Campione ^b	NG	1.77	0.46	1.57	0.43	4.77*	0.45
	NV	1.52	0.59	1.55	0.55	-0.56	0.05

^a N= 295; ^b N=478; NG = Grandiosità narcisistica; NV = Vulnerabilità narcisistica.

* p<.001.

3.4.3 Attendibilità test-retest

Per quanto concerne lo studio dell'attendibilità test-retest, 104 partecipanti del primo campione non clinico hanno compilato il PNI a distanza di circa due mesi. Il campione risultava costituito per il 65.4% da femmine ($N= 68$) e il 34.6% da maschi ($N= 36$) con età media pari a 23.84 ($SD = 3.39$).

Al fine di valutare l'attendibilità test-retest, è stata calcolata la media dei punteggi delle sottoscale di primo ordine e delle scale di secondo ordine ottenuti dai partecipanti sia nella prima somministrazione (T1) sia nella seconda somministrazione (T2) del PNI, quindi il coefficiente di correlazione intraclassa.

In tabella 8 vengono riportati i risultati ottenuti dalle analisi condotte.

Tabella 8. Medie, Deviazioni standard e Coefficienti di Correlazione Intraclassa (ICC) delle scale di primo e di secondo-ordine del PNI

Scala	T1		T2		ICC
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	
CSE	2.09	1.04	2.13	0.93	.83*
EXP	2.15	0.95	2.22	0.97	.82*
SSSE	3.13	0.88	2.94	0.88	.72*
HS	2.47	0.93	2.45	0.90	.78*
GF	2.72	1.03	2.77	0.98	.74*
DEV	1.68	0.99	1.69	0.96	.76*
ER	2.34	1.00	2.30	0.91	.78*
NG	2.67	0.66	2.64	0.66	.75*
NV	2.15	0.77	2.14	0.71	.82*

$N= 104$; T1= prima somministrazione; T2= seconda somministrazione; CSE = Autostima contingente; EXP = Sfruttamento interpersonale; SSSE = Altruismo strumentale; HS = Tendenza a nascondere il Sé; GF = Fantasia grandiosa; DEV = Svalutazione; ER = Rabbia di diritto; NG= Grandiosità narcisistica; NV= Vulnerabilità narcisistica.

* $p < .001$.

Come riportato, i valori di ICC sono risultati tutti significativi e variavano da .72 a .83, suggerendo che il PNI mostra una buona attendibilità test-retest in tutte le sue scale e sottoscale.

3.4.4 Validità concorrente

Per studiare la validità concorrente del PNI abbiamo condotto analisi delle correlazioni tra le scale/sottoscale del PNI e altre misure esterne. Tali analisi sono state condotte nel secondo campione non clinico, con metodo listwise. In questo senso, sono stati esclusi dalle analisi 39 partecipanti a causa della presenza di dati mancanti. Il campione così ottenuto risultava composto da 439 partecipanti (285 femmine; 154 maschi) con età media pari a 28.94 (SD= 8.11), quindi con caratteristiche descrittive non così differenti da quelle che erano state riscontrate nel campione originario (vedi par. 3.3.2).

La tabella 9 riporta i risultati delle analisi di correlazione tra le scale/sottoscale del PNI e le altre misure prese in considerazione, ovvero due misure di narcisismo ottenute mediante la somministrazione del NPI e del HSNS, quest'ultima nelle sue dimensioni di ipersensibilità al giudizio e egocentrismo; una misurazione dell'autostima esplicita; una misurazione della capacità empatica nelle due dimensioni di empatia cognitiva e reattività emotiva; ed infine i tre indici della BPO, ovvero diffusione di identità, difese primitive ed esame di realtà.

I risultati ottenuti hanno mostrato un pattern significativo di relazioni convergenti e divergenti tra il PNI e le altre misure. Per quanto concerne le due misure di narcisismo considerate, le due scale di secondo ordine del PNI hanno evidenziato correlazioni significative ma differenti con il NPI e il HSNS. La scala NG (e le sue sottoscale) ha mostrato una correlazione positiva moderata con il NPI ($r = .45$; $p < .001$), mentre la correlazione tra NV e NPI è risultata significativa ma marginale ($r = .15$; $p < .001$). Infatti, nessuna delle sottoscale di vulnerabilità narcisistica risultava correlata al NPI, ad eccezione della sottoscala ER.

Tabella 9. Correlazioni tra le scale e sottoscale del PNI ed altre misure esterne.

Misure esterne	PNI sottoscale						PNI scale		
	CSE	EXP	SSSE	HS	GF	DEV	ER	NG	NV
NPI	.09	.57**	.05	.07	.37**	-.01	.33**	.45**	.15**
HSNS	.50**	.08	.10*	.32**	.30**	.41**	.52**	.23**	.58**
OS	.53**	.01	.22**	.31**	.29**	.40**	.46**	.24**	.55**
E	.25	.14**	-.13**	.20**	.18**	.26**	.39**	.11*	.37**
RSI	-.49**	.16**	-.07	-.22**	-.13**	-.38**	-.16**	-.02	-.38**
IPO DI	.55**	.19**	.21**	.35**	.38**	.43**	.45**	.35**	.58**
IPO DP	.50**	.15**	.27**	.35**	.33**	.51**	.46**	.36**	.59**
IPO Er	.41**	.24**	.12*	.26**	.35**	.38**	.38**	.33**	.47**
EQ	-.14**	.00	.20**	-.15**	-.07	-.21**	-.22**	.04	-.24**
EC	.01	.21**	.16**	-.00	.06	-.02	-.01	.20**	-.02
RE	-.06	-.30**	.22**	-.11*	-.14**	-.18**	-.29**	-.14**	-.23**

N = 439; CSE = Autostima contingente; EXP = Sfruttamento interpersonale; SSSE = Altruismo strumentale; HS = Tendenza a nascondere il Sé; GF = Fantasia grandiosa; DEV = Svalutazione; ER = Rabbia di diritto; NG = Grandiosità narcisistica; NV = Vulnerabilità narcisistica. NPI = Totale Narcissistic Personality Inventory; HSNS = Totale Hypersensitive Narcissism Scale; OS = Ipersensibilità al giudizio; E = Egocentrismo; RSI = Total Rosenberg Self-Esteem Inventory; IPO DI = Diffusione dell'identità; IPO DP = Difese primitive; IPO ER = Esame di realtà; EQ = Totale Empathy Quotient; EC = Empatia cognitiva; RE = Reattività emotiva.

* $p < .05$; ** $p < .001$.

In modo differente, la scala NV ha mostrato una correlazione positiva più forte con la misura HSNS totale ($r = .58$; $p < .001$) rispetto alla scala NG ($r = .23$; $p < .001$). In particolare, tutte le sottoscale di NV hanno mostrato correlazioni più alte con la misura HSNS totale rispetto alle sottoscale di NG. Inoltre, la sottoscala EXP non ha mostrato correlazione significativa con la misura HSNS totale ($r = .01$; $p > .05$). Se si considerano le due dimensioni della HSNS, la sottoscala EXP ha mostrato di correlare positivamente anche se marginalmente con la dimensione di Egocentrismo ($r = .14$; $p < .001$), ma non con quella di Ipersensibilità al giudizio ($r = .01$; $p > .05$); mentre la sottoscala CSE correlava positivamente con la dimensione OS ($r = .53$; $p < .001$) ma non con la dimensione E ($r = .25$; $p > .05$). In più, la sottoscala SSSE correlava

positivamente con la dimensione OS ($r = .22$; $p < .001$) e negativamente con la dimensione E ($r = -.13$; $p < .001$), sebbene entrambe le correlazioni fossero marginali. Solo la scala NV ha mostrato una correlazione negativa significativa con il RSI ($r = -.39$; $p < .001$); mentre nessuna correlazione significativa è stata riscontrata con la scala NG ($r = -.02$; $p > .05$). In linea con tali risultati, infatti, tutte le sottoscale di NV hanno mostrato correlazioni significative e maggiori con RSI rispetto alle sottoscale di NG, che mostravano correlazioni marginali o non significative. In particolare, le sottoscale maggiormente correlate al RSI erano la sottoscala CSE ($r = -.49$; $p < .001$) e DEV ($r = -.38$; $p < .001$).

Per quanto concerne la relazione tra PNI e IPO, entrambe le scale del PNI, e le relative sottoscale, hanno mostrato correlazioni positive con le tre dimensioni che descrivono l'organizzazione borderline di personalità. Nonostante ciò, le tre dimensioni della BPO hanno mostrato correlazioni maggiori con la scala NV (*range* $r = .47 - .59$) rispetto alla scala NG del PNI (*range* $r = .33 - .36$).

Infine, un pattern specifico di correlazioni è stato riscontrato tra le due scale del PNI e la misura del EQ, nonché le sue sotto-dimensioni. Una correlazione significativa negativa, anche se marginale, è stata riscontrata tra il punteggio totale EQ e la scala NV ($r = -.24$; $p < .001$). Sebbene la dimensione di reattività emozionale del EQ fosse negativamente correlata sia alla scala NG ($r = -.14$; $p < .001$) sia alla scala NV ($r = -.23$; $p < .001$), le due scale del PNI mostravano differenti correlazioni con la dimensione di empatia cognitiva. La scala NG ha mostrato una correlazione positiva (anche se marginale) con tale dimensione ($r = .20$; $p < .001$) mentre nessuna correlazione significativa è stata osservata con la scala NV ($r = -.02$; $p > .05$).

3.4.5 Il PNI in un campione clinico: associazione con indici di patologia della personalità

Come descritto precedentemente, il 44.4% ($N= 24$) dei pazienti ha ottenuto almeno una diagnosi di disturbo di personalità, e tra questi, il 41.7% ($N= 10$) presentava un quadro di comorbidità tra più PDs, con una media di 1.75 ($SD= 1.22$) disturbi. In Tabella 10 sono riportati i dati relativi alla prevalenza dei disturbi di Asse II nel campione clinico.

Come mostrano i risultati, i disturbi con maggiore prevalenza all'interno del campione erano il disturbo borderline (41.7%), il disturbo depressivo (29.2%), il disturbo ossessivo-compulsivo (29.2%), ed il disturbo narcisistico (25.0%).

Tabella 10. *Prevalenza dei disturbi di personalità nel campione clinico*

PDs DSM-IV	<i>N</i>	%
EPD	2	8.3
DPD	2	8.3
OCPD	7	29.2
PAPD	1	4.2
DepPD	7	29.2
PPD	4	16.2
StPD	1	4.2
SPD	1	4.2
IPD	1	4.2
NPD	6	25.0
BPD	10	41.7
APD	2	8.3

N= 54; EPD=disturbo evitante di personalità; DPD= disturbo dipendente di personalità; OCPD= disturbo ossessivo-compulsivo di personalità; PAPD= disturbo passivo aggressivo di personalità; DepPD= disturbo depressivo di personalità; PPD= disturbo paranoide di personalità; StPD= disturbo schizotipico di personalità; SPD= disturbo schizoide di personalità; IPD= disturbo istrionico di personalità; NPD= disturbo narcisistico di personalità; BPD= disturbo borderline di personalità; APD= disturbo antisociale di personalità.

Per quanto riguarda il PNI, in tabella 11 vengono riportate le medie dei punteggi ottenuti all'interno del campione rispetto alle diverse scale e sottoscale dello strumento.

I risultati evidenziano che, in media, i punteggi maggiori erano quelli ottenuti nelle sottoscale SSSE ($M= 3.08$; $SD= 0.83$), HS ($M= 2.57$; $SD= 0.93$) e CSE ($M= 2.46$; $SD= 1.09$), mentre la media dei punteggi delle scale NG e NV risultava simile, e la correlazione tra NG e NV all'interno del campione clinico risultava pari a $.54$ ($p < .001$). Come riportato nella tabella 11, inoltre, sono state condotte analisi al fine di confrontare se vi fossero differenze significative nei punteggi del PNI all'interno del campione clinico e all'interno del secondo campione non clinico considerato nel presente studio. I risultati hanno mostrato differenze significative in tutte le scale e sottoscale del PNI: i pazienti del campione clinico, infatti, hanno riportato in media maggiori punteggi dei partecipanti non clinici.

Tabella 11. Medie e deviazioni standard delle scale e sottoscale del PNI nel campione clinico e nel secondo campione non clinico

Sottoscale e Scale PNI	Campione Clinico ^a		Campione non clinico ^b		<i>t</i>	<i>d</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
CSE	2.46	1.09	1.34	.73	10.08**	1.21
EXP	1.82	1.02	1.42	.64	4.06**	0.47
SSSE	3.08	.83	1.88	.50	15.55**	2.42
HS	2.57	.93	1.92	.72	6.04**	0.78
GF	1.96	1.17	1.63	.73	2.90*	0.34
DEV	1.88	1.21	1.18	.72	6.21**	0.70
ER	2.30	1.09	1.73	.77	4.93**	0.60
NG	2.29	.70	1.64	.45	9.40**	0.88
NV	2.30	.87	1.54	.57	8.75**	1.03

^a $N= 54$; ^b $N= 478$; CSE = Autostima contingente; EXP = Sfruttamento interpersonale; SSSE = Altruismo strumentale; HS = Tendenza a nascondere il Sé; GF = Fantasia grandiosa; DEV = Svalutazione; ER = Rabbia di diritto; NG= Grandiosità narcisistica; NV= Vulnerabilità narcisistica.

* $p < .05$; ** $p < .001$.

Al fine di studiare se il PNI fosse associato ad indici di patologia della personalità, sono state dapprima studiate le associazioni tra le due scale sovraordinate del PNI e i disturbi di personalità secondo il DSM-IV; in seguito è stata studiata l'associazione tra le due scale del PNI e le dimensioni del IPO.

In entrambi i casi sono state condotte analisi di regressione (logistica e lineare) multipla al fine di tenere in considerazione la misurazione del PNI nel suo complesso, ovvero gli eventuali apporti di ciascuna delle due scale nel contesto dell'altra, anche alla luce della correlazione tra le due ($r = .54$; $p < .05$).

I risultati hanno evidenziato che la misura di narcisismo patologico ottenuta mediante il PNI non sembra essere significativamente associata alla presenza di disturbi di personalità ($\chi^2(2) = 4.48$; $p > .05$), né al numero di disturbi di personalità diagnosticati ($R^2 = .03$; $F(2,51) = .82$; $p > .05$). Data la bassa frequenza dei singoli disturbi all'interno del campione, si è deciso di non considerare le singole diagnosi di PDs ma piuttosto i cluster previsti dal DSM-IV.

I risultati delle analisi di regressione logistica condotte per studiare l'associazione tra PNI e diagnosi SCID-II, raggruppate per cluster, sono riportate in tabella 12.

La misura di narcisismo patologico nel suo complesso è risultata significativamente associata solo alla presenza dei disturbi di cluster B.

Tabella 12. Relazioni tra PNI e disturbi di personalità valutate mediante SCID-II

Disturbi	Predittori						Modello di regressione
	NG ^a			NV ^a			multipla ^b
	<i>B</i>	<i>Exp(B)</i>	χ^2 Wald	β	<i>Exp(B)</i>	χ^2 Wald	χ^2
Cluster A	.93	2.54	.98	.17	1.19	.07	2.20
Cluster B	.46	1.58	.63	.70	2.00	2.45	6.47*
Cluster C	-.12	.88	.04	-.13	.88	.07	.24

N = 54; ; NG = Grandiosità narcisistica; NV = Vulnerabilità narcisistica;

^a df = 1; ^b df = 2; *p < .001.

Nonostante ciò, nessuna delle due scale ha mostrato un'associazione specifica in questo senso a fronte della parzializzazione dell'effetto dell'altra scala.

Rispetto alla presenza di disturbi degli altri due cluster non sono state riscontrate associazioni significative con il PNI.

Infine, si è approfondito lo studio delle associazioni del PNI con le singole diagnosi dei disturbi di cluster B, intese in senso dimensionale. I risultati hanno evidenziato che il PNI mostrava associazioni significative esclusivamente con i tratti di NPD ($R^2 = .12$; $F(2,51) = 3.51$; $p < .05$), sebbene non si evidenziassero effetti specifici né di NG ($\beta = .19$, $t(53) = 1.22$, $p > .05$) né di NV ($\beta = .21$, $t(53) = 1.33$, $p > .05$). Al contrario, nessuna associazione significativa è stata riscontrata tra la misura del PNI nel suo complesso e i tratti del disturbo istrionico ($R^2 = .03$; $F(2,51) = .92$; $p > .05$), borderline ($R^2 = .09$; $F(2,51) = 2.61$; $p > .05$), e antisociale ($R^2 = .03$; $F(2,51) = .74$; $p > .05$).

Infine, per comprendere se il PNI fosse associato a caratteristiche indicative di una struttura di personalità patologica, sono state condotte analisi di regressione lineare multipla con le tre dimensioni del IPO che rappresentano gli indici principali della BPO. I risultati hanno evidenziato che il PNI è associato a tutti e tre gli indici del IPO. Per quanto riguarda le difese primitive, il modello nel suo complesso risultava significativo ($R^2 = .38$; $F(2,51) = 15.81$; $p < .001$). In particolare, sono state riscontrate relazioni specifiche con le difese primitive sia della scala NG ($\beta = -.28$; $t(53) = -2.15$, $p < .05$) sia della scala NV ($\beta = .72$, $t(53) = 5.54$, $p < .001$). In questo senso, all'aumentare della grandiosità narcisistica diminuiva l'utilizzo massiccio di difese primitive; mentre all'aumentare della vulnerabilità narcisistica aumentava l'utilizzo di tali difese. Rispetto alla diffusione di identità, il modello è risultato nel complesso significativo ($R^2 = .34$; $F(2,51) = 13.26$; $p < .001$). In questo caso però, la scala NV manteneva un effetto significativo al netto di NG ($\beta = .64$, $t(53) = 4.74$, $p < .001$), mentre la scala NG risultava avere un effetto non significativo al netto di NV ($\beta = -.11$, $t(53) = -.85$, $p > .05$). In questo caso, all'aumentare delle caratteristiche di vulnerabilità narcisistica aumentava la diffusione di identità. Infine, per quanto concerne l'esame di realtà, il modello appariva significativo ($R^2 =$

.45; $F(2,51) = 20.62$; $p < .001$). In particolare, i dati mostravano che l'esame di realtà era associato negativamente alla scala NG ($\beta = -.25$; $t(53) = -2.05$, $p < .05$) e positivamente alla scala NV ($\beta = .77$, $t(53) = 6.24$, $p < .001$). Di conseguenza, all'aumentare della vulnerabilità narcisistica aumentava l'instabilità dell'esame di realtà; mentre all'aumentare della grandiosità narcisistica diminuiva l'instabilità dell'esame di realtà.

In generale, quindi, i dati sembrano evidenziavano che il narcisismo patologico misurato dal PNI fosse associato a caratteristiche patologiche della struttura di personalità, e che la predominanza di manifestazioni di vulnerabilità narcisistica fosse associata ad una maggiore gravità delle stesse caratteristiche patologiche.

3.5 Discussione dei risultati

Il presente studio è stato condotto al fine di approfondire le caratteristiche psicometriche del PNI nel contesto italiano. In particolare, lo studio comprendeva alcune fasi intermedie: analisi della struttura fattoriale di primo e di secondo ordine, esame delle proprietà di consistenza interna e attendibilità test-retest; studio della relazione con variabili esterne; nonché studio della relazione tra PNI e indici di patologia della personalità in un campione clinico.

In linea con precedenti studi (Pincus et al., 2009; Wright et al., 2010; You et al., 2013; Jaksic et al., 2014), i nostri risultati hanno confermato la struttura fattoriale a sette fattori di primo ordine e due fattori sovraordinati. Tutte le sottoscale di primo ordine e le scale di secondo ordine, inoltre, hanno evidenziato buoni indici di consistenza interna, suggerendo che il PNI possa essere un attendibile strumento self-report di misurazione del narcisismo patologico anche in Italia.

Come già dimostrato da Pincus et al. (2009), il PNI sembra misurare anche nella popolazione italiana sette aspetti del narcisismo patologico: Autostima contingente, ovvero esperienze di fluttuazione dell'autostima che si verificano in assenza di fonti esterne di ammirazione e

riconoscimento (CSE); Sfruttamento interpersonale, ovvero relazioni interpersonali fondate su tendenze manipolative (EXP); Altruismo strumentale, ovvero utilizzo di atti pseudo altruistici al fine di supportare un'immagine del sé positiva (SSSE); Fantasie di Grandiosità, ovvero coinvolgimento in fantasie compensatorie di successo e ammirazione (GF); Tendenza a nascondere il Sé, ovvero la tendenza a nascondere agli altri i propri difetti e bisogni (HS); Svalutazione, ovvero disinteresse/evitamento verso coloro che non provvedono ai bisogni di ammirazione e riconoscimento, oppure l'emergere di sentimenti di vergogna per le proprie aspettative quando queste non vengono soddisfatte dagli altri (DEV); Rabbia di diritto, ovvero reazioni emotive di rabbia che emergono quando le aspettative relative alla credenza che tutto sia dovuto non vengono soddisfatte dagli altri (ER).

Per quanto concerne la struttura fattoriale sovraordinata, i nostri risultati sembrano supportare la soluzione evidenziata da Wright et al. (2010). La scala di Grandiosità Narcisistica, infatti, è descritta dalle sottoscale di Fantasie di Grandiosità, Altruismo strumentale, e Sfruttamento interpersonale; mentre la scala della Vulnerabilità Narcisistica sembra composta dalle sottoscale di Autostima contingente, Rabbia di diritto, Svalutazione, e Tendenza a nascondere il Sé.

Considerando i nostri risultati nel contesto degli studi precedenti (Jaksic et al., 2014; Pincus et al., 2009; Wright et al., 2010; You et al., 2013), sembra possibile affermare che il PNI sia uno strumento self-report di misurazione dei tratti di narcisismo patologico con buone proprietà di replicabilità cross-culturale. Infatti, inizialmente elaborato e validato nel contesto degli Stati Uniti d'America, esso ha mostrato una struttura fattoriale decisamente stabile anche in contesti sociali e culturali differenti quali la Cina e la Croazia. In questo senso, la stabilità della struttura del PNI appare ancora più sorprendente se si considera il costrutto oggetto d'indagine. E' conoscenza comune che il narcisismo e le sue manifestazioni patologiche possano essere fortemente influenzate dalle norme sociali e dal contesto culturale di riferimento (MacDonald, 2014; Lasch, 1979). Una possibile spiegazione della stabilità della struttura fattoriale del PNI può essere imputata alla distinzione tra tratti narcisistici e manifestazioni comportamentali di

narcisismo. Il PNI si focalizza principalmente sulla valutazione degli aspetti di funzionamento intrapsichico e interpersonale del narcisismo patologico, piuttosto che sulle sue manifestazioni comportamentali. Le dimensioni del PNI indagano principalmente sentimenti, modi di pensare, e reazioni emozionali degli individui agli eventi o alle situazioni interpersonali. In questo senso, è possibile che aspetti del mondo interno degli individui con narcisismo patologico non siano fortemente influenzati da caratteristiche culturali e sociali, quanto possano esserlo le manifestazioni comportamentali. Come suggerito da Ronningstam (2005a), la nuova comprensione della patologia narcisistica più prettamente focalizzata sul funzionamento intrapsichico rende i profili di narcisismo patologico meno dipendenti dal contesto culturale.

Come previsto, il PNI ha mostrato una buona attendibilità test-retest. Ciò non è un risultato così sorprendente se si considera che il PNI valuta aspetti del funzionamento del narcisismo patologico piuttosto che manifestazioni comportamentali. Come mostrato da Hampson e Goldberg (2006), infatti, gli aspetti del funzionamento di personalità sono stabili nel tempo.

Ricerche precedenti hanno evidenziato correlazioni moderate tra le scale di grandiosità e vulnerabilità narcisistica del PNI. Solo Wright et al., (2010) ha riscontrato una correlazione forte tra le due scale ($r=.81$; $p<.05$). I nostri risultati, quindi, sono in linea con gli studi di Thomas et al. (2012) e You et al. (2013), i quali hanno riportato correlazioni moderate tra le due scale. In particolare, nel nostro studio la correlazione risultava .50 nel campione di studenti universitari, .49 nel campione di soggetti tratti dalla popolazione generale, salendo a .54 nel campione clinico. Allo stesso modo, Thomas et al. (2012) avevano riportato correlazioni comprese tra .51 e .55 in due campioni indipendenti di studenti universitari; mentre You et al. (2013) avevano riscontrato una correlazione pari a .56 in un campione di studenti universitari cinesi. Un recente studio italiano (Fossati et al., 2014), invece, ha evidenziato una correlazione di .66 in un campione non clinico e di .67 in un campione clinico di pazienti ambulatoriali. Nonostante tale correlazione sia maggiore di quella riscontrata nel nostro studio, può comunque essere considerata una correlazione moderata, al contrario di quanto riscontrato da Wright et al. (2010).

D'altra parte, l'esistenza di una correlazione modesta tra le scale NG e NV suggerisce che grandiosità e vulnerabilità siano caratteristiche del narcisismo patologico associate seppur differenti. Ciò sembrerebbe, quindi, sostenere l'inadeguatezza della concettualizzazione del DSM esclusivamente basata sulla manifestazione fenotipica di grandiosità narcisistica, come già sostenuto da diversi autori (Cain et al., 2008; Ronningstam, 2005a, 2011). Inoltre, l'indice di correlazione riscontrato sembrerebbe deporre a favore della nuova concettualizzazione elaborata da Pincus (2013), e che attualmente sta riscontrando i favori sia di clinici sia di ricercatori esperti di narcisismo (Cain et al., 2008; Ronningstam, 2011). Secondo tale teoria, vulnerabilità e grandiosità narcisistica non sarebbero manifestazioni fenotipiche mutualmente escludentesi, bensì due temi che spesso possono co-occorrere nei medesimi individui. Infatti, l'esperienza della pratica clinica con pazienti narcisisti ha evidenziato che frequentemente il medesimo individuo può manifestare nel corso del tempo sia temi di grandiosità sia temi di vulnerabilità nelle loro forme overt e covert (Pincus et al., 2014).

Allo stesso modo, anche le correlazioni tra le scale di primo e di secondo ordine sono in linea con studi precedenti (Wright et al., 2010; You et al., 2013). In particolare, i nostri risultati mostrano che l'associazione della dimensione di sfruttamento interpersonale con la scala di grandiosità (primo campione: $r = .67$; secondo campione: $r = .70$) è più forte di quanto riscontrato da Wright et al. ($r = .36$), ma simile all'associazione trovata da You et al. ($r = .63$). Tali risultati sembrano suggerire che la tendenza a manipolare le altre persone sia una dimensione importante del costrutto di grandiosità narcisistica negli individui italiani, così come nella popolazione cinese; mentre tale dimensione non sembra essere così indicativa della grandiosità narcisistica nel contesto statunitense. In questo caso, una possibile spiegazione può essere fornita se si considerano le differenze culturali di tali paesi. Sebbene l'Italia sia un paese occidentale, la cultura italiana non sembra ancora essere così improntata fortemente sull'individualismo se paragonata alla cultura statunitense. In questo senso, è probabile che le persone italiane che sono più portate a manifestare comportamenti di sfruttamento e

manipolazione interpersonale, abbiano con maggiore probabilità tratti di grandiosità narcisistica rispetto agli individui americani.

Ancora, i risultati del presente studio mostrano che gli uomini hanno punteggi significativamente maggiori delle donne nelle dimensioni di sfruttamento, fantasie grandiose e in generale nella scala della grandiosità narcisistica in entrambi i campioni non clinici. Tali risultati sono in linea con quelli riscontrati negli studi condotti su studenti statunitensi (Pincus et al., 2009; Wright et al., 2010). Al contrario di quanto riscontrato da Pincus et al. e da Wright et al., invece, nel nostro studio non sono state riscontrate differenze di genere nelle altre dimensioni del PNI. Tali studi, infatti, avevano evidenziato come le donne avessero punteggi significativamente maggiori rispetto agli uomini nelle sottoscale della vulnerabilità narcisistica. D'altra parte, nessuno degli studi condotti su campioni non clinici al di fuori del territorio statunitense ha riscontrato differenze significative di genere in relazione alle dimensioni di vulnerabilità narcisistica (You et al., 2013; Jaksic et al., 2014). Infine, l'unico studio italiano condotto sul PNI (Fossati et al., 2014) non ha testato tali differenze e ciò non permette quindi di avere termini di comparazione.

Per quanto concerne la relazione del PNI con altre misure di narcisismo, i risultati ottenuti sono complessivamente in linea con la letteratura empirica e clinica. Come previsto, infatti, il PNI ha mostrato correlazioni significative con entrambe le misure di narcisismo fornite dal NPI e dal HSNS. Nello specifico, come dimostrato da Pincus et al. (2009) solo la scala di grandiosità narcisistica ha mostrato una correlazione moderata con il punteggio totale del NPI mentre la scala di vulnerabilità narcisistica ha mostrato una correlazione significativa ma marginale. Ancora, in linea con precedenti studi (Maxwell et al., 2011) la dimensione del PNI che mostrava le correlazioni maggiori con il NPI era la sottoscala EXP. D'altra parte, come già osservato da Maxwell et al. esiste una forte sovrapposizione tra alcuni item del NPI e la scala di sfruttamento interpersonale del PNI. Ancora, come già dimostrato da Pincus et al. (2009) la scala NV mostra una correlazione positiva con il HSNS, mentre la scala NG mostra una correlazione significativa

ma trascurabile. Risultati interessanti sono stati riscontrati considerando le due dimensioni del HSNS (Fossati et al., 2009). In particolare, la sottoscala dell'ipersensibilità al giudizio mostra correlazioni maggiori con le dimensioni di vulnerabilità narcisistica rispetto a quelle di grandiosità narcisistica; mentre la sottoscala di egocentrismo mostra correlazioni positive significative non marginali solo con la dimensione ER. Le associazioni tra le dimensioni del PNI e HSNS possono essere chiarite se si considera la natura delle sottoscale del HSNS: Fossati et al. (2009) hanno suggerito che la sottoscala di ipersensibilità al giudizio è una misurazione di inibizione comportamentale (es. ansia sociale e alienazione), quindi in questo senso più trasversalmente legata ai temi di vulnerabilità narcisistica; mentre la sottoscala di egocentrismo si lega ad uno scarso interesse nelle relazioni sociali. In questo senso, tutte le dimensioni di vulnerabilità narcisistica, ad eccezione di ER sembrano implicare un coinvolgimento emotivo reale o ipotetico nelle relazioni interpersonali, elemento che invece non è implicato nella dimensione di rabbia alle aspettative di diritto (es. *Mi infastidiscono le persone che non mostrano interesse per quello che dico o faccio*).

Infine, il narcisismo patologico è risultato associato a bassi livelli di autostima esplicita, scarse capacità empatiche e indici di patologia della personalità. Come già mostrato da You et al. (2013), solo la scala di vulnerabilità narcisistica è risultata associata a bassi livelli di autostima. Sebbene la relazione tra narcisismo e autostima sia ancora incerta (Cain et al., 2008), uno studio recente ha suggerito che le manifestazioni di narcisismo grandioso siano significativamente associate in modo positivo ai livelli di autostima quando la sua misurazione si sovrappone a temi di dominanza (Brown e Zeigler-Hill, 2004). Nello studio condotto, la misurazione di autostima utilizzata non sembra fondata su temi di dominanza e questo potrebbe spiegare l'assenza di una significativa associazione tra grandiosità narcisistica e autostima.

La mancanza di empatia è spesso citata come una delle principali caratteristiche del NPD, ma studi clinici hanno evidenziato come le capacità empatiche non siano sempre deficitarie in tali pazienti (Ronningstam e Gunderson, 1989, 1990; Ronningstam, Gunderson, e Lyons, 1995).

Sebbene la relazione tra empatia e narcisismo sia stata oggetto di studio per lungo tempo, pochi studi hanno considerato il costrutto di empatia in senso multidimensionale. Recentemente, Baskin-Sommers et al. (2014) hanno mostrato che il narcisismo grandioso si caratterizza, come la psicopatia, per la presenza di buone capacità empatiche nella loro dimensione cognitiva, ma scarso coinvolgimento empatico causato dalla mancanza di motivazione nel provare un contatto emotivo con gli altri. In modo diverso, invece, lo scarso coinvolgimento empatico associato alla vulnerabilità narcisistica sarebbe causato da una vera e propria incapacità a relazionarsi da questo punto di vista. Tali inferenze sembrano confermate anche dai nostri risultati. Sia la grandiosità sia la vulnerabilità narcisistica erano correlate, seppur marginalmente, ad una scarsa reattività emotiva (tendenza ad avere reazioni in risposta agli stati mentali altrui), ma la grandiosità narcisistica era associata anche a buone capacità di empatizzare con gli altri ad un livello cognitivo, seppure anche in questo caso la correlazione fosse solo marginale. Un dato interessante emerge quando si considera che l'unica dimensione del PNI ad essere correlata in modo non trascurabile è EXP. I risultati, infatti, suggeriscono che maggiore è la tendenza allo sfruttamento interpersonale, minore è la reattività emotiva. D'altra parte, è plausibile che per assumere atteggiamenti costanti di sfruttamento interpersonale sia necessario un maggior grado di distacco dai vissuti emotivi altrui.

Nel presente studio il PNI è stato somministrato anche a pazienti ambulatoriali di un servizio di psicologia ospedaliera. E' utile sottolineare che i risultati ottenuti sembrano supportare l'utilità clinica del PNI come misurazione specifica della forma patologica di narcisismo. Infatti, all'interno del campione clinico la media dei punteggi ottenuta nelle diverse dimensioni del PNI risultava significativamente superiore a quella ottenuta all'interno dei due campioni non clinici. Tale dato appare importante se si considerano le critiche mosse in passato ad alcuni degli strumenti self-report per la valutazione del narcisismo. Ad esempio, il NPI è stato fortemente criticato in quanto molti autori hanno sostenuto che esso non misurasse il costrutto di narcisismo patologico bensì un insieme confuso di aspetti adattivi e disadattivi (vedi par. 2.1.2). Parte di

queste critiche, infatti, erano supportate dal fatto che in diversi studi il NPI non era stato in grado di discriminare in modo adeguato soggetti clinici e non clinici (Miller et al., 2010; Vater et al., 2013).

Per quanto concerne la relazione tra il costrutto di narcisismo patologico misurato dal PNI e gli indici di patologia della personalità, sono state indagate sia le associazioni con i disturbi di personalità secondo la concettualizzazione del DSM sia la relazione con caratteristiche tipiche dell'organizzazione borderline di personalità. A tal fine, a differenza di precedenti studi (Fossati et al., 2014), seguendo l'ammonimento di Pincus e Roche (2011) riguardo la differenza tra definizione della natura del narcisismo e caratteristiche fenotipiche, abbiamo deciso di studiare le associazioni tra il narcisismo patologico nel suo complesso, non considerando in modo separato le sue due possibili manifestazioni fenotipiche.

Per quanto concerne le associazioni con la diagnosi descrittiva dei PDs, lo studio ha evidenziato associazioni significative del PNI esclusivamente con la presenza e la severità dei disturbi rientranti nel cluster B, ovvero il cluster che raggruppa il disturbo istrionico, narcisistico, borderline e antisociale. Ancora, il PNI non ha mostrato associazioni significative né con i disturbi rientranti negli altri due cluster né con la presenza di disturbi di personalità in genere (vs assenza di PDs) o con la gravità del quadro diagnostico generale (numero di PDs diagnosticati). Tali risultati sembrano suggerire che il narcisismo patologico non sia un costrutto trasversale alla presenza di patologia della personalità, come invece inizialmente sostenuto da alcuni degli esponenti del gruppo di lavoro sui PDs durante il processo di elaborazione del DSM-5. Infatti, uno dei motivi a sostegno dell'iniziale volontà di eliminare il disturbo narcisistico dai disturbi di personalità della nuova versione del manuale consisteva nella tesi secondo la quale esso fosse da considerarsi un elemento trasversale ai diversi disturbi, data anche la sua frequente comorbidità con essi (Karterud, Oien, e Pedersen, 2011). Al contrario, i nostri risultati sembrano sostenere che il narcisismo patologico sia esclusivamente associato a disturbi del medesimo raggruppamento. D'altra parte, è indubbia la parziale sovrapposizione di alcuni aspetti propri del

narcisismo patologico con altri disturbi di cluster B quali ad esempio la dimensione di sfruttamento per il disturbo antisociale, la dimensione che descrive l'oscillazione dell'autostima in risposta a feedback esterni per il disturbo borderline, o la dimensione che descrive le fantasie di successo per il disturbo istrionico. I medesimi risultati, inoltre, sembrerebbero ulteriormente sostenere la concettualizzazione di narcisismo patologico elaborata da Pincus (2013), suggerendo che i due temi narcisistici non siano mutualmente escludentesi ma che siano coesistenti. Infatti, è stato evidenziato che l'associazione tra PNI e disturbi di cluster B sia imputabile al narcisismo patologico nel suo complesso e non allo specifico effetto dell'una o dell'altra manifestazione fenotipica. D'altra parte, sebbene tali risultati trovino giustificazione teorica, essi si differenziano da quanto riscontrato nello studio di Fossati et al. (2014) nel quale si evidenzia come il PNI sia correlato alla più generale presenza di PDs e nello specifico a tratti di NPD e BPD, ma non alla corrispettiva diagnosi categoriale. Inoltre, le correlazioni riscontrate dal suddetto studio sono risultate basse sia per il NPD ($r=.24$; $p<.05$) sia per i tratti di BPD ($r=.24$; $p<.05$). Per tale motivo, sarebbero necessari ulteriori studi che possano approfondire tali relazioni, considerato anche l'esigua numerosità del campione clinico del nostro studio.

Per quanto concerne la relazione tra PNI e caratteristiche della BPO, tutte le scale e sottoscale del PNI hanno mostrato correlazioni positive con i tre gli indici del IPO nel campione non clinico. D'altra parte, anche all'interno del campione clinico il narcisismo patologico nel suo complesso, ovvero nel quale si presuppone che possano coesistere manifestazioni grandiose e vulnerabili, ha mostrato associazioni positive con tutte e tre le dimensioni del IPO. In particolare, a differenza di quanto riscontrato per le diagnosi descrittive, un dato interessante emerge in riferimento alla relazione tra i contributi specifici dei due temi di narcisismo patologico (grandioso e vulnerabile) e le caratteristiche patologiche della struttura di personalità. Infatti, quando si considera il contributo specifico delle due scale del PNI nel medesimo contesto, si osserva un dato interessante: l'associazione tra NV e gli indici del IPO rimane positiva, mentre l'associazione tra NG e i medesimi indici diventa negativa. Sebbene la

vulnerabilità narcisistica sia associata ad una maggiore instabilità dell'esame di realtà, ad un utilizzo più massiccio di difese primitive, e ad una maggiore diffusione di identità come osservato sia nel campione non clinico sia nel campione clinico; la componente grandiosa merita maggiore attenzione. Quando considerata singolarmente, la scala NG sembra avere una tendenza ad associarsi positivamente con gli indici di patologia della struttura di personalità sebbene in modo non significativo anche nel campione clinico, ma quando viene considerata nel contesto della vulnerabilità narcisistica, la componente di grandiosità sembra tendere ad un minore utilizzo di difese primitive e ad una maggiore stabilità dell'esame di realtà. In un certo senso, quindi, la componente di grandiosità sembrerebbe preservare la struttura di personalità a livelli di minore gravità.

Considerando tali risultati nel complesso, essi sembrano essere in linea con la teorizzazione di Kernberg secondo la quale il narcisismo patologico si caratterizzerebbe per un funzionamento di livello borderline (Diamond, Yeomans, e Levy, 2011; Kernberg e Caligor, 2005). D'altra parte, la definizione di narcisismo patologico elaborata da Pincus (2013) e sulla base della quale è stato costruito il PNI, non coincide con la concettualizzazione del NPD promossa dalla classificazione ufficiale del DSM-5 e neanche dal modello classificatorio alternativo (Cain et al., 2008; Pincus e Roche, 2011; APA, 2013). Come già dimostrato da Wright et al. (2013), infatti, anche il modello alternativo di classificazione sembra essere principalmente focalizzato sulla manifestazione fenotipica grandiosa del NPD. Infatti, l'unico tratto patologico descrittivo del disturbo coincide con l'antagonismo. Lo studio condotto da Wright et al. (2013), invece, aveva mostrato che il narcisismo patologico, ed in particolare la scala NV, era associata a caratteristiche di affettività negativa che nella Sezione III del DSM-5 descrivono, insieme ad altri tratti, il disturbo borderline di personalità. Inoltre, la letteratura clinica sul narcisismo ha mostrato come alcuni autori sostengano che il senso di grandiosità narcisistica rappresenterebbe una struttura di compensazione a fronte di un mondo interno frammentato, volta a fornire una parvenza di integrazione e stabilità per coprire sentimenti di inadeguatezza e di vuoto (Diamond

et al., 2011; Kernberg e Yeomans, 2013). Lo stesso Kernberg sottolinea che seppur il narcisismo patologico si caratterizzi per un funzionamento di livello borderline, le caratteristiche tipiche di tale funzionamento sono meno soggette ad oscillazioni e più cristallizzate rispetto a coloro che hanno un disturbo borderline di personalità. Vi è inoltre da ricordare che all'interno dell'organizzazione borderline di personalità Kernberg distingue vari livelli di funzionamento che vengono definiti sulla base della gravità di alcuni indici tra cui i principali sono quelli presi in considerazione in questo studio. In questo senso, quindi, è possibile ipotizzare che i risultati ottenuti suggeriscano che individui che presentano tratti di narcisismo patologico abbiano in generale un funzionamento borderline, ma che a seconda della predominanza di temi grandiosi o vulnerabili si caratterizzino per livelli differenti di funzionamento. Una predominanza di temi grandiosi sarebbe associata ad un più alto livello di funzionamento, mentre una predominanza di temi vulnerabili sarebbe associata a livelli più bassi. Ovviamente i nostri risultati possono essere concepiti solo come ipotesi e la relazione tra PNI e IPO dovrebbe essere indagata più approfonditamente da studi futuri. D'altra parte, data la recente elaborazione di una definizione esaustiva di narcisismo patologico quale quella fornita da Pincus (2013), e la conseguente costruzione di uno strumento di valutazione altrettanto esaustivo come sembrerebbe essere il PNI, pochi studi hanno approfondito la relazione tra i due fenotipi e il funzionamento proprio dell'organizzazione borderline di personalità.

I risultati del presente studio devono essere compresi alla luce di alcuni suoi limiti. Tali limiti coinvolgono principalmente le caratteristiche dei campioni di partecipanti. In primo luogo, il secondo campione non clinico è scarsamente bilanciato per genere, infatti il 64.4% del campione è costituito da donne. Inoltre, la numerosità del campione clinico è limitata. Seppure in linea con altri studi condotti (Pincus et al., 2009), sarebbe utile che future ricerche possano coinvolgere un numero più ampio di soggetti clinici. In questo modo sarebbe possibile approfondire la relazione tra PNI e disturbi di personalità di Asse II. I limiti sopra esposti, infatti, possono limitare la generalizzabilità dei risultati ottenuti. Infine, il presente studio ha utilizzato prevalentemente

strumenti di misurazione self-report. Studi futuri dovrebbero utilizzare altri strumenti quali interviste cliniche o misure di laboratorio al fine di chiarire alcune delle associazioni riscontrate tra il PNI e le misure esterne, come nel caso dell'autostima. Come suggerito in studi precedenti, infatti, il narcisismo patologico potrebbe avere pattern di associazioni differenti con misure esplicite e implicite dei medesimi costrutti psicologici (Cain et al., 2008).

Nonostante tali limiti, i risultati ottenuti hanno importanti implicazioni sia nell'ambito della ricerca sia della clinica. Infatti, il presente studio ha dato supporto alla validità del PNI nel contesto italiano come misurazione completa ed esaustiva del narcisismo patologico. Gli strumenti self-report di misurazione del narcisismo sono limitati in Italia, inoltre le proprietà concettuali e psicometriche di quelli generalmente utilizzati limitano l'attendibilità delle loro misurazioni. In questo senso, il PNI potrebbe consentire ai ricercatori e ai clinici italiani di avere una misurazione esaustiva del narcisismo patologico in entrambe le sue manifestazioni fenotipiche.

CAPITOLO 4

STUDIO DI UNA VERSIONE ABBREVIATA DEL PNI

Il presente studio si focalizza sulla possibilità di ottenere una versione abbreviata del PNI. Le motivazioni che ci hanno spinto a perseguire tale obiettivo sono principalmente due: in primo luogo, la possibilità di ottenere una versione del PNI che ne faciliti la somministrazione; in secondo luogo, la possibilità di ottenere una versione la cui struttura fattoriale sia robusta. Infatti, sebbene il metodo di analisi fattoriale mediante parcellizzazione da noi utilizzato nello studio precedente sia stato utilizzato anche in altri studi di validazione del PNI (You et al., 2013; Jaksic et al., 2014), è possibile che tale metodo oscuri eventuali problemi fattoriali. In questo senso, l'approfondimento su una versione abbreviata del PNI in cui vengano utilizzati i singoli item anziché i loro raggruppamenti, potrebbe superare tale limite.

4.1 Obiettivi dello studio

Nello specifico, lo studio della una versione abbreviata del PNI è consistito in alcuni obiettivi specifici che vengono elencati di seguito.

- **Selezione degli item**

Si è proceduto a selezionare gli item sulla base della loro capacità di descrivere la dimensione corrispondente. L'ipotesi alla base di tale obiettivo prevedeva che ogni dimensione del PNI potesse essere costituita da quattro item. In questo modo, infatti, si sarebbe potuta semplificare la procedura di scoring del questionario che non sarebbe più stata ottenuta mediante media dei punteggi relativi agli item di ogni sottoscala, bensì mediante semplice somma.

- **Analisi della struttura fattoriale della versione abbreviata e studio delle proprietà psicometriche**

Si è proceduto a studiare la struttura fattoriale del questionario ottenuto in due diversi campioni non clinici di soggetti. L'ipotesi alla base di tale obiettivo prevedeva che la selezione degli item effettuata potesse replicare il modello fattoriale originario, ovvero costituito da sette sottoscale e due scale sovraordinate. Si ipotizzava che, così come dimostrato nel precedente studio, la versione breve del PNI confermasse la soluzione fattoriale di primo e secondo ordine proposta da Wright et al. (2010). Infine, si ipotizzava che la struttura fattoriale identificata fosse robusta, ovvero mostrasse buoni indici di adattamento, e che le dimensioni del PNI avessero una buona consistenza interna.

- **Generalizzabilità della versione breve del PNI nei due campioni**

Si è proceduto a testare la stabilità e generalizzabilità della versione abbreviata del PNI, e della misurazione consentita dallo strumento nella sua versione breve in due diversi campioni di soggetti. L'ipotesi alla base di tale obiettivo prevedeva che la soluzione

fattoriale individuata mostrasse buoni indici di stabilità all'interno dei due campioni di partecipanti. Ancora, si ipotizzava che anche la misurazione del costrutto di narcisismo patologico (e dei suoi diversi aspetti) si mantenesse stabile se applicata a diversi gruppi.

Nel suo insieme, quindi, lo studio aveva l'obiettivo di contribuire a dimostrare che il PNI, anche nella sua forma abbreviata, potesse considerarsi una valida misura di narcisismo patologico.

4.2 Metodi

4.2.1 Procedura

Tutti i materiali e le procedure dello studio sono stati approvati dal Comitato Etico di Ateneo (n. protocollo 0016178/13). Infine, tutti i partecipanti hanno preso parte allo studio volontariamente e solo dopo aver letto e accettato il consenso informato.

4.2.2 Partecipanti

Il presente studio ha coinvolto i due campioni non clinici di partecipanti che sono stati inclusi nello studio precedente. Vengono di seguito riportate le descrizioni di ognuno dei due campioni.

Il primo campione non clinico risulta composto da 295 studenti universitari (131 maschi, 164 femmine) con età media di 23.47 anni ($SD=2.96$) frequentanti l'Università degli Studi di Pavia. I soggetti sono stati contattati principalmente mediante l'invio di email agli indirizzi di posta elettronica universitaria. La maggioranza dei partecipanti ha dichiarato di essere celibe/nubile ($N= 278$; 91.1%), l'8.2% si è dichiarato sposato o convivente ($N= 25$), mentre solo due soggetti

hanno dichiarato di essere vedovi o separati (0.6%). Infine, la maggior parte dei partecipanti ha dichiarato di studiare a tempo pieno ($N= 234$; 76.7%), mentre i restanti hanno dichiarato di essere studenti-lavoratori ($N= 71$; 23.3%).

Il secondo campione non clinico risulta composto da 478 partecipanti (309 femmine, 169 maschi) con età media di 28.85 ($SD= 7.99$) reclutati dalla popolazione generale. I soggetti sono stati contattati principalmente mediante l'invio di email e annunci pubblicati su internet o social-media. La maggioranza dei partecipanti ha dichiarato di essere celibe/nubile ($N=263$; 55.0%), seguiti da convivente/sposato ($N= 179$; 37.4%), e separato/divorziato ($N= 18$; 3.8%). Diciotto partecipanti non hanno fornito una risposta a questa domanda (3.8%). Per quanto concerne il livello di scolarità, la maggioranza dei soggetti ha dichiarato di avere una scolarità pari alla licenza media superiore o inferiore ($N= 189$; 39.5%), seguita da laurea universitaria triennale o magistrale ($N= 232$; 48.5%), mentre solo l'8.8% dei partecipanti ha dichiarato di avere una formazione post-laurea ($N= 42$). Quindici partecipanti non hanno fornito una risposta a questa domanda (3.1%). La maggioranza dei partecipanti ha dichiarato di essere studente ($N= 260$; 54.4%), seguito dal 33.3% che ha dichiarato di avere un'occupazione ($N= 159$), e dall'8.6% che ha dichiarato di essere disoccupato ($N= 41$). Diciotto partecipanti non hanno fornito una risposta a questa domanda (3.8%).

4.2.3 Misure

Pathological Narcissism Inventory (Pincus et al., 2009). E' un questionario composto da 52 item che indagano il costrutto di narcisismo patologico in modo multidimensionale. La sua struttura consente di valutare sia la variante di grandiosità narcisistica sia quella di vulnerabilità narcisistica attraverso sette sottoscale. La Grandiosità Narcisistica (NG) è definita dalle

sottoscale di Sfruttamento interpersonale (EXP; Exploitativeness; 5 items), Altruismo strumentale (SSSE; Self-Sacrificing Self-Enhancement; 6 items), e Fantasia Grandiosa (GF; Grandiose Fantasy; 7 items); mentre la scala di Vulnerabilità Narcisistica (NV) è descritta dalle sottoscale di Autostima Contingente (CSE; Contingent Self-Esteem; 12 items), Tendenza a nascondere il Sé (HS; Hiding the Self; 7 items), Svalutazione (DEV; Devaluing; 7 items), e Rabbia di diritto (ER; Entitlement Rage; 8 items). Il soggetto è invitato ad indicare su una scala likert a 6 punti quanto le affermazioni fornite lo descrivano (0 = completamente diverso da me; 5 = completamente simile a me), con alti punteggi indicativi di alti livelli di narcisismo patologico. Per semplicità, si è deciso di riferirsi alle scale e sottoscale dello strumento utilizzando le etichette derivanti dalla lingua inglese soprattutto nell'esposizione dei risultati statistici.

4.2.4 Analisi statistiche

Le analisi statistiche sono state condotte mediante l'utilizzo del pacchetto lavaan (Yves Rosseel, 2012) del software statistico R (R Development Core Team, 2008), e con SPSS 18.0 (SPSS, Chicago, IL).

Al fine di selezionare gli item che sarebbero stati inclusi nella versione breve del PNI, sono state effettuate dapprima correlazioni item-fattore sul primo campione. Successivamente, all'interno del medesimo campione, sono state condotte analisi fattoriali esplorative (EFA) con metodo di fattorizzazione sull'asse principale e rotazione promax estraendo 7 fattori.

Al fine di validare la struttura fattoriale della versione breve, sono state implementate analisi fattoriali confermate (CFA) all'interno del secondo campione. Mediante le stesse analisi, è

stato possibile studiare anche la struttura fattoriale di secondo ordine della versione abbreviata del PNI.

L'adattamento del modello fattoriale è stato valutato utilizzando la statistica del Chi-quadro (χ^2) ed altri indici statistici compensativi. Gli ulteriori indici di adattamento presi in considerazione per la valutazione dei modelli fattoriali (Hu e Bentler, 1999) sono stati il *comparative fit index* (CFI), il *non-normed fit index* (NNFI), il *root mean square error of approximation* (RMSEA), il suo 90% di intervallo di confidenza (CI; vedi MacCallum, Browne, e Sugawara, 1996), e *standardized rootmean-square residual* (SRMR). Le linee guida per l'interpretazione degli indici di fit (Hu e Bentler, 1999) sostengono che affinché un modello possa presentare un adeguato adattamento ai dati è necessario che mostri valori di CFI >.90, valori di NNFI >.90, RMSEA compreso tra .05 e .08 e SRMR \leq 1.0. Al fine di comparare i modelli fattoriali di secondo-ordine, è stato utilizzato il *Akaike information criterion* (AIC). Questo indice, infatti, è utilizzato per paragonare modelli fattoriali *non-nested* (ovvero non concatenati), tale per cui minore è il suo valore, maggiore è l'adattamento del modello ai dati (Kline, 2005). Nonostante non esista un cut-off specifico che delinea quando un modello abbia un'accuratezza significativamente maggiore di un altro, Burnham e Anderson (2002) suggeriscono che una differenza di AIC maggiore di 8 unità sia sufficiente, mentre una differenza maggiore di 10 sia eccellente.

Infine, sono state condotte analisi dell'invarianza di misurazione mediante modelli di CFA multigruppo all'interno dei due campioni non clinici al fine di constatare se la versione del PNI ottenuta si mostrasse stabile e robusta, ovvero se la misurazione del costrutto di narcisismo patologico (e delle sue dimensioni) si mantenesse invariata. In questo senso, sarebbe stato possibile sostenere la generalizzabilità della versione breve del PNI. Infatti, i test di invarianza di misurazione consentono di valutare se gli strumenti di misurazione possano essere utilizzati in modo equivalente in diversi gruppi, ovvero se i punteggi ottenuti nelle variabili latenti possano

essere comparati (MacCallum e Austin, 2000; Kim, Cramond, e Bandalos, 2006). Al fine di valutare l'invarianza di misurazione, sono stati elaborati diversi approcci (Jöreskog e Sörbom, 1988; Marsh, 1994; Widaman e Reise, 1997). Data la struttura fattoriale di secondo ordine del PNI, abbiamo seguito il metodo suggerito in Chen et al. (2005), implementando una sintassi che consentisse di valutare i diversi step previsti dalla procedura, sia per i fattori di primo ordine sia per i fattori di secondo ordine. Come suggerito dagli autori, infatti, nel condurre analisi dell'invarianza di misurazione per modelli fattoriali di secondo ordine è necessario un procedimento progressivo che consta di diversi livelli gerarchici strutturati: 1) invarianza configurale; 2) invarianza delle saturazioni dei fattori di primo ordine; 3) invarianza delle saturazioni dei fattori di secondo ordine; 4) invarianza delle intercette delle variabili misurate; 5) invarianza delle intercette dei fattori di primo ordine; 6) invarianza delle varianze residue dei fattori di primo ordine; 7) invarianza delle varianze residue delle variabili osservate. Al fine di valutare l'invarianza della misurazione, sono stati considerati due indici: $\Delta\chi^2$ e ΔCFI . Infatti, nel testare l'equivalenza multigruppo della misurazione, ogni modello successivo è nidificato (nested) nei modelli testati precedentemente che hanno minori vincoli di equivalenza, consentendo quindi una diretta comparazione del Chi-quadro. Qualora la differenza del chi-quadro tra i modelli fosse significativa, ciò suggerirebbe che i vincoli stabiliti nel modello più restrittivo non dovrebbero essere tali. Il modello più restrittivo quindi dovrebbe essere rifiutato per accettare i risultati del modello meno restrittivo. Nonostante ciò, diversi autori hanno evidenziato che tale indice risente molto sia della distribuzione dei dati (in termini di non normalità) sia dell'ampiezza campionaria; per questo motivo è necessario prendere in considerazione anche un metodo meno conservativo quale la differenza di CFI tra modelli (Cheung e Rensvold, 2002). Sebbene non esista un cut-off definito che consenta di identificare con esattezza la presenza di equivalenza tra modelli, Cheung e Rensvold (2002) hanno suggerito che un cambiamento di .01 o inferiore nel CFI fosse indicativo della presenza di equivalenza tra

modelli, e diversi autori hanno utilizzato tali indicazioni negli studi (Ang e Raine, 2009; Chen et al., 2005; Rast, Zimprich, Van Boxtel, e Jolles, 2009; South, Krueger, e Iacono, 2009).

4.3 Risultati

4.3.1 Selezione degli item

Avendo già testato il modello fattoriale del PNI nel precedente studio (Capitolo 3), avendo quindi stabilito la corrispondenza item-fattore, la prima fase di selezione degli item è consistita nella conduzione di una EFA con estrazione di 7 fattori. Il modello, con 52.21% di varianza spiegata, ha confermato l'assegnazione item-fattore prevista dal PNI. Si è quindi proceduto con l'analisi delle correlazioni item-fattore. Sulla base di queste, sono stati esclusi alcuni item che risultavano avere una correlazione con la corrispondente dimensione minore di .4; oppure la cui presenza portava ad una diminuzione della consistenza interna della scala di cui facevano parte. In questo modo sono stati eliminati i seguenti item: PNI05 che presentava una correlazione pari a .40 e la cui esclusione consentiva un incremento della consistenza interna della dimensione CSE ($\alpha = .91$); dalla sottoscala HS è stato escluso l'item PNI13 ($r = .23$); dalla sottoscala SSSE è stato escluso l'item PNI06 ($r = .36$); dalla sottoscala EXP è stato escluso l'item PNI35 ($r = .38$), mentre si è deciso di non escludere l'item PNI23 in quanto mostrava una correlazione pari a .40 e la sua esclusione avrebbe portato ad un decremento della consistenza interna della scala (da $\alpha = .74$ a $\alpha = .73$).

A partire da tali risultati, sono state condotte ulteriori analisi fattoriali esplorative al fine di selezionare gli item maggiormente rappresentativi delle sottoscale, ovvero quelli che mantenevano le più alte saturazioni. Il modello così ottenuto risultava spiegare il 60.77% della

varianza spiegata, con quattro item per ogni dimensione. Il range delle saturazioni degli item per ogni fattore sono state riportate in tabella 13. Come evidenziato, tutte le scale hanno mostrato buoni indici di consistenza interna (*range* $\alpha = .68 - .87$).

4.3.2 Replicabilità e approfondimento della struttura fattoriale

Il modello fattoriale di primo ordine ottenuto è stato validato mediante CFA sul secondo campione non clinico. I risultati della CFA sono risultati adeguati: $\chi^2_{SB}(329; N=478) = 879.83$; $p \leq .001$, CFI = .869, NNFI = .844, RMSEA = .059, 90% intervallo di confidenza [CI] RMSEA 0.055 - 0.064, SRMR = .063. La soluzione metteva in evidenza che, sebbene tutti gli indici di adattamento fossero buoni, ciò non sembrava valere per i valori di CFI e NNFI. A tal fine si è provveduto a testare il modello nullo. Come sostenuto da Kenny (2014), infatti, tali indici perdono il loro potere esplicativo e la loro validità qualora il modello nullo presenti un indice RMSEA uguale o inferiore a .158. Il modello nullo nel nostro caso mostrava un indice RMSEA pari a .159, quindi pressoché al confine con il cut-off evidenziato da Kenny (2014). Per tale motivo si è concluso che i valori di CFI e NNFI non potessero essere ritenuti validi parametri di giudizio rispetto alla bontà del modello.

Le saturazioni degli item sui fattori di primo ordine sono state riportate in tabella 14. Come osservabile, le saturazioni degli item variavano da .32 a .85.

Tabella 13. EFA primo campione: Saturazioni degli item sui sette fattori della versione abbreviata del PNI e indici di consistenza interna delle scale.

Item	Dimensioni						
	CSE ($\alpha = .87$)	EXP ($\alpha = .73$)	SSSE ($\alpha = .73$)	DEV ($\alpha = .73$)	GF ($\alpha = .74$)	ER ($\alpha = .70$)	HS ($\alpha = .68$)
PNI48	.86						
PNI47	.84						
PNI36	.83						
PNI30	.72						
PNI15		.90					
PNI10		.69					
PNI23		.52					
PNI04		.52					
PNI33			.75				
PNI22			.70				
PNI25			.57				
PNI39			.53				
PNI03				.85			
PNI21				.63			
PNI24				.60			
PNI17				.50			
PNI14					.91		
PNI26					.55		
PNI49					.52		
PNI45					.46		
PNI29						.82	
PNI52						.81	
PNI38						.37	
PNI11						.35	
PNI07							.78
PNI28							.52
PNI09							.49
PNI46							.49

N = 295; CSE = Autostima contingente; EXP = Sfruttamento interpersonale; SSSE = Altruismo strumentale; HS = Tendenza a nascondere il Sé; GF = Fantasia grandiosa; DEV = Svalutazione; ER = Rabbia di diritto.

Tabella 14. CFA secondo campione: Saturazioni degli item sulle sottoscale del PNI e indici di consistenza interna

Sottoscale PNI	N. item	Range di saturazione
CSE	4	.70 - .85
EXP	4	.32 - .83
SSSE	4	.43 - .77
DEV	4	.59 - .70
GF	4	.54 - .76
ER	4	.56 - .66
HS	4	.57 - .74

N = 478; CSE = Autostima contingente; EXP = Sfruttamento interpersonale; SSSE = Altruismo strumentale; HS = Tendenza a nascondere il Sé; GF = Fantasia grandiosa; DEV = Svalutazione; ER = Rabbia di diritto.

Al fine di testare la struttura fattoriale di secondo ordine della versione abbreviata del PNI, sono stati comparati tre modelli: il modello unifattoriale, il modello teorizzato da Pincus et al. (2009), ed il modello testato da Wright et al. (2010). Come riportato in tabella 15, le CFA di secondo ordine hanno confermato la maggiore bontà del modello di Wright et al. (2010) rispetto agli altri due. I risultati hanno evidenziato, infatti, che il modello di Wright aveva un indice AIC minore di 13.01 unità rispetto al modello unifattoriale, e di 11.31 unità rispetto al modello di Pincus.

Tabella 15. Risultati delle CFA condotte sui tre modelli di secondo-ordine

Modello	χ^2_{SB}	df	RMSEA [90% CI]	RMSEA 90% CI	AIC
1. Unifattoriale	948.64	343	.06	.05 - .06	34203.27
2. Due fattori di secondo-ordine (Pincus et al., 2010)	945.38	342	.06	.05 - .06	34201.57
3. Due fattori di secondo-ordine (Wright et al., 2010)	935.01	342	.06	.05 - .06	34190.26

N = 478; CFI = comparative fit index; NNFI = nonnormed fit index; RMSEA = root mean square error of approximation; CI = confidence interval; AIC = Akaike information criterion.

I risultati relativi alle correlazioni tra le sottoscale e le scale del PNI, nonché gli indici di consistenza interna, vengono riportati in tabella 16.

In linea generale, sono stati riscontrati adeguati indici di consistenza interna sia per le sottoscale del PNI (*range* $\alpha = .69 - .86$) sia per le due scale NG ($\alpha = .78$) e NV ($\alpha = .85$).

Le correlazioni tra sottoscale e scale del PNI sono risultate tutte significative (*range* $r = .14 - .82$), ad eccezione della correlazione tra EXP e DEV ($r = .06$). La correlazione tra EXP e CSE, invece, è risultata significativa ma marginale ($r = .15$; $p < .05$); così come la correlazione tra EXP e SSSE ($r = .14$; $p < .05$).

Tabella 16. Correlazioni tra scale di secondo ordine e sottoscale di primo ordine della versione breve del PNI e consistenza interna

Scale PNI	CSE	HS	ER	GF	EXP	SSSE	DEV	NG	NV
CSE	(.86)								
HS	.26**	(.77)							
ER	.44**	.32**	(.69)						
GF	.27**	.27**	.36**	(.79)					
EXP	.15**	.24**	.32**	.31**	(.70)				
SSSE	.31**	.23**	.36**	.35**	.14**	(.70)			
DEV	.34**	.38**	.34**	.30**	.06	.24**	(.73)		
NG	.34**	.34**	.48**	.82**	.65**	.66**	.29**	(.78)	
NV	.73**	.69**	.71**	.42**	.27**	.40**	.71**	.51**	(.85)

N = 478; CSE = Autostima contingente; EXP = Sfruttamento interpersonale; SSSE = Altruismo strumentale; HS = Tendenza a nascondere il Sé; GF = Fantasia grandiosa; DEV = Svalutazione; ER = Rabbia di diritto; NG = Grandiosità narcisistica; NV = Vulnerabilità narcisistica.

Infine, sono state confrontate le medie dei punteggi ottenuti da maschi e femmine nelle sottoscale e scale della versione breve del PNI (Tab. 17). Come mostrato, le uniche differenze significative tra i punteggi ottenuti dai partecipanti maschi e dalle partecipanti femmine sono riconducibili alle sottoscale HS e EXP. Infatti, in media i partecipanti maschi hanno riportato più alti livelli di HS (maschi: $M= 9.26$, $SD= 4.20$; femmine: $M= 9.10$, $SD= 4.80$; $t= 4.62$, $p< .05$) e di EXP (maschi: $M= 9.66$, $SD= 3.92$; femmine: $M= 7.56$, $SD= 3.62$; $t= 4.61$, $p< .05$) rispetto alle partecipanti femmine. Nessuna differenza di genere significativa è stata invece riscontrata nelle altre sottoscale della versione abbreviata del PNI. Sono state osservate differenze significative di genere, invece, nella scala NG: i partecipanti maschi hanno riportato in media punteggi significativamente maggiori delle partecipanti femmine (maschi: $M= 11.33$,

Tabella 17. Medie , Deviazioni Standard e differenze di genere nei punteggi delle sottoscale e scale della versione abbreviata del PNI

Scale	Maschi		Femmine		<i>t</i>	<i>d</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
CSE	6.27	4.68	6.70	5.05	-1.02	0.13
HS	9.26	4.20	9.10	4.80	4.62*	0.53
ER	9.64	4.38	9.39	3.92	-0.42	0.04
GF	11.16	4.88	9.50	4.94	1.28	0.15
EXP	9.66	3.92	7.56	3.62	4.61*	0.54
SSSE	13.02	3.84	12.47	3.55	-0.45	0.05
DEV	6.40	4.10	7.43	4.42	-0.01	0.01
NG	11.33	3.07	9.81	2.88	-5.26**	0.48
NV	7.85	3.28	8.15	3.17	0.96	-0.08

N= 478; CSE = Autostima contingente; EXP = Sfruttamento interpersonale; SSSE = Altruismo strumentale; HS = Tendenza a nascondere il Sé; GF = Fantasia grandiosa; DEV = Svalutazione; ER = Rabbia di diritto; NG= Grandiosità narcisistica; NV= Vulnerabilità narcisistica.

$SD= 3.07$; femmine: $M= 9.71$, $SD= 2.88$; $t= -5.26$, $p< .05$).

4.3.3 Generalizzabilità della versione abbreviata del PNI

Infine, sono stati condotti test di invarianza della misurazione tramite modelli di CFA multigruppo (ovvero considerando i due campioni non clinici), al fine di valutare se la struttura del questionario nella sua versione breve, nonché la misurazione dei costrutti, fosse generalizzabile. I due gruppi di soggetti, infatti, differivano significativamente in riferimento all'età ($F(1, 771)= 123.09$, $p<.05$): l'età dei soggetti del primo campione ($M= 23.47$, $SD= 2.96$) era significativamente minore dell'età dei soggetti del secondo campione ($M= 28.85$, $SD= 7.99$). Il passo preliminare al test di invarianza della misurazione è consistito nel condurre singole CFA sui due gruppi considerati (i due campioni di soggetti non clinici). La CFA condotta sul primo campione di soggetti ha mostrato buoni indici di adattamento: $\chi^2_{SB}(342; N=295) = 682.56$; $p\leq .001$, CFI = .862, NNFI = .840, RMSEA = .058, 90% intervallo di confidenza [CI] RMSEA 0.052 - 0.064, SRMR = .072. Come per il secondo campione, la CFA del modello nullo sul primo campione ha mostrato un RMSEA pari a .156, suggerendo che gli indici CFI e NNFI fossero poco informativi rispetto all'adattamento del modello. Come riportato precedentemente, anche la CFA condotta sul secondo campione di partecipanti aveva mostrato accettabili indici di adattamento del modello: $\chi^2_{SB}(342; N=478) = 935.01$; $p\leq .001$, CFI = .859, NNFI= .840, RMSEA = .060, 90% intervallo di confidenza [CI] RMSEA 0.056 - 0.065, SRMR = .068. Sulla base di tali risultati sono stati condotti i test di invarianza di misurazione, i cui risultati vengono riassunti nella tabella 18.

Il primo modello testato è stato quello di invarianza configurale, ovvero in cui viene testato un modello non ristretto nel quale viene specificata la medesima struttura per entrambi i gruppi. Ciò significa che è stato specificato un pattern di saturazioni fisse e libere sui fattori di primo e di

Tabella 18. Riassunto degli indici statistici di adattamento dei test di invarianza della misurazione nei due campioni non clinici.

Modello ^a	χ^2	<i>df</i>	RMSEA	CFI	RMSEA 90% CI	Comparazione	$\Delta\chi^2$	Δdf	ΔCFI
Modello1	1768.06	677	.06	.85	.061 - .068	–	–	–	–
Invarianza configurale									
Modello2	1796.53	698	.06	.85	.060 - .067	2 vs 1	28.47	21	-.001
Invarianza delle saturazioni di primo ordine									
Modello3	1799.09	703	.06	.85	.060 - .067	3 vs 2	2.56	5	.000
Invarianza delle saturazioni di primo e secondo ordine									
Modello4	1845.44	731	.06	.85	.059 - .066	4 vs 3	46.34*	28	-.002
Invarianza saturazioni di primo e secondo ordine e intercette delle variabili osservate									
Modello5	1864.03	738	.06	.85	.059 - .066	5 vs 4	18.59**	7	-.001
Invarianza saturazioni primo e secondo ordine, intercette delle variabili osservate e dei fattori di primo ordine									
Modello6	1898.04	766	.06	.84	.058 - .065	6 vs 5	34.02	28	-.001
Invarianza saturazioni, intercette, e disturbances dei fattori di primo ordine									
Modello7	1909.12	773	.06	.84	.058 - .065	7 vs 6	11.08	7	.000
Invarianza saturazioni, intercette, disturbances dei fattori di primo ordine e varianze residue delle variabili osservate									

^a gruppo1: *N*= 478, gruppo2: *N*= 295; χ^2 = chi-square fit statistic; *df* = degrees of freedom; RMSEA = root mean squared error of approximation; CFI = Comparative fit index; $\Delta\chi^2$ = change in chi-square; Δdf = change in degrees of freedom; ΔCFI = changes in comparative fit index.

p* < .05; *p* < .001.

secondo ordine, ma senza vincolare i valori assunti nei due gruppi. Come riportato in tabella 18, il modello ha mostrato adeguati indici di adattamento. Il χ^2 è risultato pari a 1768.06 ($df= 677$), con RMSEA pari a .06, e CFI di .85. Per tale motivo, nel modello 2 tutte le saturazioni degli item sui fattori di primo ordine sono state vincolate ad essere uguali nei due gruppi. La comparazione tra il primo modello e quest'ultimo, ha evidenziato un $\Delta\chi^2$ pari a 28.47 ($\Delta df= 21$) non significativo ($p < .05$), ed un ΔCFI di -.001. Tali risultati suggeriscono che i fattori di primo ordine della versione breve del PNI possedevano la medesima scala di misurazione nei due campioni. Nel modello 3 sono state vincolate anche le saturazioni dei fattori di primo ordine sui fattori di secondo ordine. I risultati della comparazione tra questo modello e il precedente hanno evidenziato che il test del $\Delta\chi^2$ era pari a 2.56 ($\Delta df= 5$) e non significativo ($p < .05$), con un ΔCFI pari a .000. Tali risultati hanno quindi suggerito che le saturazioni sui fattori di secondo ordine fossero equivalenti nei due campioni. Nel modello 4 sono state vincolate, oltre alle saturazioni di primo e secondo ordine, anche le intercette delle variabili osservate. Sebbene i risultati della comparazione tra questo modello e il precedente hanno mostrato un $\Delta\chi^2$ pari a 46.34 ($\Delta df= 28$) significativo ($p = .02$), il cambiamento di CFI è risultato al di sotto di .01 ($\Delta CFI = -.002$). In questo senso, si è concluso che non vi fosse alcuna apprezzabile differenza nelle intercette delle variabili osservate all'interno dei due gruppi. Nel modello 5 sono state vincolate anche le intercette dei fattori di primo ordine. I risultati della comparazione tra questo modello e il precedente hanno mostrato un $\Delta\chi^2$ pari a 18.59 ($\Delta df= 7$) significativo ($p = .01$), a fronte di un cambiamento di CFI non apprezzabile in quanto al di sotto di .01 ($\Delta CFI = -.001$). Come prima, quindi, si è concluso che le intercette dei fattori di primo ordine fossero invariante all'interno dei due campioni. Nel modello 6 sono state vincolate anche le varianze residue dei fattori di primo ordine. I risultati della comparazione tra questo modello e il precedente hanno mostrato un $\Delta\chi^2$ pari a 34.02 ($\Delta df= 28$) non significativo ($p < .05$), con un ΔCFI pari a -.001. Quindi, i risultati hanno suggerito che un grado equiparabile di varianza dei fattori di primo ordine rimaneva non spiegata sia nel primo sia nel secondo campione. Infine, nell'ultimo modello (modello7) oltre

alle saturazioni di primo e secondo ordine, alle intercette di primo e secondo ordine e alla varianza residua dei fattori di primo ordine, sono state vincolate anche le varianze residue delle variabili osservate. I risultati della comparazione tra questo modello e il precedente hanno mostrato un $\Delta\chi^2$ pari a 11.08 ($\Delta df= 7$) non significativo ($p < .05$), con un ΔCFI pari a .000. Tali risultati, quindi, hanno suggerito che il grado di varianza non spiegata dei fattori di secondo ordine rimaneva invariante nei due campioni considerati.

4.4 Discussione dei risultati

Il presente studio era finalizzato a comprendere se fosse possibile ottenere una versione abbreviata del PNI che ne mantenesse la medesima struttura e che manifestasse buone proprietà psicometriche.

I risultati nel loro complesso hanno effettivamente dimostrato la possibilità di costruire una versione più breve del questionario elaborato da Pincus et al. (2009).

La versione abbreviata da noi individuata e studiata consiste in 28 item distribuiti equamente nelle sette sottoscale del questionario. Inoltre, essa ha replicato la struttura fattoriale sia di primo sia di secondo ordine prevista dalla versione originale dello strumento. Infatti, anche nella versione breve sono state individuate le dimensioni di Autostima Contingente (Contingent Self-Esteem; CSE), Sfruttamento interpersonale (Exploitativeness; EXP), Altruismo strumentale (Self-Sacrificing Self-Enhancement; SSSE), Tendenza a nascondere il Sé (Hiding the Self; HS), Fantasia grandiosa (Grandiose Fantasy; GF), Svalutazione (Devaluing; DEV), e Rabbia di diritto (Entitlement Rage; ER). Ancora, come nello studio precedente sulla versione originaria dello strumento, anche la versione breve sembra supportare la soluzione fattoriale di secondo ordine indicata da Wright et al. (2010) e replicata da ulteriori studi (You et al., 2013; Fossati et al., 2014; Jaksic et al., 2014). La scala di Grandiosità Narcisistica, infatti, è risultata descritta dalle

sottoscale EXP, GF e SSSE; mentre la scala di Vulnerabilità Narcisistica è risultata descritta dalle sottoscale HS, ER, DEV e CSE. Ancora, le analisi hanno evidenziato buone proprietà psicometriche. Infatti, gli indici di consistenza interna variavano da .69 a .86, con una correlazione tra la scala NG e NV pari a .51, quindi in linea con studi precedenti condotti sulla versione originaria del PNI all'interno di campioni non clinici (Thomas et al., 2012; You et al., 2013), e con i risultati da noi ottenuti nello studio precedente (par. 3.4.2). Nello studio precedente, infatti, avevamo riscontrato una correlazione tra le due scale sovraordinate pari a .50 nel primo campione non clinico e pari a .49 nel secondo campione non clinico. In questo senso, l'eliminazione di alcuni item del questionario sembra aver consentito di mantenere sostanzialmente inalterata la relazione tra la scala di grandiosità narcisistica e la scala di vulnerabilità narcisistica.

Per quanto concerne l'impatto del genere sulla misurazione del narcisismo patologico, lo studio ha evidenziato l'esistenza di significative differenze di genere per le sottoscale EXP e HS, e per la scala NG. In tutte queste dimensioni, i maschi hanno riportato maggiori punteggi delle partecipanti femmine. Sebbene i risultati sulla dimensione EXP e sulla scala NG siano in linea con altri studi (Pincus et al., 2009; Wright et al., 2010, You et al., 2013; Jaksic et al., 2014), nonché con lo stesso studio da noi condotto precedentemente, i risultati ottenuti in riferimento alla dimensione HS meritano maggiore attenzione. Infatti, i risultati di studi precedenti sul PNI nella sua forma originaria hanno mostrato risultati contrastanti. In particolare, gli studi condotti in ambito statunitense (Pincus et al., 2009; Wright et al., 2010) hanno evidenziato una differenza significativa tale per cui le femmine riportavano più alti punteggi dei maschi nella dimensione HS. Al contrario, lo studio condotto da You et al. (2013) ha riscontrato, come nel nostro caso, una differenza significativa tale per cui le femmine mostravano in media più alti punteggi nella dimensione HS rispetto ai maschi. Mentre nel recente studio condotto da Jaksic et al. (2014), non sono state riscontrate differenze significative di genere nella dimensione HS. In questo senso, potrebbe essere utile studiare in modo più approfondito la relazione tra genere e PNI, al

fine di comprendere quali ne siano le influenze. Al momento attuale, infatti, non è possibile trarre alcune conclusioni in questo senso, anche alla luce del fatto che l'unico studio italiano condotto sul PNI nella sua versione originaria (Fossati et al., 2014) non ha indagato la presenza di differenze di genere in relazione alle scale e sottoscale dello strumento. Ciò che si può sottolineare, invece, è il confronto con i risultati del precedente studio che ha coinvolto lo stesso campione. Nello studio precedente, infatti, non erano emerse differenze di genere nella dimensione del HS. In questo senso, è necessario considerare gli item che nella versione abbreviata sono stati eliminati o mantenuti. Infatti, gli item che sono stati mantenuti nella versione breve sono più prettamente avvicinabili ad un modello stereotipico maschile nel quale ad esempio *“si detesta chiedere aiuto”*, come citato dall'item PNI07, oppure nel quale *“non si può fare affidamento sugli altri perché ciò farebbe sentire il soggetto debole”*, come espresso dall'item PNI46; mentre sono stati eliminati item più consoni ad un funzionamento che potrebbe essere avvicinabile anche a modalità femminili come *“E' importante dimostrare alle persone di essere in grado di fare da solo, anche quando nutro qualche dubbio al riguardo”*, citando l'item PNI44.

Infine, il presente studio ha analizzato la possibilità di generalizzare la versione abbreviata del PNI e la misurazione di narcisismo patologico nelle sue diverse componenti. In particolare, si è testata l'invarianza di misurazione nei due campioni non clinici. In linea generale, i risultati hanno evidenziato che il costrutto di narcisismo nelle sue diverse dimensioni può essere effettivamente misurato in modo equivalente in diversi gruppi di soggetti, base necessaria per poter comparare i risultati ottenuti da soggetti con diverse caratteristiche. Nel nostro caso, la principale caratteristica che differenziava i due gruppi di soggetti era l'età (più alta nel secondo campione non clinico). Le analisi condotte hanno testato l'invarianza multigruppo di misurazione della versione abbreviata del PNI attraverso sette livelli gerarchici: invarianza di configurazione, saturazione sui fattori di primo ordine, saturazione sui fattori di secondo ordine,

intercette delle variabili misurate e dei fattori di primo ordine, varianze residue dei fattori di primo ordine, e varianze residue delle variabili osservate.

I risultati ottenuti hanno evidenziato che la versione abbreviata del PNI è risultata adeguata a tutti i livelli gerarchici considerati. In particolare, il livello di invarianza configurale sottolinea che la struttura fattoriale della versione abbreviata del PNI risulta equivalente, ovvero stabile, nei diversi gruppi. I livelli di invarianza delle saturazioni suggeriscono che sia possibile comparare la relazione tra i costrutti valutati dalla versione abbreviata del PNI (sia in termini di sottoscale sia in termini di scale) nei diversi gruppi con misurazioni esterne (e.g. coefficienti di regressione non standardizzati). Le saturazioni sui fattori, infatti, rappresentano la forza delle relazioni lineari tra ciascun fattore e gli item corrispondenti (Bollen, 1989; Jöreskog e Sörbom, 1999). Così, se le saturazioni su ciascun fattore sono uguali nei diversi gruppi, anche l'unità di misurazione di ciascun fattore è identica. Allo stesso modo, i livelli di invarianza delle intercette consentono di testare e comparare le differenze tra le medie dei punteggi nei diversi gruppi. Infatti, se tali livelli fossero risultati non equivalenti ciò avrebbe significato che le differenze nelle medie dei fattori della versione abbreviata del PNI sarebbero potute essere legate a differenze nelle origini (intercette) delle scale nei due gruppi. Di conseguenza, non sarebbe stato possibile comparare le medie dei partecipanti ai diversi gruppi nelle sottoscale e scale della versione abbreviata del PNI. Infine, gli ultimi due livelli di invarianza che sono stati testati riguardavano le varianze residue dei fattori di primo ordine e l'unicità delle variabili osservate. Come espresso da Chen et al. (2005), il primo di questi livelli è di particolare interesse per i modelli fattoriali di secondo ordine in quanto assicura che la varianza unica dei fattori di più basso livello che non è condivisa dal comune fattore sovraordinato sia la medesima nei diversi gruppi; mentre il secondo di questi livelli di invarianza assicura che l'insieme dei fattori comuni sia interamente responsabile di qualsiasi differenza osservata nelle medie delle variabili osservate.

I risultati del presente studio possono essere meglio compresi alla luce dei suoi limiti. In particolare, nonostante sia stata riscontrata una differenza significativa per quanto concerne l'età nei due campioni presi in considerazione, tale differenza è comunque limitata. Nello specifico, il primo campione risulta avere una età media di 23 anni (range 18 - 35), mentre il secondo campione ha un'età media di 28 anni (range 20 - 55). In questo senso, sarebbe utile poter replicare lo studio all'interno di campioni i cui soggetti ricoprano fasce di età molto diverse. In questo modo, sebbene ci si possa aspettare che le caratteristiche strutturali e di costrutto della versione abbreviata del PNI non siano soggette a modifiche, sarebbe possibile approfondire eventuali differenze legate soprattutto ai livelli iniziali dei bisogni narcisistici che possono manifestarsi con differente intensità a seconda della fase del ciclo di vita degli individui. In particolare, è plausibile che in campioni di partecipanti con fasce di età molto diverse l'invarianza delle intercette possa non essere soddisfatta. D'altra parte, anche qualora questo si verificasse, non rappresenterebbe un ostacolo perentorio alla generalizzabilità della versione abbreviata del PNI. Come ben espresso da Hortensius (2012), infatti, il livello sufficiente di invarianza è quella relativa alle saturazioni, mentre l'invarianza delle intercette viene considerata un livello di invarianza forte, e il livello di invarianza dei residui suggerisce un livello di invarianza rigoroso. In realtà, la nostra versione abbreviata del PNI ha mostrato di essere adeguata anche nel livello più rigoroso di invarianza, quindi è plausibile che anche qualora si attestino differenze nelle intercette, ciò non inclini la generalizzabilità dello strumento. Infine, laddove la presente forma abbreviata fosse replicata in altri studi, questi dovrebbero approfondire anche la validità concorrente con misurazioni esterne.

In conclusione, quindi, lo studio ha dimostrato che è possibile costruire una versione abbreviata del PNI, e che la versione da noi riscontrata e testata sembra essere in grado di cogliere e valutare il narcisismo patologico in modo adeguato in soggetti adulti di diversa età. In particolare, la possibilità di disporre di una versione abbreviata del PNI, con buoni indici di attendibilità ed affidabilità, potrebbe avere importanti implicazioni sia in ambito clinico sia di

ricerca. In entrambi i campi di lavoro, infatti, spesso vi è la necessità di poter utilizzare misurazioni quanto più accurate ma anche caratterizzate da un tempo di somministrazione piuttosto breve. Inoltre, la versione abbreviata del PNI consentirebbe anche una facilitazione nelle procedure di scoring. Infatti, essendo tutte le sottoscale composte dal medesimo numero di item, sarebbe sufficiente eseguire una somma aritmetica per ottenere i punteggi corrispondenti alle diverse dimensioni indagate; mentre per i punteggi relativi alle due scale sovraordinate sarebbe necessario eseguire una media aritmetica dei punteggi ottenuti nelle dimensioni che descrivono le scale.

CONCLUSIONI GENERALI

Il presente scritto era finalizzato allo studio del *Pathological Narcissism Inventory* (PNI; Pincus et al., 2009) all'interno del contesto italiano.

Il PNI, infatti, è uno strumento di misurazione del narcisismo patologico elaborato recentemente e che in poco tempo ha attirato l'attenzione di clinici e ricercatori esperti di disturbi di personalità (Ronningstam, 2011). Uno degli indubbi vantaggi del PNI, infatti, consiste nella esaustività e completezza della valutazione della patologia narcisistica, obiettivo che non sembrava poter essere raggiunto attraverso l'impiego degli strumenti self-report sino ad ora disponibili. Tali strumenti, infatti, risentivano di limitazioni concettuali legate alla parzialità delle valutazioni consentite o all'inadeguata discriminazione tra forme adattive e disadattive di narcisismo, nonché scarse proprietà psicometriche che inficiavano l'attendibilità delle misurazioni ottenute.

Il PNI è uno strumento self-report composto da 52 item che consentono una misurazione multidimensionale del narcisismo patologico. In particolare, esso ha dimostrato di cogliere differenti aspetti clinicamente significativi delle sue due principali manifestazioni fenotipiche, ovvero la grandiosità e la vulnerabilità narcisistica nelle loro modalità espressive overt e covert (Pincus et al., 2008; Wright et al., 2010). Nello specifico, il PNI si focalizza sulla valutazione degli aspetti del funzionamento proprio delle due manifestazioni. La grandiosità narcisistica è definita da dimensioni quali tendenze manipolatorie nelle relazioni interpersonali; utilizzo di atti pseudo altruistici al fine di rinforzare l'immagine di sé; e presenza di fantasie compensatorie di successo, ammirazione e riconoscimento. La vulnerabilità narcisistica, invece, risulta descritta da dimensioni quali esperienze di fluttuazione dell'autostima e disregolazione in assenza di fonti esterne di ammirazione e riconoscimento; tendenza a nascondere agli altri i propri difetti e bisogni; disinteresse nei confronti di coloro che non soddisfano i bisogni di ammirazione, nonché sentimenti di vergogna per i propri bisogni di vicinanza e supporto da parte degli altri

quando questi non sono soddisfatti; ed infine vissuti di rabbia quando le proprie aspettative relative al fatto che tutto sia dovuto non trovano realizzazione.

Sebbene il PNI nasca all'interno del contesto clinico, esso risente anche di altre influenze scientifiche. Infatti, lo strumento rappresenta il tentativo di operationalizzare la concettualizzazione contemporanea del narcisismo patologico (Pincus, 2013), nata da un'attenta revisione della letteratura teorica ed empirica, e dall'intergrazione delle conoscenze scientifiche accumulate nel corso del tempo nell'ambito della psicologia sociale/di personalità, della psicologia clinica e della psichiatria (Cain et al., 2008). Ancora, i diversi studi condotti sino ad ora sul PNI hanno dimostrato che esso possiede buone caratteristiche di attendibilità e validità (Pincus et al., 2009; Wright et al., 2010) anche in contesti socio-culturali differenti da quello nel quale è stato costruito e inizialmente validato (Fossati et al., 2014; Jaksic et al., 2014; You et al., 2013). Nel complesso tali elementi, quindi, sembrano indicare che il PNI sia un valido strumento di misurazione dell'intero spettro della patologia narcisistica.

A partire da tali evidenze, è risultato importante poter studiare le proprietà del PNI anche nel nostro Paese. In questo senso, sono stati condotti due studi volti rispettivamente ad analizzare attentamente le proprietà di attendibilità e validità della traduzione italiana del PNI, e comprendere se fosse possibile costruire una versione abbreviata dello strumento.

Il primo studio ha coinvolto due campioni non clinici di partecipanti e un campione clinico di pazienti ambulatoriali. In linea con precedenti ricerche (Jaksic et al., 2014; Pincus et al., 2009; Wright et al., 2010; You et al., 2013), i risultati da noi ottenuti hanno confermato la struttura fattoriale del PNI sia di primo sia di secondo ordine, e dimostrato che lo strumento possiede buoni indici di consistenza interna e di attendibilità test-retest. Ancora, in linea con la letteratura, lo studio della validità concorrente ha evidenziato specifici pattern di associazioni delle due manifestazioni fenotipiche di narcisismo patologico con altre misure di narcisismo, autostima, e capacità empatiche. Infine, lo strumento ha mostrato importanti associazioni con indici di patologia della personalità. Confermando i risultati ottenuti nell'unico studio italiano

attualmente condotto sul PNI (Fossati et al., 2014), infatti, lo strumento ha dimostrato di essere in grado di discriminare in modo significativo fra soggetti clinici e non clinici. Inoltre, nel campione clinico la misura di narcisismo patologico nel suo complesso è risultata associata sia a caratteristiche patologiche descrittive (secondo la classificazione ufficiale del DSM-5) sia a caratteristiche strutturali proprie dell'organizzazione borderline di personalità. Sebbene sarebbe necessario che i risultati ottenuti fossero replicati ed approfonditi in studi futuri, questi ultimi dati sembrerebbero supportare l'idea che il PNI misuri effettivamente caratteristiche patologiche di narcisismo, al contrario di precedenti strumenti self-report che non erano stati in grado di soddisfare tale requisito.

Infine, il secondo studio ha identificato una possibile forma abbreviata del PNI costituita da 28 item coinvolgendo i due campioni non clinici di partecipanti. La soluzione ottenuta ha replicato la struttura fattoriale di primo e di secondo ordine del questionario in versione originale, mostrando buoni indici di consistenza interna per tutte le scale e sottoscale dello strumento. Inoltre, analisi di invarianza multigruppo della misurazione hanno attestato la generalizzabilità del questionario in versione abbreviata. Sebbene lo studio sia solo preliminare e maggiori approfondimenti sarebbero necessari in futuro, in generale, i risultati ottenuti sembrerebbero suggerire la legittimità della forma abbreviata del PNI da noi identificata.

Nel complesso, gli studi condotti e i risultati ottenuti possono avere rilevanti implicazioni sia in ambito clinico sia di ricerca. In primo luogo, essi supportano la validità del PNI nel nostro Paese, consentendo quindi anche ai ricercatori italiani di poter disporre di un nuovo strumento che, a differenza di quelli sino ad ora disponibili, possa fornire una misurazione attendibile del narcisismo patologico. In secondo luogo, l'esaustività e completezza mostrata dal PNI nella valutazione dell'intero spettro della patologia narcisistica potrebbe favorire il suo utilizzo anche nella pratica clinica. Spesso, infatti, le maggiori critiche rivolte alla concettualizzazione del disturbo narcisistico di personalità del DSM erano imputabili alla sua incapacità di cogliere aspetti clinicamente significativi che invece apparivano fondamentali nel lavoro con i pazienti,

come ad esempio il frequente alternarsi di stati grandiosi e vulnerabili nel medesimo soggetto (Horowitz, 2009; Kernberg, 2009; Pincus et al., 2014; Ronningstam, 2009). In questo senso, per fini clinici potrebbe apparire ancora più utile la possibilità di usufruire dello strumento nella sua versione breve. Quest'ultima, infatti, pur conservando buoni indici di attendibilità, consentirebbe meno costi nella fase di somministrazione e di scoring. Elementi che nell'ambito della pratica clinica appaiono essenziali.

Bibliografia

- Ackerman, R. A., Witt, E. A., Donnellan, M. B., Trzesniewski, K. H., Robins, R. W., e Kashy, D. A. (2011). What does the Narcissistic Personality Inventory really measure? *Assessment*, *18*, 67-87.
- Akhtar, S. (2003). *New clinical realms: Pushing the envelope of theory and technique*. Lanham, MD: Jason Aronson.
- Akhtar, S., e Thomson, J. A. (1982). Overview: Narcissistic personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, *139*, 12–20.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders-3rd edition revised*. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders- 4th edition text revised*. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Ames, D. R., Rose, P., e Anderson, C. P. (2006). The NPI-16 as a short measure of narcissism. *Journal of Research in Personality*, *40*, 440–450.

- Ang, R. P., e Raine, A. (2009). Reliability, validity, and invariance of the Narcissistic Personality Questionnaire for Children-Revised (NPQC-R). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 31, 143-151.
- Arnau, R. C., Handel, R. W., e Archer, R. P. (2005b). Principal components analyses of the MMPI-2 PSY-5 scales: Identification of facet subscales. *Assessment*, 12, 186-198.
- Bagby, R. M., Ryder, A. G., Ben-Dat, D., Bacchiochi, J., e Parker, J. D. A. (2002). Validation of the dimensional factor structure of the Personality Psychopathology Five in clinical and nonclinical samples. *Journal of Personality Disorders*, 16, 304-316.
- Bagby, R. M., Sellbom, M., Costa, P. T., e Widiger, T.A. (2008). Predicting *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV* personality disorders with the five-factor model of personality and the personality psychopathology five. *Personality and Mental Health*, 2, 55 – 69.
- Bagby, R., M., Marshall, M. B., e Georgiades, S. (2005). Dimensional personality traits and the prediction of DSM-IV personality disorder symptom counts in a nonclinical sample. *Journal of Personality Disorders*, 19, 53 – 67.
- Bagge, C. L., e Trull, T. J. (2003). DAPP-BQ: Factor structure and relations to personality disorder symptoms in a nonclinical sample. *Journal of Personality Disorders*, 17, 19–32.
- Bandalos, D. L., e Finney, S. J. (2001). *Item parceling issues in structural equation modeling*. In G. A. Marcoulides e R. E. Schumacker (Eds.), *Advanced structural equation modeling: New developments and techniques* (pag. 269–296). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Baron-Cohen, S., e Wheelwright, S. (2004). The Empathy Quotient: An investigation of adults with Asperger syndrome or high functioning autism, and normal sex differences. *Journal of Autism Developmental Disorders*, 34, 163-175.

- Baskin-Sommers, A., Krusemark, E., e Ronningstam, E. (2014). Empathy in narcissistic personality disorder: From clinical and empirical perspectives. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 5, 323-333.
- Blais, M. A., e Norman, D. K. (1997). A psychometric evaluation of the DSM-IV personality disorder criteria. *Journal of Personality Disorders*, 11, 168–176.
- Blais, M. A., Holdwick, M. J., e Castlebury, F. D. (1997). Content validity of the DSM-IV borderline and narcissistic personality disorder criteria sets. *Comprehensive Psychiatry*, 38, 31–37.
- Bollen, K. A. (1989). *Structural equations with latent variables*. New York, NY: Wiley.
- Brezo, J., Paris, J., Tremblay, R., Vitaro, F., e Turecki, G. (2008). DAPP-BQ: Factor structure in French Canadians. *Journal of Personality Disorders*, 22, 538–545.
- Broucek, F. (1982). Shame and its relationship to early narcissistic developments. *International Journal of Psycho-analysis*, 63, 369–378.
- Brown, R. P., e Zeigler-Hill, V. (2004). Narcissism and the non-equivalence of self-esteem measures: A matter of dominance? *Journal of Research in Personality*, 38, 585–592.
- Brown, R. P., Budzek, K., e Tamborski, M. (2009). On the meaning and measure of narcissism. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 35, 951–964.
- Brown, T. A. (2006). *Confirmatory factor analysis for applied research*. New York, NY: Guilford.
- Burnham, K. P., e Anderson, D. R. (2002), *Model Selection and Multimodel Inference: A Practical Information-Theoretic Approach* (2nd ed.), New York, NY: Springer-Verlag.

- Butcher, J. N., Graham, J. R., Ben-Porath, Y. S., Tellegen, A., Dahlstrom, W. G., e Kaemmer, B. (2001). *MMPI-2: Manual for the administration, scoring and interpretation*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- Cain, N. M., Pincus, A. L., e Ansell, E. B. (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.
- Campbell, W. K., Bosson, J. K., Goheen, T. W., Lakey, C. E., e Kernis, M. H. (2007). Do narcissists dislike themselves “deep down inside?”. *Psychological Science*, 18, 227–229.
- Campbell, W. K., e Foster, J. D., (2007). The narcissistic self: background and extended agency model, and ongoing controversies. In C. Sedikides e S. Spencer (Eds.), *Frontiers in social psychology: The self* (pag. 115 – 138). Philadelphia, PA: Psychology Press.
- Campbell, W. K., Foster, C. A., e Finkel, E. J. (2002). Does self love lead to love for others? A story of narcissistic game playing. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83, 340–354.
- Caprara, G. V., Barbaranelli, C., Hahn, R., e Comrey, A. L. (2001). Factor analyses of the NEO-PI-R inventory and the Comrey Personality Scales in Italy and the United States. *Personality and Individual Differences*, 30, 217–228.
- Chatbam, P., Tibbab, C., e Hanington, M. (1993). The MMPI and the MCMI in the evaluation of narcissism in a clinical sample. *Journal of Personality Assessment*, 60, 239-251.
- Chen, F. F., Sousa, K. H., e West, S. G. (2005). Testing measurement invariance of second-order factor models. *Structural Equation Modeling*, 12, 471-492.
- Cheung, G.W., e Rensvold, R. B. (2002). Evaluating goodness-of-fit indexes for testing measurement invariance. *Structural Equation Modeling*, 9, 233–255.

- Chou, C. P., e Bentler, P. M. (1995). *Estimates and tests in structural equation modeling*. In R. H. Hoyle (Ed.), *Structural equation modeling: Concepts, issues, and applications* (pag. 37–55). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Clark, L. A., e Watson, D. (1995). Constructing validity: Basic issues in objective scale development. *Psychological Assessment*, 7, 309–319.
- Clark, L. A., (2007). Assessment and diagnosis of personality disorder: Perennial issues and an emerging reconceptualization. *Annual Review of Psychology*, 58, 227 – 257.
- Clark, L. A., Livesley, W. J., Schroeder, M. L., e Irish, S. L. (1996). Convergence of two systems for assessing specific traits of personality disorder. *Psychological Assessment*, 8, 294–303.
- Clark, L. A., Simms, L. J., Wu, K. D., e Casillas, A. (in press). *Schedule for nonadaptive and adaptive personality: Manual for administration, scoring, and interpretation* (2nd ed.). Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- Cloninger, C. R. (1999). *Temperament and Character Inventory—revised*. St Louis, MO: Center for Psychology of Personality, Washington University.
- Cooper, A. M. (1981). Narcissism. In S. Arieti, H. Keith, e H. Brodie (Eds.), *American Handbook of Psychiatry*, Vol. 4 (pag. 297–316). New York, NY: Basic Books.
- Corry, N., Merritt, R. D., Mrug, S., e Pamp B. (2008). The factor structure of the narcissistic personality inventory. *Journal of Personality Assessment*, 90, 593-600.
- Costa , P. T., e McCrae, R. R. (1990). Personality disorders and five factor model of personality. *Journal of Personality Disorders*, 4, 362 – 371.

- Costa, P. T., e McCrae, R. R. (1992). *Professional manual: Revised NEO personalità inventory (NEO-PI-R) and NEO five-factor inventory (NEO-FFI)*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- del Rosario, P. M., e White, R. M. (2005). The Narcissistic Personality Inventory: Test–retest stability and internal consistency. *Personality and Individual Differences*, 39, 1075–1081.
- Diamond, D., Yeomans, F., e Levy, K. N. (2011). Psychodynamic psychotherapy for narcissistic personality. In W. K. Campbell, e J. D. Miller (Eds), *The handbook of narcissism and narcissistic personality disorder: Theoretical approaches, empirical findings, and treatments* (pag. 423-433). New York, NY: Wiley.
- Dickinson, K. A., e Pincus, A. L. (2003). Interpersonal analysis of grandiose and vulnerable narcissism. *Journal of Personality Disorders*, 17, 188-207.
- Digman, J. M. (1990). Personality structure: Emergence of the five factor model. *Annual Review of Psychology*, 41, 417 – 440.
- Doidge, N., Simon, B., Brauer, L., Grant, D., First, M., Brunshaw, J., et al. (2002). Psychoanalytic patients in the U.S., Canada, and Australia: I. DSM-III-R disorders, indications, previous treatment, medications, and length of treatment. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 50, 575–614.
- Donati, D., Ubbiali, A., Chiorri, C., e Hampton, P. (in press). *DAPP-BQ Dimensional Assessment of Personality Basic Questionnaire*. Firenze: Hogrefe Editore.
- Emmons, R. A. (1984). Factor analysis and construct validity of the Narcissistic Personality Inventory. *Journal of Personality Assessment*, 48, 291-300.
- Emmons, R. A. (1987). Narcissism: Theory and measurement. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 11-17.

- First, M. B. e Spitzer, R. (1989). *Diagnostic efficacy statistics*. Unpublished raw data. New York, NY: New York State Psychiatric Institute.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Williams, J.B.W., e Benjamin, L. S. (1997). *Structured clinical interview for DSM-IV II personality disorders (SCID-II)*. New York, NY: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Fossati, A., Beauchaine, T.P., Grazioli, F., Carretta, I., Cortinovis, F., e Maffei, C. (2005). A latent structure analysis of Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Narcissistic Personality Disorder criteria. *Comprehensive Psychiatry*, 46, 361–367.
- Fossati, A., Borroni, S., Eisenberg, N., e Maffei, C. (2010). Relations of proactive and reactive dimensions of aggression to overt and covert narcissism in nonclinical adolescents. *Aggressive Behavior*, 35, 1-7.
- Fossati, A., Borroni, S., Grazioli, F., Dornetti, L., Marcassoli, I., Maffei, C., e Cheek, J. (2009). Tracking the hypersensitive dimension in narcissism: Reliability and validity of the Hypersensitive Narcissism Scale. *Personality and Mental Health*, 3, 235–247.
- Fossati, A., Borroni, S., e Maffei, C. (2008). Proprietà Psicometriche della Versione Italiana del Narcissistic Personality Inventory. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 96-115.
- Fossati, A., Feeney, J., Pincus, A., Borroni, S., e Maffei, C. (2014). The Structure of Pathological Narcissism and its Relationships with Adult Attachment Styles: A Study of Italian Nonclinical and Clinical Adult Participants. *Psychoanalytic Psychology*. Advance online publication. <http://dx.doi.org/10.1037/a0037175>
- Fossati, A., Maffei, C., Bagnato, M., Donati, D., Donini, M., Fiorilli, M., et al. (1998). Brief communication: Criterion validity of the personality diagnostic questionnaire- 4+ (PDQ-4+) in a mixed psychiatric sample. *Journal of Personality Disorders*, 12, 172–178.

- Freud, S. (1914). *Introduzione al narcisismo. Opere volume 7* (pag. 439 – 480). Torino: Bollati Boringhieri.
- Gabbard, G. O. (1989). Two subtypes of narcissistic personality disorder. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 53, 527–532.
- Gabbard, G. O. (1998). Transference and countertransference in the treatment of narcissistic patients. In E. Ronningstam (Ed.), *Disorders of narcissism: Diagnostic, clinical, and empirical implications* (pp. 125–145). Washington DC: American Psychiatric Press.
- Gabbard, G. O. (2009). Transference and countertransference: Developments in the treatment of narcissistic personality disorder. *Psychiatric Annals*, 39, 129-136.
- Given-Wilson, Z., McIlwain, D. J. F., e Warburton, W. (2011). Meta-cognitive and interpersonal difficulties in overt and covert narcissism. *Personality and Individual Differences*, 50, 1000-1005.
- Glover, N., Miller, J. D., Lynam, D. R., Crego, C., e Widiger, T. A. (2012). The Five-Factor Narcissism Inventory: A five factor measure of narcissistic personality traits. *Journal of Personality Assessment*, 94,500–512.
- Goldberg, L. R. (1992). The development of markers for the Big-Five Factor Structure. *Psychological Assessment*, 4, 26 – 42.
- Goldberg, L. R. (2001). *International Personality Item Pool*. Web address can be obtained by the authors.
- Goldner, E. M., Srikameswaran, S., Schroeder, M. L., Livesley, W. J., e Birmingham, C. L. (1999). Dimensional assessment of personality pathology in patients with eating disorders. *Psychiatry Research*, 85, 151–159.

- Grilo, C. M., e McGlashan, T. H. (2000). Convergent and discriminant validity DSM-IV Axis II personality disorder criteria in adult outpatients with binge eating disorder. *Comprehensive Psychiatry*, *41*, 163–166.
- Grilo, C. M., McGlashan, T. H., Morey, L. C., Gunderson, J. G., Skodol, A. E., Shea, M. T., et al. (2001). Internal consistency, intercriterion overlap, and diagnostic efficiency of criteria sets DSM-IV schizotypal, borderline, avoidant, and obsessive–compulsive personality disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *104*, 264–272.
- Gunderson, J., Ronningstam, E., e Smith, L. E. (1994). Narcissistic personality disorder. In T. A. Widiger (Ed.), *DSM-IV sourcebook, volume 1* (pag. 745–756). Washington DC: American Psychiatric Press.
- Gunderson, J., Ronningstam, E., e Smith, L. E. (1995). Narcissistic personality disorder. In J. Livesley (Ed.), *The DSM-IV personality disorder diagnoses* (pag. 201–212). New York, NY: Guilford.
- Gutiérrez-Zotes, J. A., Gutiérrez, F., Valero, J., Gallego, E., Baillés, E., Torres, X., et al. (2008). Structure of personality pathology in normal and clinical samples: Spanish validation of the DAPPBQ. *Journal of Personality Disorders*, *22*, 389–404.
- Hampson, S.E., e Goldberg, L. R. (2006). A first large cohort study of personality trait stability over the 40 years between elementary school and midlife. *Journal of Personality and Social Psychology*, *4*, 763-779.
- Harkness, A. R., e McNulty, J. L. (1994). The Personality Psychopathology Five (PSY-5): Issue from the pages of a diagnostic manual instead of a dictionary. In S. Strack e M. Lorr (Eds.), *Differentiating normal and abnormal personality* (pp. 291-315). New York: Springer.

- Harkness, A. R., McNulty, J. L., Ben-Porath, Y. S., e Graham, J. G. (2002). *The Personality Psychopathology Five (PSY-5) scales*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- Hathaway, S. R., e McKinley, J. C. (1943). *The Minnesota Multiphasic Personality Inventory*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- Hendin, H. M., e Cheek, J. M. (1997). Assessing hypersensitive narcissism: A reexamination of Murray's Narcism Scale. *Journal of Research in Personality*, 31, 588–599.
- Hepper, E.G., Gramzow, R.H., e Sedikides, C. (2010). Individual differences in self-enhancement and self-protection strategies: An integrative analysis. *Journal of Personality*, 78, 781-814.
- Horowitz, M. (2009). Clinical phenomenology of narcissistic pathology. *Psychiatric Annals*, 39, 124–128.
- Hortensius, L. (2012). *Project for Introduction to Multivariate Statistics: Measurement Invariance*. (<http://www.tc.umn.edu/~horte005/docs/MeasurementInvariance.pdf>).
- Hu, L. T., e Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6, 1–55.
- Hyer, S. E. (1994). *Personality Diagnostic questionnaire – 4 (PDQ-4)*. New York, NY: New York State Psychiatric Institute.
- Jaksic, N., Goran, M., Ivezic, E., Wertag, A., Jokic-Begic, N., e Pincus, A. L. (2014). The Pathological Narcissism Inventory (PNI) in a transitional post-war society: Factor structure and psychometric properties among Croatian university students. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 36, 640 – 652.

- Jang, K. L., Livesley, W. J., e Vernon, P. A. (1999). The relationship between Eysenck's P-E-N model of personality and traits delineating personality disorder. *Personality and Individual Differences*, 26, 121–128.
- Jöreskog, K. G., e Sörbom, D. (1999). *LISREL 8: User's reference guide* (2nd ed.). Chicago: Scientific Software International.
- Karterud, S., Oien, M., e Pedersen, G. (2011). Validity aspects of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, narcissistic personality disorder construct. *Comprehensive Psychiatry*, 52, 517-526.
- Kenny, D.A. (2014). *Measuring Model Fit*. (<http://davidakenny.net/cm/fit.htm>).
- Kernberg, O. F. (1974). Problemi clinici della personalità narcisistica. Tr. It. in *Sindromi marginali e narcisismo patologico*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Kernberg, O. F. (1984). *Severe personality disorders: Psychotherapeutic strategies*. New Haven: Yale University Press.
- Kernberg, O.F. (2009). Narcissistic personality disorders: Part 1. *Psychiatric Annals*, 39, 105-167.
- Kernberg, O. F., e Caligor, E. (2005). A psychoanalytic theory of personality disorders. In M. F. Lenzenweger, e J. Clarkin (Eds.), *Major theories of personality disorder* (pag. 114–156). New York, NY: Guilford Press.
- Kernberg, O. F, e Yeomans, F. E. (2013). Borderline personality disorder, bipolar disorder, depression, attention deficit/hyperactivity disorder, and narcissistic personality disorder: Practical differential diagnosis. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 77, 1-22.

- Kernis, M. H., e Sun, C. R. (1994). Narcissism and reactions to interpersonal feedback. *Journal of Research in Personality*, 28, 4–13.
- Kim, K.H., Cramond, B., e Bandalos, B.L. (2006). The Latent Structure and Measurement Invariance of Scores on the Torrance Tests of Creative Thinking-Figural. *Educational and Psychological Measurement*, 66, 459-477.
- Kline, R. B. (2005). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling (2nd ed.)*. New York, NY: The Guilford Press.
- Kohut, H. (1971). *The analysis of the self*. New York, NY: International Universities Press.
- Kohut, H. (1977). *The restoration of the self*. New York, NY: International Universities Press.
- Kohut, H., e Wolf, E. S. (1978). The disorders of the self and their treatment: An outline. *International Journal of Psychoanalysis*, 59, 413-425.
- Krizan, Z., e Johar, O. (2012). Envy divides the two faces of narcissism. *Journal of Personality*, 80, 1415–1451.
- Krueger, R. F., Derringer, J., Markon, K. E., Watson, D., e Skodol, A. E. (2012). Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5. *Psychological Medicine*, 42, 1879-1890.
- Krueger, R. F., Eaton, N. R., Clark, L. A., Watson, D., Markon, K. E., Derringer, J., e Livesley, W. J. (2011a). Deriving an empirical structure of personality pathology for DSM-5. *Journal of Personality Disorders*, 25, 170-191.
- Krueger, R. F., Eaton, N. R., Derringer, J., Markon, K. E., Watson, D., e Skodol, A. E. (2011b). Personality in DSM-5: Helping delineate personality disorder content and framing the metastructure. *Journal of Personality Assessment*, 93, 325-331.

- Kubarych, T. S., Deary, I. J., e Austin, E. J. (2004). The narcissistic personality inventory: Factor structure in a non-clinical sample. *Personality and Individual Differences, 36*, 857-872.
- Kushner, S. C., Quilty, L. C., Tackett, J. L., e Bagby, R. M. (2011). The Hierarchical Structure of the Dimensional Assessment of Personality Pathology (DAPP-BQ). *Journal of Personality Disorders, 25*, 504–516.
- Larstone, R. M., Jang, K. L., Livesley, W. J., Vernon, P. A., e Wolfe, H. (2002). The relationship between Eysenck's P-E-N model of personality, the five-factor model of personality, and traits delineating personality dysfunction. *Personality and Individual Differences, 33*, 25–37.
- Lasch, C. (1979). *The culture of narcissism: American life in an age of diminishing expectations*. New York, NY: Warner Books.
- Lawrence, E. J., Shaw, P., Baker, D., Baron-Cohen, S., e David, A. S. (2004). Measuring empathy: Reliability and validity of the Empathy Quotient. *Psychological Medicine, 34*, 911-919.
- Lenzenweger, M. F., Clarkin, J. F., Kernberg, O. F., e Foelsch, P. A. (2001). The Inventory of Personality Organization: Psychometric properties, factorial composition, and criterion relations with affect, aggressive dyscontrol, psychosis proneness, and self-domains in a nonclinical sample. *Psychological Assessment, 13*, 577–591.
- Levy, K. N., Reynoso, J. S., Wasserman, R. H., e Clarkin, J. F. (2007). Narcissistic personality disorder. In W. O'Donohue, K. A. Fowler, e S. O. Lilienfeld (Eds.), *Personality Disorders: Toward the DSM-V* (pag. 233-277). Thousand Oaks, CA: Sage.

- Little, T. D., Cunningham, W. A., Shahar, G., e Widaman, K. F. (2002). To parcel or not to parcel: Exploring the question, weighing the merits. *Structural Equation Modeling*, 9, 151-173.
- Livesley, W. J., e Jackson, D. N. (2009). *Manual for the Dimensional Assessment of Personality Pathology—Basic Questionnaire*. Port Huron, MI: Sigma Press.
- Livesley, W. J., Jackson, D. N., e Schroeder, M. L. (1989). A study of the factorial structure of personality pathology. *Journal of Personality Disorders*, 3, 292–306.
- Livesley, W. J., Jang, K. L., e Vernon, P. A. (1998). Phenotypic and genetic structure of traits delineating personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 55, 941–948.
- Lynam, D. R., e Widiger, T. A. (2001). Using the five factor model to represent the DSM-IV personality disorders: An expert consensus approach. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 401 – 4012.
- MacCallum, R. C., Browne, M. W., e Sugawara, H. M. (1996). Power analysis and determination of sample size for 575 covariance structure modeling. *Psychological Methods*, 1, 130-149.
- MacCallum, R.C., e Austin, J.T. (2000). Applications of Structural Equation Modeling in Psychological Research. *Annual Review of Psychology*, 51, 201-226.
- MacDonald, P. (2014). Narcissism in the modern world. *Psychodynamic Practice*, 20, 144-153.
- Madeddu, F., e Di Pierro, R. (2014). DSM-5: lo strano caso dei disturbi di personalità. *Psichiatria e Psicoterapia*, 33, 109 – 133.
- Maffei, C., Fossati, A., Agostani, H., Barraco, A., Bagnato, M., Deborah, D., et al. (1997). Interrater reliability and internal consistency of the Structured Clinical Interview for DSM-

- IV Axis II Personality Disorders (SCID-II), Version 2.0. *Journal of Personality Disorders*, 11, 279–284.
- Marsh, H. W. (1994). Confirmatory factor analysis models of factorial invariance: A multifaceted approach. *Structural Equation Modeling*, 1, 5–34.
- Maruta, T., Yamate, T., Imori, M., Kato, M., e Livesley, W. J. (2006). Factor structure of the Dimensional Assessment of Personality Pathology-Basic Questionnaire and its relationship with the revised NEO personality inventory in Japanese sample. *Comprehensive Psychiatry*, 47, 528 – 533.
- Masterson, J. F. (1993). *The emerging self: A developmental, self, and object relations approach to the treatment of the closet narcissistic disorder of the self*. New York, NY: Brunner/Mazel.
- Maxwell, K., Donnellan, M. B., Hopwood, C. J., e Ackerman, R. A. (2011). The two faces of Narcissus? An empirical comparison of the Narcissistic Personality Inventory and the Pathological Narcissism Inventory. *Personality and Individual Differences*, 50, 577–582.
- Mazzi, F., Morosini, P., De Girolamo, G., e Guaraldi, G. P. (2003). *SCID-II. Interviste Cliniche Strutturate per il DSM-IV*. Firenze: Giunti-Organizzazioni Speciali.
- McGrath, R. E. (2005). Conceptual complexity and construct validity. *Journal of Personality Assessment*, 85, 112-124
- Miller J. D., e Campbell, W. K. (2008). Comparing clinical and social-personality conceptualizations of narcissism. *Journal of Personality*, 76, 449-476.
- Miller, J. D., Campbell, W. K., e Pilkonis, P. A. (2007). Narcissistic personality disorder: Relations with distress and functional impairment. *Comprehensive Psychiatry*, 48, 170–177.

- Miller, J. D., Gentile, B., Wilson, L., e Campbell, W. K. (2013). Grandiose and Vulnerable Narcissism and the DSM–5 Pathological Personality Trait Model. *Journal of Personality Assessment, 95*, 284–290.
- Miller, J.D. , Widiger, T.A., e Campbell, W.K. (2014). Vulnerable narcissism: commentary for the special series Narcissistic personality disorder - new perspectives on diagnosis and treatment. *Personality disorders 5, 4*, 450-1.
- Miller, J.D., Dir, A., Gentile, B., Wilson, L., Pryor, L.R., e Campbell, W.K. (2010). Searching for a vulnerable dark triad: Comparing factor 2 psychopathy, vulnerable narcissism, and borderline personality disorder. *Journal of Personality, 78*, 1529-1564.
- Millon, T., Davis, R., e Millon, C. (1997). *MCMI-III manual (2nd ed.)*. Minneapolis, MN: National Computer System.
- Morey, L., e Goodman, R. (1989). *Diagnostic efficacy statistics*. Unpublished raw data. Nashville, TN: Vanderbilt University.
- Morey, L. C. (1985). A psychometric analysis of five different DSM-III categories. *Personality and Individual Differences, 6*, 323–329.
- Morey, L. C. (1988a). A psychometric analysis of the DSM-III-R personality disorder criteria. *Journal of Personality Disorders, 2*, 109–124.
- Morey, L. C. (1988b). Personality disorders in DSM-III and DSM-III-R: Convergence, coverage, and internal consistency. *American Journal of Psychiatry, 145*, 573–577.
- Morey, L. C. (2003). Measuring personality and psychopathology. In J. A. Schinka e W. F. Velicer (Eds.), *Handbook of psychology: Research methods in psychology* (Vol. 2, pag. 377–405). New York, NY: Wiley.

- Morey, L. C., e Ochoa, E. S. (1989). An investigation of adherence to diagnostic criteria: Clinical diagnosis of the DSM-III personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 3, 180–192.
- Morey, L. C., Waugh, M. H., e Blashfield, R. K. (1985). MMPI scales for DSM-III personality disorders: Their derivation and correlates. *Journal of Personality Assessment*, 49, 245 – 251.
- Morf, C. C. (2006). Personality reflected in a coherent idiosyncratic interplay of intra- and interpersonal self-regulatory processes. *Journal of Personality*, 74, 1527-1556.
- Morf, C. C., e Rhodewalt, F. (2001). Unraveling the paradoxes of narcissism: A dynamic self-regulatory processing model. *Psychological Inquiry*, 12, 177-196.
- O'Connor, B. P., e Dyce, J., A. (1998). A test of personality disorder configuration. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 2 – 16.
- Ogrudniczuk, J. S. (2013). *Understanding and treating pathological narcissism*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Otway, L. J., e Vignoles, V. L. (2006). Narcissism and childhood recollections: A quantitative test of psychoanalytic predictions. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 32, 104–116.
- Paulhus, D. L., e Williams, K. M. (2002). The dark triad of personality: Narcissism, Machiavellianism, and psychopathy. *Journal of Research in Personality*, 36, 556–563.
- Petroskey, L. J., Ben-Porath, Y. S., e Stafford, K. P. (2003). Correlates of the Minnesota Multiphasic Personality Inventory–2 (MMPI-2) Personality Psychopathology Five (PSY-5) scales in a forensic assessment setting. *Assessment*, 10, 393-399.

- Pfohl, B., Coryell, W., e Zimmerman, M. (1986). DSM-III personality disorders: Diagnostic overlap and internal consistency of individual DSM-III criteria. *Comprehensive Psychiatry*, 27, 21–34.
- Pincus, A. L. (2011). Some comments on nomology, diagnostic process, and narcissistic personality disorder in the DSM-5 proposal for personality and personality disorders. *Personality Disorders*, 2, 41 – 53.
- Pincus, A. L. (2013). *The Pathological Narcissism Inventory*. In Ogrodniczuk, J. S. (Ed.), Understanding and treating pathological narcissism (pag. 93-110). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Pincus, A. L., e 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. C., e Levy, K. N. (2009). The initial construction and validation of the Pathological Narcissism Inventory. *Psychological Assessment*, 21, 365-379.
- Pincus, A. L., Cain, N. M., e Wright, A. G. C. (2014). Narcissistic Grandiosity and Narcissistic Vulnerability in Psychotherapy. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. Advance online publication. doi: 10.1037/per0000031
- Pincus, A.L., e Roche, M.J. (2011). Narcissistic grandiosity and narcissistic vulnerability. In W.K. Campbell e J.D. Miller (Eds.), *Handbook of narcissism and narcissistic personality disorders*. New York, NY: Wiley.
- Pincus, A.L., Lukowitsky, M.R., e Wright, A.G.C. (2010). The interpersonal nexus of personality and psychopathology. In T. Millon, R. Kreuger, e E. Simonsen (Eds.),

Contemporary directions in psychopathology: Scientific foundations for DSM-V and ICD-11 (pag. 523-552). New York, NY: Guilford.

Preti, A., Vellante, M., Baron-Cohen, S., Zucca, G., Petretto, D. R., e Masala, C. (2011). The Empathy Quotient: A cross-cultural comparison of the Italian version. *Cognitive Neuropsychiatry*, 16, 50-70.

Preti, E. (2012). *Il modello di O.F. Kernberg per lo studio dei disturbi di personalità. Validazione delle versioni italiane dell'inventary of personality organization (IPO) e della structured interview of personality organization (STIPO)*. (Doctoral Dissertation). Retrieved from Bicocca Open Archive .

Prezza, M., Trombaccia, F. R., e Armento, L. (1997). La scala dell'autostima di Rosenberg: traduzione e validazione italiana. *Bollettino di Psicologia Applicata*, 223, 35-44.

Pukrop, R., Gentil, I., Steinbring, I., e Steinmeyer E. (2001). Factorial structure of the German version of the Dimensional Assessment of Personality Pathology–Basic Questionnaire in clinical and nonclinical sample. *Journal of Personality Disorders*, 15, 450- 6.

R Development Core Team (2008). *R: A language and environment for statistical computing*. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. ISBN 3-900051-07-0, URL <http://www.R-project.org>.

Raskin R., e Terry, H. (1988). A principal-components analysis of the narcissistic personality inventory and further evidence of its construct validity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 890-902.

Raskin, R. N., Novacek, J., e Hogan, R. (1991a). Narcissistic self-esteem management. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 911–918.

- Raskin, R. N., Novacek, J., e Hogan, R. (1991b). Narcissism, self-esteem, and defensive self-enhancement. *Journal of Personality*, *59*, 19–38.
- Raskin, R., e Hall, C. S. (1979). A narcissistic personality inventory. *Psychological Reports*, *45*, 159-162.
- Raskin, R., e Hall, C. S. (1981). The Narcissistic Personality Inventory: Alternate form reliability and further evidence of construct validity. *Journal of Personality Assessment*, *45*, 159-162.
- Rast, P., Zimprich, D., Van Boxtel, M., e Jolles, J. (2009). Factor structure and measurement invariance of the cognitive failures questionnaire across the adult life span. *Assessment*, *16*, 145-158.
- Rathvon, N., e Holmstrom, R. W. (1996). An MMPI-2 portrait of narcissism. *Journal of Personality Assessment*, *66*, 1–19.
- Rhodewalt, F., e Morf, C. (1995). Self and interpersonal correlates of the Narcissistic Personality Inventory: A review and new findings. *Journal of Research in Personality*, *29*, 1–23.
- Roche, M. J., Pincus, A. L., Conroy, D. E., Hyde, A. L., e Ram, N. (2013). Pathological narcissism and interpersonal behavior in daily life. *Personality Disorders: Theory, Research, e Treatment*, *4*, 315-323.
- Ronningstam, E. (2005a). *Identifying and understanding the narcissistic personality*. New York, NY: Oxford University Press.
- Ronningstam, E. (2005b). Narcissistic personality disorder: A review. In M. Maj, H. S. Akiskal, J. E. Mezzich, e A. Okasha (Eds.), *Evidence and experience in psychiatry: Vol. 8. Personality disorders* (pag. 277-327). New York, NY: Wiley.

- Ronningstam, E. (2009). Narcissistic personality disorder: Facing DSM-V. *Psychiatric Annals*, 39, 111-121.
- Ronningstam, E. (2011). Narcissistic Personality Disorder in DSM V—In Support of Retaining a Significant Diagnosis. *Journal of Personality Disorders*, 25(2), 248–259
- Ronningstam, E., e Gunderson, J. (1989). Descriptive studies on narcissistic personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 12, 585–601.
- Ronningstam, E., e Gunderson, J. (1990). Identifying criteria for NPD. *American Journal of Psychiatry*, 147, 918–922.
- Ronningstam, E., Gunderson, J., e Lyons, M. (1995). Changes in pathological narcissism. *American Journal of Psychiatry*, 152, 253–257.
- Rose, P. (2002). The happy and unhappy faces of narcissism. *Personality and Individual Differences*, 33, 379 – 392.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Rosenfeld, H. (1987). *Impasse and interpretation*. Londra: Tavistock Publications.
- Rosenthal, S. A., e Hooley, J. M. (2010). Narcissism assessment in social-personality research: Does the association between narcissism and psychological health result from a confound with self-esteem? *Journal of Research in Personality*, 44, 453–465.
- Rouse, S. V., Finger, M. S., e Butcher, J. N. (1999). Advances in clinical personality measurement: An item response theory analysis of the MMPI-2 PSY-5 scales. *Journal of Personality Assessment*, 72, 282-307.

- Røvik, J. A. (2001). Overt and covert narcissism: Turning points and mutative elements in two psychotherapies. *British Journal of Psychotherapy*, 4, 435-447.
- Russ, E. e Westen, D. (2006, August). Refining the narcissistic diagnosis. Paper presented at the symposium on *Refining the antisocial, borderline, narcissistic, and histrionic diagnoses*, D. Westen (Chair), American Psychological Association annual meeting, New Orleans, LA.
- Samuel, D. B., e Widiger, T. A. (2008). A meta-analytic review of the relationships between five-factor model and DSM-IV-TR personality disorders: A facet level analysis. *Clinical Psychology Review*, 28, 1326–1342.
- Samuel, D. B., e Widiger, T. A., (2004). Clinicians' personality descriptions of prototypic personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 18, 286 – 308.
- Satorra, A., e Bentler, P. M. (1994). Corrections to test statistics and standard errors in covariance structure analysis. In A. von Eye e C. C. Clogg (Eds.), *Latent variables analysis: Applications for developmental research* (pag. 399–419). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Saulsman, L. M., e Page, A. C. (2004). The five factor model and personality disorder empirical literature: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 23, 1055 – 1085.
- Schroeder, M. L., Wormworth, J. A., e Livesley, W. J. (1992). Dimensions of personality disorder and their relationships to the Big Five dimensions of personality. *Personality Assessment*, 4, 47–53.
- Sedikides, C., Rudich, E. A., Gregg, A. P., Kumashiro, M., e Rusbult, C. (2004). Are normal narcissists psychologically healthy?: Self-esteem matters. *Journal of Personality and Social Psychology*, 87, 400–416.
- Simonsen, S., e Simonsen, E. (2009). The Danish DAPP-BQ: Reliability, factor structure, and convergence with SCIDII and IIP-C. *Journal of Personality Disorders*, 23, 629–646.

- Skodol AE, Bender DS, Morey LC, Clark LA, Oldham JM, Alarcon RD, et al. (2011). Personality disorder types proposed for DSM-5. *Journal of Personality Disorders*, 25, 136-169.
- Skodol, A. (1989). *Co-occurrence and diagnostic efficacy statistics*. Unpublished raw data. New York, NY: New York State Psychiatric Institute.
- Smolewska, K., e Dion, K. L. (2005). Narcissism and adult attachment: A multivariate approach. *Self and Identity*, 4, 59–68.
- South, S. C., Krueger, R. F., e Iacono, W. G. (2009). Factorial invariance of the dyadic adjustment scale across gender. *Psychological Assessment*, 21, 622-628.
- SPSS Inc (2009). *SPSS Statistics for Windows, version 18.0*. Chicago: SPSS Inc.
- Tamborski, M., e Brown, R. P. (2011). The measurement of trait narcissism in social-personality research. In W. K. Campbell, e J. D. Miller (Eds), *The handbook of narcissism and narcissistic personality disorder: Theoretical approaches, empirical findings, and treatments* (pag. 133 - 140). New York, NY: Wiley.
- Terracciano, A. (2003). The Italian version of the NEO PI-R: Conceptual and empirical support for the use of targeted rotation. *Personality and Individual Differences*, 35, 1859–1872.
- Thomas, K. M., Wright, A. G. C., Lukowitsky, M. R., Donnellan, M. B., e Hopwood, C. J. (2012). Evidence for the Criterion Validity and Clinical Utility of the Pathological Narcissism Inventory. *Assessment*, 19, 135-145.
- Tritt, S.M., Ryder, A.G., Ring, A.J., e Pincus, A.L. (2010). Pathological narcissism and the depressive temperament. *Journal of Affective Disorders*, 122, 280-284.

- Trull, T. J., Useda, J. D., Costa, P. T., e McCrae, R. R. (1995). Comparison of the MMPI-2 Personality Psychopathology Five (PSY-5), the NEO PI and the NEO PI-R. *Psychological Assessment*, 7, 50-516.
- Trzesniewski, K. H., Donnellan, M. B., e Robins, R. W. (2008). Is “generation me” really more narcissistic than previous generations? *Journal of Personality*, 76, 903–918.
- van Kampen, D. (2002). The DAPP-BQ in the Netherlands. *Journal of Personality Disorders*, 16, 235- 54.
- Vater , A., Schröder-Abé , M., Ritter , K., Renneberg , B., Schulze, L., Bosson, J. K., e Roepke, S. (2013). The Narcissistic Personality Inventory: A Useful Tool for Assessing Pathological Narcissism? Evidence From Patients With Narcissistic Personality Disorder. *Journal of Personality Assessment*, 95, 301-308.
- Wallace, H. M., e Baumeister, R. F. (2002). The performance of narcissists rises and falls with perceived opportunity for glory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 819–834.
- Wang, W., Du, W., Wang, Y., Livesley, W. J., e Jang, K. L. (2004). The relationship between the Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire and traits delineating personality pathology. *Personality and Individual Differences*, 36, 155–162.
- Watson, C., e Bagby, R. M., (2011). Assessment of narcissistic personality disorder. In Campbell, W. K., Miller, J. D. (Eds), *The Handbook of Narcissism and Narcissistic Personality Disorder: Theoretical Approaches, Empirical Findings, and Treatments* (pag. 119 – 132). New York, NY: Wiley.
- Watson, P. J. (2005). Complexity of narcissism and a continuum of self-esteem regulation. In M. Maj, H. S. Akiskal, J. E. Mezzich, e A. Okasha (Eds.), *Evidence and experience in psychiatry volume 8: Personality disorders* (pag. 336–338). New York, NY: Wiley.

- Watson, P. J., Little, T., Sawrie, S.M., e Biderman, M. D. (1992). Measures of the narcissistic personality: Complexity of relationships with self-esteem and empathy. *Journal of Personality Disorders*, 64, 434–449.
- Watson, P. J., Trumpter, N., O'Leary, B. J., Morris, R. J., e Culhane, S. E. (2005–2006). Narcissism and self-esteem in the presence of imagine others: Supportive vs. destructive object representations and the continuum hypothesis. *Imagination, Cognition and Personality*, 25, 253–268.
- Watson, P. J., Varnell, S. P., e Morris, R. J. (1999–2000). Self-reported narcissism and perfectionism: An ego-psychological perspective and the continuum hypothesis. *Imagination, Cognition and Personality*, 19, 59–69.
- Weir, J. P. (2005). Quantifying test-retest reliability using the intraclass correlation coefficient and the SEM. *The Journal of Strength e Conditioning Research*, 19, 231 – 240.
- Widaman, K. F., e Reise, S. P. (1997). Exploring the measurement invariance of psychological instruments: Applications in the substance use domain. In K. J. Bryant, M. Windle, e S. G. West (Eds.), *The science of prevention: Methodological advances from alcohol and substance abuse research* (pag. 281–324). Washington, DC: American Psychological Association.
- Widiger, T. A., e Simonses, E. (2005). Alternative dimensional models of personality disorders: Finding a common ground. *Journal of Personality disorders*, 19, 110 – 130.
- Widiger, T., e Sanderson, C. (1987). The convergent and discriminant validity of the MCMI as a measure of the DSM-III. *Journal of Personality Assessment*, 57, 228–242.
- Wiehe, V. R. (2003). Empathy and narcissism in a sample of child abuse perpetrators and a comparison sample of foster parents. *Child Abuse e Neglect*, 27, 541–555.

- Wilberg, T., Dammen, T., e Friis, D. (2000). Comparing personality diagnostic questionnaire-4⁺ with longitudinal, expert, all data (LEAD) standard diagnoses in a sample with a high prevalence of axis I and axis II disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 41, 295 – 302.
- Wink, P. (1991). Two faces of narcissism. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 590–597.
- Wink, P. (1992). Three narcissism scales for the California Q-set. *Journal of Personality Assessment*, 58, 51–66.
- Wink, P. (1996). Narcissism. In C. G. Costello (Ed.), *Personality characteristics of the personality disordered* (pag. 146–172). New York: Wiley.
- Wright, A. G. C., Lukowitsky, M. R., Pincus, A. L., e Conroy, D. E. (2010). The higher-order factor structure and gender invariance of the Pathological Narcissism Inventory. *Assessment*, 17, 467-483.
- Wright, A. G. C., Pincus, A. L., Thomas, K. M., Hopwood, C. J., Markon, K. M., e Krueger, R. F. (2013). Conceptions of Narcissism and the DSM-5 Pathological Personality Traits. *Assessment*, 20, 339–352.
- You, J., Leung, F., Lai, K. K. Y., e Fu, K. (2013). Factor Structure and Psychometric Properties of the Pathological Narcissism Inventory Among Chinese University Students. *Journal of Personality Assessment*, 95, 309-318.
- Yves Rosseel (2012). lavaan: An R Package for Structural Equation Modeling. *Journal of Statistical Software*, 48, 1-36.
- Zeigler-Hill, V. (2006). Discrepancies between implicit and explicit self-esteem: Implications for narcissism and self-esteem instability. *Journal of Personality*, 74, 119–143.

- Zeigler-Hill, V., e Besser, A. (2013). A glimpse behind the mask: Facets of narcissism and feelings of self-worth. *Journal of Personality Assessment*, 95, 249 –260.
- Zheng, W., Wang, W., Huang, Z., Sun, C., Zhu, J., e Livesley, W. J. (2002). The structure of traits delineating personality disorder in a Chinese sample. *Journal of Personality Disorders*, 16, 477- 86.
- Zimmerman, M. (1994). Diagnosing personality disorders in the community. A review of issues and research methods. *Archives of General Psychiatry*, 51, 225 – 245.
- Zondag, H. (2004). Just like other people: Narcissism among pastors. *Pastoral Psychology*, 52, 423–437.
- Zondag, H. J., Van Halen, C., e Wojtkowiak, J. (2009). Overt and covert narcissism in Poland and the Netherlands. *Psychological Reports*, 104, 833 - 843.

APPENDICE — Parcellizzazione degli item del Pathological Narcissism Inventory.

Il PNI è coperto da copyright, quindi non viene indicato il contenuto degli item ma solo la relativa numerazione all'interno dello strumento.

Fattore	Raggruppamento	Item
CSE	1	PNI30
		PNI41
		PNI16
	2	PNI08
		PNI19
		PNI32
		PNI02
	3	PNI36
		PNI48
		PNI05
	4	PNI40
		PNI47
EXP	5	PNI15
		PNI04
	6	PNI35
		PNI10
SSSE	7	PNI23
		PNI43
		PNI25
	8	PNI22
		PNI39
HS	9	PNI33
		PNI06
	10	PNI09
		PNI07
		PNI50
	11	PNI13
		PNI28
PNI46		
GF	12	PNI44
		PNI42
		PNI45
	13	PNI49
		PNI01
DEV	14	PNI14
		PNI26
	15	PNI31
		PNI17
		PNI21
ER	16	PNI3
		PNI34
		PNI51
	17	PNI24
		PNI27
ER	18	PNI20
		PNI37
		PNI52
	19	PNI12
		PNI11
		PNI29
		PNI18
20	PNI38	

