



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PAVIA

**DIPARTIMENTO DI SCIENZE DEL SISTEMA NERVOSO E DEL
COMPORTAMENTO**

CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN PSICOLOGIA

**Mentalizzazione ed Empatia nei detenuti: studio dei correlati
psicopatologici e dell'efficacia del *Mentalization-Based
Treatment for Antisocial Personality Disorder***

RELATORE:

Dott.ssa Francesca Locati

CORRELATORE:

Dott. Davide Broglio

Tesi di Laurea di

Alessia Perfetti

Matricola 561353

Anno Accademico 2025/2026

Alla mia mamma

INDICE

ABSTRACT	1
CAPITOLO 1 – IL NODO DIAGNOSTICO DELL’ANTISOCIALITÀ: DISTURBO ANTISOCIALE DI PERSONALITÀ E PSICOPATIA	3
1.1 DISTURBO ANTISOCIALE DI PERSONALITÀ: DIAGNOSI E FUNZIONAMENTO	3
1.2.1 Il Disturbo Antisociale di Personalità nel DSM-5-TR	4
1.2.2 Classificazione Internazionale delle Malattie: ICD-10 e ICD-11	7
1.2.3 Diagnosi e funzionamento: approcci dimensionali e contributo del PDM-2	10
1.2 PSICOPATIA: DEFINIZIONE, SVILUPPO DEL COSTRUTTO E IMPLICAZIONI CLINICHE	15
1.2.1 Origini e definizione del costrutto	15
1.2.2 Il funzionamento psicopatico: affetti, relazioni e stile di vita	16
1.2.3 Il crimine: la conseguenza logica di un funzionamento instabile	19
1.3 ANTISOCIALITÀ E PSICOPATIA: TRA MOTIVAZIONE E SENTIMENTI	20
1.3.1 Differenze motivazionali e comportamentali	20
1.3.2 Funzionamento interpersonale	21
1.4 IMPLICAZIONI NEL CONTESTO DETENTIVO	23
1.4.1 Sovradiagnosi ed eterogeneità in ambito istituzionale	23
1.4.2 Differenze di funzionamento istituzionale	23
1.4.3 È possibile intervenire? Panoramica degli interventi terapeutici e la loro efficacia	24
CAPITOLO 2 – MENTALIZZAZIONE ED EMPATIA: I PROCESSI DI COMPrensIONE DELL’ALTRO	27
2.1 LA MENTALIZZAZIONE: DEFINIZIONE E SVILUPPO DEL COSTRUTTO	27
2.1.1 Origini teoriche ed evoluzione del costrutto	28
2.1.2 Lo sviluppo della capacità di mentalizzazione	34
2.1.3 Modalità di funzionamento pre-mentalizzanti	37
2.1.4 Fallimenti della mentalizzazione	39
2.2 L’EMPATIA: DEFINIZIONE E MODELLI TEORICI	40
2.2.1 Il costrutto di empatia: diverse prospettive teoriche	41
2.2.2 Empatia cognitiva ed empatia affettiva	46
2.3 MENTALIZZAZIONE ED EMPATIA: IMPLICAZIONI PER IL FUNZIONAMENTO INTERPERSONALE	48

2.3.1	Mentalizzazione, empatia e teoria della mente	48
2.3.2	Mentalizzazione ed empatia nel comportamento sociale	49
2.3.3	Alterazione nei processi di empatia e mentalizzazione nel disturbo antisociale di personalità	50
2.3.4	Mentalizzazione come <i>target</i> di intervento	52
CAPITOLO 3 – LO STUDIO		54
3.1	INTRODUZIONE	54
3.2	OBIETTIVI	60
3.3	IPOTESI	60
3.4	PARTECIPANTI	61
3.4.1	Studio A	61
3.4.2	Studio B	64
3.5	PROCEDURE	66
3.5.1	Studio A	66
3.5.2	Studio B	67
3.6	STRUMENTI	68
3.6.1	Achenbach System of Empirically Based Assessment - Adult Self Report	68
3.6.2	Interpersonal Reactivity Index	69
3.6.3	Reflective Functioning Questionnaire – 8	70
3.7	ANALISI DATI	71
3.7.1	Studio A	71
3.7.2	Studio B	72
3.8	RISULTATI	72
3.8.1	Studio A	72
3.8.2	Studio B	82
3.9	DISCUSSIONE	86
3.9.1	Studio A	86
3.9.2	Studio B	95
3.10	CONCLUSIONI	97
3.11	LIMITI E PROSPETTIVE FUTURE	99
BIBLIOGRAFIA		102

ABSTRACT

La mentalizzazione è la capacità di interpretare i propri e altrui comportamenti in termini di stati mentali intenzionali, mentre l'empatia è l'abilità di risuonare con l'esperienza emotiva di un'altra persona. Difficoltà in questi domini sono state rilevate all'interno della popolazione detenuta, specialmente in quella con disturbo antisociale di personalità, ampiamente rappresentata in questo contesto. In letteratura, sono tuttavia pochi gli studi che hanno esplorato queste variabili e l'efficacia del trattamento basato sulla mentalizzazione (MBT) tra la popolazione detenuta. L'obiettivo principale di questo lavoro è quello di indagare la relazione tra mentalizzazione ed empatia nel contesto detentivo, e di esplorare come questi costrutti si relazionano alla psicopatologia generale e alle problematiche di personalità antisociale. Per fare ciò la ricerca è stata articolata in due studi complementari: lo Studio A, composto da centoventi detenuti valutati tramite ASEBA – ASR, IRI e RFQ – 8, si propone di giungere ad una comprensione più sofisticata del funzionamento psicologico dei detenuti. Lo Studio B valuta l'efficacia del trattamento MBT – ASPD in un sottocampione di otto detenuti ritestati dopo l'intervento con gli stessi strumenti. I risultati dello Studio A mostrano che la mentalizzazione, e in particolare l'incertezza sugli stati mentali, rappresenta il costrutto più trasversalmente associato sia alla psicopatologia generale sia alle problematiche di personalità antisociale. Inoltre, la mentalizzazione risulta correlata con l'empatia solo nelle sue componenti più auto-centrate, il disagio personale e le abilità immaginative. Per quanto riguarda la relazione tra empatia ed esiti clinici, si osserva un coinvolgimento empatico più ampio quando l'esito considerato è la gravità antisociale, con il disagio personale come predittore costante in entrambi i modelli. Infine, l'approfondimento condotto mediante analisi di moderazione ha mostrato un pattern direzionale coerente nella relazione tra mentalizzazione ed empatia, senza tuttavia raggiungere la significatività statistica. I risultati dello Studio B mostrano che il trattamento MBT ha portato a miglioramenti significativi nell'incertezza sugli stati mentali e nella mentalizzazione misurata in ottica unidimensionale, mentre le altre variabili considerate rimangono sostanzialmente stabili.

Parole chiave: Mentalizzazione, Empatia, Disturbo Antisociale di Personalità, Carcere, Trattamento Basato sulla Mentalizzazione

ABSTRACT

Mentalization is the capacity to interpret one's own and others' behaviours in terms of intentional mental states, whereas empathy is the ability to resonate with another person's emotional experience. Difficulties in these domains have been identified within the inmate population, particularly among individuals with antisocial personality disorder, who are widely represented in this context. However, in the literature there are only few studies that explore these variables alongside the efficacy of Mentalization-Based Treatment (MBT) among prisoners. The main purpose of this study is to investigate the relationship between mentalization and empathy within the prison context, and to explore how these constructs relate to general psychopathology and antisocial personality traits. The research is structured into two complementary studies. Study A, comprising one hundred and twenty inmates assessed using the ASEBA-ASR, IRI, and RFQ-8, aims to achieve a more sophisticated understanding of the psychological functioning of offenders. Study B evaluates the efficacy of Mentalization-Based Treatment for Antisocial Personality Disorder (MBT-ASPD) in a sub-sample of eight inmates who were retested following the intervention using the same tests. The results of Study A show that mentalization, particularly uncertainty about mental states, represents the construct most pervasively associated with both general psychopathology and antisocial personality traits. Furthermore, mentalization correlates with empathy only in its more self-centered components, namely personal distress and fantasy. Regarding the relationship between empathy and clinical outcomes, a broader empathic involvement is observed when the outcome considered is the severity of the antisocial traits, with personal distress as a consistent predictor in both models. Finally, the in-depth analysis conducted via moderation analyses showed a consistent directional pattern in the relationship between mentalization and empathy, although it did not reach statistical significance. The results of Study B show that MBT led to significant improvements in uncertainty about mental states and in mentalization measured as a unidimensional construct, while the other variables considered remained substantially stable.

Keywords: Mentalization, Empathy, Antisocial Personality Disorder, Prison, Mentalization-Based Treatment

CAPITOLO 1

IL NODO DIAGNOSTICO DELL'ANTISOCIALITÀ: DISTURBO ANTISOCIALE DI PERSONALITÀ E PSICOPATIA

Il disturbo antisociale di personalità o ASPD rappresenta una delle categorie psicopatologiche più discusse nel panorama diagnostico contemporaneo, soprattutto a causa della sovrapposizione con i costrutti di psicopatia e sociopatia (Skodol et al. 2011). Storicamente la distinzione tra le due sindromi era piuttosto sfumata. Pinel descrisse una condizione da lui definita “*manie sans délire*” come un modello di comportamento caratterizzato da una furia istintiva, assenza di rimorso e mancanza di freni inibitori (Pinel, 1806). Mentre Prichard (1835) coniò il termine “*moral insanity*” per descrivere un pervertimento patologico dei sentimenti, delle abitudini e del carattere che spingeva a compiere azioni socialmente inaccettabili in assenza di allucinazioni o deficit di memoria. Sebbene la sindrome descritta da Prichard abbia poco in comune con i moderni concetti di psicopatia e disturbo antisociale, il suo lavoro fu il primo a introdurre una distinzione tra la prognosi di tratti clinici cronici e stress transitori, suggerendo l’idea dell’esistenza di configurazioni di personalità stabili e difficilmente modificabili. Allo storico sviluppo concettuale si unisce la presenza di caratteristiche trasversali come impulsività, egocentrismo, manipolazione, immoralità, aggressività, criminalità, sadismo, comportamenti orientati al rischio e alla sfrontatezza, che contribuiscono alla confusione diagnostica (Patrick et al., 2009). Tuttavia, studi empirici condotti negli ultimi anni hanno dimostrato che si tratta di due sindromi sostanzialmente distinte. La psicopatia dovrebbe essere considerata un disturbo deviante dello sviluppo in cui emozioni e comportamenti si sviluppano implicitamente nella direzione della perdita definitiva di ogni sentimento umano di esistere nel mondo degli umani, descrizione a cui il disturbo antisociale aderirebbe solo in parte (Hare, 1993/2009; Alemanno, 2012).

1.1 DISTURBO ANTISOCIALE DI PERSONALITÀ: DIAGNOSI E FUNZIONAMENTO

Il disturbo antisociale di personalità viene descritto come un pattern pervasivo di inosservanza delle regole e violazione dei diritti altrui che ha esordio precoce e permane durante la vita adulta (DSM-5-TR; American Psychiatric Association, 2022). I soggetti

diagnosticati sono inclini al comportamento impulsivo, la violenza e la manipolazione, che li conduce facilmente allo scontro con i sistemi di giustizia. Per via delle sue caratteristiche specifiche, tra cui prevalgono la reattività emotiva e l'impulsività, l'ASPD è associato a un'elevata comorbidità con altre condizioni psichiatriche, nello specifico con disturbi d'ansia, depressione, bipolarismo e abuso di sostanze (Black et al., 2010; Yakeley & Williams, 2014; Martin et al., 2019).

I principali manuali diagnostici hanno cercato di fornire una panoramica di questo disturbo. Il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5-TR; American Psychiatric association, 2022) e la Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD-11; World Health Organization, 2022) ricalcano un approccio categoriale che considera i disturbi di personalità come entità ben distinte, descrivibili a partire dai comportamenti osservabili nel primo e da tratti di personalità nel secondo. Il Manuale Diagnostico Psicodinamico (PDM-2; Lingardi & McWilliams, 2015) assume invece una prospettiva dimensionale che pone una maggiore attenzione sul funzionamento della persona, descritta secondo un criterio di continuità che renda ragione della natura graduale dei tratti di personalità.

1.2.1 Il Disturbo Antisociale di Personalità nel DSM-5-TR

Nella prima edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, risalente al 1952, si parla di "*Sociopathic Personality Disorders*", come sottocategoria delle reazioni antisociali (DSM-I; American Psychiatric association, 1952). Nella seguente, viene coniato il termine "*Personality Disorder, Antisocial Type*" (DSM – II; American Psychiatric association, 1968), che, sulla base dei tratti della psicopatia identificati da Cleckley (1941/1988), descrivere quegli individui scarsamente sociali, grossolanamente egoisti, irresponsabili, impulsivi e con bassa tolleranza alle frustrazioni. A partire dalla terza edizione (DSM-III; American Psychiatric Association, 1980) si assiste a un significativo cambiamento nel paradigma diagnostico. Con l'intento di incrementare l'affidabilità inter-giudice, i precedenti criteri vengono sostituiti da fattori comportamentali identificabili e quantificabili, i quali costituiscono il nucleo del pattern clinico che da quel momento prende il nome di disturbo antisociale di personalità (ASPD). Tale svolta determina, inoltre, una netta distinzione tra psicopatia e ASPD (Kosson et al., 2006), sancendo la separazione tra due categorie fino a quel momento erroneamente sovrapposte. La completa eliminazione di tutti i derivati della psicopatia

viene parzialmente interrotta con la pubblicazione della quinta edizione (DSM-5; American Psychiatric association, 2013) che introduce due classificazioni distinte per i disturbi di personalità. Questa scelta ha lo scopo di rispondere ad alcune principali critiche rivolte al modello tradizionale: elevata sovrapposizione tra sindromi distinte; mancanza di una base teorica in grado di spiegare la natura delle differenze tra le patologie (García et al., 2024); presenza di soglie arbitrarie per l'attribuzione dell'etichetta categoriale, non sempre certificata alla luce delle evidenze empiriche (Zimmermann et al., 2019; Widiger & Trull, 2007); l'eccessivo uso della diagnosi di “disturbo di personalità non altrimenti specificato” (PD-NOS), quando impossibile discernere un DP dagli altri (Krueger & Markon, 2014; Tyrer et al., 2015). Nella Sezione II viene mantenuta la suddivisione dei dieci disturbi di personalità in tre cluster diagnostici, mentre nella Sezione III “Modelli e Misure Emergenti” viene introdotto il Modello Alternativo per i Disturbi di Personalità (AMPD), che rifacendosi a due criteri dimensionali mira a descrivere i tratti di personalità spaziando dall'assenza di compromissione all'espressione patologica degli stessi.

La Sezione II del manuale stabilisce una serie di criteri incentrati sulle componenti comportamentali del disturbo, secondo una logica categoriale di appartenenza. L'idea fondante è quella di identificare categorie quanto più precise e aggiornate possibili, in grado di guidare i clinici nella diagnosi di tale disturbo (Velotti, 2015). Essa prende forma a partire da quattro caratteristiche fondamentali:

- A. La comparsa a partire dai 15 anni di almeno tre (o più) dei seguenti sintomi:
 - a) Incapacità di conformarsi alle norme sociali per quanto riguarda il comportamento legale
 - b) Disonestà, come indicato dal mentire ripetutamente, usare falsi nomi o truffare gli altri, sia per profitto che per piacere personale
 - c) Impulsività o incapacità di pianificare
 - d) Irritabilità e aggressività, come indicato da ripetuti scontri o aggressioni fisiche (qui vengono esclusi tutti quei comportamenti violenti messi in atto per difendere sé o gli altri)
 - e) Mancanza di riguardo per la sicurezza propria e altrui
 - f) Irresponsabilità abituale, come indicato dall'incapacità ripetuta di sostenere un'attività lavorativa continuativa o di far fronte a obblighi finanziari

- g) Mancanza di rimorso, come indicato dall'essere indifferenti o dal razionalizzare dopo aver danneggiato, maltrattato o derubato un altro
- B. Il raggiungimento della maggiore età (18 anni)
- C. La presenza di un disturbo della condotta con esordio precedente ai 15 anni
- D. La presenza di comportamenti antisociali sconnessi al decorso della schizofrenia o del disturbo bipolare

Il Modello Alternativo per i Disturbi di Personalità propone un approccio ibrido basato su tratti dimensionali (McCabe et al., 2023). La personalità patologica viene collocata lungo un *continuum* in relazione alla compromissione del funzionamento personale o affettivo (Anderson & Kiehl, 2014; Crego & Widiger, 2015; Strickland et al., 2013; Drislane et al., 2019). I criteri diagnostici per l'AMPD includono deficit nel funzionamento di personalità nelle aree dell'identità, l'autodeterminazione, l'empatia e l'intimità (criterio A), insieme a elevazioni di specifici tratti patologici di personalità (criterio B): manipolazione, insensibilità, disonestà, ostilità, propensione al rischio, impulsività e irresponsabilità; che corrispondono a compromissioni nei domini dell'antagonismo, della disinibizione e per ultimo dell'affettività negativa (American Psychiatric association, 2013). Il modello AMPD nasce con l'intento di "riconciliare intellettualmente" (Waugh et al., 2017) la tradizione clinico-psicodinamica, focalizzata sul funzionamento del sé e degli altri (criterio A), e quella psicometrica, incentrata su tratti autoriferiti (criterio B). Tuttavia, la forte correlazione empirica tra i due criteri porta a interrogarsi sulla reale necessità della loro distinzione. Diversi autori sostengono che il tentativo di discernere tra compromissione del funzionamento e tratti patologici sia eccessivamente artificiosa. Le differenze rilevate sembrano infatti essere frutto del livello di inferenza e delle tradizioni teoriche, più che da una reale distinzione tra i due criteri. Se da un lato si rileva un incremento di validità quando dei tratti disadattivi viene valutata anche la gravità (Zimmerman et al., 2019), dall'altro i risultati sono ancora discordanti. Si rende perciò necessario approfondire il tema per chiarire se i due criteri rappresentino livelli distinti o semplici valutazioni di uno stesso nucleo psicopatologico.

In aggiunta, il Modello Alternativo include uno "specificatore di psicopatia" per descrivere quegli individui che manifestano bassi livelli di ansia (dominio dell'affettività negativa) e ritiro sociale (dominio dell'antagonismo) e alti livelli di ricerca di attenzione (dominio dell'antagonismo). Questo quadro rende ragione delle due componenti centrali

della psicopatia: da un lato il suo impatto sociale (assertività/dominanza) e dall'altro l'immunità allo stress (stabilità emotiva/resilienza), rilevate già nei primi resoconti storici (Cleckley, 1976; Fowles, 1980; Lykken, 1957 in Velotti, 2015).

L'utilità dei criteri dell'AMPS per l'ASPD è ancora sotto esame. I sostenitori di questo nuovo modello ritengono che garantisca una visione più completa del disturbo, in linea con la Classificazione Internazionale delle Malattie e la nozione di psicopatia. Esso consente di rappresentare gli individui con una maggiore attenzione alla complessità umana, alle inevitabili variazioni nella natura della personalità e alla modalità in cui tratti diversi si influenzano vicendevolmente (Krueger & Markon, 2014; Widiger & Trull, 2007). L'ottica dimensionale permette inoltre di recuperare nozioni precedentemente accantonate inerenti alle basi genetiche, ambientali e di sviluppo dei tratti di personalità, nonché la comprensione dei meccanismi sottostanti e delle loro conseguenze (Corr & Matthews, 2020). Gli oppositori mostrano un approccio più cauto. Ritengono prematura la radicale sostituzione di un modello comprovato nel tempo, poiché creerebbe una destabilizzazione non giustificata da un miglioramento nella cura e nel trattamento della patologia (Zimmerman, 2022). In aggiunta, la valutazione dei pazienti rispetto a un "funzionamento ottimale" implica una restrizione di ciò che viene considerato normale, rischiando di trasformare varianti normali della personalità in patologiche, aumentando il rischio di sovradiagnosi, trattamenti e stigma (García et al., 2024).

1.2.2 Classificazione Internazionale delle Malattie: ICD-10 e ICD-11

La Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD; World Health Organization, 2010) fornisce una definizione di DP dissociale, omonimo di quello antisociale presente nel DSM, utile al fine di unificare sotto un'unica etichetta le personalità psicopatica, sociopatica, asociale, antisociale e amorale. Persone con un disturbo dissociale di personalità risultano incapaci di rispettare i doveri e le norme sociali, insensibili, incuranti dei sentimenti altrui e incapaci di apprendere secondo una logica di ricompensapunizioni. Trattandosi anche in questo caso di un approccio categoriale, viene identificata una lista di sei criteri, con un *cut-off* di tre per la diagnosi:

1. Assoluto disinteresse per i sentimenti degli altri
2. Grossolana e persistente attitudine all'irresponsabilità e disprezzo per le norme sociali, le regole e i doveri
3. Incapacità di mantenere relazioni durevoli, senza difficoltà a iniziarne

4. Tolleranza molto bassa alle frustrazioni e una bassa soglia per lo sfogo dell'aggressività
5. Incapacità di sperimentare senso di colpa e di imparare dalle esperienze negative
6. Marcata tendenza a incolpare gli altri, o a offrire razionalizzazioni plausibili, per il comportamento che lo ha portato in conflitto con la società

Le diagnosi categoriali dell'ICD e del DSM si rendono necessarie per comunicare rapidamente una diagnosi, raccogliere dati epidemiologici e procedere verso il trattamento di una patologia; tuttavia, quando applicate ai disturbi mentali spesso risultano inefficaci a causa della elevata eterogeneità, comorbidità e della generale difficoltà di rappresentare la sintomatologia quando si presenta in maniera poco marcata (Gaebel et al., 2020). A queste riflessioni si aggiungono i dati rilevati dalle ricerche empiriche, che orientate alla collocazione dei tratti di personalità lungo uno spazio esteso dal sano al patologico, giungono a concettualizzare la patologia di personalità come l'estremizzazione di tratti rilevabili nella popolazione generale (i tratti considerati fanno prevalentemente riferimento al *five-factor model*) Infine, la ricerca ha confermato che la gravità della compromissione rappresenta il maggior predittore dell'esito clinico, della disfunzione e della sofferenza individuale. L'aumento della gravità correla con maggiori rischi di autolesionismo, tentativi di suicidio e abbandono del trattamento (Mulder, 2021). Tenendo conto di queste tre principali argomentazioni quando nel 2010 si riunì il comitato per classificazione dei disturbi di personalità dell'ICD-11 (World Health Organization, 2022), Peter Tyrer propose di eliminare ogni categoria a eccezione di una definizione generale del disturbo di personalità, che si costruisce attorno al concetto dimensionale di gravità e agli specificatori "lieve", "moderato" o "grave". Questa nuova concettualizzazione permette al clinico di stabilire l'esistenza di un disturbo certificando la presenza di tratti patologici che inficiano sul funzionamento sociale e lavorativo dell'individuo, come sul rischio manifesto per sé e per gli altri. Le aree poste sotto osservazione sono: compromissione nel funzionamento di sé; disfunzioni interpersonali presenti in vari contesti e relazioni; pervasività, gravità e cronicità nelle manifestazioni emotive, cognitive e comportamentali. Il disturbo di personalità può essere ulteriormente approfondito mediante l'uso di cinque domini di tratti, utili per descrivere le caratteristiche più comunemente rilevate negli individui che presentano questo disturbo:

- affettività negativa (occasionalmente definita “nevroticismo”): tendenza a esprimere una vasta gamma di emozioni negative
- distacco: tendenza a mantenere una distanza interpersonale ed emozionale nelle relazioni
- dissocialità: noncuranza per i diritti e le emozioni altrui, egocentrismo e mancanza di empatia
- disinibizione: tendenza ad agire impulsivamente in risposta a stimoli esterni
- anancastia: un marcato perfezionismo e desiderio di controllo sulle azioni proprie, degli altri e delle situazioni, che si devono adeguare a rigidi standard

I domini pur essendo stati sviluppati in maniera indipendente, sembrano parzialmente ricalcare i criteri proposti nel Modello Alternativo per i Disturbi di Personalità (AMPD) all'interno del DSM-5. Rappresentano un'eccezione il dominio dell'anancastia, presente unicamente come sfaccettatura del perfezionismo e della perseverazione tipiche dei domini di disinibizione e affettività negativa nel DSM (Bach et al., 2017), e dello psicoticismo, escluso dall'ICD-11 perché considerato come parte dello spettro schizofrenico (Parnas et al., 2005). Questa similitudine consentirebbe di tradurre i tratti identificati dall'AMPD nei domini dell'ICD-11, suggerendo che il campo della ricerca si stia muovendo verso un consenso unanime sulla definizione della patologia di personalità in ottica dimensionale (Bach et al., 2017; Bach et al., 2018). La proposta di un modello così costruito viene accolta da pareri contrastanti. Benché si registri un generale accordo intorno all'idea che la personalità sia per sua natura un costrutto di origine dimensionale, gli oppositori continuano a preferire un approccio ibrido (Bernstein et al., 2007), criticando l'eccessivo minimalismo proposto nella nuova versione dell'*International Classification of Diseases* (Bateman, 2011; Ekselius, 2016). La principale preoccupazione riguarda l'eliminazione del Disturbo Borderline di Personalità (Herpertz et al., 2017), ritenuto troppo complesso per essere rinchiuso all'interno di soli cinque domini. In particolare, Mulder e colleghi (2016) sostengono la necessità di introdurre un ulteriore dominio che tenga conto delle caratteristiche dei disturbi borderline, istrionico e narcisistico; mentre, Sharp et al. (2015) trattano il disturbo borderline come un fattore generale che tiene conto della varianza comune in diverse espressioni di personalità e Tyrer (2009) ipotizza che esso rifletta più facilmente dei sintomi rispetto che dei tratti. L'acceso dibattito tra i diversi schieramenti ha reso necessaria la ricerca di un

compromesso, che venne raggiunto con l’inserimento di uno specificatore opzionale dal nome “*Borderline Pattern*”, così da rendere più efficace l’identificazione di pazienti in grado di rispondere a trattamenti psicoterapeutici già validati, e una definizione generale con un maggiore focus sul sé e sul funzionamento interpersonale.

1.2.3 Diagnosi e funzionamento: approcci dimensionali e contributo del PDM-2

Alla luce delle criticità concernenti i sistemi diagnostici categoriali, si rende necessario un ampliamento del paradigma diagnostico che ponga maggiore attenzione sul funzionamento mentale e l’organizzazione di personalità. In questa prospettiva si colloca lo *Psychodynamic Diagnostic Manual* (PDM), un modello dimensionale e clinicamente orientato che mira a colmare il divario esistente tra la necessità di validità metodologica e la possibilità di fornire un trattamento su misura della persona (PDM Task Force, 2006; Lingiardi & McWilliams, 2015). Seppure il PDM si discosti dall’approccio proposto nelle principali nosologie psichiatriche, quali il DSM-5-TR e l’ICD-11, non vi si schiera in opposizione. La proposta del PDM è quella di integrare una prospettiva categoriale con un approccio dimensionale che tenga in considerazione la profondità e le sfumature dell’essere umano (Lingiardi & McWilliams, 2017). Le categorie del PDM si presentano come più labili ed essenzialmente dimensionali, consentendo una valutazione più morbida delle caratteristiche ritenute patologiche e tenendo in considerazione intensità, centralità e salienza di ognuna nella storia personale. Viene superata l’idea di incasellare le persone in categorie predefinite con una logica di presenza/assenza di un sintomo, a favore di una logica prototipica (Shedler, 2015; Westen et al., 2012). All’interno del manuale si ritrovano descrizioni di come dovrebbe presentarsi una persona con un determinato funzionamento, a cui verrà poi confrontato il soggetto in esame.

Il Manuale Diagnostico Psicodinamico, ora alla sua seconda edizione (PDM-2; Lingiardi & McWilliams, 2015) adotta al suo interno un approccio strutturale che guarda alla persona come un singolo individuo con delle specifiche caratteristiche così da cogliere la sua organizzazione psichica profonda e fornire una diagnosi intesa come “formulazione del caso” (Bornstein, 2018). L’intento è quello di divenire una “tassonomia di persone” (Lingiardi & McWilliams, 2017) che presti attenzione alle linee di sviluppo degli individui dai primi mesi di vita fino all’età avanzata. Rispetto alla precedente edizione viene dato maggiore spazio alla valutazione dei sistemi familiari, con

particolare attenzione ai principali *pattern* di attaccamento e il modo in cui possono aver influenzato l'insorgere di una patologia. Per quanto concerne la maggior parte delle fasce di età (adulti, adolescenti, bambini e anziani) il PDM-2 utilizza tre assi fondamentali: asse P (sindrome di personalità), asse M (profilo del funzionamento mentale), asse S (pattern sintomatici).

La personalità viene qui concepita lungo due assi perpendicolari che si intersecano. L'asse verticale descrive il funzionamento di una persona lungo una traiettoria che si estende da integrità a compromissione. A un capo colloca gli individui in grado di relazionarsi con gli altri, gestire in maniera appropriata le emozioni, con un senso di sé coerente per la maggior parte del tempo; all'estremo opposto coloro che manifestano elevate difficoltà di adattamento, difese primitive e deficit in diversi domini fondamentali. In questa strutturazione è possibile leggere la ripresa della lunga tradizione psicoanalitica che discriminava tra un livello nevrotico, per coloro che mostravano un funzionamento pressoché sano, e uno psicotico, nei casi in cui si osservava una progressiva perdita di contatto con la realtà. Più nello specifico, si riscontra il contributo di Otto Kernberg (1984) che risolse l'ambiguità del termine "borderline" utilizzandolo per la descrizione di un'organizzazione di personalità dalle caratteristiche intermedie tra le precedenti. Il pensiero diagnostico si orienta attorno a tre componenti: esame di realtà, meccanismi di difesa, identità. Sulla base di esse la personalità viene poi organizzata in quattro livelli distinti (McWilliams, 2011/2012; Lingardi & McWilliams, 2017):

1. livello sano: individui con una personalità sana, che manifestano comportamenti sintomatici in risposta a situazioni altamente stressanti. Si riscontra uno stile *coping* prevalente accompagnato da una buona flessibilità, che consente di adeguarsi in maniera efficace a diverse situazioni sfidanti.
2. livello nevrotico: il termine "nevrotico" viene utilizzato per descrivere soggetti con un buon adattamento generale e un elevato livello di funzionamento. Si riscontra una prevalenza di difese mature o di secondo ordine, che consentono al soggetto di conservare la razionalità anche nel mezzo di tempeste emotive. Tuttavia, elevati stressor posso elicitare una maggiore rigidità, comunque confinata a specifiche aree. In conseguenza di una struttura caratteriale prevalentemente sana si rileva un senso del sé integro, coerente e temporalmente ben collocato. Anche in riferimento al prossimo, le descrizioni sono ricche di dettagli e complete, dando l'impressione

che ne venga compresa la realtà interiore. Allo stesso modo, il contatto con la realtà rimane saldo e non si rilevano particolari distorsioni (McWilliams, 2011/2012). A livello terapeutico, si presentano egodistonici rispetto ai propri sintomi, comprendendo che queste manifestazioni sono generalmente derivanti da una loro disposizione interna. Si osserva una “scissione terapeutica” tra il sé che vive l’esperienza nevrotica e quello che si allea con il terapeuta per lavorare su di essa (McWilliams, 2011/2012). I pazienti con organizzazione nevrotica si presentano in seduta consapevoli che l’intervento sarà incentrato su una propria parte problematica e lo scarto tra desiderio e vincoli esterni per il suo soddisfacimento. I sentimenti controtransferali del terapeuta, a prescindere dalla loro natura, non avranno mai un’intensità troppo elevata.

3. livello borderline: il PDM recupera il significato originale del termine borderline di “stabile instabilità” (Schmideberg, 1959 citato da Lingiardi & McWilliams, 2017), per rappresentare una organizzazione intermedia tra quella relativamente adattiva del quadro nevrotico e la profonda disorganizzazione di quello psicotico. I soggetti a questo livello presentano difese primitive, comunemente nella forma del diniego, l’identificazione proiettiva e la scissione. L’identità appare diffusa e si rilevano notevoli difficoltà nella descrizione di sé e dei propri affetti. Le relazioni con il prossimo sono vissute in maniera travolgente e si sviluppano su due dimensioni: da un lato la ricerca di una vicinanza che temono esuli in controllo; dall’altra la paura che il distacco si tramuti in un abbandono dai connotati traumatici (Lingiardi & McWilliams, 2017). Questi soggetti mostrano una generale incapacità nella regolazione delle emozioni, che nei periodi più intensi risulta nella messa in atto di gesti autolesivi, accumulo di debiti e altri gesti dannosi per la persona (Lingiardi & McWilliams, 2017). L’esame di realtà è parzialmente conservato e il paziente sembra mostrare consapevolezza per la sua condizione patologica (concetto definito “adeguatezza dell’esame di realtà” da Kernberg, 1975). Sembra che avendo sempre sperimentato un unico modo di affrontare le difficoltà, il paziente borderline non concepisca la possibilità di scoprire una direzione migliore. Infatti, la richiesta di aiuto è generalmente subordinata a uno specifico malessere o all’invio di un familiare. Da questi soggetti il terapeuta verrà svalutato o idolatrato, fino ad attribuirgli caratteristiche divine. Ciò deriva da un

transfert vissuto con elevata intensità. Anche il controtransfert presenta questa caratteristica, risultano alle volte disturbante per chi lo sperimenta. I profili rilevati nei soggetti che appartengono a questo livello di organizzazione di personalità sono piuttosto eterogenei. Questo consente di distinguerli in due classi in base alla somiglianza con gli altri quadri patologici: il versante da borderline a nevrotico o “*higher level*” e da borderline a psicotico o “*lower level*” (Lingiardi & McWilliams, 2017).

4. Livello psicotico: a questo livello si presentano le compromissioni più significative: diffusione dell'identità, difese arcaiche e profondi deficit nell'esame di realtà. I soggetti con un'organizzazione di personalità psicotica utilizzano meccanismi di difesa preverbali e prerazionali improntati alla protezione da un “terrore senza nome” (McWilliams, 2011/2012). Siano essi la chiusura, il diniego, il controllo onnipotente, l'idealizzazione e la svalutazione primitiva, la scissione, la dissociazione estrema, l'*acting-out* o la somatizzazione (Lingiardi & McWilliams, 2017). Il senso di identità è gravemente compromesso e il Sé frammentato al punto da portarli a interrogarsi sul fatto stesso di esistere. L'altro non è considerato come qualcuno che può aiutare a dissipare tale interrogativo poiché percepito scisso allo stesso modo e passibile di trasformazioni malevoli (McWilliams, 2011/2012), che da amico lo rendono persecutore. Nonostante la loro complessità, gli psicotici possono elicitare nel terapeuta dei controtransfert positivi nella forma di un atteggiamento accudente e benevolo, piacevolmente accolto dal paziente che ha difficoltà a instaurare relazioni umane profonde. Una relazione che per alcuni versi sembra ricalcare quella materna, con tutto il peso che la accompagna (McWilliams, 2011/2012).

Nonostante la minore rigidità rilevabile in questo modello rispetto a quelli precedentemente citati, si tratta anche in questo caso di costruzioni arbitrarie derivanti dall'osservazione clinica. Di conseguenza, è importante esplicitare che in ogni individuo è possibile riscontrare caratteristiche appartenenti a ognuno dei tre livelli. L'asse orizzontale è invece dedicato all'identificazione delle sindromi di personalità, ognuna descritta attraverso un profilo prototipico assunto a modello. Le diverse sindromi possono poi essere inserite in due macro-gruppi: internalizzanti ed esternalizzanti. Nelle prime si rileva una propensione verso la sofferenza interiore, l'autocolpevolizzazione e la

vulnerabilità (comuni i profili di ansia e depressione). Le seconde per la tendenza a imprimere sofferenza agli altri attraverso comportamenti violenti e aggressivi. Si costruisce così uno spettro che va dalle sindromi internalizzanti a quelle esternalizzanti. Verso l'estremo di queste ultime si colloca la psicopatia (questo termine viene preferito ad "antisociale" poiché la messa in atto di comportamenti in contrasto con le norme sociali non è una caratteristica insita nella psicopatia) (Crego & Widiger, 2016; Yakeley & Williams, 2014). Ai fini di questo elaborato, l'attenzione sarà rivolta esclusivamente a questo *pattern* sintomatico. Gli individui con personalità psicopatica si collocano al limite dell'organizzazione psicotica, a indicare una compromissione severa. Tra le caratteristiche principali emerge una marcata aggressività (a partire da Henderson, 1939), talvolta mascherata in una forma meno esplicita, e la costante ricerca di stimoli che possano soddisfarli (Hare, 1993/2009). La persona non è in grado di connotare emotivamente le sue esperienze, descrivendo gli avvenimenti in maniera piatta e incolore. Il linguaggio emotivo è appreso come una "seconda lingua" (McWilliams, 2011/2012), senza mai venire compreso fino in fondo. Questi soggetti si mostrano scarsamente interessati agli altri, pur essendo in grado di comprendere le sfumature della loro esperienza emotiva (Dolan & Fullam, 2004). Le persone sono viste come strumenti da poter sfruttare a proprio vantaggio, in un'ottica puramente autoreferenziale che li porta a ignorarne bisogni e sentimenti. Le relazioni sono improntate alla dominanza e mancano di ogni tipo di profondità o connessione emotiva. Alla base si rileva un grave disturbo dell'attaccamento, spesso di carattere disorganizzato (McWilliams, 2011/2012), derivante da storie di trascuratezza materna, abuso, utilizzo della parola come mezzo per prevaricare sull'altro. Queste dinamiche si riscontrano anche nel contesto terapeutico. L'impossibilità di stabilire un legame autentico lascia spesso i clinici turbati, nervosi e alle volte sottomessi ai propri pazienti. La strada da percorrere è il mostrarsi con forza e integrità, riconoscendo che le loro esigenze nascono da uno straziante desiderio di potere. Gli interventi risultano più efficaci quando il paziente ha superato la mezza età, nello specifico dal momento in cui viene scalfita la sua invulnerabilità. Infine, per ciascuna tipo di personalità vengono elencati gli aspetti più caratteristici:

- 1) modelli di sviluppo strutturale coesistenti: possibile aggressività congenita, ricerca di stimoli intensi

- 2) tensione o preoccupazione principale: manipolazione vs paura di essere manipolati
- 3) affetti principali: rabbia e invidia
- 4) tipiche credenze patogene relative a sé stessi: forte senso di auto-determinazione
- 5) tipiche credenze patogene relative agli altri: diffidenza e attribuzione negativa globale
- 6) meccanismi di difesa di base: ricerca di controllo onnipotente

Ragionando sulla convergenza tra questi due assi è possibile avviarsi verso una formulazione del caso che ricalchi i principi del Manuale Diagnostico Psicodinamico.

1.2 PSICOPATIA: DEFINIZIONE, SVILUPPO DEL COSTRUTTO E IMPLICAZIONI CLINICHE

1.2.1 Origini e definizione del costrutto

La psicopatia è un disturbo di personalità caratterizzato da compromissioni affettive, interpersonali e comportamentali, che si manifesta in individui con uno scarso interesse per le emozioni altrui e per il rispetto delle norme sociali. Gli psicopatici possono presentarsi come dei veri e propri predatori sociali capaci di ammaliare e manipolare gli altri per realizzare un proprio desiderio egoistico, senza mostrare alcun rimorso o senso di colpa (Hare, 1993/2009, 1996).

Come illustrato nel paragrafo precedente, le sue origini possono essere fatte risalire fino agli scritti di Pinel (1806, 1962) e Pritchard (1835). Successivamente anche Kraepelin (1904, 1915) e Schneider (1934) diedero il loro contributo, utilizzando il termine a descrizione di individui in grado di ammaliare e persuadere, inclini alla frode e con scarso riguardo per la moralità e le emozioni degli altri. Va tuttavia sottolineato che lo stesso termine veniva applicato anche a una serie di altre condizioni, spesso con connotazioni differenti. In questo panorama teorico ancora incerto, il lavoro di Hervey Cleckley segna un punto di svolta. Con la pubblicazione di *“The Mask of Sanity”* (Cleckley, 1941, 1976), si assiste al passaggio dall'utilizzo indiscriminato del termine, alla definizione di una sindrome specifica con delle proprie caratteristiche cliniche. Attraverso l'osservazione di pazienti ricoverati presso un ospedale psichiatrico, delinea 16 caratteristiche fondamentali: intelligenza e fascino superficiale, assenza di deliri o altre forme di pensiero irrazionale, assenza di nervosismo, inaffidabilità, disonestà, mancanza

di rimorso o vergogna, comportamenti antisociali immotivati, mancanza di giudizio e incapacità di apprendere dall'esperienza, egocentrismo patologico e incapacità di amare, mancanza di reattività emotiva, perdita di *insight*, deficit nelle relazioni interpersonali, disinibizione comportamentale sotto o meno l'influenza di alcool, comportamenti suicidari raramente portati a termine, impersonale vita sessuale, fallimento nel seguire un piano di vita. Sebbene il contributo di Cleckley sia innegabile, non spiegò mai se essa rappresenti la variante estrema di un insieme di tratti dimensionali o se configuri una categoria distinta. L'altro maggiore contributo alla viene da Robert Hare che per primo sviluppò uno strumento diagnostico affidabile per delineare il profilo psicopatico: la *Psychopathy Checklist* (PCL; Hare, 1980, 1985). Oggi si fa riferimento alla *Psychopathy Checklist-Revised* (PCL-R, Hare, 1991, 2003), una scala composta da 20 item che permette la diagnosi dimensionale della psicopatia, valutando quanto un soggetto si avvicini al suo "prototipo". A ciascun item viene assegnato un punteggio da 0 a 2 in base a quanto è rappresentativo del soggetto e si utilizza un *cut-off* di 30 per convenire la psicopatia. La PCL-R nasce come modello dimensionale, ma viene oggi utilizzata anche per classificare i soggetti a scopo di ricerca (Guay et al., 2007). Ricordiamo che anche in questo caso si tratta di una divisione arbitraria di punteggi per loro natura continui.

1.2.2 Il funzionamento psicopatico: affetti, relazioni e stile di vita

Per ottenere una rappresentazione efficace della psicopatia, distinta da altre sindromi esternalizzate a base criminale, ci affidiamo alla *Psychopathy Checklist-Revised* (PCL-R, Hare, 1991, 2003). Gli item della PCL possono essere articolati intorno a quattro dimensioni o fattori tra loro correlati che descrivono la struttura latente di questa sindrome (Hare & Neumann 2006; Neumann et al., 2006):

1. Fattore interpersonale: include tratti come la loquacità, il fascino superficiale, un senso di sé grandioso, la menzogna patologica e la manipolazione
2. Fattore affettivo: si manifesta sotto forma di affettività superficiale, assenza di senso di colpa, mancanza di empatia, incapacità di assumersi responsabilità
3. Fattore inerente allo stile di vita: costante bisogno di stimoli, impulsività, irresponsabilità
4. Fattore antisociale: riguarda le manifestazioni comportamentali scorrette che si esprimono in tutto l'arco della vita

Alla base del funzionamento psicopatico è possibile rintracciare una configurazione narcisistica e autoreferenziale, espressa in un marcato egocentrismo e un'autostima ipertrofica. Lo psicopatico è convinto di poter fare e diventare tutto ciò che desidera se nelle condizioni adatte, ma sul piano concreto sembra incapace di elaborare strategie adatte a raggiungere i propri scopi (senso di direzionalità e progettualità a lungo termine nulle). Sul piano interpersonale, si presentano spesso loquaci e brillanti, capaci di incantare il prossimo e sfruttare queste qualità a proprio favore. La menzogna è parte insita del loro modo di relazionarsi, tanto che viene utilizzata anche solo per il “piacere di ingannare” (Ekman, 1992). Talmente auto-riferiti, non considerano la possibilità di essere smascherati; quando ciò accade, semplicemente modificano o eliminano alcuni dettagli del racconto, generando notevole confusione nell'ascoltatore. Queste abilità manipolative sono spesso orientate allo sfruttamento delle debolezze altrui per un tornaconto personale. Si osserva un marcato disinteresse per gli effetti delle proprie azioni e un senso di colpa quasi assente, verosimilmente derivanti da un'elevata razionalizzazione del comportamento e una minimizzazione degli effetti che può avere sul prossimo. Il rimorso viene verbalizzato a fini strumentali ma non è mai accompagnato da azioni che lo sostengano. Esso è messo al pari di “una sorta di meccanismo di controllo”, ma anche in questo modo si preferiscono altre strategie che non appesantiscono il corpo (Michaud & Aynesworth, 1989 in Hare, 1993/2009). Sul piano affettivo, pur alternando rapidamente una gelida freddezza e manifestazioni teatrali, sembrano soffrire di un impoverimento emotivo che gli impedisce di scendere oltre la superficie. Nonostante possano affermare di provare forti emozioni, non sono in grado di coglierne le sfumature: amore ed eccitazione sono la medesima cosa, così come tristezza e frustrazione, rabbia e irritabilità. Per questo motivo, diversi autori hanno ipotizzato che conoscano le emozioni ma non siano in grado di capirle fino in fondo (McWilliams, 2011/2012). In particolare, sembrano non essere in grado di concepire la paura: studi biomedici dimostrano che lo psicopatico non prova alcuna sensazione fisiologica associata alla paura (Hare, 1993/2009; Theodorakis, 2013), perdendo così la sua funzione di regolatrice del comportamento. Nel complesso, queste caratteristiche rimandano a una sostanziale mancanza di empatia, ovvero la capacità di comprendere lo stato emotivo dell'altro e di risuonare con lui sul piano emotivo (Davis, 1980). L'empatia è considerato un fattore che favorisce la messa in atto di comportamenti prosociali (de Waal, 2007). Il

fatto che nel soggetto psicopatico questa sia carente, se non in una prospettiva puramente cognitiva che gli consente di comprendere le loro emozioni senza farsene influenzare (Wai & Tiliopoulos, 2012), contribuisce a facilitare lo sfruttamento attivo degli altri in funzione dei propri bisogni (Jonason & Krause, 2013).

L'altro lato della *Psychopathy Checklist* mette in luce uno stile di vita sfrenato e impulsivo, spesso in conflitto con le norme imposte dalla società. I soggetti psicopatici agiscono senza riflettere sulle conseguenze, vivono alla giornata e danno poca importanza alle cose che possiedono. Le decisioni vengono prese sull'onda di un momento, così da poter soddisfare un bisogno immediato. Sembrano non aver mai imparato a rimandare e attendere, cosa che si traduce in comportamenti guidati dall'impulso e dal bisogno di soddisfare i propri desideri. Sul piano comportamentale, emerge una limitata capacità di gestione degli stress. In situazioni percepite come ostili o provocatorie, reagiscono con una rabbia esplosiva che si esprime sotto forma di violenza, minacce o insulti. Accade che in risposta a un insulto infliggano seri danni fisici o emotivi agli altri; azioni che ritengono proporzionate alla situazione. Questa attivazione ha durata breve e subito dopo il soggetto può comportarsi come se nulla fosse accaduto. Un tratto centrale è la continua ricerca di stimoli forti ed eccitanti, un bisogno a cui cercano soddisfazione mediante l'abuso di sostanze, comportamenti rischiosi o commettendo reati. L'incapacità di fermarsi e tollerare la monotonia si riflette nella difficoltà a rispettare obblighi, impegni e più in generale a rimanere ancorati a un vincolo. Ne sono esempio la discontinuità lavorativa, i frequenti trasferimenti, l'indebitarsi e l'indifferenza per i propri figli, visti come una scocciatura che si può facilmente cedere ad altri. I soggetti psicopatici manifestano comportamenti antisociali fin dalla prima infanzia (Dhingra & Boduszek, 2013). Essi si esprimono generalmente nella forma di bugie, furti, vandalismo, assunzione di droga e promiscuità sessuale prematura (10/12 anni), assenteismo ingiustificato o atti distruttivi a scuola. Tuttavia, possono assumere una forma più preoccupante: una precoce crudeltà verso gli animali o gli altri bambini. Si rintracciano frequentemente racconti di questo tipo nelle interviste a psicopatici adulti, che ne parlano come di esperienze normali e divertenti. I comportamenti antisociali infantili sono in continuità con le azioni che compiranno da adulti, rappresentando così un importante predittore della criminalità (Olweus et al., 1986). Raggiunta la soglia dei 40 anni si osserva una generazione diminuzione, in particolar modo dei crimini non violenti (Hare et al., 1988).

1.2.3 Il crimine: la conseguenza logica di un funzionamento instabile

Psicopatia e criminalità non sono due termini da utilizzare come sintomi. Molti psicopatici non si macchiano di alcun crimine e allo stesso modo non tutta la popolazione carceraria è costituita da psicopatici (Dhingra & Boduszek, 2013). Tuttavia, le caratteristiche salienti della psicopatia (l'insensibilità e la totale mancanza di empatia o rimorso) rappresentano un ponte che collega efficacemente i due aspetti (Theodorakis, 2013). Gli psicopatici commettono ogni tipo di reato: dall'appropriazione indebita, al furto, all'estorsione, il vandalismo, l'aggressione fino ad arrivare a omicidi e abusi sessuali. Questo appare logico se si considera la tendenza di vivere radicati nel presente e sfruttare ogni situazione a proprio vantaggio, senza curarsi della sofferenza altrui (mancanza di coscienza morale).

Il tema della violenza è centrale in questi soggetti, che sono soliti farvi ricorso con maggiore frequenza rispetto al resto dei delinquenti. La sua natura è di tipo freddo e strumentale, viene sfruttata per raggiungere un obiettivo o soddisfare un bisogno senza curarsi dell'effetto che può avere sugli altri. Anzi, lo psicopatico trae piacere dal senso di potere che ne deriva (Hare, 1993/2009). Essa viene definita anche proattiva o predatoria per la sua natura diretta e professionale messa al servizio di un guadagno materiale (Cleckley, 1941/1988). La violenza psicopatica si tramuta spesso in reati a sfondo sessuale, in particolare in alcuni sottogruppi: gli stupratori, soprattutto sadici, e gli omicidi a sfondo sessuale. Gli psicopatici autori di reati sessuali sembrano non concentrarsi su una specifica tipologia di vittima e spesso le preferenze cambiano nel corso del tempo per rispondere a una esigenza opportunistica (Dhingra & Boduszek, 2013). Si ipotizza infatti che il legame tra i due derivi dall'utilizzo strumentale del sesso e l'assenza di empatia per le proprie vittime (Knight & Sims-Knight, 2003). Un altro tipo di esito è l'omicidio, non perpetrato sulla spinta di un disagio profondo o precisi effetti scatenanti ma di una attenta meditazione. Tali affermazioni appaiono in disaccordo con ciò che la letteratura riporta in merito all'impulsività psicopatica; tuttavia, possono essere spiegati dall'idea di una "impulsività selettiva" e dalla soddisfazione che traggono dalla violenza stessa (Woodworth & Porter, 2002).

Accade di frequente che gli psicopatici commettano crimini non violenti, ma ugualmente illegali e dannosi per gli altri. Si tratta in questo caso di quelli che vengono definiti "psicopatici dal colletto bianco", ovvero coloro che sfruttano la propria capacità

di ammalciare per costruirsi una parvenza di affidabilità e sottrarre denaro a persone e istituzioni. L'elemento distintivo tra questo tipo di truffa e una tradizionale è che la manipolazione si estende a tutte le relazioni che intercorrono nel mezzo, siano esse con familiari, estranei o il sistema giudiziario.

Per ultimi citiamo gli psicopatici non criminali. Rientrano in questa categoria tutti quegli individui che non arrivano mai a scontrarsi con la legge, pur vivendo su un confine sottile. Le caratteristiche tipiche della psicopatia sono ben marcate, come negli altri profili, ma sfruttate per realizzarsi in diversi ambiti. Per lungo tempo sono stati definiti "psicopatici di successo", ma il termine è improprio poiché i traguardi sono spesso illusori o raggiunti a spese del prossimo. La loro condotta non è illegale, ma allo stesso tempo viola le norme dell'etica e del vivere comune (Hare, 1993/2009).

1.3 ANTISOCIALITÀ E PSICOPATIA: TRA MOTIVAZIONE E SENTIMENTI

Per via della compresenza di molte caratteristiche in entrambi le sindromi, i termini psicopatia e antisocialità sono stati a lungo utilizzati in maniera interscambiabile. Oggi sappiamo che si tratta di due quadri psicopatologici distinti. Questa differenza è rilevabile sia a livello motivazionale e relazione, sia dai dati epidemiologici: la maggior parte delle persone con una diagnosi di psicopatia risponde anche ai criteri dell'ASPD (90%), il contrario è vero solo in alcuni casi (25%) (Hare, 2003).

1.3.1 Differenze motivazionali e comportamentali

Le differenze comportamentali tra i vari profili possono essere comprese analizzando la natura dell'aggressività. Per quanto riguarda le persone con ASPD, il comportamento violento è generalmente l'esito di una forte attivazione emotiva conseguente a una mancanza delle componenti collegate al controllo degli impulsi. Tale deficit li rende particolarmente vulnerabili e li porta a reagire con irritabilità e aggressività esplosiva alle situazioni che reputano minacciose. In questa prospettiva, le azioni aggressive assumono la funzione di ripristinare il controllo e l'indipendenza che appaiono precarie (Benjamin, 2002). I soggetti antisociali sono estremamente sensibili alle presunte minacce rivolte alla loro autostima o rispetto, che vengono esperite al pari di un danno fisico. Tali esperienze sono in grado di innescare un collasso del funzionamento mentale, determinato dall'incapacità di mentalizzarle o elaborarle sul piano rappresentativo (modalità dell'equivalenza psichica). Di conseguenza, si trasformano in esperienze concrete che la

persona deve espellere attraverso l'azione violenta (modalità teologica) (Gilligan, 2000). Questa modalità di reagire agli stressor fa sì che la violenza antisociale venga etichettata come “attacco difensivo o reattivo” (McEllistrem, 2004; Meloy, 2006). Dalla rosa dei comportamenti osservabili non vanno poi esclusi quelli definiti “passivamente aggressivi”, ovvero quelli incentrati sullo sfruttamento materiale e parassitario della generosità altrui (Kernberg, 1992).

Nel caso dello psicopatico la violenza è di tipo predatorio. Il comportamento è calcolato, pianificato e mirato a un obiettivo da cui difficilmente si fanno distrarre. Diversi studi hanno sottolineato l'elevata capacità di questi individui di mantenere la concentrazione sul *target* prescelto anche in presenza di stimoli distraenti (Baskin-Sommers et al. 2012; Zeier & Newman, 2013). Tuttavia, l'abilità di ignorare le distrazioni emotive può variare a seconda del profilo individuale (Mitchell et al., 2006). I crimini commessi risultano più violenti ed efferati, poiché manca la componente di compassione di fronte ai segnali di paura e disgusto delle vittime (Wiebe, 2004). Sebbene lo psicopatico non sia in grado di provare i sentimenti come farebbe qualsiasi altra persona, è in grado di comprendere da un punto di vista cognitivo quali sono le risposte emotive appropriate in ogni circostanza. Questo potrebbe essere ciò che gli facilita la messa in atto di comportamenti predatori come manipolazione e inganno. Pur non essendo in grado di sentire può apprendere come imitarli e utilizzarli a proprio vantaggio (Pfabigan et al., 2015).

1.3.2 Funzionamento interpersonale

I pazienti psicopatici sembrano vivere in un mondo emotivo presocializzato che gli impedisce di stabilire dei legami emotivi sinceri basati sulla condivisione e la reciprocità. Le persone vengono considerate al pari di oggetti parziali, non apprezzate come esseri umani reali e separati, e l'empatia nei loro confronti è nulla (Hare, 1993/2009). Nonostante ciò, possono apparire socievoli, affascinanti e piacevoli nelle interazioni sociali, cosa sfruttata per ingannare e manipolare l'altro. Anche le relazioni sessuali risentono di questa indifferenza. Il partner non è visto come qualcuno con cui scambiare qualche momento di intimità, ma piuttosto come un mezzo per soddisfare i propri bisogni. La ricerca di nuovi compagni non sembra necessariamente derivare da un intenso desiderio erotico, ma piuttosto rappresenta una valvola per sfogare la noia, gli impulsi e i capricci momentanei. Non è raro che lo psicopatico metta a rischio rapporti stabili per

avventure di poca importanza (Cleckley, 1941/1988). Diversi studi suggeriscono che le motivazioni di uomini e donne divergano: negli uomini la promiscuità sessuale deriva dalla ricerca di sensazioni intense, mentre nelle donne rappresenta prevalentemente uno strumento per ottenere vantaggi materiali (DeShong et al., 2016). Questa mancanza di coinvolgimento emotivo si estende anche ai ruoli genitoriali. Non sono insolite le storie di abusi e trascuratezza, come nei casi in cui bambini anche molto piccoli vengono lasciati soli per lunghi periodi (Hare, 1993/2009).

Nei rapporti sociali i soggetti con disturbo antisociale spesso mostrano una spropositata fiducia in sé stessi, espressa mediante comportamenti supponenti, categorici o vanitosi, che li porterebbe a essere considerati come una variante estrema dello spettro narcisistico (Velotti, 2015). Nonostante antisocialità e narcisismo condividano la tendenza a essere brutali, disinvolti, profittatori e a voler ammaliare gli altri, la motivazione che li spinge in questa direzione è differente. Mentre i narcisisti presuppongono che tutto gli sia dovuto, i pazienti con ASPD conoscono la realtà del lavoro e lottano con tutte le forze per raggiungere le proprie ambizioni. La sfrontatezza diventa maschera per proteggersi dalla malignità del mondo e degli altri, considerati sempre pronti a schernirli e umiliarli (Millon, 2000). Sarebbe quindi più opportuno parlare di una “fragilità narcisistica” (Yakeley & Williams, 2014). Le relazioni sono generalmente superficiali, dominate da indifferenza e opportunismo. Appaiono disinteressati, cinici e alle volte sprezzanti nei confronti degli altri, scoraggiando chiunque voglia intraprendere con loro alcun tipo di relazione. Tali caratteristiche sono comprensibili se si considerano i fallimenti nella mentalizzazione tipici degli antisociali (Allen, 2008). Questa lacuna comporta gravi deficit di empatia, divenendo un importante fattore di rischio per la messa in atto di comportamenti violenti (Newbury-Helps et al., 2017). Nonostante le carenti capacità interpersonali, a differenza dello psicopatico prototipico, i soggetti con disturbo antisociale mantengono una minima capacità di legame e affiliazione all'interno di un gruppo (spesso sono membri di gang o altre associazioni a delinquere) (Meloy & Yakeley, 2014).

1.4 IMPLICAZIONI NEL CONTESTO DETENTIVO

1.4.1 Sovradiagnosi ed eterogeneità in ambito istituzionale

Il disturbo antisociale di personalità è tra i più diagnosticati in ambito carcerario, con stime che indicano una prevalenza tra il 47 e il 78% (Fazel & Danesh, 2002; Black et al., 2010). Questo dato non è sorprendente se si considera che la maggior parte dei criteri del DSM-5-TR si articolano intono all'incapacità di conformarsi alle norme sociali, presupposto alla base della detenzione stessa. Si creerebbe così una circolarità per cui ogni persona che si scontra con i sistemi giuridici rispetta implicitamente uno dei criteri definitori di questa sindrome. A causa di questa impostazione centrata sui comportamenti osservabili, il sistema sovra diagnostica i detenuti come antisociali, trasformando l'ASPD in un'etichetta applicabile a tutte le difficoltà comportamentali legate alla criminalità (Ogloff, 2006). È importante notare che i comportamenti non necessariamente descrivono un quadro pervasivo, piuttosto l'influenza delle situazioni sociali nel quale sono inseriti. Nello specifico l'aggressività e la sospettosità possono svilupparsi come meccanismo di per sopravvivere nelle carceri. L'eccessivo utilizzo di questa diagnosi impedisce di prevedere l'adattamento istituzionale del detenuto, la sua risposta ai trattamenti e la possibilità di accedere a misure alternative, contribuendo a un'ulteriore stigmatizzazione di una popolazione in partenza vulnerabile (Schnittker et al., 2020).

1.4.2 Differenze di funzionamento istituzionale

Le differenze di funzionamento istituzionale tra soggetti antisociali reattivi e individui con tratti psicopatici sono radicate nel differente stile interpersonale e nella gestione dell'aggressività. La loro capacità di adattamento all'ambiente detentivo influirà anche sulla risposta ai trattamenti.

Negli ambienti detentivi gli individui con marcati tratti psicopatici si presentano arrabbiati e irritabili, inclini alla vittimizzazione, sospettosi, antagonisti, aggressivi, egocentrici e poco inclini al cambiamento (Polaschek & Daly, 2013). Nelle relazioni con gli altri prevale la dominanza, non necessariamente ostile (Draycott et al., 2011). Le principali modalità con cui lo psicopatico si impone sono la menzogna e la manipolazione, che possono essere ben nascoste agli occhi di un esterno. All'interno delle prigioni, essi imparano a sfruttare queste capacità per costruire un'immagine positiva di sé utile in prospettiva di una futura scarcerazione o richieste per la libertà condizionata.

Di frequente partecipano a lezioni, laboratori, attività sociali, diventano parte di gruppi a sfondo religioso, non con la volontà di riabilitarsi ma per dare l'impressione di farlo. Anche la partecipazione a programmi di intervento non è genuina, ma subordina all'apprendimento di nuove tecniche o storie da sfruttare per incantare il prossimo. Tali considerazioni risultano coerenti con lo scarso senso di colpa o rimorso manifestato da questi pazienti, elementi che generalmente rappresentano un'importante spinta motivazionale al cambiamento (Roberson & Vitacco, 2023). Per un lungo periodo questo profilo ad alto rischio ha fatto sì che gli psicopatici venissero esclusi da ogni tipo di trattamento. Tuttavia, studi più recenti hanno dimostrato che in trattamenti di durata adeguata e approcci specifici possono portare a una diminuzione dei comportamenti violenti (Polaschek & Daly, 2013).

Al contrario degli psicopatici, i detenuti con disturbo antisociale di personalità vivono la reclusione dominati da rabbia e aggressività manifeste, che li rende frequentemente soggetti a punizioni per cattiva condotta (65.5% rispetto a 44.9% tra i non antisociali; Black et al., 2010). Nonostante questa scorza di invulnerabilità gli individui con ASPD sono estremamente sensibili agli stimoli esterni. La reclusione forzata è spesso associata con un forte disagio psicologico, alimentato dalla co-occorrenza di altri disturbi come depressione, ansia abuso di sostanze, disturbo borderline di personalità e ADHD. La vulnerabilità si esprime nella sua forma più estrema attraverso condotte suicidarie e gesti autolesivi, riscontrabili più frequentemente in questa popolazione a causa dell'instabilità emotiva e il mancato controllo degli impulsi (Black et al., 2010; Meloy & Yakeley, 2011).

1.4.3 È possibile intervenire? Panoramica degli interventi terapeutici e la loro efficacia

La psicoterapia tradizionale sembra non essere efficace nel trattamento degli psicopatici poiché manca l'assunto di base: la volontà di farsi aiutare e l'impegno attivo verso il cambiamento. I pazienti psicopatici non percepiscono le loro difficoltà emotive come tali e di conseguenza non sentono la necessità di conformarsi a criteri sociali. Nella loro prospettiva si collocano al di sopra degli altri e il loro comportamento è giustificato dalla ricerca di diritti che gli sono stati negati. La terapia è spesso controproducente con questi soggetti, poiché diventa uno spazio in cui apprendere migliori strategie manipolatorie e plausibili giustificazioni per le loro condotte. In particolare, risulta dannosa quella in gruppo (abituale nei contesti detentivi e nelle comunità terapeutiche) a

cui gli psicopatici partecipano in maniera svogliata o con il solo intento di prevaricare sugli altri, senza provare ad apprendere nuovi modi di pensare e agire. L'esito più sconcertante è l'aumento del tasso di recidiva tra coloro che vi partecipano (Harris, 2006), soprattutto per quanto riguarda i reati a sfondo sessuale (Looman et al., 2005). La strada più efficace con questi pazienti sembrano essere i trattamenti incentrati sulla gestione del comportamento, piuttosto che su fattori emotivi e cognitivi (Lösel, 1998). Programmi che si sono rivelati efficaci sono: il modello RNR (*risk-need-responsivity*) che mira ridurre il livello di recidiva assicurando che il trattamento abbia una intensità proporzionata al livello di rischio del detenuto e un *focus* sulle sue esigenze specifiche (Wong et al., 2007); lo *psychopathy treatment programs* (PTP) per l'apprendimento di strategie di autogestione utili a sviluppare abilità prosociali e ridurre la gravità degli atti violenti (Wong & Hare, 2005); il Brief Cognitive Remediation, allo scopo di migliorare il funzionamento cognitivo, in particolare la capacità di attenzionare gli stimoli affettivi (Baskin-Sommers et al., 2015).

I trattamenti incentrati sulla regolazione del comportamento sembrano essere poco adeguati con i pazienti antisociali. In questi casi, sarebbe più appropriato centrare l'intervento sui processi mentali e relazionali sottostanti. Questi pazienti mostrano difficoltà nei processi riflessivi, in particolare una dipendenza da processi automatici che impediscono di riflettere su pensieri e sentimenti prima di tramutarli in agiti concreti (Bateman, 2022). Il lavoro terapeutico viene quindi incentrato sull'aiutare il paziente a interporre il pensiero tra l'impulso e l'azione, così da comprendere che originano da stati interni attivanti (Gabbard, 2005). A questo scopo si dimostrano particolarmente efficaci i trattamenti basati sulla mentalizzazione adattati al disturbo antisociale (MBT-ASPD). Il modello suggerisce che l'ASPD derivi da esperienze infantili traumatiche che hanno consolidato un attaccamento insicuro o disorganizzato e interrotto lo sviluppo delle capacità di mentalizzare (Bateman, 2022). Il trattamento mira a ricostruire la capacità di comprendere gli stati mentali altrui e connettersi emotivamente con la loro sofferenza. L'intervento si struttura come una terapia di gruppo, durante la quale i partecipanti possono apprendere dagli altri membri come funziona la propria mente e sviluppare un senso di appartenenza a partire da valori condivisi ("*we-ness*"). Il paziente viene per la prima volta riconosciuto, riuscendo così a rafforzare i processi di mentalizzazione verso

sé e gli altri. Ne consegue una diminuzione dei comportamenti violenti, non più percepiti come modalità appropriate (Bateman, 2022).

CAPITOLO 2

MENTALIZZAZIONE ED EMPATIA: I PROCESSI DI COMPrensIONE DELL'ALTRO

2.1 LA MENTALIZZAZIONE: DEFINIZIONE E SVILUPPO DEL COSTRUTTO

Il termine “*mentalize*” compare per la prima volta in scritti risalenti al 1807 e in associazione ad una categoria psicologica nel 1885, quando G. Stanley Hall si occupava di ristrutturare il sistema educativo americano. A partire dal 1906 appare nell’Oxford English Dictionary (OED) che gli attribuisce due accezioni distinte: per primo, creare e rappresentare nella propria mente, immaginare o dare una qualità mentale o psichica a qualcosa; in secondo luogo, stimolare o coltivare mentalmente, o stimolare la mente di qualcosa (Allen et al., 2008). Il suo utilizzo nella forma di “*mentalizing*” è coerente con le definizioni proposte nell’OED, sebbene circoscritto al campo degli stati mentali intenzionali. La mentalizzazione ad oggi viene definita come «la capacità di comprendere e interpretare i propri e altrui comportamenti in termini di stati mentali intenzionali, come emozioni, pensieri, fantasie, credenze e desideri» (Fonagy et al., 2002). Si tratta dunque di una capacità umana per eccellenza, senza la quale l’uomo sarebbe incapace di rispondere alle esigenze di un ambiente sociale con crescente complessità (Sng et al., 2018), dove le relazioni interpersonali richiedono un alto grado di collaborazione e cooperazione basato sulla comprensione reciproca (Luyten et al., 2020). In questo senso la mentalizzazione si intreccia strettamente con l’empatia, la possibilità di costruire rapporti solidi e di sviluppare una profonda competenza sociale ed emotiva. Mentre una sua carenza impone rigidità di pensiero e di assunzione di ruoli differenti, compromettendo le comunicazioni e l’adattabilità sociale. Tali problematiche sono frequentemente rintracciate alla base di diversi quadri psicopatologici (Arabadzhiev & Paunova, 2024). In termini funzionali, la mentalizzazione si esprime unificando gli affetti e le cognizioni, costituendo un contributo fondamentale per la regolazione emotiva nel mondo sociale. Il suo sviluppo, tuttavia, può essere ostacolato da diversi fattori, tra cui ricordiamo quelli di origine genetica, i *pattern* di attaccamento precoci, le esperienze traumatiche e lo stress cronico. In tali circostanze, si possono osservare modelli di

pensiero pre-mentalizzanti, che spingono l'individuo verso una regressione che ha lo scopo di ristabilire un senso di sé coerente (Freeman, 2016).

2.1.1 Origini teoriche ed evoluzione del costrutto

Le origini teoriche del concetto di mentalizzazione possono essere rintracciate a partire dagli studi psicoanalitici condotti da Pierre Marty e Pierre Luquet negli anni '60 del secolo scorso. Essi descrivevano il funzionamento dei pazienti psicosomatici, i quali mostravano una generale incapacità di simbolizzare gli stati mentali, una marcata rigidità nelle libere associazioni e un modo di pensare eccessivamente legato a sensazioni e fantasie inconsce primarie (Luquet, 1981, 1987; Marty & De M'Uzan, 1963 in Duschinsky & Foster, 2021). A partire da queste osservazioni cliniche, la mentalizzazione viene definita come un insieme di operazioni mentali, tra cui prevalgono simbolizzazione e rappresentazione, che permette di elaborare le informazioni pulsionali-affettive in strutture mentali organizzate. L'idea alla base è che i contenuti psichici possano essere disposti lungo una scala dalla somatizzazione all'*insight*: ai livelli inferiori, dove le qualità mentali sono carenti, si collocano le sensazioni corporee e a quelli superiori la possibilità di riflettervi ed elaborarle (Lecours & Bouchard, 1997). Nei disturbi somatoformi il processo viene confinato ai livelli più bassi, generando un circuito "corpo-mente-corpo" (Freeman, 2016). La mentalizzazione in quest'ottica diviene il "sistema immunitario" della psiche, poiché consente di elaborare le emozioni invece di subirle, proteggendo così la persona da un intenso disagio (Lecours & Bouchard, 1997). Sebbene la definizione francese rappresenti un buon punto di partenza per discutere sulle qualità della mentalizzazione esplicita, ovvero la riflessione su pensieri e sentimenti e la loro espressione verbale, viene completamente ignorata la sua componente implicita, intuitiva e non verbale. Oltretutto questo paradigma la confina ad una risposta per prevenire la somatizzazione, concetto derivante dalle teorie pulsionali, mentre la critica contemporanea la considera una capacità umana fondamentale e trans-diagnostica, utile per comprendere tutte le forme di psicopatologia, dall'autismo e la psicosi, alla depressione maggiore, ai disturbi alimentari e di personalità, in particolar modo quello borderline (Luyten & Fonagy, 2015).

Una svolta significativa si verifica tra fine degli anni '80 e l'inizio degli anni '90. Promotore di questo cambiamento fu Peter Fonagy che formulò un modello esplicativo collocabile nell'intersezione tra le teorie psicanalitiche e la teoria dell'attaccamento.

Questo approccio pone l'accento sulle relazioni di attaccamento precoci, in particolar modo la relazione diadica madre-bambino, sottolineando come mediante il rispecchiamento affettivo e la sintonizzazione sperimentate in essa il bambino comincia a sviluppare la capacità riflessiva (Fonagy 2000, Fonagy et al., 1991). In questa formulazione, un attaccamento di tipo disorganizzato viene considerato al pari di un trauma relazionale, ritenuto la principale ed univoca causa dei *deficit* nel processo di mentalizzazione. Successivamente, Fonagy insieme ai colleghi del *London Parent-Child Project* sviluppò una scala di misurazione delle funzioni riflessive (RF; considerata l'operalizzazione dei processi mentali che consentono di mentalizzare) associata ai passaggi dell'*Adult Attachment Interview* che spingono il soggetto a riflettere direttamente sulla relazione genitoriale. Essa si presenta come una scala di misurazione separata, non più un derivato implicito dell'intervista, che tiene conto della capacità della persona di indagare la mente altrui, comprendere gli stati mentali sottostanti a diversi comportamenti e riconosce i propri in relazione all'intervistatore. L'obiettivo era quello di trasformare un concetto teorico vago in un costrutto operazionalizzabile e misurabile empiricamente (Katznelson, 2014).

In parallelo a tali studi, la comprensione della mentalizzazione si arricchì grazie ai contributi di Gergely e Watson (1996) che introdussero la teoria del biofeedback sociale. Un modello che puntava a spiegare come il bambino sviluppi la capacità di mentalizzare a partire dal rispecchiamento marcato da parte del *caregiver* del suo comportamento. Si rende necessaria una risposta marcata che consenta al bambino di apprendere la differenza tra un proprio stato e quello del genitore: internalizzando le rappresentazioni degli stati affettivi dei genitori come rappresentazioni secondarie, il neonato le incorpora nella propria rappresentazione di sé.

A partire dagli anni 2000 Fonagy e colleghi iniziarono a manifestare una crescente insoddisfazione rispetto al modello sviluppato negli anni '90, arrivando a formulare una serie di autocritiche molto precise. Per cominciare viene messo in discussione l'eccessivo peso posto sull'infanzia e l'attaccamento. Il primo modello si sviluppava in ottica lineare, ponendo l'accento quasi esclusivamente sull'attaccamento disorganizzato come causa dei *deficit* di mentalizzazione, tralasciando la vulnerabilità genetica e gli aspetti derivanti dall'ambiente sociale nel quale si è inseriti, inclusi il gruppo dei pari, la famiglia allargata, l'ambiente scolastico e il contesto culturale (Duschinsky & Foster, 2021; Fonagy &

Target, 1997). In secondo luogo, gli autori riconoscono che nella definizione originale la mentalizzazione e la funzione riflessiva venivano considerate come un singolo meccanismo discreto, incapace di spiegare le variazioni del funzionamento di una stessa persona inserita in contesti distinti (Fonagy & Target, 2003). Analogamente, la scala RF non riusciva a spiegare come persone con lo stesso punteggio potevano avere difficoltà radicalmente diverse (Duschinsky & Foster, 2021). Questa problematica fu pienamente accolta da Target, Fonagy e Luyen che nei mesi successivi lavorarono ad una riformulazione del concetto, definendo la mentalizzazione come un insieme di capacità organizzate gerarchicamente che tendono a co-occorrere e ad essere misurate come un'unica funzione globale (Duschinsky & Foster, 2021; Fonagy & Luyen, 2009). Seguendo questa linea teorica, la mentalizzazione viene concettualizzata come un set di capacità cognitive complesse con differenti traiettorie di sviluppo, supporti neurologici e impalcature sociali per la loro elaborazione nelle diverse personalità. Tra esse riconosciamo: la capacità di rappresentare gli stati mentali causali degli altri con contenuti controfattuali (false credenze), di rappresentare gli stati mentali causali degli altri con contenuti logici (finzione, immaginazione, fantasia), di rappresentare e differenziare tra modelli mentali propri e altrui contemporaneamente, di inferire e attribuire gli stati mentali degli altri a partire da segnali comportamentali, di riconoscere i nostri stessi segnali (comportamenti, emozioni, attivazione) al fine di inferire, interpretare e attribuire gli stati mentali a noi stessi (Fonagy et al., 2007).

Per rispondere a queste criticità in una maniera definitiva Fonagy e Luyen (2009) fecero affidamento agli studi di Lieberman sulle basi neuroscientifiche di diverse forme di cognizione sociale. Ricalcando la sua proposta teorica, suggerirono che la mentalizzazione si organizzi attorno a quattro dimensioni o polarità, a cui sottendono circuiti neurali relativamente distinti. Il differente orientamento nelle varie dimensioni determina lo sviluppo di una specifica psicopatologia. Le dimensioni individuate sono:

1. automatica (implicita) vs controllata (esplicita): la mentalizzazione automatica è inconsapevole, non verbale e non riflessiva. Essa implica processi rapidi, paralleli e non riflessivi che richiedono poco sforzo per l'individuo, che da sempre mostra la volontà di "leggere" la mente degli altri. In una forma rudimentale può essere rintracciata già nei primi sette mesi di vita (Luyten & Fonagy, 2015) e con maggiore certezza dal secondo anno di età (Fonagy & Luyten, 2009). Essa si appoggia a

circuiti neurali filogeneticamente primitivi che si occupano di mediare le informazioni sensoriali (amigdala, gangli basali, corteccia prefrontale ventromediale, corteccia temporale laterale e corteccia cingolata anteriore dorsale). La mentalizzazione controllata rappresenta il suo completo opposto: è tipicamente interpretata, consapevole, un processo seriale e lento che si appoggia a circuiti neurali responsabili delle capacità linguistiche e simboliche (corteccia prefrontale laterale, corteccia prefrontale mediale, corteccia parietale laterale, corteccia parietale mediale, lobo temporale mediale e corteccia cingolata anteriore rostrale). Il suo sviluppo si registra nella fascia di età tra i 4 e gli 8 anni, ovvero il periodo di massima acquisizione del linguaggio e del controllo volontario (Fonagy & Luyten, 2009; Luyten & Fonagy, 2015). Un aumento di stress e *arousal* fa sì che il sistema neurale responsabile delle risposte controllate venga inibito in favore del suo antagonista automatico (Luyten et al., 2020). Da un punto di vista evolutivo questo passaggio garantisce la sopravvivenza, mediante la messa in atto di risposte di attacco-fuga che richiedono un'elaborazione rapida delle informazioni derivanti dall'esterno. Tuttavia, nel mondo interpersonale questo passaggio potrebbe ostacolare l'adattabilità, tanto più in quei soggetti con bassa tolleranza per lo *switch* tra i due poli. La realtà sociale richiede una notevole "potenza computazionale", di fermarsi e riflettere sugli eventi, così da sviluppare modelli mentali coerenti riferiti a sé e agli altri. Un eccessivo affidamento sulla mentalizzazione automatica implica la tendenza a semplificare e distorcere la realtà, soprattutto quando è in concomitanza di un'attivazione elevata del sistema (ad esempio, quando si prova vergogna, imbarazzo, ci si sente minacciati o obbligati a confrontarsi con membri di un gruppo esterno) (Luyten & Fonagy, 2015; Luyten et al., 2020)

2. orientata all'interno o all'esterno: la distinzione a questo livello riguarda la direzione assunta dal *focus* attentivo. Nel caso degli stati mentali interni si considerano i pensieri, i sentimenti e le esperienze, mentre concentrare la mentalizzazione sull'esterno significa attenzionare gli aspetti fisici e visibili (ad esempio, la postura, le espressioni facciali e il tono della voce). Studi di *neuroimaging* condotti negli ultimi anni hanno evidenziato che la mentalizzazione interna attiva la rete frontoparietale mediale, come la corteccia prefrontale mediale

(mPFC), mentre nel caso di quella esterna ci si sposta verso aree frontotemporali parietali più laterali (Fonagy & Luyten, 2009). A sostegno di questa teorizzazione vi sono gli studi condotti su pazienti con vaste lesioni a livello della mPFC che mostrano una totale assenza di consapevolezza per il loro comportamento inappropriato, riesumata quando si osservavano compierlo dall'esterno. In questi soggetti la mentalizzazione basata sull'automonitoraggio interno è perciò venuta a mancare, per ricomparire solo quando l'attenzione è focalizzata esternamente (Luyten & Fonagy, 2015). Le evidenze così raccolte lasciano presupporre che l'interno mentale sia una rappresentazione di secondo ordine dell'esterno (Fonagy et al., 2007), una considerazione che sembra riflettersi anche nell'ontogenesi della mentalizzazione stessa. Per i primi 24 mesi di vita del neonato l'unica modalità comunicativa possibile è quella basata sull'osservazione del comportamento e le reazioni facciali, rendendo il *caregiver* dipendente dalle caratteristiche esterne per costruire un modello della mente del bambino. Solo in un secondo momento gli scambi possono articolarsi intorno a processi di mentalizzazione diretti internamente (Luyten & Fonagy, 2015). Il passaggio da una modalità comunicativa all'altra non è immediato per tutti i genitori, come viene evidenziato dagli studi condotti da Sleet e Fonagy (2010). Alcuni genitori apparivano ben sintonizzati con i propri figli quando l'interazione veniva valutata mediante videoregistrazione, ma non altrettanto quando gli veniva richiesto di indagare i loro stati mentali. Al contrario, altri genitori possono trovare difficoltoso interpretare segnali esterni, ma con la crescita sviluppano una buona capacità di comprendere i loro stati mentali interni. Tali evidenze dimostrano che la propensione ad analizzare gli stati mentali in ottica internalizzata o esternalizzata è comune nello sviluppo normativo e diviene patologica solo nel momento in cui eccessivamente polarizzata.

3. orientata sul sé o sull'altro: da un punto di vista di adattamento evolutivo è corretto presumere che la mentalizzazione si sia sviluppata in risposta alla crescente esigenza di reciprocità e cooperazione. A livello neurale, si rileva un'attivazione di una rete condivisa quando gli individui pensano a sé stessi o agli altri, che comprende la corteccia prefrontale mediale, i poli temporali e la giunzione temporo-parietale (C. D. Frith e U. Frith, 2006; Luyten & Fonagy, 2015; Uddin et al., 2007). La letteratura suggerisce l'esistenza di due sistemi neurali distinti adibiti

alla conoscenza del sé e dell'altro (Uddin et al., 2007). Sono essi il sistema di rappresentazione condivisa (*shared representation system*, SR), in cui l'elaborazione empatica si basa su rappresentazioni condivise degli stati mentali altrui, e un sistema di attribuzione dello stato mentale (*mental state attribution system*, MSA), collegato a processi di natura strettamente simbolica e astratta (Ripoll et al., 2013). Il sistema SR si affida ad un riconoscimento quasi viscerale delle esperienze altrui, scartando quella che è la componente prettamente cognitiva e riflessiva dell'esperienza. Questo meccanismo consente di comprendere istantaneamente l'esperienza altrui attraverso il rispecchiamento e la simulazione motoria (Luyten & Fonagy, 2015), interessando aree quali l'amigdala, il giro frontale inferiore, il lobulo parietale inferiore (zone ricche di neuroni specchio), l'insula anteriore e la corteccia cingolata anteriore dorsale (attive quando si osserva o sperimenta dolore). Il coinvolgimento di aree connesse con il sistema dei neuroni specchio fa presupporre che la loro attivazione rappresenti un meccanismo necessario per la comprensione delle azioni ed emozioni altrui. Una sensazione che viene sperimentata già dalla prima infanzia, quando i bambini reagiscono al *distress* degli altri come se appartenesse a loro stessi (Luyten & Fonagy, 2015). Al contrario, il sistema di attribuzione dello stato mentale è più riflessivo e controllato, processando le informazioni relative al sé e agli altri in una forma prettamente simbolica e astratta è il primario responsabile della presa di posizione e della teoria della mente cognitiva e affettiva (C. D. Frith e U. Frith, 2006; Uddin et al., 2007). Esso si sviluppa più tardi nell'adolescenza, quando la persona comincia a sperimentarsi nel campo sociale e interpersonale. È stato ipotizzato che i due sistemi abbiano tra di loro un'influenza di tipo inibitorio che rende possibile un equilibrio flessibile tra emozione immediata e riflessione. Tipicamente nei pazienti con disturbo borderline di personalità (BPD) si osserva una rottura di questo equilibrio in favore di un'iperattivazione del sistema SR, rendendogli impossibile discernere tra una propria attribuzione e l'esperienza effettiva dell'altro (Fonagy & Luyten, 2009; Luyten & Fonagy, 2015).

4. cognitiva vs affettiva: un buon livello di mentalizzazione include una componente cognitiva, come la presa di prospettiva altrui e il ragionamento credenza-desiderio (la capacità di spiegare e predire il comportamento altrui grazie alla comprensione

dei suoi desideri e valori), e una affettiva, tipicamente ritracciabile nell'empatia e nell'affettività mentalizzata (Fonagy et al., 2002). Sembra che due sistemi distinti sottendano a queste qualità, rispettivamente la teoria della mente (ToM) che media le proposizioni agente-atteggiamento, e il sistema empatico (TESS) che utilizza proposizioni di stato autoaffettivo coerenti con lo stato emotivo presunto degli altri (nei soggetti psicopatici tale vincolo sembra essersi perso; Blair, 2008) (Fonagy & Luyten, 2009). Le rappresentazioni mentali di base più cognitiva sembrano appoggiarsi alla corteccia prefrontale mediale, mentre gli aspetti emotivi vengono elaborati da un sistema automatico e istintivo incarnato e lateralizzato. Sarebbe dunque la corteccia prefrontale ventromediale a dotare di connotazioni emotive le rappresentazioni mentali legate al sé e agli altri (Luyten & Fonagy, 2015).

Attualmente la ricerca si sta orientando verso una prospettiva socio-ecologica che integra al suo interno la biologia evoluzionistica, la comunicazione sociale e il contesto culturale allargato. L'elemento centrale di questo modello è il concetto di fiducia epistemica, ovvero la capacità di accogliere le conoscenze trasmesse dagli altri come affidabili, rilevanti per il sé e generalizzabili in altri contesti (Fonagy et al., 2017). Ed è qui che le prime esperienze di attaccamento giocano un ruolo fondamentale, aiutando il bambino a superare il suo naturale scetticismo per apprendere chi è affidabile, autorevole e competente (Fonagy et al., 2017; Luyten et al., 2020). Tale apprendimento non si limita alla sola relazione diadica ma fa affidamento al gruppo dei pari, la famiglia allargata, la comunità e più in generale le influenze socioculturali. Questo nuovo approccio consente di avere uno sguardo più ampio, in grado di comprendere come il contesto sociale e le norme culturali influiscano sullo sviluppo della fiducia epistemica e della mentalizzazione. Si va oltre alla semplice nozione di stili di attaccamento, qui interpretata come contesti di comunicazione sociale promossi da uno specifico ambiente familiare per funzionarvi all'interno. Affermando ciò le psicopatologie e i disturbi di personalità possono essere interpretati come strategie comunicative apprese in contesti sociali avversi o traumatici, dove la sfiducia verso gli altri era l'unica opzione di sopravvivenza ragionevole.

2.1.2 Lo sviluppo della capacità di mentalizzazione

Gli esseri umani nascono con una predisposizione innata alla mentalizzazione, tuttavia, la sua piena acquisizione non è garantita, ma dipende dalla qualità delle prime

relazioni di attaccamento. In particolar modo, un attaccamento sicuro tra bambino e *caregiver* rappresenta un mediatore essenziale. È in questo contesto che il bambino comincia ad esplorare e sviluppare capacità cognitive, sociali ed emozionali che gli permettono di navigare con successo nel mondo interpersonale. Ed è sempre nella relazione sicura che il bambino apprende che la propria mente non è una diretta replica del mondo reale ma una sua versione, anche se questo passaggio non sarà completo prima dei quattro anni di età (Fonagy & Target, 1998; Luyten & Fonagy, 2015, Luyten et al., 2020).

La sviluppo della mentalizzazione è un processo evolutivo che emerge da un insieme di caratteristiche che predispongono al coinvolgimento sociale e sono rintracciabili già a partire dalla prima infanzia (Allen et al., 2008). Tale sviluppo procede in parallelo con l'acquisizione del senso di *agency*, a sua volta intrecciato con l'elaborazione di un senso di sé distinto da quello degli altri, e viene declinato in cinque fasi progressive (Fonagy et al., 2002).

Le prime fasi dello sviluppo della mentalizzazione sono quella “fisica” e quella “sociale” e procedono quasi in contemporanea. Esse riguardano lo sviluppo nel neonato di un senso di sé e degli altri come agenti fisici e sociali. L'agente fisico contribuisce a costruire un senso di sé come autore di azioni e come influenza sugli oggetti esterni. Quello sociale comprende la consapevolezza che le manifestazioni comunicative messe in atto portano ad una reazione negli altri, ne è un esempio il bambino che sorridendo induce la madre a fare lo stesso (Allen et al., 2008).

A partire dai nove mesi i bambini cominciano a adottare una “prospettiva teleologica”, corrispondente alla terza fase di sviluppo, che li porta a credere che le azioni siano razionali e dirette verso un obiettivo specifico (Allen et al., 2008).

La quarta fase viene denominata “mentalizzante” e prende l'avvio durante il secondo anno di vita, quando i bambini cominciano a “mentalizzare la posizione teleologica” (Allen et al., 2008), quindi a sviluppare una comprensione mentalistica dell'azione orientata agli obiettivi. Se prima le loro aspettative si fondavano esclusivamente su aspetti osservabili, ora cominciano a intuire che le azioni sono governate da stati mentali intenzionali, la cui corrispondenza con la realtà non è scontata. A questa età si cominiano a sviluppare una serie di abilità cognitive pertinenti, seppure presenti ancora in forma rudimentale (Fonagy, 2006). Tra esse spiccano un'implicita comprensione della veridicità

delle credenze, l'impegno nel gioco simbolico e l'interpretazione delle azioni come frutto di desideri, bisogni e intenzioni. Inoltre, si può osservare la tendenza ad utilizzare un linguaggio adeguato a rappresentare gli stati mentali, che tuttavia faticano ancora a riconoscere come propri. Il confine tra mondo interno ed esterno rimane pertanto sfumato (Allen et al., 2008; Fonagy, 2006). Lo sviluppo di capacità rappresentazionali corrisponde alla liberazione della mente dalla realtà immediata (Perner, 1991), cosa che rende i bambini capaci di costruire più modelli mentali della stessa situazione in cui confrontare lo stato attuale con quello desiderato o la sequenza temporale degli eventi. Questa capacità è esemplificata in maniera ottimale dal gioco simbolico, in cui viene richiesto di rappresentare gli oggetti con declinazioni diverse dal reale, facendogli così acquisire un'esistenza mentale (Leslie, 1987).

L'ultima fase dello sviluppo della mentalizzazione viene definita "autobiografica". Intorno ai sei anni, il bambino è in grado di organizzare i ricordi delle proprie azioni ed esperienze in una narrazione autobiografica coerente e di interpretare i comportamenti come frutto non solo di stati d'animo transitori, ma anche come manifestazioni di caratteristiche stabili di personalità, ponendo così le basi per la costruzione di solido concetto di sé. Il raggiungimento dell'ultima tappa di questo processo evolutivo passa attraverso la meta-rappresentazione, ovvero la capacità cognitiva di rappresentare le rappresentazioni (o pensare ai pensieri) e riflettere sulle esperienze mentali proprie e altrui. La possibilità di riflettere in maniera più profonda sugli stati mentali favorisce lo sviluppo di competenze sociali che approfondiscono le relazioni e le donano una necessaria complessità (Allen et al., 2008).

Considerando vero il presupposto secondo cui la mente umana si sviluppa mediante la condivisione con l'altro, con un movimento da sociale a individuale, diverse esperienze infantili possono favorire lo sviluppo delle capacità di mentalizzare (Allen et al., 2008).

La regolazione emotiva gioca un ruolo centrale nello sviluppo della mentalizzazione. Essa deriva da un processo di rispecchiamento in cui le espressioni emotive del neonato suscitano un livello elevato ma imperfetto di responsività da parte del *caregiver*. Si tratta di un rispecchiamento "marcato" (Freeman, 2016), in cui l'adulto mostra al neonato di star rappresentando il suo stato emotivo, non esprimendo il proprio. Queste rappresentazioni fungono da base per mentalizzare le emozioni e, di conseguenza, per la

regolazione affettiva e il controllo degli impulsi. Da questo punto i sentimenti vengono riconosciuti, non per forza agiti, e possono essere condivisi (Allen et al., 2008).

Un altro processo fondamentale è quello dell'attenzione congiunta, che diventa sempre più complesso nel corso dello sviluppo. Si passa infatti da una prima forma di attenzione diadica, in cui il bambino si relaziona con la madre rispondendo al suo sguardo e cercando di indirizzarlo, ad una triangolazione che include il sé, l'altro e il mondo (Reddy, 2005). Mediante questo processo il bambino comincia a sviluppare un senso di condivisione e confronto dell'esperienza con un'altra persona. Questo consente l'emergere di una prima forma di autoconsapevolezza di sé come una persona tra le persone, di essere simile all'altro poiché mentalizzato dall'altro (Tomasello, 1999).

Il linguaggio e la mentalizzazione evolvono influenzandosi vicendevolmente in quanto l'acquisizione linguistica richiede l'attenzione congiunta e la comprensione di un'intenzione comunicativa (Tomasello, 1999); a sua volta, le capacità linguistiche consentono una mentalizzazione esplicita, insieme a un quadro concettuale raffinato per articolare gli stati mentali e ragionare su di essi, quindi meta-rappresentarli (Allen et al., 2008).

Infine, l'ultimo processo che favorisce lo sviluppo della mentalizzazione è l'insegnamento pedagogico, ovvero un insegnamento implicito da parte del *caregiver* sugli stati mentali, che consente di costruire un senso di sé e regolare le emozioni in modo coerente (Fonagy et al., 2007).

2.1.3 Modalità di funzionamento pre-mentalizzanti

Le forme di funzionamento pre-mentalizzanti sono modalità di rappresentazione della realtà psichica che i bambini utilizzano per dare un senso al mondo interno ed esterno prima di sviluppare la piena mentalizzazione. Esse sono: la modalità di equivalenza psichica, la modalità del far finta e la modalità teleologica (Allen et al., 2008; Freeman, 2016; Luyten et al., 2020).

Nella modalità di equivalenza psichica il bambino equipara il mondo esterno a quello interno, rendendolo il frutto della mente che lo rappresenta. Sentimenti e fantasie sono esperiti al pari della realtà, non come una rappresentazione mentale di essa (Fonagy et al., 2002), rendendo i bambini molto piccoli afflitti da paure derivanti della loro stessa immaginazione. A questo livello non sono in grado di riconoscere che fenomeni mentali

come pensare, conoscere e sognare sono generati dalla loro stessa mente. Da ciò deriva l'idea che le proprie esperienze siano note anche agli altri.

La modalità del far finta rappresenta un'evoluzione della modalità psichica, poiché il bambino impara a disconnettere l'esperienza interiore da quella esteriore (Fonagy, 2006). Si tratta di una liberazione dallo stato in cui si trovava in precedenza, che gli consente di rompere la specularità delle due realtà (Leslie, 1987). Il bambino comincia a mostrare una prima comprensione degli stati mentali, anche se permane una componente di irrealtà dettata dal mancato collegamento con la stessa (Allen et al., 2008).

Nella modalità teleologica le azioni intenzionali e dirette ad un obiettivo sono considerate in grado di influenzare significativamente gli stati mentali ed essi vengono validati solo quando si ottiene un riscontro nella realtà esterna, attraverso manifestazioni visibili e concrete. Di conseguenza, l'espressione dei propri sentimenti, bisogni e desideri passa dal comportamento, osservabile e tangibile, non dalla verbalizzazione (Allen et al., 2008). Un chiaro esempio di questa modalità di funzionamento psichico è l'autolesionismo dei pazienti con borderline, che ricorrono a gesti autolesivi poiché incapaci di mentalizzare ed esprimere a parole le proprie emozioni (Fonagy, 2006).

Nel corso dello sviluppo queste modalità di funzionamento psichico si integrano gradualmente, dando origine alla mentalizzazione. È a questo punto che i bambini imparano a riconoscere che pensieri, sentimenti ed emozioni sono rappresentazioni della realtà (a differenza della finzione), non delle sue copie fedeli (a differenza dell'equivalenza psichica) (Bateman & Fonagy, 2016/2019). Considerare la mente rappresentazionale e il mondo come due entità distinte, permette di riconoscere che le azioni degli altri sono comprensibili dati i loro stati mentali e, allo stesso tempo, che anche gli altri interpretano sé stessi in questo modo. Questa duplice consapevolezza sostiene l'esistenza del sé come agente mentale, rappresentando la piena fioritura dell'esperienza del sé come oggetto di attenzione congiunta (Peter, 1991; Tomasello, 1999).

Queste tre modalità non sono esclusive della prima infanzia, potrebbero infatti riemergere quando ci si trova ad affrontare contesti relazionali emotivamente intensi (Freeman, 2016). Ed in ogni caso tutti regrediamo quotidianamente alla modalità di equivalenza psichica mondo-mente durante i sogni (Fonagy, 2006).

2.1.4 Fallimenti della mentalizzazione

I fallimenti nella mentalizzazione si verificano quando la capacità di interpretare i propri e altrui stati mentali viene compromessa, ma può indicare anche una riluttanza o incapacità di impegnarsi nell'attività richiesta. In letteratura sono state individuate due tipologie distinte: l'ipermentalizzazione e l'ipomentalizzazione, entrambe implicate nella vulnerabilità alla psicopatologia (Fonagy & Luyten, 2016; Fonagy et al., 2002).

Originariamente definita “pseudomentalizzazione” (Allen et al., 2008) per via del suo legame con la mentalizzazione e la contemporanea mancanza di alcune caratteristiche chiave, l'ipermentalizzazione consiste nella creazione di modelli mentali complessi che non hanno riscontri empirici (Fonagy & Bateman, 2016). Definita anche “un eccesso di teoria della mente” o “un *bias* nella lettura della mente” (Sharp et al., 2025), si manifesta come un'eccessiva e inaccurata attribuzione degli stati mentali altrui che frequentemente esula in interpretazioni affrettate ed erronee della situazione corrente. Tali interpretazioni hanno spesso carattere malevolo, soprattutto nei soggetti con BPD, come dimostrato da diversi studi condotti usando il test di Rorschach, il *Thematic Apperception Test* e altri metodi narrativi (Fonagy & Luyten, 2009). Inoltre, l'ipermentalizzazione implica una sovrainterpretazione dei propri stati mentali e una confusione con quelli degli altri, conducendo ad una risonanza iperattiva ed esagerata nelle relazioni. L'ipermentalizzazione è per sua natura un *deficit* metacognitivo, poiché impedisce il raggiungimento di rappresentazioni di secondo ordine che consentono di mettere in discussione le proprie convinzioni, rendendo impossibile discernere tra realtà e rappresentazione (Sharp et al., 2025). Il lavoro terapeutico con pazienti che interpretano la realtà in questi termini è spesso insignificante, poiché le discussioni sugli stati mentali sono scollegate dall'esperienza reale.

Al contrario, l'ipomentalizzazione riflette l'incapacità di costruire modelli mentali complessi della propria o altrui mente (Fonagy & Bateman, 2016). Si rileva una scarsa consapevolezza dell'opacità degli stati mentali, che può essere espressa in maniera carente (limitata, concreta, circoscritta ad uno stimolo) o eccessiva (quando la funzione riflessiva oltrepassa il probabile). Le narrazioni dell'individuo tendono perciò ad essere rigide, semplicistiche e ampiamente basate su aspetti comportamentali e osservabili. Si rileva infatti una notevole associazione tra questo fallimento e il ricorso alla modalità di equivalenza psichica (Luyten et al., 2020; Katznelson, 2014; Slade, 2005). La letteratura

dimostra una grande associazione tra l'ipomentalizzazione e alcuni disturbi psicologici, tra cui l'autismo, la psicopatia e i disturbi della condotta (Sharp et al., 2025).

Questi fallimenti sono riconoscibili nello *screening* condotto tramite il *Reflective Functioning Questionnaire* (RFQ-8) (Fonagy et al., 2016; Morandotti et al., 2018). Alti punteggi nella scala di certezza sugli stati mentali sono indice di una mentalizzazione eccessiva ma inaccurata, quindi una forma di ipermentalizzazione; al contrario, alti punteggi nella scala dell'incertezza, indicano una mancanza di riconoscimento degli stati mentali, tipica dell'ipomentalizzazione.

2.2 L'EMPATIA: DEFINIZIONE E MODELLI TEORICI

Una primitiva concezione dei processi empatici può essere rintracciata negli scritti di Freud (1899) inerenti all'identificazione isterica. In questo fenomeno di espressione della sofferenza altrui mediante i propri sintomi, Freud non legge una mera imitazione, bensì un meccanismo di appropriazione profonda dell'esperienza altrui, resa possibile dal riconoscimento di una comune esperienza emotiva. Esplorando queste manifestazioni, Freud comincia a delineare una forma preliminare del fenomeno che prenderà poi il nome di empatia. Il termine "empatia" origina nell'ambito della filosofia estetica di fine Ottocento, in cui il concetto di *Einfühlung*, letteralmente "sentire dentro", viene coniato per esprimere il sentimento di proiettare i nostri stati interiori sull'oggetto esterno (Vischer, 1872). Successivamente, Theodore Lipps (1905) riprese questo concetto per evidenziarne il senso di condivisione affettiva. Specifica, infatti, che il godimento estetico non deriva dall'oggetto in quanto tale, ma dalle proiezioni dei propri vissuti su di esso. Un processo di immedesimazione esteso anche alla comprensione dei sentimenti altrui. La traduzione in inglese "*empathy*" viene introdotta pochi anni dopo da Titchener (1909), per definire il fenomeno che ci consente di entrare in sintonia con gli altri. Tuttavia, tale definizione possiede ancora una connotazione estetica, legata al concetto di imitazione attraverso il corpo di quanto colto nell'oggetto di interesse. In ambito psicologico l'empatia assume centralità grazie agli studi di Carl Rogers (1959; 1975) che la definisce come una condizione fondamentale della relazione terapeutica, in quanto permette una comprensione degli stati del paziente scevra di ogni tipo di giudizio personale. Si tratta di comprendere il mondo del paziente "come se" fosse il proprio, mantenendo una distanza che facilita il processo di cambiamento. Il ruolo che l'empatia riveste nel processo terapeutico viene rimarcato anche da Kohut (1986) che la definisce come una

capacità innata di sperimentare la vita interiore di un'altra persona in maniera attenuata. Un'esperienza di introspezione vicaria che nel *setting* psicoanalitico consente al terapeuta di partecipare all'auto-osservazione del paziente e, di conseguenza, del suo percorso di cambiamento. L'empatia diventa quindi strumento per accedere alle emozioni e al mondo interiore dell'altro, creando con lui un legame.

Nel corso del tempo diversi autori hanno cercato di identificare le caratteristiche predominanti dell'empatia, fornendone un gran numero di definizioni basate su presupposti e approcci anche molto diversi tra loro. Ad oggi, la comunità scientifica è giunta ad una sorta di accordo. Si considera l'empatia come un processo costituito da tre componenti: a) una risposta affettiva verso l'altra persona, che può implicare la condivisione del suo stato emotivo; b) la capacità cognitiva di assumere la prospettiva di un'altra persona; c) alcuni meccanismi di regolazione che rintracciano l'origine del sentimento (distinzione tra sé e gli altri) (Decety & Jackson, 2004).

2.2.1 Il costrutto di empatia: diverse prospettive teoriche

Con l'evolversi della riflessione teorica, il concetto di empatia si è ampiamente diffuso e differenziato in una pluralità di prospettive parzialmente stratificate, che si appoggiano alla psicologia, le scienze sociali e negli ultimi anni alle evidenze derivanti dalle neuroscienze, soprattutto grazie alla scoperta del sistema dei neuroni specchio. Ciascuno dei modelli teorici ne evidenzia specifiche componenti e modalità di funzionamento.

In una fase iniziale si prediligeva una visione affettiva dell'empatia, considerata come un'esperienza di pura condivisione. Tuttavia, negli anni a venire, il calo di interesse per gli studi concernenti le emozioni ha portato al prevalere di un approccio cognitivo che da lettura del fenomeno empatico come di uno strumento in grado di guidare nella comprensione del pensiero, le intenzioni e le emozioni altrui. Oggi, lo scontro tra queste due visioni è stato in parte superato, si tende infatti a preferire un approccio che integri le diverse dimensioni (Albiero & Matricardi, 2006). Tra i primi a dare un contributo per costruire la visione multidimensionale dell'empatia, spicca Norma Feshbach (1978), che propose un modello tridimensionale, così composto: l'abilità di individuare e riconoscere le emozioni degli altri nelle varie situazioni; il *perspective e role taking*; e la capacità di condivisione vicaria. I primi due aspetti rappresentano presupposti cognitivi, mentre il terzo contribuisce a collocare l'empatia in una dimensione emotiva. In questa trattazione, la consapevolezza diventa elemento portante, subordinando così l'affettività alla

cognizione (Albiero & Matricardi, 2006). Un altro importante modello multicomponentiale è quello di Hoffman (2000, 2001), che si focalizza nello specifico sulla connessione tra processi di empatia affettiva e comportamento prosociale, poiché sarebbe proprio questa qualità a guidare nel compiere scelte moralmente accettabili. La sua controparte cognitiva entra in gioco solo in un secondo momento, quando il bambino apprende la distinzione tra sé e l'altro, rendendo possibili forme più evolute di empatia. Nei primi giorni di vita il bambino mostra infatti risposte empatiche esclusivamente affettive, riconducibili al fenomeno del contagio emotivo (chiamato "empatia globale" o "*distress* empatico globale"), che evolvono progressivamente verso modalità più mature. Il modello, oltre alla dimensione affettiva e cognitiva, aggiunge anche una componente motivazionale che si sostanzia nella messa in atto di comportamenti di aiuto che riducono la sofferenza dell'altro, sottolineando nuovamente la centralità degli aspetti morali in tutto il modello. Un altro modello evolutivo è quello di Stayer (1987a) che considera l'empatia come un processo costituito dall'intersezione delle due componenti. L'empatia si sviluppa nel tempo, in parallelo allo sviluppo cognitivo del bambino. Si passa perciò da una risposta semplice e immediata, in cui si osserva spesso confusione tra quello che appartiene a sé e all'altro, ad una forma più consapevole derivante dalla separazione tra i due agenti. In questo modello, l'empatia è analizzata soprattutto come processo intrapsichico cognitivo-affettivo. L'attenzione è rivolta ai meccanismi di riconoscimento e condivisione dell'esperienza altrui all'interno del soggetto, lasciando la dimensione interpersonale poco esplorata. In una sorta di ponte tra queste due visioni, si colloca il modello psicosociale di Davis (1980, 1983) che introduce esplicitamente sia gli aspetti cognitivi che quelli affettivi, così come la dimensione interpersonale, in una visione concettualmente più articolata e accompagnata da uno strumento standardizzato per la valutazione del grado individuale di empatia: l'*Interpersonal Reactivity Index* (IRI). L'idea alla base di questo approccio multidimensionale è che l'empatia può essere considerata come un insieme di costrutti, correlati in quanto connessi alla reattività verso gli altri, ma chiaramente distinguibili tra loro. Nello specifico vengono identificate quattro componenti, tradotte poi in quattro sotto-scale specifiche. Le prime due hanno natura prettamente cognitiva, le seconde riguardano le componenti affettive:

1. *Perspective taking*: la tendenza a adottare spontaneamente il punto di vista degli altri. Assumere la prospettiva altrui è la base per la messa in atto di un

comportamento non egocentrico, ovvero un comportamento che subordina il sé alla società comunitaria (Piaget, 1932; Mead, 1934 citato da Davis, 1983). Sarebbe questa capacità a consentire di anticipare il comportamento e le emozioni altrui, rendendo le relazioni interpersonali fluide e gratificanti

2. *Fantasy*: la tendenza a trasportare la propria capacità d'immaginazione nei sentimenti e azioni di personaggi di finzione di libri, film e commedie
3. *Empatic concern* (considerazione empatica): i sentimenti di simpatia e preoccupazione per le altre persone
4. *Personal Distress*: i sentimenti "orientati sul sé" di ansia e disagio personale che emergono in situazioni di sofferenza/difficoltà degli altri. Questo può dare origine a comportamenti di allontanamento fisico o psicologico per ridurre la sensazione di disagio, compromettendo la capacità di costruire e mantenere relazioni sociali soddisfacenti

Negli ultimi anni, lo studio dell'empatia si è progressivamente orientato verso l'integrazione di approcci psicologici e neuroscientifici. In questa cornice si colloca il modello proposto da Decety e Jackson (2004) che risulta compatibile sia con le teorie umanistiche e psicodinamiche, secondo cui l'empatia sarebbe una capacità innata di sperimentare la vita interiore degli altri mantenendo una certa obbiettività, sia con l'approccio comportamentale, che vede l'empatia come una capacità comunicativa (Carlozzi et al., 2002). Vengono perciò integrate le evidenze derivanti dalle scienze dello sviluppo, la psicologia sociale e cognitiva e le neuroscienze, in tre componenti che interagiscono dinamicamente tra loro per consentire l'esperienza empatica (Decety & Jackson, 2004):

1. Rappresentazioni condivise tra sé e gli altri: questa componente si basa sull'accoppiamento percezione-azione, un meccanismo per cui la percezione di un dato comportamento in un individuo attiva in automatico le proprie rappresentazioni di tale comportamento. Idea supportata da diverse evidenze neuroscientifiche, secondo cui l'osservazione e l'esecuzione di un'azione attivano le medesime aree cerebrali (corteccia premotoria, lobulo parietale, cervelletto), in una corrispondenza parziale che consente distinguere il sé dall'altro. Un'attivazione che non deriva dall'esperienza ma è rintracciabile fin dai primi momenti di vita, predisponendo il neonato a interagire con l'ambiente e con gli

altri. Inserendo queste evidenze nella *Common Coding Theory* (Prinz, 1997), secondo cui percezione e azione condividono lo stesso formato rappresentazionale, è possibile affermare che la comprensione del comportamento altrui proviene dall'interno, come forma di imitazione di qualcuno che viene percepito simile a sé. Lo stesso principio accompagna anche l'esperienza emotiva; infatti, la percezione delle emozioni attiva i meccanismi che le producono. Nel corso dello sviluppo queste tendenze automatiche all'imitazione dell'altro per connettersi affettivamente (contagio emotivo), si raffinano in forme più sofisticate. Nei primi mesi il bambino mostra una sintonizzazione emotiva con la madre, dai dieci mesi compare il riferimento sociale, ovvero la ricerca di segnali emotivi nell'altro per risolvere situazioni incerte, e a partire dai due anni si cominciano a manifestare comportamenti empatici prosociali, come aiutare e consolare l'altro. Le rappresentazioni condivise fungono da ponte funzionale tra l'informazione in prima e in terza persona. Tuttavia, non sono sufficienti per raggiungere una matura comprensione empatica, possibile solo quando si riconosce la reale distinzione tra le due e si giunge ad una necessaria regolazione (Decety & Jackson, 2004).

2. Consapevolezza di sé e dell'altro come esseri distinti: l'empatia presuppone autoconsapevolezza, intesa come capacità di diventare oggetto della propria attenzione e sperimentare un senso di continuità psicologica nello spazio e nel tempo. Dall'autoriconoscimento deriva inoltre la consapevolezza introspettiva dei propri stati mentali e la possibilità di attribuirli agli altri, rendendo la rappresentazione di sé un aspetto essenziale per l'esperienza empatica. I bambini mostrano una prima forma di consapevolezza già nell'infanzia, che si estende poi verso gli stati mentali altrui. In particolare, a partire dal secondo anno di vita i due sviluppi procedono in parallelo, grazie alla capacità di rappresentazione secondaria, alla comparsa della teoria della mente e al perfezionarsi delle funzioni esecutive. Si osserva infatti un generale miglioramento nell'autocontrollo e nella comprensione degli stati mentali dal quarto anno di età (Decety & Jackson, 2004).
3. Flessibilità mentale e regolazione delle emozioni: questa componente riguarda la capacità di *perspective taking*, strettamente connessa alla regolazione emotiva. Adottare il punto di vista dell'altro è un aspetto essenziale dell'empatia (Batson, 1991a, 1991b; Batson et al., 2003), una prospettiva che emerge gradualmente nel

corso dello sviluppo con delle prime evidenze rintracciabili a diciotto mesi. Tuttavia, gli esseri umani mostrano una naturale tendenza all'egocentrismo cognitivo, un *bias* per cui si assume che le altre persone abbiano le stesse conoscenze e pensieri. Questo modo di funzionare preclude l'empatia, che richiede di riconoscere la somiglianza con l'altro e allo stesso tempo la separazione da esso. Una buona regolazione emotiva è ciò che consente di sentire in maniera adeguata, mantenendo un equilibrio tra coinvolgimento e distanza, in assenza del quale l'empatia sarebbe preclusa (Decety & Jackson, 2004).

Questo modello evidenzia inoltre che i *deficit* empatici non provengono da un'unica causa, ma possono manifestarsi in diverse forme a seconda della componente macrofunzionale compromessa.

Sempre rimanendo nel campo delle neuroscienze, particolare rilevanza viene attribuita allo studio del sistema dei neuroni specchio, un meccanismo neurofisiologico considerato fondamentale per comprendere le intenzioni altrui e apprendere attraverso l'imitazione (Rizzolatti & Craighero, 2004). Si registra infatti un'attivazione indifferenziata durante l'esecuzione e l'osservazione di un'azione, così come quando si prova un'emozione in prima persona o la si ritrova negli altri. Il sistema specchio consentirebbe quindi una "simulazione interna" delle emozioni altrui grazie alla quale la comprensione dell'altro passa attraverso una conoscenza personale diretta, non alla sola inferenza logica e razionale. Assumendo questa prospettiva, si può considerare il meccanismo dei neuroni specchio come una delle basi neurobiologiche dell'empatia affettiva (Gallese, 2001).

Un ulteriore contributo rilevante è fornito da James Blair (2005), che, nell'ambito delle neuroscienze cognitive, si propone di differenziare l'insieme di funzioni generalmente raccolto sotto il termine "empatia". L'autore considera infatti l'empatia come un costrutto composto da tre differenti forme:

1. la teoria della mente o empatia cognitiva: la capacità di rappresentarsi gli stati mentali altrui
2. l'empatia motoria: la tendenza a imitare e sincronizzare automaticamente le espressioni facciali, i vocalizzi e i movimenti con quelli di un'altra persona
3. l'empatia affettiva: la reazione emotiva allo stato emotivo altrui

Ognuna di esse si appoggia a simili substrati neurali, localizzati a livello della corteccia temporale superiore; tuttavia, sono individualmente spostate su aree leggermente

differenziate, andando ad operare in maniera distinta dalle altre. La parziale indipendenza tra le tre è da considerarsi durante la valutazione delle compromissioni empatiche di specifiche popolazioni psichiatriche.

2.2.2 Empatia cognitiva ed empatia affettiva

Come anticipato nei paragrafi precedenti, l'empatia è considerata un costrutto complesso, all'interno del quale si distinguono primariamente una componente cognitiva e una affettiva.

L'empatia cognitiva riguarda la dimensione intellettuale di “sapere” cosa prova l'altra persona, ovvero di comprendere gli stati mentali e le emozioni altrui senza necessariamente risuonare sul piano emotivo (Baron-Cohen, 2011). In alternativa, viene definita come l'abilità di assumere il ruolo dell'altro attraverso le capacità immaginative, al fine di comprenderne e predire i comportamenti ed emozioni (Dymond, 1949 citato da Davis, 1983) e l'abilità intellettuale di assumere la prospettiva dell'altro e mentalizzare (de Waal, 2007). Tale processo richiede l'accesso a funzioni cognitive complesse (Shamay-Tsoory et al., 2009), ciascuna delle quali contribuisce specificatamente alla costruzione di una rappresentazione mentale dello stato altrui. Tra esse l'attenzione e la memoria di lavoro, necessarie per notare ed elaborare gli indizi situazionali di un'interazione sociale, nonché conservare e manipolare informazioni provenienti da molteplici fonti (espressione facciale, prosodia della voce, gesti fisici, contenuto del discorso). La capacità di ragionamento astratto, che consente di andare oltre al comportamento immediato dell'altra persona per formulare un'interpretazione di secondo ordine su motivazioni, prospettive e intenzioni (Rankin et al., 2005). E infine la flessibilità cognitiva, distinta nelle sue due componenti “reattiva” e “spontanea”. La prima si riferisce alla capacità di spostare l'attenzione per confrontare il proprio stato cognitivo ed emotivo con quello di un altro e successivamente formulare differenti ipotesi su esso, aggiornando continuamente il proprio modello di lavoro sulla base delle informazioni pervenute. La seconda, alla generazione spontanea di idee sui distinti stati mentali ed emotivi. Essa può essere anche rintracciata negli individui che mostrano una naturale propensione a immedesimarsi in situazioni e personaggi fittizi (Rankin et al., 2005), come indicato dalla scala “*fantasy*” dell'*Interpersonal Reactivity Index* (Davis, 1980, 1983). Per ultimo, il concetto di empatia cognitiva è strettamente connesso con quello di Teoria della Mente (ToM), tanto che alcuni autori li utilizzano come sinonimi. La sovrapposizione è in realtà

solo parziale. La teoria della mente si riferisce all'abilità di rappresentare gli stati mentali dell'altro (Blair, 2005), per spiegarne e prevederne il comportamento. Mentre l'empatia cognitiva rimane ancorata all'esperienza soggettiva-emotiva dell'altro nei termini di *perspective-taking*, risultando una parte o applicazione della ToM (Decety & Jackson, 2004). Oltre configurarsi come una forma di empatia a sé stante, la capacità di rappresentare gli stati mentali altrui è considerata necessaria affinché si manifesti l'empatia emotiva (Blair, 2005; Feshbach, 1987). Una reale risposta empatica si ottiene solo mediante l'azione congiunta delle due componenti. Ne deriva che l'incapacità di rappresentazione dello stato mentale dovrebbe compromettere anche la risposta empatica (Feshbach, 1987).

L'empatia emotiva o affettiva è stata definita come una risposta vicaria alla percezione dell'esperienza altrui. Un processo interpersonale primitivo, che attraverso il meccanismo del contagio emotivo, produce un'attivazione simile a quella della persona osservata (Stotland, 1969 citato da Davis, 1983). Filogeneticamente il contagio emotivo è il primo sistema a svilupparsi, solo successivamente si passa per un meccanismo cognitivo di presa di prospettiva (de Waal, 2007). Il contagio emotivo o *distress* personale rappresenta una forma primitiva di empatia, rintracciabile già nei bambini molto piccoli. Si manifesta quando osservando il disagio dell'altro, l'individuo inizia a sentirsi turbato in prima persona. In questa fase il disagio osservato nell'altro diventa secondario al proprio, non essendo il bambino ancora in grado di distinguere tra i due soggetti. Con lo sviluppo di maggiori capacità cognitive, diminuisce e viene sostituito dalla preoccupazione emotiva, considerata la forma più matura di empatia affettiva (Davis, 1980). Raggiunto questo livello, la risposta emotiva si basa sul riconoscimento della sofferenza dell'altro e della maggiore rilevanza della sua esperienza (Rankin et al., 2005). Si manifestano quindi sentimenti orientati verso l'altro, nella forma di simpatia, calore e compassione (Davis, 1980). Affinché possa verificarsi una risposta emotiva coerente con l'esperienza dell'altro, il sistema di attivazione emotiva deve essere intatto. Questo non implica necessariamente che si osservi una risposta fisica. Una persona può provare empatia nei confronti degli altri anche senza che essa si traduca in comportamenti visibili ed espliciti. Tuttavia, nelle persone in cui si è sviluppata ai livelli più sofisticati, è comune che venga espressa, verbalizzata o mostrata attraverso azioni di aiuto (Rankin et al., 2005). In questa cornice teorica, l'empatia, almeno in riferimento alle espressioni facciali e alle

vocalizzazioni, rappresenterebbe la traduzione di un'esperienza soggettiva resa disponibile nel contesto relazionale (Blair, 2003). Le emozioni diventano mezzi per comunicare lo stato dell'individuo e la qualità del suo rapporto con l'ambiente e con l'altro. In particolare, paura, tristezza e gioia si configurano come rinforzi che influenzano la probabilità del verificarsi di un dato comportamento in futuro (Blair, 2003). Osservare un volto spaventato segnala che il nuovo stimolo è avverso e per tanto dovrebbe essere evitato; allo stesso modo un volto triste, funge da stimolo avversivo, scoraggiando le azioni che l'hanno causata nell'altro e motivando a comportamenti riparatori. Al contrario, le espressioni felici aumentano la probabilità di azioni che ne sono considerate la ragione. Le espressioni di rabbia contribuiscono a limitare il comportamento altrui quando regole o aspettative sociali sono violate. Tuttavia, tali modificazioni sono circoscritte alla situazione corrente poiché non trasmettono informazioni relative ad altre possibili strategie di risposta (Blair, 2003, 2005). In sintesi, l'empatia affettiva rappresenta una reazione emotiva automatica allo stato emotivo altrui, che genera nell'osservatore una risposta affettiva simile, rendendolo partecipe del suo vissuto (Decety & Jackson, 2004).

2.3 MENTALIZZAZIONE ED EMPATIA: IMPLICAZIONI PER IL FUNZIONAMENTO INTERPERSONALE

2.3.1 Mentalizzazione, empatia e teoria della mente

Diversi termini sono stati usati per coprire parti del concetto di mentalizzazione. Si pensi alle definizioni di lettura della mente, teoria della mente, metacognizione, funzione riflessiva, empatia, intelligenza emotiva e *insight*. Tuttavia, nessuno di essi raggiunge lo stesso valore.

Mentalizzazione ed empatia sono due concetti molto vicini tra loro, tanto che nel linguaggio comune sono spesso utilizzati in maniera interscambiabile. Tuttavia, una totale sovrapposizione risulta forviante. La mentalizzazione viene definita come “tenere la mente nella mente”, ovvero essere consapevoli degli stati mentali proprie e altrui, interpretando il comportamento di conseguenza (Allen et al., 2008). L'empatia, invece, è la spinta a identificare le emozioni e i pensieri di un'altra persona e l'atto di rispondervi con un'emozione appropriata (Baron-Cohen, 2003; 2005). A partire da questa prima definizione, è possibile identificare alcune differenze operative. La prima riguarda

l'oggetto di attenzione. Nel caso della mentalizzazione l'attenzione è posta in egual misura sul sé e sull'altro, mentre la capacità di empatizzare è tutta sbilanciata sull'altro. La seconda sul contenuto di tale interesse, che passa da essere quasi esclusivo sui sentimenti e gli stati emotivi nell'empatia, a include l'intera gamma degli stati mentali (sentimenti, bisogni, desideri, intenzioni) nel caso della mentalizzazione. In sintesi, l'empatia è il motore che consente di connettersi emotivamente agli altri, ma solo con la mentalizzazione tale connessione diviene un'esperienza ricca, flessibile e consapevole della realtà psicologica di ognuno. In questo senso, la mentalizzazione giunge a rappresentare un concetto più complesso e inclusivo della sola empatia.

La mentalizzazione ha radici profonde nella psicologia dello sviluppo, spesso esplorate in funzione della teoria della mente. Anche in questo caso i due termini sono stati frequentemente associati, ma presentano tre differenze concettuali. In primo luogo, la teoria della mente si concentra principalmente sullo sviluppo cognitivo, con particolare attenzione alla comprensione della natura rappresentazionale degli stati mentali e la loro relazione con il comportamento (Perner, 1991). In secondo luogo, la ricerca sulla ToM si è concentrata principalmente sull'interpretazione degli altri, non del sé. Per ultimo, la teoria della mente è considerata il prodotto in continua evoluzione dello sviluppo dell'attività di mentalizzazione. Pertanto, viene interpretata come un quadro concettuale per la stessa (Allen et al., 2008).

2.3.2 Mentalizzazione ed empatia nel comportamento sociale

L'essere umano è un animale sociale, naturalmente portato a riflettere sui pensieri, sentimenti e credenze dei propri simili. Poiché viviamo all'interno di un mondo sociale, la comprensione degli stati interni e le intenzioni delle altre persone è una componente critica per riconoscere e rispondere al comportamento umano (Baron-Cohen et al., 2005). Impegnarsi nella mentalizzazione può anche intensificare i sentimenti empatici verso le altre persone, così come la volontà di impegnarsi in comportamenti prosociali, anche quando a scapito dei propri interessi personali immediati (Majdandžić et al., 2016). Come dimostrato da alcuni studi, quando viene chiesto di assumere la prospettiva cognitiva o affettiva degli altri, si osserva un generale aumento dell'empatia autoriferita e del comportamento altruistico e un'inibizione delle azioni dannose, anche se ipotetiche. Questo suggerisce che la prosocialità sia connessa con il pensiero socio-cognitivo, quindi la considerazione delle esperienze soggettive altrui (Majdandžić et al., 2016). La

mentalizzazione riguarda inoltre meccanismi di auto-proiezione sugli altri allo scopo di trarre inferenze sui loro stati interni. Questa sovrapposizione delle rappresentazioni sé-altro influenzerebbe gli effetti della mentalizzazione sul comportamento. Allo stesso tempo, favorirebbe le risposte empatiche, poiché anche l'empatia si basa sulla costruzione di rappresentazioni condivise (Majdandžić et al., 2016). Il progressivo sviluppo della mentalizzazione, quindi l'aumento di sintonia e reattività emotiva allo stato dell'altro, funge da inibizione per l'aggressività. È la temporanea cecità mentale in cui si ricade quando la mentalizzazione fallisce a consentire queste azioni; infatti, risulta piuttosto difficile ferire una persona quando la si guarda negli occhi (Allen et al., 2008).

2.3.3 Alterazione nei processi di empatia e mentalizzazione nel disturbo antisociale di personalità

I *deficit* di empatia presenti nei soggetti con disturbo antisociale di personalità o psicopatia non riguardano una perdita totale della capacità empatica, piuttosto una dissociazione selettiva tra i diversi sistemi che la compongono. La loro mancanza di empatia sarebbe legata a un'elaborazione affettiva compromessa, a fronte di una preservata capacità di adottare la prospettiva altrui (Blair, 2005; Wai & Tiliopoulos, 2012; Jonason & Krause, 2013). Infatti, si ritiene che le persone con ASPD siano abili nel riconoscere le intenzioni degli altri, ma ignorino il loro contenuto emotivo, così da poterle sfruttare a proprio vantaggio (Decety & Jackson, 2004). Per attivare il proprio meccanismo di teoria della mente fanno dunque affidamento principalmente a *input* di natura cognitiva, non potendo simulare esperienze emotive che non provano. In riferimento alla teoria della mente molti studi storici non sembrano evidenziare compromissioni nei soggetti con tendenze antisociali (Blair, 2005); tuttavia, ricerche più recenti suggeriscono possibili difficoltà nelle componenti affettive e in compiti sociali più complessi (Dolan & Fullam, 2004; Flaaten et al., 2024). Per quanto riguarda invece gli aspetti affettivi, si rileva un ridotto condizionamento vicario, ovvero le risposte automatiche a stimoli associati al disagio altrui. Nello specifico si rilevano difficoltà nel percepire lo stato emotivo altrui, specialmente le emozioni di paura o tristezza (Blair, 2005). In tutti gli studi condotti, bambini e adulti psicopatici risultano incapaci di riconoscere le espressioni di paura. Queste difficoltà sono state associate ad alterazioni strutturali e funzionali dell'amigdala, area deputata a tali valutazioni, tra cui una riduzione volumetrica, e scarse attivazioni durante la memoria emotiva (Blair, 2005). Soggetti con

disturbo antisociale sottoposti a test neuropsicologici inerenti alle funzioni esecutive, hanno mostrato una prestazione generalmente carente (Decety & Jackson, 2004). In questo contesto le funzioni esecutive sono considerate necessarie per una condotta sociale accettabile e si ricollegano all'empatia mediante l'autoregolazione. Tra i meccanismi che subiscono un'interruzione vi è quello responsabile di inibire la violenza sulla base dei segnali di sofferenza altrui. Questo mal funzionamento risulta nella messa in atto di condotte sconvenevoli e violente. Con riferimento diretto alla violenza, distinta tra "reattiva" e "strumentale", il modello di empatia proposto da Decety e Jackson (2004) prevede che il primo caso sia determinato da una mancanza di controllo esecutivo, in particolare di autocontrollo, il secondo da disfunzioni nella condivisione delle emozioni.

Il profilo di funzionamento della mentalizzazione nel disturbo antisociale di personalità è caratterizzato da uno squilibrio specifico tra le diverse dimensioni. Infatti, possono addirittura essere migliori del normale nelle forme di mentalizzazione esternalizzata piuttosto che internalizzata, cognitiva piuttosto che affettiva, automatica piuttosto che controllata (Bateman & Fonagy, 2016/2019). Gli individui con ASPD mostrano un generale sbilanciamento verso una mentalizzazione automatica e impulsiva. Sebbene possano essere in grado di impegnarsi in forme più controllate ed esplicite, questa non appare reale o significativa perché non è radicata in una comprensione del contesto più ampio, basata sulla consapevolezza intuitiva degli stati mentali altrui. Le persone antisociali, anche quando formulano idee sugli altri, le avvertono come qualcosa di inaccurato, facendogli perdere la funzione regolatrice del comportamento. In riferimento a ciò, questi individui dimostrano una notevole capacità di lettura della mente altrui da un punto di vista cognitivo, senza alcun risvolto su quello emotivo, tanto da sfruttare queste abilità per scopi egoistici e manipolatori. Si dimostrano infatti incapaci di sviluppare una reale comprensione del mondo interiore proprio, come quello degli altri, rendendo sfuggente la possibilità di una vera empatia. Con la perdita del riconoscimento di una parte della mente altrui può essere messo in atto l'agito antisociale. Quando si perde la componente soggettiva dell'altro, quest'ultimo può essere ridotto a corpo o oggetto funzionale da sfruttare per il soddisfacimento di un proprio bisogno o il compimento di un'aggressione fisica. Nel caso specifico di questi soggetti il punto in cui viene posta l'attenzione nella dimensione sé-altro porta a risultati quasi invariati. Indipendentemente dal fatto che la mentalizzazione sia rivolta solamente sul sé o

sull'altro, il paziente costruirà modelli relazionali unilaterali e distorti, in cui l'interesse è verso il soddisfacimento dei propri bisogni. La maggior parte degli individui antisociali sembra mostrare una predilezione per gli indicatori esterni, piuttosto che gli stati interni. Questo non si traduce in un interesse per l'altra persona, poiché la risposta alle emozioni espresse esternamente è alquanto limitata. Come visto precedentemente, si rileva infatti una specifica incapacità di riconoscere le espressioni di paura e tristezza (Bateman & Fonagy, 2016/2019). Le caratteristiche specifiche del profilo antisociale riflettono un passaggio da modalità mentalistiche a modalità non mentalizzanti (o pre-mentalistiche) di percezione della realtà (Bateman & Fonagy, 2016/2019). Questo conduce a rappresentazioni interne distorte e disorganizzate, che generando un profondo disagio interiore affrontato come costante bisogno di esternalizzare aspetti alieni e autodistruttivi del sé (Bateman & Fonagy, 2012). Nell'ASPD il marcato ancoraggio alla modalità di equivalenza psichica si traduce in una iperreattività, comprensibile vista la serietà con cui vivono i propri e altrui sentimenti. In aggiunta, l'eccessiva enfasi su indicatori esterni, non verificata dalla riflessione, può generare aspettative disturbanti sugli stati intenzionali degli altri. La mancanza di rimorso per l'impatto delle loro azioni è riconducibile all'estrema dissociazione tra pensieri e sentimenti a cui si assiste con il riemergere della modalità di finzione. Il ricorso a questa modalità permette all'individuo di commettere violenza in modo distaccato, come se non ci fosse una vittima o la sua mente fosse così estranea da quella dell'aggressore da impedirne una continuità. L'attivazione della modalità di finzione fa inoltre sì che il rischio di essere scoperti appaia irrealistico e illusorio, dando al soggetto un estremo senso di sicurezza (Bateman & Fonagy, 2016/2019). Infine, il legame tra motivazione e concettualizzazione dell'azione in termini di obiettivi visibili è un ritorno al funzionamento teleologico, dove il fisico predomina sul mentale (Bateman & Fonagy, 2012).

2.3.4 Mentalizzazione come *target* di intervento

Il *Mentalization-Based Treatment* (MBT) è un intervento psicoterapeutico strutturato, sviluppato originariamente negli anni '90 per il trattamento di pazienti con disturbo borderline di personalità e successivamente adattato per una vasta gamma di disturbi affrontati in *setting* clinici (Fonagy & Bateman, 2006). Il fulcro del trattamento è la mente del paziente, guidata a riattivare la capacità di mentalizzazione quando persa, mantenerla quando presente e rafforzarla nei momenti di vulnerabilità. Esso prende forma nella

relazione di attaccamento sicura che si instaura con il terapeuta, come processo collaborativo in cui vengono valorizzati i pensieri e le esperienze di entrambi. Il terapeuta assume una posizione di “non-conoscenza”, un atteggiamento di genuino interesse per l’altro, di cui si cerca di comprendere la realtà soggettiva. Non si pone come guida assoluta, ma assicura che il processo rimanga una costruzione congiunta grazie al quale nessuno deve affrontare la propria mente da solo (Bateman et al., 2023).

Il trattamento MBT adattato per il disturbo antisociale (MBT-ASPD) è guidato da una logica che affonda nel profilo di funzionamento mentale specifico di questi soggetti. Il presupposto è che l’individuo antisociale viva in un mondo esperito come ostile, dove minaccia e violenza sono l’unico strumento efficace (ricorso a modalità teleologica) per controllare gli altri e costruire un senso di sé all’apparenza coerente. L’obiettivo primario diventa ridurre l’aggressione come via privilegiata di espressione, ampliando le capacità del paziente di identificare e riflettere sulle emozioni degli altri, di comprendere le esperienze altrui in relazione alle proprie e dell’impatto emotivo delle proprie azioni sugli altri. In generale, raggiungere una migliore comprensione delle dinamiche relazionali di cui sono partecipi. L’intervento MBT-ASPD viene svolto all’interno di gruppi di pari, per combattere l’iper-vigilanza epistemica che spinge questi individui a diffidare di ogni forma di autorità. In linea con il principio cardine della mentalizzazione, per cui un individuo è più propenso ad ascoltare e apprendere da persone ritenute simili a sé, tutti i componenti devono avere una diagnosi di disturbo antisociale che li ha portati a scontrarsi con il sistema giudiziario e devono aver sperimentato una sensazione di abbandono o esclusione sociale. Certificate queste condizioni, i pazienti hanno modo di ritrovare la propria storia riflessa in quella di qualcun altro, arrivando a sperimentare un senso di appartenenza e ingaggio sociale che supporta la mentalizzazione. Il gruppo diventa l’occasione in cui sperimentare le componenti interpersonali della mentalizzazione, prima nella forma di riconoscimento dei segnali esterni, poi nell’inferenza degli stati mentali che li alimentano, contrastando la tendenza ad attribuirli a intenzioni maligne. Inoltre, proiettare verso l’esterno la propria vulnerabilità e vederla riflessa dagli altri, permette di provare una prima forma di compassione per sé e poi per gli altri. In sostanza, la mentalizzazione potrebbe essere la chiave per ristabilire un senso di empatia affettiva, frequentemente dissociata da quella cognitiva in questi soggetti (Bateman & Fonagy, 2016/2019; Bateman et al., 2023).

CAPITOLO 3

LO STUDIO

3.1 INTRODUZIONE

La letteratura scientifica è concorde da anni nell'affermare che all'interno dei contesti detentivi vi sia una considerevole prevalenza di individui affetti da disturbi mentali (Rebbapragada et al., 2021). In questo contesto numerose ricerche hanno esplorato il rapporto tra specifiche psicopatologie e comportamento criminale, con una particolare attenzione all'impatto che i disturbi di personalità possono avere sulla commissione di reati. Il disturbo antisociale di personalità (ASPD) risulta avere i maggiori tassi di associazione con il comportamento criminale, con dati che indicano come il 47% della popolazione incarcerata maschile soddisfi i criteri per l'attribuzione dell'etichetta diagnostica (Fazel & Danesh, 2002). Tale associazione non si limita alla commissione univoca del reato ma si pone come fattore predisponente la recidiva, elevandone i tassi nei soggetti con diagnosi di ASPD rispetto ai detenuti in cui non viene diagnosticato (Martin et al., 2019). Si rendono dunque necessari trattamenti preventivi che lavorino sulle caratteristiche specifiche del disturbo per favorire la riduzione della violenza, lo sviluppo di capacità, l'acquisizione di competenze e il benessere emotivo, con il fine ultimo di un corretto reintegro nella società (Byrne, 2020).

Con queste premesse assume particolare valore il tema della mentalizzazione, definita come la capacità di interpretare le azioni proprie e altrui in termini di stati mentali intenzionali come desideri, bisogni, intenzioni, credenze e motivazioni (Bateman & Fonagy, 2016/2019). Nonostante la pluralità di modelli teorici incentrati sulla comprensione dei disturbi di personalità, è generalmente condivisa la visione secondo cui coerenti rappresentazioni di sé e degli altri e la capacità di attribuirvi stati mentali siano alla base della formazione di solidi legami sociali (Bateman & Fonagy, 2016/2019). Ne consegue che la mentalizzazione possa considerarsi direttamente connessa con l'emergere della patologia di personalità. Analizzando più nello specifico le polarità di cui si compone, sono esse automatica-controllata, orientamento sé-altro, orientamento interno-esterno, cognitiva-affettiva, Bateman e colleghi (2013) e successivamente Gagliardini e colleghi (2018) ipotizzano che i diversi quadri patologici siano interpretabili come risultato dello squilibrio di una o più polarità della stessa. Ulteriormente Luyten e colleghi (2020) interpretano la mentalizzazione come un fattore di vulnerabilità

transdiagnostico e transteoretico per la psicopatologia, per cui deficit temporanei o cronici della stessa sono rintracciabili in un'ampia gamma di disturbi. Ricalcando la prospettiva multidimensionale della mentalizzazione, i disturbi di personalità possono quindi essere riconcettualizzati come un insieme di dimensioni interagenti, piuttosto che categorie discrete (Gagliardini et al., 2023; Bateman et al., 2023).

La ricerca suggerisce che gli individui con disturbo antisociale di personalità presentano specifici deficit di mentalizzazione, che possono ridurre la reattività emotiva e aumentare la propensione verso comportamenti devianti (Byrne, 2020; Dolan & Fullam, 2004). In questa prospettiva, la mentalizzazione si porrebbe come fattore di inibizione della violenza interpersonale, lasciando presupporre che individui con una storia di comportamenti criminali antisociali e violenti presentino problemi nel decifrare accuratamente gli stati mentali (Byrne, 2020). A sostegno di questa ipotesi Newbury-Helps e colleghi (2017) hanno confrontato un campione di detenuti maschi che soddisfacevano i criteri dell'ASPD con un gruppo di controllo parzialmente abbinato. Nel gruppo dei detenuti si registrano prestazioni significativamente inferiori nei compiti di mentalizzazione, con specifiche compromissioni nell'assunzione di prospettiva, nella cognizione sociale e nella sensibilità sociale. Inoltre, negli autori di reato si osserva una tendenza all'ipomentalizzazione, ovvero un fallimento nel considerare gli stati mentali altrui, e un'ulteriore tendenza specifica verso la non-mentalizzazione, espressa nella forma di descrizioni delle intenzioni prive di *insight* psicologico. In linea con tali evidenze, Levinson e Fonagy (2004) hanno rilevato la presenza di deficit mentalizzanti nelle popolazioni antisociali, valutando in maniera diretta il funzionamento riflessivo di un campione di detenuti con disturbo antisociale di personalità. Questa tendenza è stata riscontrata anche effettuando valutazioni inverse. In assenza di abilità di mentalizzazione, i criminali ottengono punteggi più elevati nei tratti di ASPD e aggressività, lasciando presumere che una scarsa comprensione degli stati mentali apra la strada a condotte antisociali (Velotti et al., 2016; Velotti et al., 2019).

Ciononostante, alcuni autori hanno argomentato che i deficit riscontrati non interessano il livello empatico, ma rappresentino forme specifiche di disregolazione emotiva unite a difficoltà nell'elaborazione di stimoli negativi (Marsden et al., 2019). Questa prospettiva suggerisce la compresenza di punti di forza nella capacità mentalizzanti. Gli inganni e le manipolazioni frequentemente osservati in questi soggetti,

richiedono l'accesso alla mente dell'altro per comprendere le sue credenze ed in questo modo si qualificano come aree di mentalizzazione potenziate (Bateman & Fonagy, 2006, 2016/2019), seppur limitate e non generalizzabili a situazioni interpersonali complesse. I soggetti che mostrano questi tratti rientrano in un sottogruppo di pazienti con ASPD che presentano tratti psicopatici pronunciati, proponendo che questo secondo disturbo esemplifichi una compromissione parziale, ma fondamentale, della mentalizzazione definita "lettura della mente senza empatia" (Baron-Cohen, 2005).

Tali risultati suggeriscono l'esistenza di differenti profili di mentalizzazione all'interno della popolazione antisociale (Gagliardini et al., 2023; De Wit-De Visser et al., 2023), rendendo necessarie ulteriori ricerche empiriche per migliorare la comprensione del funzionamento della mentalizzazione di questi individui.

L'empatia, ovvero l'abilità di percepire i sentimenti di un'altra persona e riprodurre uno stato emotivo simile nel proprio corpo (Iacoboni, 2009), è strettamente associata ad atteggiamenti e comportamenti prosociali. La risonanza emotiva con l'altro riduce in generale la propensione a nuocere e suggerisce che gli individui che faticano a connettersi con le emozioni altrui potrebbero essere più inclini a commettere atti di violenza interpersonale (Decety & Yoder, 2016; L. E. Marshall & W. L. Marshall, 2011). Considerando l'empatia come uno costrutto multidimensionale distinto principalmente nelle componenti affettiva, legata al sentire vicario dell'emozione altrui, e cognitiva, relativa alla comprensione degli stati mentali dell'altro (Decety & Jackson, 2004), emergono pattern di compromissione non uniformi tra gli autori di reato.

All'interno della popolazione carceraria emerge una generale compromissione delle capacità empatiche, con deficit significativi per l'empatia cognitiva, ad indicare una difficoltà sistematica nel comprendere intellettualmente la prospettiva, i pensieri e le intenzioni altrui. Una mancanza da considerarsi come un fattore criminogeno di rischio specifico per la commissione di reati (van Langen et al., 2014).

Analizzando il profilo dei criminali condannati per reati a sfondo sessuale (ICSO), si osserva una presentazione unica rispetto ai restanti criminali violenti. Si riscontrano deficit a livello cognitivo, una carenza che potrebbe facilitare l'insorgere di fantasie devianti e l'evitamento della risposta negativa normalmente associata ad esse. Tuttavia, a questa compromissione si associa una capacità di prestare attenzione ai segnali inviati dagli altri, equivalente alla popolazione generale (Morrow, 2020). Inoltre, i dati derivanti

da una metanalisi hanno evidenziato che in specifici test, mostrano livelli di preoccupazione empatica superiori al gruppo di controllo dei non-criminali. Una prestazione che dimostrerebbe la loro capacità di distorcere e disattivare selettivamente queste tipologie di risposte (van Langen et al., 2014). A sostegno di quest'ultima ipotesi, Tibbels *et al.* (2022) hanno riscontrato minori risposte empatiche tra gli ICSO nei confronti delle vittime di violenza sessuale, in particolare delle proprie. In accordo con tali evidenze, è emersa un'associazione tra le componenti cognitive dell'empatia e alla commissione di reati sessuali nei confronti di minori (Schuler et al., 2024), lasciando presumere che difficoltà nella comprensione degli stati mentali e delle esperienze soggettive dell'altro possano rappresentare un importante fattore di rischio per *l'offending* sessuale.

In riferimento a individui con disturbo antisociale di personalità, diversi studi hanno verificato la presenza di un deficit selettivo dell'empatia cognitiva. Dalla somministrazione di test per l'autovalutazione delle componenti empatiche in un gruppo di pazienti diagnosticati con ASPD sono emersi livelli significativamente inferiori nella capacità di *perspective-taking* rispetto ai controlli. Mentre i punteggi delle scale affettive rimanevano nella norma (Yavuz et al., 2016).

Lo studio condotto da Campos e colleghi (2022) esplora i profili empatici nei soggetti antisociali e psicopatici, spesso erroneamente sovrapposti. Nel gruppo antisociale l'empatia affettiva risulta complessivamente intatta, mentre si osservano marcate difficoltà nello spettro cognitivo. Al contrario, gruppi con alti tratti psicopatici mostrano deficit significativamente più marcati nella componente affettiva. L'analisi dimensionale evidenzia come questo meccanismo sia sostenuto dai differenti tratti psicopatici: quelli definiti "*meanness*", corrispondenti al dominio "affettivo" della PCL-R (mancanza di rimorso, affettività superficiale, insensibilità e totale mancanza di empatia), guidano il deficit affettivo, quelli di "*boldness*" (dominanza sociale, coraggio e resilienza allo stress) mantengono intatta l'empatia cognitiva. Questa distinzione nel profilo psicopatico permette di dare una spiegazione al "paradosso dell'emozione": la capacità di manipolare il prossimo pur non riuscendo a connettersi (Campos et al., 2022).

La mentalizzazione e l'empatia sono costrutti frequentemente considerati in associazione tra loro, essendo intrinsecamente collegati alla possibilità di instaurare buone relazioni interpersonali e favorire le azioni prosociali. Tuttavia, si presentano come

percorsi parzialmente dissociati a livello interindividuale. Ne risulta che buone competenze in uno dei due domini, non sia predittivo di eguali prestazioni nell'altro. Difatti, performance comportamentali in compiti puramente cognitivi connessi alla teoria della mente, spesso non sono correlate alla capacità di risuonare affettivamente con gli altri (Kanske et al., 2016).

Tale evidenza sarebbe esemplificativa del funzionamento antisociale e psicopatico, in cui la presenza di adeguate capacità mentalizzanti non sempre conduce ad una risonanza emotiva con l'altro (Rabl et al., 2024). Evidenze convergenti emergono dallo studio di Winter e colleghi (2017) che, pur non esplicitando il termine psicopatia, identificano un profilo di dissociazione paradossale tra individui con una storia di aggressioni fisiche estreme, quali tentato omicidio o lesioni gravi. Questi soggetti mostrano una teoria della mente intatta, a cui si contrappone un marcato deficit nell'empatia affettiva, mediata dall'alessitimia, che gli impedisce di risuonare emotivamente con la vittima e mostrarle compassione. Un risultato parzialmente discostante è stato ottenuto da Chang e colleghi (2021), i quali ricavarono punteggi deficitati nei compiti empatici tra i soggetti psicopatici. Tale incongruenza viene spiegata da una mancanza di attivazione spontanea o deficit di propensione. Difatti, quando istruiti esplicitamente o motivati da un obiettivo personale, mostrano una performance cognitiva perfettamente integra, riuscendo a inferire su pensieri e attribuzioni altrui. Risultati concordi emersero in un precedente studio, nel quale è emerso che individui con tratti o sintomi antisociali posseggono capacità di comprendere gli stati mentali altrui come intenzionali, pur avendo capacità empatiche ridotte nei domini della condivisione affettiva e del contagio emotivo (Dolan & Fullam, 2004).

Entrambi i processi sono dunque considerati cruciali per una comprensione clinica completa dei pazienti e per il trattamento psicoterapeutico degli individui con disturbi antisociali di personalità (Bateman et al., 2013).

Il trattamento basato sulla mentalizzazione (MBT), sviluppato originariamente per il trattamento di pazienti con disturbo borderline di personalità, è stato poi adattato per una vasta gamma di disturbi affrontati in contesti clinici (Fonagy & Bateman, 2006). Quando utilizzato per il trattamento specifico del disturbo antisociale di personalità (MBT-ASPD) lo scopo è di aiutare i partecipanti a riconoscere ed esprimere i propri e altrui sentimenti, per ridurre il ricorso all'aggressività come meccanismo primario d'azione. In tal modo

verrebbe favorita la responsività empatica, migliori relazioni interpersonali, un aumento della coerenza del sé e il potenziamento della capacità di regolazione emotiva (Fonagy et al., 2025).

Nonostante tali evidenze, attualmente esistono pochi studi che indagano l'efficacia del trattamento MBT applicato al disturbo antisociale o più in generale alla popolazione forense. Tra essi, lo studio MOAM (*Mentalizing for Offending Adult Males*) è il primo che ne analizza l'efficacia su larga scala, evidenziando come primo effetto la riduzione dell'aggressività, poi la diminuzione dei sintomi antisociali e infine della recidiva, inseguito a diminuzione dell'incertezza sugli stati mentali. Precedentemente, un diverso studio aveva tracciato i benefici dell'MBT-ASPD nella riduzione dei comportamenti violenti, nonché delle sottoscale di depressione, ansia e ostilità (McGauley et al., 2011).

Ulteriori evidenze derivano da studi che prendono in considerazione pazienti con disturbo antisociale (ASPD) e disturbo borderline di personalità (BPD) in comorbidità, nei quali si osservano cali nei livelli di rabbia, ostilità e paranoia a seguito dell'intervento (Bateman et al., 2016). In particolare, lo studio condotto da Mohajerin e colleghi (2024) conferma una generale diminuzione nei tratti psicopatici, antisociali e borderline, a cui si aggiunge quella nella dimensione della regolazione della rabbia, degli impulsi e dei gesti autolesivi. Tuttavia, al follow-up di 36 mesi, circa il 90% dei partecipanti aveva riacquisito il proprio stato diagnostico originale. Tale regressione sembra dimostrare che protocolli di tipo cognitivo-comportamentale come l'UP (Unified Protocol For Transdiagnostic Treatment Of Emotional Disorders) risultano più efficaci se si considera il mantenimento nel lungo periodo (Mohajerin et al., 2024).

Miglioramenti nella mentalizzazione sono stati riscontrati anche in uno studio qualitativo tra criminali condannati per reati violenti o sessuali ricoverati presso una struttura psichiatrica forense (Ware et al., 2016). L'MBT ha potenziato la capacità di mentalizzare dei partecipanti, con un impatto diretto sulla gestione delle emozioni e del comportamento. Nello specifico, avrebbe aiutato nello sviluppo di un certo grado di empatia verso le vittime, attraverso l'elaborazione delle violenze passate e l'immedesimazione con le loro sofferenze, fungendo da barriera per i comportamenti a rischio. Inoltre, medesime considerazioni sul ruolo che una maggiore comprensione di sé e degli altri ha sullo sviluppo delle capacità empatiche e di regolazione emotiva sono state riscontrate tra uomini con diagnosi di ASPD in contesto di libertà vigilata (Thomas &

Jenkins, 2019). Una coerenza solamente parziale con questi dati deriva dallo studio di Boersma et al. (2026), i quali hanno rilevato una diminuzione del rischio di recidiva sessuale tra i condannati per tale crimine, nonostante i punteggi relativi all'empatia e alla reattività interpersonale rimanessero invariati.

3.2 OBIETTIVI

Il presente elaborato si pone come obiettivo principale quello di indagare la relazione esistente tra le capacità di mentalizzazione (certezza o incertezza sugli stati mentali e mentalizzazione come costrutto unidimensionale) e le diverse dimensioni dell'empatia (abilità immaginative, preoccupazione empatica, assunzione di prospettiva e disagio personale) all'interno della popolazione detenuta.

Per rispondere a questo obiettivo, l'indagine viene articolata in due studi complementari.

Studio A

Lo studio A si propone di giungere ad una comprensione più sofisticata del funzionamento psicologico della popolazione detenuta. Da un lato l'obiettivo è quello di approfondire le interazioni tra la mentalizzazione e l'empatia. Dall'altro, lo studio si propone di analizzare come tali costrutti si relazionano alla psicopatologia generale e alle problematiche di personalità antisociale.

Studio B

Lo studio B si propone di analizzare l'efficacia del Mentalization-Based Treatment for Antisocial Personality Disorder (MBT-ASPD) all'interno della popolazione detenuta. Nello specifico, l'obiettivo è quello di valutare i cambiamenti nei processi di mentalizzazione ed empatia, nonché nelle dimensioni della psicopatologia generale e alle problematiche di personalità antisociale.

3.3 IPOTESI

Studio A

1. Si ipotizza che le capacità di mentalizzazione e le dimensioni dell'empatia siano significativamente associate tra loro. In particolare, si ipotizza che a maggiori

difficoltà nella comprensione degli stati mentali corrispondano ridotte capacità empatiche.

2. Si ipotizza che la mentalizzazione sia significativamente associata alla psicopatologia generale, con maggiori difficoltà nella mentalizzazione associate a livelli più elevati di psicopatologia generale.
3. Si ipotizza che la mentalizzazione sia significativamente associata alle problematiche di personalità antisociale. Nello specifico, si ipotizza che una maggiore incertezza sugli stati mentali sia associata alla presenza di livelli più elevati di problematiche antisociali.
4. Si ipotizza che le dimensioni dell'empatia siano significativamente correlate con la psicopatologia generale e, in particolare, si prevede che difficoltà nella sfera empatica si associno a livelli più marcati di psicopatologia generale.
5. Si ipotizza che le dimensioni dell'empatia siano significativamente correlate alle problematiche di personalità antisociale, con una ridotta capacità empatica associata a problematiche antisociali più marcate. Più nel dettaglio, si ipotizza che queste compromissioni interessino prevalentemente le componenti cognitive dell'empatia.

Studio B

1. Si ipotizza che il gruppo di partecipanti al Mentalization-Based Treatment for Antisocial Personality Disorder (MBT-ASPD) mostri un miglioramento della mentalizzazione e dell'empatia e una riduzione della sintomatologia associata alla psicopatologia generale e alle problematiche di personalità antisociale, al termine del trattamento.

3.4 PARTECIPANTI

3.4.1 Studio A

Per lo Studio A sono stati selezionati 120 detenuti presso la Casa Circondariale Torre del Gallo di Pavia, con un'età compresa tra i 19 e i 71 anni ($M = 40,0$ e $SD = 12,0$). Prima della somministrazione della batteria testate finalizzata a identificare la baseline (T0) di ogni partecipante, sono state raccolte informazioni utili alla descrizione del profilo sociodemografico individuale mediante un questionario costruito ad hoc.

Per quanto riguarda la nazionalità è emersa una prevalenza di soggetti italiani (73,3%), mentre la restante parte (26,7%) era proveniente da diversi paesi esteri, tra cui Albania,

Algeria, Brasile, Burkina Faso, El Salvador, Filippine, Francia, India, Libia, Marocco, Moldavia, Nigeria, Perù, Portogallo, Repubblica Domenicana, Romania, Russia, Senegal, Svizzera, Tunisia e Turchia. Tra questi soggetti, il 66,7% risultava celibe, il 17,5% divorziato, il 14,2% sposato e solamente l'1,7% vedovo, corrispondente a due soggetti. Il livello di scolarizzazione appariva piuttosto carente, con una maggioranza di detenuti (41,7%) che avevano conseguito al massimo la licenza elementare o media. Il 25,8% aveva frequentato la scuola superiore senza ottenere un diploma, spesso decidendo di proseguire gli studi durante la detenzione, mentre il 22,5% aveva anche conseguito il titolo di studi superiori. Un solo soggetto (0,8%) aveva proseguito con un corso specialistico o un diploma successivo alla maturità. Solo una ristretta minoranza aveva proseguito gli studi intraprendendo un percorso universitario con una laurea breve o specialistica. Per entrambe le opzioni si contano quattro soggetti, corrispondenti al 3,3% del campione. Da questa suddivisione vengono esclusi tre soggetti (2,5%): il primo con un diploma di terza superiore, il secondo impegnato nel conseguimento di una laurea, mentre l'ultimo senza alcun titolo di studio.

Dal lato penale, è possibile distinguere i reati all'interno di quattro categorie specifiche. La prima, che comprende più della metà del campione (54,2%), riguarda i reati contro la persona, ovvero omicidio, tentato omicidio, lesioni, maltrattamenti, rissa, molestie sessuali, violenza sessuale, tentata violenza, stalking, sequestro di persona e pedofilia. Seguono i reati contro il patrimonio (28,3%) tra cui furto, rapina, truffa, ricettazione ed estorsione; i reati contro la salute pubblica (13,3%) principalmente legati spaccio di sostanze stupefacenti; infine, i reati contro la pubblica autorità, quali la resistenza o l'aggressione di un pubblico ufficiale (0,8%). Si considera ulteriormente una quinta categoria a cui afferiscono quattro soggetti (3,3%): due per cumulo di pena, uno per la violazione delle norme dell'affidamento in prova al servizio sociale (art.47 dell'ordinamento penitenziario) e uno per mancata specificazione del reato. La natura del crimine e l'esigenza di garantire l'incolumità della persona determinano l'assegnazione a specifiche sezioni del carcere. Si distinguono perciò i detenuti definiti "comuni", corrispondenti al 50,0% del campione, dai "protetti" (50,0%) tra cui rientrano i collaboratori di giustizia, gli ex appartenenti alle forze dell'ordine, persone con gravi difficoltà psicologiche o comportamentali e persone con un orientamento sessuale o un'identità di genere differente.

Per quanto concerne l'esperienza detentiva, il 51,7% dei soggetti aveva già scontato fino a 12 mesi di detenzione, il 22,5% tra i 13 e i 24 mesi, il 17,5% tra i 25 e i 60, il 7,5% tra i 61 e i 120 e solo un soggetto aveva scontato oltre ai 120 mesi (0,8%). Considerando invece la pena residua, il 22,5% aveva ancora da scontare fino a 12 mesi di detenzione, il 15,8% tra i 13 e i 24, il 29,2% tra i 25 e i 60, il 15,0% tra i 61 e i 120, e solo il 2,5% oltre i 120. Il restante 15,0% risultava ancora in attesa di giudizio o con una condanna non definitiva. Sebbene questi dati prendano in considerazione esclusivamente la condanna attualmente in corso, è merso un tasso di recidiva del 49,2%, a indicare che parte del campione aveva già avuto pregresse esperienze di detenzione o era venuto in contatto con il sistema carcerario a causa della detenzione di un familiare (3,0%).

Infine, è stata indagata l'assunzione di farmaci psichiatrici tra i detenuti, i cui risultati mostrano una situazione abbastanza equilibrata, con il 49,6% dei soggetti sotto terapia farmacologica e il 50,4% che non assumeva alcun farmaco. Analizzando i profili più nello specifico, risulta che il 31,4% assumeva ansiolitici o ipnotici, spesso per ovviare a problematiche legate al sonno, il 2,5% antidepressivi, il 2,5% antipsicotici, il 5,0% farmaci adibiti alla disintossicazione da oppioidi o alcol, il 3,3% stabilizzatori dell'umore e lo 0,8% farmaci psichiatrici non specificati. I farmaci venivano spesso assunti in associazione per trattare problematiche in comorbidità.

Tabella 1

Partecipanti studio A

<i>Variabile</i>	<i>N = 121 (%)</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Età		39,9	11,9
Nazionalità			
Italiana	89 (73,6%)		
Altro	32 (26,4%)		
Stato civile			
Celibe	81 (66,9%)		
Sposato	17 (14,0%)		
Divorziato	21 (17,4%)		
Vedovo	2 (1,7%)		
Livello di istruzione			
Licenza elementare o media	51 (42,1%)		
Studi superiori senza diploma di maturità	31 (25,6%)		
Diploma di maturità	27 (22,3%)		
Diploma di maturità	1 (0,8%)		
Corso/diploma post maturità	4 (3,3%)		
Laurea breve	4 (3,3%)		
Laurea specialistica	3 (2,5%)		
Altro			

Reato	
Reati contro la persona	66 (54,5%)
Reati contro il patrimonio	34 (28,1%)
Reati contro la salute pubblica	16 (13,2%)
Reati contro la pubblica autorità	1 (0,8%)
Non specificato	4 (3,3%)
Regime detentivo	
Detenuti nella sezione comune	61 (50,4%)
Detenuti nella sezione protetti	60 (49,6%)
Pena scontata	
0-12 mesi	62 (51,2%)
13-24 mesi	28 (23,1%)
25-60 mesi	21 (17,4%)
61-120 mesi	9 (7,4%)
Oltre 120 mesi	1 (0,8%)
Pena da scontare	
0-12 mesi	27 (22,3%)
13-24 mesi	19 (15,7%)
25-60 mesi	35 (28,9%)
61-120 mesi	18 (14,9%)
Oltre 120 mesi	4 (3,3%)
In attesa di giudizio / Non definitiva	18 (14,9%)
Recidiva	59 (48,8%)
Precedenti detentivi nel nucleo familiare	44 (34,4%)
Assunzione di psicofarmaci	
Ansiolitico / Ipnotico	38 (31,4%)
Antidepressivo	3 (2,5%)
Antipsicotico	3 (2,5%)
Disintossicazione da oppioidi o alcol	6 (5,0%)
Stabilizzatore dell'umore	4 (3,3%)
Non specificato	1 (0,8%)

3.4.2 Studio B

Per lo Studio B erano originariamente stati considerati 13 soggetti che avevano partecipato al trattamento MBT-ASPD. Tuttavia, due sono stati scarcerati o trasferiti durante il periodo di svolgimento del trattamento, mentre altri tre, pur avendo partecipato a tutto il ciclo previsto, sono stati scarcerati prima di effettuare la seconda rilevazione (T1), portando il campione finale a 8 soggetti. Gli otto soggetti, di età compresa tra i 20 e i 61 anni ($M = 39,8$, $SD = 15,3$), sono stati selezionati tra i detenuti della sezione protetta della Casa Circondariale Torre del Gallo di Pavia.

Dal punto di vista demografico, si rilevano diverse similitudini con quanto evidenziato in T0. Il campione era quasi interamente composto da uomini di nazionalità italiana (87,5%), con un solo soggetto (12,5%) proveniente da un paese straniero: l'India. Tra questi soggetti il 50,5% era celibe, mentre il 25,0% era sposato e divorziato. Il profilo

scolastico del campione si distribuiva dalla licenza elementare o media (37,7%), agli studi superiori senza diploma di maturità (12,5%), al conseguimento del titolo di studi superiori (37,7%), fino al conseguimento di una laurea specialistica (12,5%).

Avendo estratto i partecipanti unicamente dalla sezione dei protetti, i reati erano nel 75,0% contro la persona (omicidio, violenza sessuale, maltrattamenti e pedopornografia) e il restante 25,0% contro il patrimonio (estorsione e alterazione di assegni).

Per quanto concerne l'esperienza detentiva, buona parte del campione aveva già scontato tra i 13 e i 24 mesi di detenzione (62,5%), il 25,0% fino ai 12 mesi e un solo soggetto (12,5%) oltre a 120 mesi. Considerando invece la pena residua, il 37,5% aveva ancora da scontare fino a 12 mesi di detenzione, il 25,0% tra i 25 e i 60 mesi, il 25,0% tra i 61 e i 120 mesi e infine, il 12,5% oltre ai 120 mesi. È interessante notare che tutti i soggetti presi in esame si trovavano alla prima esperienza detentiva, registrando un tasso di recidiva pari allo 0%. Tuttavia, nel 37,5% dei casi il detenuto riferiva la presenza di precedenti detentivi nel proprio nucleo familiare.

In merito all'assunzione di farmaci psichiatrici, è emersa una situazione sostanzialmente equilibrata. Risulta infatti che precisamente il 50,0% dei soggetti stava attualmente seguendo una terapia farmacologica, a scopo ansiolitico/ipnotico o antipsicotico (25,0%), spesso in associazione. Mentre, la restante metà dichiarava di non assumere alcun farmaco psichiatrico.

Tabella 2

Partecipanti Studio B

<i>Variabile</i>	<i>N = 8 (%)</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Età		39,8	15,3
Nazionalità			
Italiana	7 (87,5%)		
Altro	1 (12,5%)		
Stato civile			
Celibe	4 (50,5%)		
Sposato	2 (25,0%)		
Divorziato	2 (25,0%)		
Livello di istruzione			
Licenza elementare o media	3 (37,5%)		
Studi superiori senza diploma di maturità	1 (12,5%)		
Diploma di maturità	3 (37,5%)		
Laurea specialistica	1 (12,5%)		

Reato	
Reati contro la persona	6 (75,0%)
Reati contro il patrimonio	2 (25,0%)
Regime detentivo	
Detenuti nella sezione protetti	8 (100%)
Pena scontata	
0-12 mesi	2 (25,0%)
13-24 mesi	5 (62,5%)
Oltre 120 mesi	1 (12,5%)
Pena da scontare	
0-12 mesi	3 (37,5%)
25-60 mesi	2 (25,0%)
61-120 mesi	2 (25,0%)
Oltre 120 mesi	1 (12,5%)
Recidiva	0 (0%)
Precedenti detentivi nel nucleo familiare	3 (37,5%)
Assunzione di psicofarmaci	
Ansiolitico / Ipnotico	2 (25,0%)
Antipsicotico	2 (25,0%)

3.5 PROCEDURE

3.5.1 Studio A

La selezione dei 120 partecipanti allo studio è stata svolta in collaborazione con gli psicologici penitenziari della Casa Circondariale Torre del Gallo di Pavia, facendo riferimento a specifici criteri di inclusione ed esclusione. Nello studio sono stati inclusi soggetti con diagnosi di disturbo antisociale di personalità (ASPD), quando diagnosticato, o più in generale con marcati comportamenti antisociali. Sono stati invece esclusi i detenuti con problematiche psichiatriche e psicopatologiche in comorbidità, con particolare attenzione per i disturbi della sezione “Disturbi dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici” del DSM-5-TR, coloro che non possedevano una conoscenza linguistica adeguata o le abilità cognitive necessarie per la comprensione delle domande.

La partecipazione è avvenuta su base volontaria, previa acquisizione di consenso informato e dell'autorizzazione al trattamento dei dati. La batteria di test è stata somministrata individualmente, garantendo l'anonimato di tutti i partecipanti, presso uno studio collocato nell'infermeria centrale o in una sala colloqui del padiglione C (area deputata alla detenzione dei soggetti “protetti”). Per la compilazione è stato utilizzato un tablet in modalità offline, precedentemente approvato dalla direzione carceraria, su cui era installata l'applicazione Qualtrics XM. La somministrazione è generalmente avvenuta in sessioni uniche della durata di 60-90 minuti, con possibilità di estendere il tempo o

terminare in due incontri separati. La scelta di una interruzione e successiva ripresa è avvenuta sulla base delle esigenze specifiche del detenuto. Nonostante la natura autosomministrata della batteria testale, la maggior parte dei partecipanti ha richiesto l'ausilio del ricercatore per la lettura delle domande e il supporto alla compilazione. Si riportano tuttavia casi di autocompilazione.

3.5.2 Studio B

Il campione di 13 detenuti è stato estratto da un gruppo più ampio di partecipanti sottoposti a trattamenti MBT-ASPD nei periodi ottobre-novembre e gennaio-marzo. I gruppi erano costituiti da dieci partecipanti, da cui sono state rispettivamente estratte otto e cinque persone. La scelta di estromettere i restanti detenuti dallo Studio B è stata effettuata sulla base di due fattori: partecipazione pregressa agli interventi e prima rilevazione (T0) effettuata con una diversa batteria testale rispetto a quella attualmente utilizzata.

I detenuti che hanno partecipato all'intervento appartenevano alla sezione "protetti" della Casa Circondariale Torre del Gallo di Pavia. La scelta di limitarsi a quest'unica sezione è stata presa per garantire il rispetto delle procedure di sicurezza interne alla struttura e consentire così un corretto svolgimento delle operazioni.

Il Mentalization-Based Treatment (MBT) è stato condotto da uno psichiatra-psicanalista supervisore MBT accreditato dal British Psychoanalytic Council di Londra, insieme a tre collaboratrici che potessero aiutarlo a mantenere una fluidità nelle discussioni. L'obiettivo primario del trattamento MBT è promuovere una maggiore consapevolezza degli stati mentali alla base dei comportamenti propri e altrui. Quando applicato all'ASPD il lavoro è ulteriormente incentrato sul favorire un apprendimento interpersonale che consenta non solo la riduzione dei comportamenti violenti, ma la trasformazione dell'identità e delle narrazioni personali grazie agli scambi con l'altro. Rafforzando la fiducia epistemica, le relazioni prosociali e la sensibilità degli effetti delle proprie azioni sugli altri, il paziente sviluppa progressivamente un senso di sé più flessibile e orientato alla collaborazione, riducendo l'impulso di tradurre immediatamente gli stati interni negativi in azioni. Se efficace questo consentirà un migliore adattamento sociale e rispetto delle regole, siano esse imposte dalla società esterna o dal regime carcerario. Per ottenere questi cambiamenti il ciclo di interventi si organizza in due fasi. I primi due incontri hanno l'obiettivo di fornire una cornice teorica che espliciti i principi

della mentalizzazione, dando significato all'intervento a cui si prenderà parte. A partire dal terzo incontro, ai partecipanti viene chiesto un maggiore coinvolgimento personale, invitandoli a condividere esperienze ed episodi per loro significativi. Nonostante i due cicli abbiano proseguito con un andamento indipendente, è possibile rintracciare la presenza di tematiche ricorrenti: preoccupazione per la propria famiglia, timore del rientro in società e dello stigma a cui si verrà sottoposti, senso di ingiustizia rispetto alla propria condanna, paura della morte, critiche all'ambiente carcerario e alla poca attenzione che viene loro rivolta, difficoltà di convivenza in un ambiente saturo. Portate alla luce queste problematiche, il clinico ha accolto e ascoltato le sofferenze dei partecipanti, guidandoli verso un'interpretazione più mentalizzata ed efficace della loro condizione. I partecipanti hanno riferito una certa difficoltà nel partecipare attivamente a discussioni che richiedevano un forte coinvolgimento personale. Tuttavia, con il progredire degli incontri, il consolidarsi delle relazioni e lo sviluppo di un senso di appartenenza e fiducia hanno favorito una maggiore apertura anche da parte di coloro che erano inizialmente più diffidenti. Riconosciuti i benefici dell'intervento, i detenuti hanno espresso la volontà di partecipare a successivi incontri.

Gli incontri, della durata di un'ora, si sono svolti con cadenza settimanale presso il teatro della struttura penitenziaria. L'adesione al trattamento è stata tendenzialmente continuativa: nove dei soggetti presi in esame si sono presentati a tutti gli incontri previsti, due si sono assentati per un unico incontro. I restanti due soggetti hanno avuto la possibilità di prendere parte ad un unico incontro poiché scarcerati o trasferiti presso una diversa struttura detentiva.

Al termine del trattamento ai detenuti che hanno preso parte all'intervento è stato chiesto di compilare nuovamente la batteria testale. Causa scarcerazioni o trasferimento solo con 8 detenuti è stata possibile la seconda rilevazione (T1). Le modalità di somministrazione, le tempistiche e gli spazi utilizzati rimangono invariati rispetto alla fase iniziale.

3.6 STRUMENTI

3.6.1 Achenbach System of Empirically Based Assessment - Adult Self Report

L'Achenbach System of Empirically Based Assessment – Adult Self Report (ASEBA – ASR; Achenbach & Rescorla, 2003) è un questionario *self-report* utilizzato per valutare

il funzionamento psicopatologico dell'adulto. Esso si compone di 126 item che indagano comportamenti, pensieri e sentimenti avuti dai partecipanti nei sei mesi precedenti alla compilazione. Tenendo conto di questo lasso di tempo viene chiesto di esprimere il proprio accordo su una scala Likert a tre punti: 0 = non è vero; 1 = abbastanza vero; 2 = molto vero.

L'ASEBA – ASR comprende otto scale sindromiche: ansia/depressione, ritiro sociale, lamentele somatiche, comportamento aggressivo, comportamento di trasgressione delle regole, intrusività, problemi di pensiero e problemi di attenzione. Accorpendo le prime tre scale (ansia/depressione, ritiro sociale, lamentele somatiche) si ottiene una scala generale delle problematiche internalizzanti; unendo comportamento aggressivo, comportamento di trasgressione e intrusività, se ne ottiene una per quelle esternalizzanti. Tra queste scale ve ne è anche una per “altre problematiche”, in cui vengono inseriti 23 item non riconducibili a nessuna sindrome, e una scala che misura il funzionamento adattivo, i cui item vengono esclusi dalle analisi. Il punteggio totale per la psicopatologia dell'adulto si ottiene sommando le scale internalizzati, esternalizzati, problemi di pensiero e problemi di attenzione. Per consentire un'interpretazione standardizzata e clinicamente significativa, i punteggi grezzi ottenuti dalla somma dei vari item vengono convertiti in punti T. In tale sistema, un punteggio T inferiore a 60 è considerato nella norma, tra 60 e 63 nella fascia clinica borderline e quando superiore a 63 nel range clinico.

Oltre alle scale sindromiche, l'ASEBA – ASR include sei scale DSM – oriented che si pongono come punto di contatto tra le valutazioni soggettive dei problemi e il sistema nosografico categoriale. Tali scale comprendono: problemi depressivi, problemi d'ansia, problemi somatici, problemi di personalità evitante, problemi da deficit di attenzione/ipervattività e problemi di personalità antisociale. Analogamente alle scale sindromiche, anche i punteggi delle scale DSM – oriented vengono convertiti in punti T con range normale inferiore a 65, borderline tra 65-69 e clinico quando superiore a 70.

3.6.2 Interpersonal Reactivity Index

L'*Interpersonal Reactivity Index* (IRI; Davis, 1980, 1983) è un questionario *self-report* composto da 28 item che a gruppi di sette possono essere distinti in quattro sotto-scale, ognuna delle quali rappresenta uno specifico aspetto del concetto globale di empatia. Questo test misura la responsività empatica del soggetto integrando le componenti cognitive, intese come capacità di comprendere e concettualizzare la prospettiva e gli stati

mentali dell'altro, e quelle affettive di risposta istintiva alle loro emozioni (Singer & Klimecki, 2014). Le prime due scale rappresentano pertanto gli aspetti cognitivi, le seconde quelli affettivi. La scala della *perspective taking* (PT) valuta la tendenza ad assumere spontaneamente la prospettiva degli altri (item 3, 8, 11, 15, 21, 25, 28); la scala *fantasy* rimarca la tendenza ad immedesimarsi nelle azioni e sentimenti di un personaggio fittizio (item 1, 5, 7, 12, 16, 23, 26); la scala *empathic concern* (EC) (item 2, 4, 9, 14, 18, 20, 22) valuta i sentimenti di simpatia e preoccupazione verso l'altro; infine, la scala *personal distress* (PD) (item 6, 10, 13, 17, 19, 24, 27) misura i sentimenti di ansia e disagio personale che la persona sperimenta quando si trova in situazioni interpersonali difficili.

Ai partecipanti viene richiesto di indicare in quale misura ogni item li descrive, scegliendo una risposta su una scala Likert a cinque punti, da A “non mi descrive bene” a E “mi descrive bene”. Le risposte vengono ricodificate in un punteggio numerico secondo la logica A=0, B=1, C=2, D=3, E=4; ad eccezione degli item 3, 4, 7, 12, 13, 14, 15, 18, 19 il cui punteggio è invertito, pertanto A=4, B=3, C=2, D=1, E=0. Alti punteggi nella scala PT sono indicativi di buone abilità interpersonali (bassa vanità e aggressioni verbali), alta autostima e sensibilità verso gli altri; mentre punteggi ai limiti inferiori denotano una prospettiva egocentrica. La scala FT correla in maniera modesta con l'intelligenza verbale e la tendenza alla reattività emotiva. La scala EC si collega positivamente a timidezza, ansia e sensibilità altruistica. Infine, si riscontra una forte correlazione tra la scala PD e bassa autostima, cattivo funzionamento interpersonale e una specifica costellazione emotiva di vulnerabilità, incertezza e paura.

3.6.3 Reflective Functioning Questionnaire – 8

Il *Reflective Functioning Questionnaire* (RFQ – 8; Fonagy et al., 2016) è un questionario *self-report* che valuta la capacità di mentalizzazione, ovvero di riflettere sugli stati mentali interni propri e altrui in termini di emozioni, desideri, obiettivi e atteggiamenti. Ai partecipanti viene chiesto di esprimere il proprio grado di accordo rispetto a 8 item utilizzando una scala Likert a sette punti che va da 1 “fortemente in disaccordo” a 7 “fortemente d'accordo”. Le risposte fornite consentono di delineare due dimensioni fondamentali sottostanti al funzionamento riflessivo: certezza o incertezza sugli stati mentali. Si definiscono quindi due scale, ciascuna composta dai 6 item che presentano il carico fattoriale più elevato sul rispettivo fattore. La scala che valuta la

“certezza sugli stati mentali” (RFQ_c) comprendere gli item RFQ_01, RFQ_02, RFQ_03, RFQ_04, RFQ_05, RFQ_06, i cui punteggi vengono ricodificati come 3, 2, 1, 0, 0, 0. Un basso grado di accordo su questa scala indica una mentalizzazione eccessiva ma inaccurata, quindi una possibile forma di ipermentalizzazione, mentre livelli più elevati ne descrivono una forma più autentica e genuina. La scala della “incertezza sugli stati mentali” (RFQ_u) comprende invece gli item RFQ_02, RFQ_04, RFQ_05, RFQ_06, RFQ_07, RFQ_08 a cui viene assegnato un punteggio di 0, 0, 0, 0, 1, 2, 3 e l’item RFQ_07 con punteggio di 3, 2, 1, 0, 0, 0. Punteggi estremi in questa scala indicano una quasi totale assenza di riconoscimento degli stati mentali (tipica dell’ipomentalizzazione), quando inferiori l’opacità degli stati mentali. Nonostante diversi autori abbiano sostenuto che lo strumento sia in grado di distinguere tra le due dimensioni (Badoud et al., 2015; Fonagy et al., 2016; Morandotti et al., 2018), recenti analisi sulla struttura fattoriale dell’RFQ ne evidenziano la natura unidimensionale legata esclusivamente al costrutto di ipomentalizzazione. Sembrerebbe infatti che la certezza sugli stati mentali non sia equiparabile alla tendenza a sovrainterpretarli (Müller et al., 2022; Woźniak-Prus et al., 2022).

3.7 ANALISI DATI

3.7.1 Studio A

Le analisi per lo Studio A sono state eseguite con Jamovi per macOS.

Per descrivere e sintetizzare le caratteristiche principali del campione sono state calcolate le statistiche descrittive.

Per analizzare le associazioni tra la mentalizzazione e l’empatia, prima è stata verificata l’assunzione di normalità dei dati (test di Shapiro-Wilk). Considerata la violazione di tale assunzione, sono state eseguite correlazioni bivariate di Spearman. Le medesime analisi sono state effettuate per indagare il ruolo della mentalizzazione e dell’empatia in relazione alla psicopatologia generale e alle problematiche di personalità antisociale.

Successivamente, per stimare l’effetto delle singole scale della mentalizzazione e dell’empatia sulle problematiche psicopatologiche generali e quelle legate alla personalità antisociale sono state eseguite molteplici regressioni lineari, di cui erano state

preliminarmente verificate le assunzioni di normalità (test di Shapiro-Wilk), di linearità e di omogeneità delle varianze (grafico dei residui).

Infine, si è deciso di valutare se l'effetto dell'empatia sulle problematiche psicopatologiche generali e quelle legate alla personalità antisociale subisca variazioni di intensità o direzione a causa di una terza variabile moderatrice rappresentata dall'incertezza sugli stati mentali. Verificate le assunzioni di normalità (test di Shapiro-Wilk), di linearità e di omogeneità delle varianze (grafico dei residui) e l'assenza di multicollinearità (VIF), si procede costruendo tre modelli di moderazione.

3.7.2 Studio B

Le analisi per lo Studio B sono state eseguite con Jamovi per macOS.

Per descrivere e sintetizzare le caratteristiche principali del campione sono state calcolate le statistiche descrittive.

Per accertare la significatività del campione dello studio A rispetto a quello dello studio B sono state condotte analisi preliminari per verificare le assunzioni di normalità (test di Shapiro-Wilk) e di omogeneità delle varianze (test di Levene). Considerato l'esito di tali verifiche si è proceduto con il test di Mann-Whitney.

Per valutare l'efficacia del trattamento, prima è stata accertata l'assunzione di normalità delle differenze tra i punteggi pre e post-intervento (T0 e T1) mediante il test di Shapiro-Wilk. Considerato l'esito di tale verifica si è proceduto con il test non parametrico di Wilcoxon al fine di confrontare i punteggi pre e post-intervento (T0 e T1) dei detenuti nella mentalizzazione, nell'empatia, nella psicopatologia generale e nelle problematiche di personalità antisociale. Vista la dimensione ridotta del campione (8 soggetti) si è deciso di calcolare la dimensione dell'effetto (r) per valutare l'entità del cambiamento osservato, in aggiunta alla significatività statistica.

3.8 RISULTATI

3.8.1 Studio A

La **tabella 3** riassume le statistiche descrittive di tutte le variabili prese in considerazione per questo studio. Sono esse la mentalizzazione, l'empatia, la psicopatologia generale e le problematiche di personalità antisociale.

In relazione alla mentalizzazione, valutata mediante RFQ – 8, si evidenzia un punteggio medio più elevato per la componente di certezza sugli stati mentali ($M = 1.18$, $SD = 0.83$),

rispetto a quella di incertezza ($M = 0.83$, $SD = 0.68$). La mentalizzazione viene esplorata anche come costrutto unidimensionale (RFQ_TOT) con $M = 26.83$, $SD = 10.01$.

L'empatia viene valutata nelle sue quattro componenti attraverso l'IRI. L'esame dei punteggi medi evidenzia la presenza maggiore dei tratti associati alla preoccupazione empatica ($M = 23.08$, $SD = 4.55$), seguiti dall'assunzione di prospettiva ($M = 17.47$, $SD = 5.76$), dalle abilità immaginative ($M = 14.33$, $SD = 6.33$) e dal disagio personale ($M = 7.68$, $SD = 5.69$).

Infine, il funzionamento psicopatologico, indagato mediante l'ASEBA – ASR, ha mostrato un punteggio medio di $M = 62.40$ con $SD = 11.64$ per la psicopatologia generale, un punteggio di $M = 63.65$ con $SD = 10.09$ per la sintomatologia internalizzante e di entità inferiore per quella esternalizzante con $M = 61.05$ e $SD = 12.09$. Inoltre, viene esplorata la dimensione delle problematiche di personalità antisociale che presenta un punteggio medio di $M = 63.00$ con $SD = 10.33$.

Tabella 3

Statistiche Descrittive

<i>Variabile</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Mentalizzazione (RFQ-8)		
Certeza sugli stati mentali (RFQ_C)	1.18	0.83
Incertezza sugli stati mentali (RFQ_U)	0.83	0.68
Capacità mentalizzanti (RFQ_TOT)	26.83	10.01
Empatia (IRI)		
Fantasy (FS)	14.33	6.33
Empathic concern (EC)	23.08	4.55
Perspective taking (PT)	17.47	5.76
Personal distress (PD)	7.68	5.69
Funzionamento psicopatologico (ASEBA – ASR)		
Sintomi internalizzanti (ASEBA_INT)	63.65	10.09
Sintomi esternalizzanti (ASEBA_EXT)	61.05	12.09
Psicopatologia (ASEBA_TOT)	62.40	11.64
Problematiche di personalità antisociale (ASEBA_ASPD)	63.00	10.33

La **Tabella 4** riporta i risultati del test di Shapiro-Wilk effettuato per valutare l'assunzione di normalità, effettuato preliminarmente alle correlazioni tra le variabili.

Il test di Shapiro-Wilk rileva violazioni della normalità nella certezza sugli stati mentali ($W = 0.95$, $p < .001$), nell'incertezza sugli stati mentali ($W = 0.93$, $p < .001$) e nelle capacità mentalizzanti come costrutto unidimensionale ($W = 0.98$, $p < .05$). Per l'empatia nelle

dimensioni di preoccupazione empatica ($W = 0.89, p < .001$), di assunzione di prospettiva ($W = 0.98, p < .05$) e di disagio personale ($W = 0.95, p < .001$). Inoltre, le violazioni della normalità erano presenti anche nelle problematiche di personalità antisociale ($W = 0.93, p < .001$).

Tabella 4

Test di Shapiro-Wilk

<i>Variabile</i>	<i>W</i>	<i>p</i>
Mentalizzazione (RFQ)		
Certezza sugli stati mentali (RFQ_C)	0.95	< .001
Incertezza sugli stati mentali (RFQ_U)	0.93	< .001
Capacità mentalizzanti (RFQ_TOT)	0.98	.027
Empatia (IRI)		
Fantasy (FS)	0.99	.416
Empathic concern (EC)	0.89	< .001
Perspective taking (PT)	0.98	.028
Personal distress (PD)	0.95	< .001
Funzionamento psicopatologico (ASEBA – ASR)		
Psicopatologia (ASEBA_TOT)	0.99	.213
Problematiche di personalità antisociale (ASEBA_ASPD)	0.93	< .001

Considerata la presenza di frequenti violazioni dell'assunzione di normalità, si decide di procedere sistematicamente con delle correlazioni bivariate di Spearman, un approccio non parametrico che non richiede il rispetto di tale assunzione.

La **Tabella 5** riassume i risultati che descrivono le correlazioni bivariate tra la mentalizzazione e l'empatia. Si osserva che le tre scale riferite alla mentalizzazione, certezza e incertezza sugli stati mentali e capacità mentalizzanti generali, correlano significativamente solamente con due capacità empatiche: *fantasy* e disagio personale.

La certezza sugli stati mentali correla significativamente e negativamente sia con *fantasy* ($r = -.20, p < .05$) che con il disagio personale ($r = -.50, p < .001$).

Nel caso dell'ipomentalizzazione, espressa come incertezza sugli stati mentali, le correlazioni assumono direzione positiva con $r = .30, p < .01$ per la scala *fantasy* e $r = .47, p < .001$ per il disagio personale. Analogamente le capacità mentalizzanti globali correlano positivamente con *fantasy* ($r = .26, p < .01$) e disagio personale ($r = .53, p < .001$). Non si osservano correlazioni significative tra la mentalizzazione e le capacità empatiche legate all'assunzione di prospettiva e alla preoccupazione empatica.

Tabella 5*Correlazioni Bivariate RFQ e IRI*

<i>Variabile</i>	<i>RFQ_C</i>	<i>RFQ_U</i>	<i>RFQ_TOT</i>	<i>FS</i>	<i>EC</i>	<i>PT</i>	<i>PD</i>
<i>RFQ_C</i>	-						
<i>RFQ_U</i>	-.65***	-					
<i>RFQ_TOT</i>	-.91***	.88***	-				
<i>FS</i>	-.20*	.30**	.26**	-			
<i>EC</i>	-.01	-.00	-.00	.33***	-		
<i>PT</i>	-.07	-.07	-.10	.34***	.49***	-	
<i>PD</i>	-.50***	.47***	.53***	.10	-.17	-.27**	-

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Note. RFQ_C = certezza sugli stati mentali; RFQ_U = incertezza sugli stati mentali; RFQ_TOT = Capacità mentalizzanti; FS = fantasy; EC = empathic concern; PT = perspective taking; PD = personal distress

I risultati che esprimono le correlazioni bivariate tra la mentalizzazione e l'empatia con la psicopatologia generale e, nello specifico, con le problematiche di personalità antisociale, sono riassunti nella **Tabella 6**.

La **Tabella 6** mostra una correlazione negativa tra la certezza sugli stati mentali sia con la psicopatologia generale ($r = -.50, p < .001$) che con le problematiche di personalità antisociale ($r = -.37, p < .001$). L'incertezza, al contrario, presenta correlazioni positive con la psicopatologia generale ($r = .62, p < .001$) e l'antisocialità ($r = .54, p < .001$). Le capacità mentalizzanti globali a loro volta correlano positivamente con entrambe le variabili ($r = .62, p < .001$; $r = .48, p < .001$).

Per quanto riguarda l'empatia, la preoccupazione empatica correla negativamente sia con la psicopatologia generale ($r = -.19, p < .05$) che con le problematiche antisociali ($r = -.38, p < .001$). Correlazioni negative sono rintracciabili analogamente tra l'assunzione di prospettiva e la psicopatologia ($r = -.26, p < .01$), anche quando nei termini di problematiche antisociali ($r = -.39, p < .001$). Il disagio personale correla invece positivamente sia con la psicopatologia ($r = .56, p < .001$) che con le problematiche di personalità antisociale ($r = .40, p < .001$). Infine, la scala *fantasy* presenta una unica correlazione significativa, di direzione positiva, con le problematiche psicopatologiche generali ($r = .21, p < .05$).

Tabella 6*Correlazioni Bivariate RFQ, IRI con ASEBA*

<i>Variabile</i>	<i>ASEBA_TOT</i>	<i>ASEBA_ASPD</i>
<i>RFQ_C</i>	-.50***	-.37***
<i>RFQ_U</i>	.62***	.54***

<i>RFQ_TOT</i>	.62***	.48***
<i>FS</i>	.21*	.09
<i>EC</i>	-.19*	-.38***
<i>PT</i>	-.26**	-.39***
<i>PD</i>	.56***	.40***

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Note. RFQ_C = certezza sugli stati mentali; RFQ_U = incertezza sugli stati mentali; RFQ_TOT = Capacità mentalizzanti; FS = fantasy; EC = empathic concern; PT = perspective taking; PD = personal distress; ASEBA_TOT = psicopatologia; ASEBA_ASPD = problematiche di personalità antisociale

Preliminarmente alle regressioni lineari sono state verificate le assunzioni di linearità e omogeneità delle varianze tramite il grafico dei residui e l'assunzione di normalità dei residui mediante il test di Shapiro-Wilk. Il test di Shapiro-Wilk ha rivelato che tutti i modelli rispettano tale assunzione per la psicopatologia generale. Tuttavia, erano presenti violazioni nelle relazioni tra diversi predittori e le problematiche antisociali. Tali violazioni interessano i predittori RFQ_C ($W = 0.97, p < .01$), RFQ_U ($W = 0.96, p < .01$), RFQ_TOT ($W = 0.98, p < .05$), EC ($W = 0.96, p < .001$) e PD ($W = 0.96, p < .001$). Nonostante le frequenti violazioni dell'assunzione di normalità dei residui, in accordo con il Teorema del Limite Centrale, che assicura la robustezza e la validità dei test inferenziali in presenza di campioni ampi, si decide di procedere con le analisi.

Al fine di verificare l'impatto delle diverse variabili sulle problematiche psicopatologiche generali e di personalità antisociale, è stata condotta una serie di modelli di regressione lineari semplici separati.

La **Tabella 7** riassume i coefficienti di regressione semplice per la predizione delle problematiche psicopatologiche generali. Si osserva che sei dei sette predittori considerati risultano statisticamente significativi.

L'incertezza sugli stati mentali (RFQ_U) è risultata il predittore con la capacità esplicativa più forte tra quelli analizzati, spiegando il 42% della varianza complessiva ($R^2 = .42, F(1, 118) = 86.1, p < .001$). L'RFQ_U esercita un effetto positivo e piuttosto robusto sulle problematiche psicopatologiche ($\beta = .65, p < .001$). Analogamente, è emerso un effetto positivo e piuttosto consistente per le capacità mentalizzanti generali (RFQ_TOT) con $\beta = .59, p < .001$. Tuttavia, l'effetto predittivo è decisamente inferiore alla sola scala dell'incertezza. L'RFQ_TOT spiega infatti il 34% della varianza complessiva ($R^2 = .34, F(1, 118) = 61.6, p < .001$). Al contrario, la certezza sugli stati mentali (RFQ_C) mostra una relazione significativa con effetto negativo rispetto all'esito

($\beta = -.47, p < .001$) e si dimostra in grado di spiegare solamente il 22 % della varianza ($R^2 = .22, F(1,118) = 34.0, p < .001$).

Per quanto concerne i predittori empatici, il disagio personale (PD) risulta essere quello con il peso maggiore, spiegando il 32% della varianza ($R^2 = .32, F(1,118) = 56.3, p < .001$) e generando un effetto positivo sulla variabile dipendente ($\beta = .57, p < .001$). Segue la dimensione *fantasy* (FS) che mostra un legame significativo e positivo, sebbene di piccola entità, con la psicopatologia generale ($R^2 = .05, F(1,118) = 5.83, p = .02, \beta = .22$). Infine, l'assunzione di prospettiva (PT) mostra un effetto predittivo di segno opposto e con entità inferiore ai precedenti ($R^2 = .04, F(1,118) = 4.27, \beta = -.19, p = .04$).

La preoccupazione empatica (EC) risulta essere l'unica variabile il cui effetto predittivo non è significativo per la dimensione psicopatologica generale.

Tabella 7

Coefficienti di Regressione Semplice per la Predizione di ASEBA_TOT

<i>Variabile</i>	<i>B</i>	<i>SE</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>	R^2	<i>F(1,118)</i>
<i>RFQ_C</i>	-6.62	1.64	-.47	-5.83	<.001	.22	34.0
<i>RFQ_U</i>	11.1	1.20	.65	9.28	<.001	.42	86.1
<i>RFQ_TOT</i>	0.68	0.09	.59	7.85	<.001	.34	61.6
<i>FS</i>	0.40	0.17	.22	2.41	.02	.05	5.83
<i>EC</i>	-0.33	0.23	-.13	-1.41	.16	.02	2.00
<i>PT</i>	-0.38	0.18	-.19	-2.07	.04	.04	4.27
<i>PD</i>	1.16	0.15	.57	7.50	<.001	.32	56.3

Note. RFQ_C = certezza sugli stati mentali; RFQ_U = incertezza sugli stati mentali; RFQ_TOT = Capacità mentalizzanti; FS = *fantasy*; EC = empathic concern; PT = perspective taking; PD = personal distress; ASEBA_TOT = psicopatologia

La **Tabella 8** riassume i coefficienti di regressione semplice per la predizione delle problematiche di personalità antisociale. A differenza del modello precedente, si osserva che tutti i predittori considerati esercitano un effetto statisticamente significativo sulla variabile dipendente.

In linea con quanto emerso per l'ASEBA_TOT l'incertezza sulla mentalizzazione (RFQ_U) rappresenta il predittore con la capacità esplicativa più forte, spiegando il 27% della varianza complessiva ($R^2 = .27, F(1, 118) = 44.5, p < .001$) ed esercitando un effetto positivo e robusto sulle problematiche antisociali ($\beta = .52, p < .001$). Un effetto positivo e consistente è emerso anche per le capacità mentalizzanti generali ($\beta = .46, p < .001$). L'RFQ_TOT si dimostra tuttavia in grado di spiegare una percentuale inferiore della varianza, il 21% ($R^2 = .21, F(1, 118) = 30.9, p < .001$). Per quanto riguarda la certezza

sugli stati mentali (RFQ_C) si osserva un'azione inversa con effetto negativo sulle problematiche antisociali ($\beta = -.35, p < .001$) ed una capacità predittiva notevolmente inferiore alle precedenti, il 12% ($R^2 = .12, F(1, 118) = 16.7, p < .001$).

Tra le capacità empatiche il disagio personale (PD) è quello con la capacità predittive maggiori, dimostrandosi in grado di spiegare il 17% della varianza complessiva ($R^2 = .17, F(1, 118) = 24.3, p < .001$). Il PD esercita un effetto positivo, sebbene moderato, sull'esito antisociale ($\beta = .41, p < .001$). Al contrario, sia l'assunzione di prospettiva (PT) che la preoccupazione empatica (EC) mostrano un significativo effetto predittivo negativo, associandosi ad una riduzione delle problematiche antisociali. Per il PT emergono valori di $R^2 = .13, F(1, 118) = 17.7, \beta = -.36, p < .001$, identici a quelli riscontrati per EC ($R^2 = .13, F(1, 118) = 17.7, \beta = -.36, p < .001$).

Tabella 8

Coefficienti di Regressione Semplice per la Predizione di ASEBA_ASPD

<i>Variabile</i>	<i>B</i>	<i>SE</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>	R^2	<i>F (1,118)</i>
<i>RFQ_C</i>	-4.37	1.07	-.35	-4.08	<.001	.12	16.7
<i>RFQ_U</i>	7.97	1.19	.52	6.67	<.001	.27	44.5
<i>RFQ_TOT</i>	0.47	0.08	.46	5.56	<.001	.21	30.9
<i>EC</i>	-0.82	0.20	-.36	-4.21	<.001	.13	17.7
<i>PT</i>	-0.65	0.15	-.36	-4.21	<.001	.13	17.7
<i>PD</i>	0.75	0.15	.41	4.93	<.001	.17	24.3

Note. RFQ_C = certezza sugli stati mentali; RFQ_U = incertezza sugli stati mentali; RFQ_TOT = Capacità mentalizzanti; EC = empathic concern; PT = perspective taking; PD = personal distress; ASEBA_ASPD = problematiche di personalità antisociale

Per valutare se l'effetto dell'empatia sulle problematiche psicopatologiche generali e quelle legate alla personalità antisociale (ASEBA_TOT, ASEBA_ASPD) subisca variazioni di intensità o di direzione a causa di una terza variabile moderatrice, l'incertezza sugli stati mentali (RFQ_U), vengono costruiti tre modelli di moderazione che ricalcano le relazioni dimostrate significative nelle precedenti correlazioni bivariate (presenti in **Tabella 5** e **Tabella 6**). Sono essi: $PD \rightarrow RFQ_U \rightarrow ASEBA_TOT$ (modello 1); $FS \rightarrow RFQ_U \rightarrow ASEBA_TOT$ (modello 2); $PD \rightarrow RFQ_U \rightarrow ASEBA_ASPD$ (modello 3).

Preliminarmente vengono verificate le assunzioni di linearità e omoschedasticità tramite il grafico dei residui e l'assunzione di normalità dei residui mediante il test di Shapiro-Wilk. Il test ha verificato il rispetto dell'assunzione di normalità per i modelli con esito la psicopatologia generale (modello 1: $W = 0.99, p = .46$; modello 2: $W = 0.99, p = .88$) e

una violazione in quello inerente alle problematiche di personalità antisociale (modello 3: $W = 0.99$, $p = .01$). Nonostante tale violazione, in accordo con il Teorema del Limite Centrale che assicura la robustezza e la validità dei test inferenziali in presenza di campioni ampi, si decide di procedere con le analisi. In aggiunta, viene verificata la collinearità tramite il *variance inflation factor (VIF)*, che rileva l'assenza di violazioni per i valori calcolati a scopo diagnostico tramite un modello di regressione lineare multipla con le variabili PD, FS e RFQ_U centrate (valori di *VIF* compresi tra 1.00 e 1.53).

Accertato il rispetto delle assunzioni statistiche si procede con le analisi utilizzando il modulo Gamlj del software Jamovi per l'estrazione dei coefficienti definitivi e delle pendenze semplici, utilizzando i punteggi originali delle variabili.

I coefficienti dei tre modelli di moderazione sono riassunti nella **Tabella 9**.

Relativamente al modello 1, volto a valutare l'effetto di interazione del disagio personale (PD) sulle problematiche psicopatologiche generali (ASEBA_TOT) mediante la moderazione dell'incertezza sugli stati mentali (RFQ_U), i risultati hanno evidenziato un effetto di interazione non statisticamente significativo ($B = -0.20$, $SE = 0.20$, $\beta = -0.67$, $p = .32$), a fronte di due effetti principali diretti altamente significativi (PD: $B = 0.67$, $SE = 0.16$, $\beta = 0.33$, $p < .001$; RFQ_U: $B = 8.75$, $SE = 1.40$, $\beta = 0.51$, $p < .001$).

Il modello 2 ha esaminato l'effetto di interazione delle abilità immaginative (FS) sulle problematiche psicopatologiche generali (ASEBA_TOT), considerando l'incertezza sugli stati mentali (RFQ_U) come moderatore. Esso è risultato complessivamente non significativo ($B = 0.18$, $SE = 0.19$, $\beta = 0.07$, $p = .34$), con un effetto diretto di FS a sua volta privo di significatività ($B = 0.07$, $SE = 0.13$, $\beta = 0.04$, $p = .59$). La varianza spiegata dal modello risulta infatti sostenuta quasi interamente dall'effetto di RFQ_U ($B = 10.98$, $SE = 1.25$, $\beta = 0.64$, $p < .001$).

Infine, il modello 3 ha preso in esame l'effetto di interazione del disagio personale (PD) e dell'incertezza sugli stati mentali (RFQ_U) sulle problematiche di personalità antisociale (ASEBA_ASPD). Anche in questo modello il termine di interazione risulta non significativo ($B = -0.31$, $SE = 0.21$, $\beta = -0.11$, $p = .14$), sebbene mostri una direzione coerente con quella osservata nel primo modello. Tuttavia, sia PD ($B = 0.39$, $SE = 0.17$, $\beta = 0.21$, $p = .02$) che RFQ_U ($B = 7.11$, $SE = 1.45$, $\beta = 0.47$, $p < .001$) esercitavano un effetto principale positivo e significativo su ASEBA_ASPD.

Tabella 9*Coefficienti dei Modelli di Moderazione*

<i>Modello</i>	<i>Predittore</i>	<i>B</i>	<i>SE</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>R</i> ²
1. ASEBA_TOT	PD	0.67	0.16	.33	4.16	< .001	.497
	RFQ_U	8.75	1.40	.51	6.26	< .001	
	PD x RFQ_U	-0.20	0.20	-.67	-1.00	.32	
2. ASEBA_TOT	FS	0.07	0.13	.04	0.54	.59	.428
	RFQ_U	10.98	1.25	.64	8.76	< .001	
	FS x RFQ_U	0.18	0.19	.07	0.96	.34	
3. ASEBA_ASPD	PD	0.39	0.17	.21	2.32	.02	.313
	RFQ_U	7.11	1.45	.47	4.90	< .001	
	PD x RFQ_U	-0.31	0.21	-.11	-1.47	.14	

Note. PD = personal distress; FS = fantasy; RFQ_U = incertezza sugli stati mentali; ASEBA_TOT = psicopatologia; ASEBA_ASPD = problematiche di personalità antisociale

Nonostante i termini di interazione non abbiano raggiunto la soglia di significatività statistica, a scopo puramente esplorativo e descrittivo si è ritenuto opportuno procedere con l'analisi degli effetti semplici. Tale scelta metodologica consente di verificare la tenuta e la stabilità degli effetti diretti a diversi livelli della variabile moderatrice RFQ_U (-1SD, media, +1 SD), permettendo di osservare eventuali pattern di variazione dell'effetto.

La **Tabella 10** riporta gli effetti semplici del predittore a diversi livelli di incertezza sugli stati mentali.

L'analisi degli effetti semplici del modello 1 mostra che l'effetto di PD resta significativo a tutti e tre i livelli di RFQ_U considerati (-1 SD: $B = 0.80$, $\beta = .39$, $p < .001$; media: $B = 0.67$, $\beta = 0.33$, $p < .001$; +1 SD: $B = 0.53$, $\beta = 0.26$, $p < .001$).

Per quanto riguarda il modello 2, coerentemente con i risultati dei coefficienti principali, nessuno degli effetti semplici di FS raggiungeva la significatività statistica ai tre livelli dei moderatori (-1 SD: $p = .78$; media: $p = .59$, +1 SD: $p = .29$).

Infine, per il modello 3, l'analisi degli effetti semplici mostra un pattern di attenuazione più marcato rispetto al Modello 1. L'effetto di PD risulta infatti significativo a livelli bassi e medi di incertezza sugli stati mentali (-1 SD: $B = 0.59$, $\beta = 0.33$, $p = .01$; media: $B = 0.39$, $\beta = 0.21$, $p = .02$), ma non a livelli elevati di RFQ_U ($B = 0.18$, $\beta = 0.099$, $p = .37$).

Il **Grafico 1** presenta il pattern di attenuazione dell'effetto PD al crescere dell'incertezza sugli stati mentali. Si precisa che tale grafico è puramente illustrativo, essendo il termine di interazione statisticamente non significativo.

Grafico 1

Effetto di PD su ASEBA_ASPD a diversi livelli di RFQ_U (Modello 3)

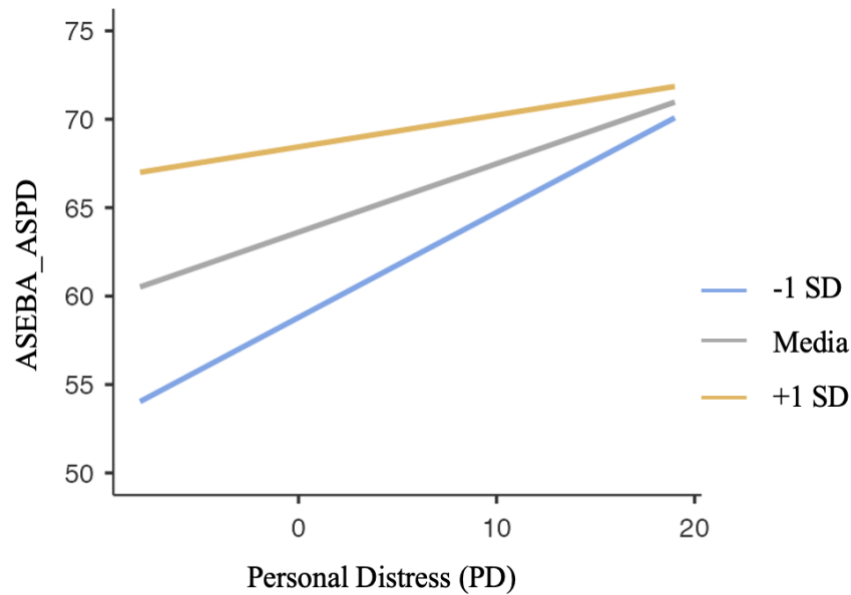


Tabella 10

Effetti Condizionati (Simple Slopes) del Predittore ai Diversi Livelli di RFQ_u

Modello	RFQ_U	B	SE	β	t	p
1. PD → ASEBA_TOT	-1 SD	0.80	0.23	.39	3.55	< .001
	Media	0.67	0.16	.33	4.16	< .001
	+1 SD	0.53	0.15	.26	2.76	.01
2. FS → ASEBA_TOT	-1 SD	-0.05	0.19	-.03	-0.28	.78
	Media	0.07	0.13	.04	0.54	.59
	+1 SD	0.20	0.18	.11	1.07	.29
3. PD → ASEBA_ASPD	-1 SD	0.59	0.24	.33	2.53	.01
	Media	0.39	0.17	.21	2.32	.02
	+1 SD	0.18	0.20	.10	0.90	.37

Deviazione standard rispetto alla media di RFQ_u. Gli effetti condizionati sono riportati a scopo descrittivo/esplorativo, data la non significatività del termine di interazione in tutti e tre i modelli (cfr. Tabella 9).

Note. PD = personal distress; FS = fantasy; RFQ_U = incertezza sugli stati mentali; ASEBA_TOT = psicopatologia; ASEBA_ASPD = problematiche di personalità antisociale

3.8.2 Studio B

La **Tabella 11** riassume le statistiche descrittive di tutte le variabili prese in considerazione per questo studio. Sono esse la mentalizzazione, l'empatia, la psicopatologia generale e le problematiche di personalità antisociale.

In relazione alla mentalizzazione, valutata mediante RFQ – 8, si evidenzia un punteggio medio più elevato per la componente di certezza sugli stati mentali ($M = 1.71$, $SD = 1.30$), rispetto a quella di incertezza ($M = 0.19$, $SD = 0.41$). La mentalizzazione viene esplorata anche come costrutto unidimensionale (RFQ_TOT) con $M = 18.88$ e $SD = 12.24$.

L'empatia viene valutata nelle sue quattro componenti attraverso l'IRI. L'esame dei punteggi medi evidenzia la presenza maggiore dei tratti associati alla preoccupazione empatica ($M = 24.13$, $SD = 5.14$), seguiti dall'assunzione di prospettiva ($M = 19.00$, $SD = 3.93$), dalle abilità immaginative ($M = 15.75$ e $SD = 8.41$) e dal disagio personale ($M = 6.00$, $SD = 4.69$).

Infine, il funzionamento psicopatologico, indagato mediante l'ASEBA – ASR, ha mostrato un punteggio medio di $M = 56.38$ con $SD = 8.75$ per la psicopatologia generale, un punteggio di $M = 58.63$ con $SD = 10.31$ per la sintomatologia internalizzante e di entità inferiore per quella esternalizzante con $M = 54.75$ e $SD = 11.36$. Inoltre, viene esplorata la dimensione delle problematiche di personalità antisociale che presenta un punteggio medio di $M = 58.63$ con $SD = 5.76$.

Tabella 11

Statistiche Descrittive

<i>Variabile</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Mentalizzazione (RFQ-8)		
Certezza sugli stati mentali (RFQ_C)	1.71	1.30
Incertezza sugli stati mentali (RFQ_U)	0.19	0.41
Capacità mentalizzanti (RFQ_TOT)	18.88	12.24
Empatia (IRI)		
Fantasy (FS)	15.75	8.41
Empathic concern (EC)	24.13	5.14
Perspective taking (PT)	19.00	3.93
Personal distress (PD)	6.00	4.69
Funzionamento psicopatologico (ASEBA – ASR)		
Sintomi internalizzanti (ASEBA_INT)	58.63	10.31
Sintomi esternalizzanti (ASEBA_EXT)	54.75	11.36
Psicopatologia (ASEBA_TOT)	56.38	8.75

Problematiche di personalità antisociale (ASEBA_ASPD)	58.63	5.76
---	-------	------

Preliminarmente all'analisi della rappresentatività del campione dello studio A rispetto allo studio B, è stato verificato il rispetto delle assunzioni di normalità e omogeneità delle varianze, tramite il test di Shapiro-Wilk e il test di Levene. La **Tabella 12** riassume i risultati di tali controlli.

Il test di Shapiro-Wilk ha effettuato violazioni della normalità in tutte le dimensioni inerenti alla mentalizzazione dello Studio A [(RFQ_C: $W = 0.94, p < .001$), (RFQ_U: $W = 0.93, p < .001$), (RFQ_TOT: $W = 0.98, p < .05$)]. In aggiunta, si osserva una violazione nella scala dell'incertezza sugli stati mentali dello Studio B (RFQ_U: $W = 0.78, p < .05$). Per quanto riguarda le dimensioni empatiche si riscontrano violazioni nelle componenti di preoccupazione empatica [(EC SA: $W = 0.90, p < .001$), (EC SB: $W = 0.82, p < .05$)] e di disagio personale [(PD SA: $W = 0.95, p < .001$), (PD SB: $W = 0.81, p < .05$)] per entrambi gli studi e nell'assunzione di prospettiva (PT SA: $W = 0.98, p < .05$) unicamente nello studio A. Inoltre, violazioni della normalità erano presenti anche nelle problematiche di personalità antisociale dello studio A (ASEBA_ASPD SA: $W = 0.93, p < .001$).

Il test di Levene condotto per la verifica dell'assunzione di omogeneità delle varianze non ha evidenziato alcuna violazione.

Tabella 12

Test di Shapiro-Wilk e Test di Levene

Variabile		W	F (1,118)
RFQ_C	Studio A (112)	0.94 ***	0.03
	Studio B (8)	0.91	
RFQ_U	Studio A (112)	0.93***	2.88
	Studio B (8)	0.78 *	
RFQ_TOT	Studio A (112)	0.98*	1.11
	Studio B (8)	0.98	
FS	Studio A (112)	0.99	0.11
	Studio B (8)	0.91	
EC	Studio A (112)	0.90***	0.00
	Studio B (8)	0.82	

	Studio B (8)	0.82*	
<i>PT</i>			1.20
	Studio A (112)	0.98*	
	Studio B (8)	0.91	
<i>PD</i>			0.07
	Studio A (112)	0.95***	
	Studio B (8)	0.81*	
<i>ASEBA_TOT</i>			1.96
	Studio A (112)	0.99	
	Studio B (8)	0.851	
<i>ASEBA_ASPD</i>			0.78
	Studio A (112)	0.93***	
	Studio B (8)	0.89	

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Note. RFQ_C = certezza sugli stati mentali; RFQ_U = incertezza sugli stati mentali; RFQ_TOT = Capacità mentalizzanti; FS = fantasy; EC = empathic concern; PT = perspective taking; PD = personal distress; ASEBA_TOT = psicopatologia; ASEBA_ASPD = problematiche di personalità antisociale

Considerata la ripetuta violazione dell'assunzione di normalità dei dati (**Tabella 12**) si decide di procedere con un approccio non parametrico che consente di rispettare l'uniformità delle analisi e la compatibilità dei risultati delle variabili.

Viene eseguito il test di Mann-Whitney per valutare la rappresentatività del campione A rispetto a quello appartenente allo studio B. Nella **Tabella 13** vengono riportati gli esiti di tale esplorazione che non evidenzia alcuna differenza significativa tra i due gruppi (p compresi tra .08 e .26).

Tabella 13

Test di Mann-Whitney

<i>Variabile</i>	<i>U</i>	<i>r</i>
<i>RFQ_C</i>	412.00	.08
<i>RFQ_U</i>	346.00	.23
<i>RFQ_TOT</i>	357.00	.20
<i>FS</i>	333.00	.26
<i>EC</i>	369.00	.18
<i>PT</i>	352.00	.22
<i>PD</i>	400.00	.11
<i>ASEBA_TOT</i>	351.00	.22
<i>ASEBA_ASPD</i>	355.00	.21

Note. RFQ_C = certezza sugli stati mentali; RFQ_U = incertezza sugli stati mentali; RFQ_TOT = Capacità mentalizzanti; FS = fantasy; EC = empathic concern; PT = perspective taking; PD = personal distress; ASEBA_TOT = psicopatologia; ASEBA_ASPD = problematiche di personalità antisociale

La **Tabella 14** riporta i risulti del test di Shapiro-Wilk eseguito per verificare che la distribuzione delle differenze pre (T0) e post (T1) rispetti a sua volta l'assunzione di normalità. Questa verifica viene effettuata preliminarmente al confronto tra le due condizioni.

Il test di Shapiro-Wilk non evidenzia violazioni della normalità nella distribuzione delle differenze.

Tabella 14

Test di Shapiro-Wilk

<i>Variabile</i>	<i>W</i>
<i>RFQ_C (T1) – (T0)</i>	0.91
<i>RFQ_U (T1) – (T0)</i>	0.93
<i>RFQ_TOT (T1) – (T0)</i>	0.95
<i>FS (T1) – (T0)</i>	0.96
<i>EC (T1) – (T0)</i>	0.96
<i>PT (T1) – (T0)</i>	0.93
<i>PD (T1) – (T0)</i>	0.94
<i>ASEBA_TOT (T1) – (T0)</i>	0.96
<i>ASEBA_ASPD (T1) – (T0)</i>	0.88

Note. RFQ_C = certezza sugli stati mentali; RFQ_U = incertezza sugli stati mentali; RFQ_TOT = Capacità mentalizzanti; FS = fantasy; EC = empathic concern; PT = perspective taking; PD = personal distress; ASEBA_TOT = psicopatologia; ASEBA_ASPD = problematiche di personalità antisociale

Considerata le precedetti violazioni dell'assunzione parametrica di normalità dei dati, si decide di procedere con il test di Wilcoxon, un approccio non parametrico che consente di rispettare l'uniformità delle analisi e la compatibilità dei risultati delle variabili.

La **Tabella 15** riassume i risultati che descrivono l'efficacia del trattamento MBT – ASPD, espressa come miglioramento nelle dimensioni di mentalizzazione, empatia, psicopatologia generale e problematiche di personalità antisociale.

Il test di Wilcoxon rileva un'unica differenza statisticamente significativa a livello di incertezza sugli stati mentali ($W = 28.00, p < .05$), con un effetto di ampiezza elevata ($r = 1.00$). Si osserva infatti un decremento significativo nei punteggi dal T0 ($M = 0.54, SD = 0.56, Mdn = 0.50$) al T1 ($M = 0.19, SD = 0.41, Mdn = 0.00$).

In aggiunta, le capacità mentalizzanti generali mostrano una differenza tendenzialmente significativa ($W = 26.00, p = .05$), con un effetto di ampiezza elevata ($r = .86$), che delinea una riduzione complessiva dei dati da T0 ($M = 23.63, SD = 8.00, Mdn = 22.50$) a T1 ($M = 18.89, SD = 12.24, Mdn = 14.00$).

Sebbene il risultato non comporti differenze statisticamente significative, la certezza sulla mentalizzazione ($r = -.44$) e la psicopatologia generale ($r = .56$) evidenziano un effetto di ampiezza moderata.

La capacità immaginative ($r = .29$), la preoccupazione empatica ($r = .05$), l'assunzione di prospettiva ($r = .11$), il disagio personale ($r = .20$) e le problematiche di personalità antisociale ($r = .11$) mostrano invece una dimensione dell'effetto di piccola entità, oltre alla non significatività statistica.

Tabella 15

Test di Wilcoxon

<i>Variabili</i>	<i>T0</i>	<i>T1</i>	<i>W</i>	<i>p</i>	<i>r</i>
	<i>Mdn</i>	<i>Mdn</i>			
<i>RFQ_C</i>	1.25	2.33	10.00	.31	-.44
<i>RFQ_U</i>	0.50	0.00	28.00	.02	1.00
<i>RFQ_TOT</i>	22.50	14.00	26.00	.05	.86
<i>FS</i>	19.00	15.50	18.00	.55	.29
<i>EC</i>	26.00	26.50	11.00	1.00	.05
<i>PT</i>	18.50	18.50	15.50	.87	.11
<i>PD</i>	4.00	6.00	9.00	.79	.20
<i>ASEBA_TOT</i>	59.00	58.50	28.00	.18	.56
<i>ASEBA_ASPD</i>	56.00	50.50	15.50	.87	.11

Note. RFQ_C = certezza sugli stati mentali; RFQ_U = incertezza sugli stati mentali; RFQ_TOT = Capacità mentalizzanti; FS = fantasy; EC = empathic concern; PT = perspective taking; PD = personal distress; ASEBA_TOT = psicopatologia; ASEBA_ASPD = problematiche di personalità antisociale

3.9 DISCUSSIONE

3.9.1 Studio A

Lo studio A si proponeva di giungere ad una comprensione più sofisticata del funzionamento psicologico della popolazione detenuta, analizzando in primis le interazioni tra mentalizzazione ed empatia e, successivamente, come tali costrutti si relazionano alla psicopatologia generale e alle problematiche di personalità antisociale.

La prima ipotesi si proponeva di valutare le associazioni tra mentalizzazione ed empatia, con particolare attenzione a come maggiori compromissioni nel primo costrutto influiscano sul secondo. Tale ipotesi trova una conferma solo parziale, infatti certezza, incertezza sugli stati mentali e mentalizzazione globale correlano significativamente solamente con due componenti empatiche, ovvero il disagio personale e le abilità immaginative, sebbene con un'intensità molto diversa tra le due (punteggi pressoché

doppi per correlazione e significatività del disagio personale). Il dato rimane invariato su ognuna delle variabili, che sembrano rispettare la direzione attesa l'una rispetto alle altre: negativa per la certezza sugli stati mentali e positiva per l'incertezza e la mentalizzazione globale. In modo speculare, la preoccupazione empatica e l'assunzione di prospettiva, due variabili che richiedono uno sguardo verso l'altro, non mostrano alcuna associazione significativa con le tre dimensioni della mentalizzazione, un'incoerenza che potrebbe derivare dall'incapacità dell'RFQ-8 di misurare la mentalizzazione focalizzata sugli altri (Müller et al., 2022). Si osserva quindi un effetto che attraversa in modo robusto ogni angolazione con cui la mentalizzazione è stata operazionalizzata, suggerendo che il confine osservato non dipenda dalla misura di mentalizzazione scelta, ma piuttosto da una divisione reale all'interno del costrutto empatico stesso. L'idea dell'empatia come pattern selettivo trova una prima chiave di lettura in Marsden e colleghi (2019), secondo cui i deficit osservati nella popolazione antisociale non interesserebbero il livello empatico in senso stretto, bensì forme specifiche di disregolazione emotiva e difficoltà nell'elaborazione degli stimoli negativi. Sarebbe forse questa disregolazione, più che una reale incapacità di connettersi con gli altri, a legarsi alla mentalizzazione. Ciò appare in linea con la formulazione originaria dell'IRI (Davis, 1983) in cui il disagio personale rappresenta una componente marcatamente auto-centrata che si riferisce a uno stato di malessere di fronte alla sofferenza altrui, distinta dall'autentica risonanza con l'altro di cui la preoccupazione empatica si fa protagonista. In accordo con questa lettura, non sarebbe la capacità di prendersi cura dell'altro a vacillare in presenza di scarsa mentalizzazione, quanto la capacità di restare regolati di fronte al proprio stesso disagio. Un ancoraggio particolarmente rilevante può essere rintracciato nel modello di Decety e Jackson (2004), che sembra considerare il disagio personale come l'esito di una condivisione affettiva con l'altro non adeguatamente regolata, in contrapposizione alla preoccupazione empatica, esito della medesima condivisione in caso di successo. Assunta questa lettura, il disagio personale potrebbe essere considerato come una fragilità nella regolazione del proprio mondo interno che si accompagna alle difficoltà mentalizzanti, specialmente nella direzione dell'incertezza che sembra altresì associarsi a maggiori difficoltà di regolazione emotiva (Woźniak-Prus et al., 2022). Tale lettura è peraltro coerente con la più ampia ipotesi di una dissociazione parziale tra i due costrutti a livello interindividuale (Kanske et al., 2016; Stietz et al., 2019), secondo cui buone competenze

nell'interpretazione degli stati mentali non garantirebbero, né precluderebbero, un pari funzionamento empatico. Va tuttavia riconosciuta l'esistenza di un filone critico sul ruolo effettivo del disagio personale rispetto ad un'autentica componente empatica. Si pensi alla posizione di Baron-Cohen e Wheelwright (2004), per cui le abilità immaginative e il disagio personale rappresenterebbero più propriamente immaginazione e autocontrollo emotivo che l'empatia in senso stretto, e ad Alterman e colleghi (2003), i quali individuano la preoccupazione empatica e l'assunzione di prospettiva come le sole componenti realmente centrali del costrutto. Resta inoltre da segnalare, a titolo di cautela metodologica, che l'IRI nasce come strumento utilizzato e validato in popolazioni non forensi, la cui affidabilità potrebbe risultare compromessa quando applicato ad un campione di detenuti (Beven et al., 2004), rendendo i legami tra empatia e mentalizzazione un potenziale riflesso di un artefatto di misurazione piuttosto che un autentico meccanismo clinico, un'ambiguità che meriterebbe di essere districata con strumenti alternativi in ricerche future. Nel loro insieme le diverse prospettive suggeriscono che l'associazione emersa da questa analisi vada trattata con cautela interpretativa, non come prova univoca di un meccanismo specifico.

La seconda ipotesi si è proposta di analizzare le associazioni tra la mentalizzazione e la psicopatologia generale, presumendo che maggiori difficoltà nella comprensione degli stati mentali degli altri si traducano in esiti clinici più marcati. I risultati di questo studio hanno confermato l'ipotesi, mettendo in luce una relazione significativa tra certezza, incertezza e mentalizzazione globale con la psicopatologia generale, sia in termini di correlazione che di regressione. In particolare, l'analisi delle correlazioni rivela che una maggiore certezza sugli stati mentali si associa a una ridotta presenza di sintomi psicopatologici generali, mentre l'incertezza e la mentalizzazione globale seguono la direzione inversa. Lo stesso pattern viene confermato nelle analisi di regressione, dalle quali emerge una compromissione riconducibile a forme di ipomentalizzazione, che risulta essere il predittore singolarmente più forte tra quelli testati, per cui maggiore incertezza sugli stati mentali altrui porterebbe ad una maggiore compromissione clinica. Tale esito è pienamente coerente con la concettualizzazione di Luyten e colleghi (2020), che descrivono la mentalizzazione come un fattore di vulnerabilità transdiagnostico e transteoretico per la psicopatologia, andando a rappresentare un meccanismo di rischio trasversale, non circoscritto ad un singolo quadro clinico. Anche le capacità mentalizzanti

globali confermano lo stesso quadro, con una capacità predittiva intermedia tra le due individuali, un'associazione attesa se si considera che la mentalizzazione globale misurata tramite l'RFQ-8 sembra catturare specificatamente l'ipomentalizzazione (Woźniak-Prus et al., 2022). Per quanto concerne l'asimmetria tra le due polarità della mentalizzazione, è opportuno precisare che questa differenza non è da interpretarsi come una gerarchia di importanza clinica. Fonagy e colleghi (2016) esplicitano che la certezza sugli stati mentali non rappresenta il polo opposto e "sano" dell'incertezza, quanto piuttosto una forma di ipermentalizzazione che porta a costruire modelli complessi ed eccessivamente sofisticati degli stati mentali altrui privi di riscontro nella realtà osservabile. Un meccanismo che può ugualmente assumere connotati disadattivi. Studi più recenti sembrano tuttavia mettere in dubbio la capacità dell'RFQ-8 di catturare la dimensione della certezza, lasciando presumere che la minore predittività dipenda da un limite specifico dello strumento di rappresentare questo costrutto (Müller et al., 2022; Woźniak-Prus et al., 2022).

La terza ipotesi sosteneva che la mentalizzazione è significativamente associata alle problematiche di personalità antisociale, nello specifico che l'incertezza sugli stati mentali si associ a esiti clinici più severi. Tale ipotesi trova conferma nelle analisi di correlazione e regressione effettuate, le quali mostrano che certezza, incertezza e mentalizzazione globale si associano alle problematiche antisociali con la stessa coerenza direzionale discussa nell'ipotesi 2. Ne consegue che un aumento dell'incertezza sugli stati mentali o della mentalizzazione globale si traduce nell'aggravarsi delle problematiche antisociali, mentre un aumento nella certezza si associa a livelli patologici inferiori. L'incertezza sugli stati mentali risulta nuovamente il predittore con entità maggiore, anche se di effetto inferiore rispetto a quanto osservato per la psicopatologia generale, facendo pensare che la differenza sia di natura sostanziale piuttosto che numerica. I comportamenti tipicamente associati al disturbo antisociale, come impulsività e aggressività, risultano possibili solo in assenza di una capacità di rappresentare l'altro in maniera coerente e attribuirvi stati mentali intenzionali (Bateman & Fonagy, 2016/2019). I deficit nella mentalizzazione sembrano infatti contribuire a ridurre la reattività emotiva e aumentare la propensione verso comportamenti devianti (Byrne, 2020; Dolan & Fullam, 2004), rendendo la loro integrazione un fattore di effettiva inibizione della violenza interpersonale (Byrne, 2020). Questa lettura suggerirebbe che l'incertezza sugli stati

mentali non si limita ad accompagnare le problematiche antisociali, ma contribuisce a renderle possibili perdendo la sua funzione di freno per l'agito violento. Tale risultato appare altresì coerente con quanto riportato in altri studi sulla mentalizzazione in associazione alle condotte antisociali in popolazioni simili (Newbury-Helps et al., 2017; Levinson & Fonagy, 2004; Velotti et al., 2016; Velotti et al., 2019). Allo stesso modo, le capacità mentalizzanti valutate in ottica unidimensionale risultano strettamente connesse con le problematiche antisociali, un'associazione nuovamente motivata dalla costruzione psicometrica dello strumento (Woźniak-Prus et al., 2022). Anche la certezza sugli stati mentali risulta strettamente connessa con le problematiche antisociali, pur mostrando una capacità predittiva nettamente inferiore, un risultato potenzialmente riconducibile alle problematicità di operazionalizzazione (Müller et al., 2022; Woźniak-Prus et al., 2022) e alla tipologia specifica di patologia di personalità presa in considerazione (Müller et al., 2022).

La quarta ipotesi si proponeva invece di indagare la relazione tra le dimensioni empatiche e la psicopatologia generale, osservando se maggiori compromissioni nella sfera empatica comportino esiti clinici più severi. I risultati dello studio hanno trovato una conferma solo parziale. Il disagio personale emerge come la dimensione maggiormente coinvolta. Si tratterebbe in questo caso di una forma di empatia auto-orientata (Davis, 1983) derivante dall'incapacità di gestire in maniera efficace la propria attivazione emotiva, la cui elevazione sembra associarsi alle forme più gravi di sofferenza psichiatrica non categoricamente diagnosticata (Pick et al., 2022). Una relazione significativa e di segno positivo è emersa anche per le abilità immaginative che rappresentano la propensione a risuonare con personaggi di fantasia. Nella letteratura sono state esplorate le relazioni tra le abilità immaginative e diverse psicopatologie, tra cui l'ansia (Nair et al., 2024), la depressione, dove potrebbe favorire la ricorsività attivando schemi negativi e cognizioni preesistenti (Rauschenberger & Lynn, 2003), e il rischio di psicosi (Montag et al., 2012). Nonostante le evidenze siano spesso esplorative piuttosto che confermate, il coinvolgimento delle abilità immaginative in quadri distinti suggerisce che potrebbero rappresentare un fattore di vulnerabilità per la psicopatologia da approfondire in ricerche future. Inoltre, secondo la riconcettualizzazione proposta da Toffol e colleghi (2025), il disagio personale e le abilità immaginative rimanderebbero ad una dimensione orientata al sé piuttosto che all'altro, richiamando l'idea di una "distanza

regolativa” insufficiente che porta a sviluppare una motivazione egoistica a placare il proprio disagio, piuttosto che un’autentica preoccupazione per l’altro. Tale meccanismo converge con la lettura di Decety e Jackson (2004) secondo cui il disagio personale rappresenterebbe l’esito di una condivisione affettiva non adeguatamente regolata. Questi dati sembrano ricalcare un pattern verificatosi in alcuni studi che hanno confrontato popolazioni cliniche affette da diverse patologie e gruppi di controllo sani, i quali hanno ritrovato un’elevazione specifica nelle dimensioni *self-oriented*, forse indicando che nei soggetti che provano un intenso disagio psicologico prevale questa strategia di risposta piuttosto che una orientata all’altro (Toffol et al., 2025; Pick et al., 2022). L’assunzione di prospettiva segue uno schema complementare a quanto appena discusso, con una diminuzione nella scala all’aumentare della psicopatologia. Se le prime variabili riflettono un’insufficiente distanza regolativa, l’assunzione di prospettiva sembra richiedere la stessa flessibilità cognitiva su cui si fonda anche il *reappraisal* (Herms et al., 2022). Una buona capacità di assunzione di prospettiva rifletterebbe dunque una maggiore tenuta regolativa di fronte al proprio mondo interiore, oltre alla sola comprensione di quello altrui. La preoccupazione empatica, pur correlando con l’esito bivariato, perde la significatività nella regressione, un dato che sembra coerente se si utilizza la stessa chiave di lettura. Questa variabile riflette una risposta autenticamente orientata all’altro (Davis, 1983), una disposizione relativamente indipendente dalle problematiche di regolazione che si sono osservate nelle altre scale e che potrebbe contribuire a spiegare la debole associazione con la psicopatologia.

Infine, l’ultima ipotesi esplorava la relazione tra l’empatia e l’antisocialità, con un’attenzione specifica per le componenti cognitive. I risultati sembrano confermare l’ipotesi generale, ma non nella forma attesa. L’analisi rivela che tutte le componenti empatiche presentano un’associazione significativa con l’esito antisociale, ad eccezione delle abilità immaginative, forse indicando che non esercitano un ruolo specifico sulla gravità antisociale in senso stretto, per quanto possano accompagnarsi a un disagio psicologico più diffuso. Al contrario di quanto ipotizzato in partenza, anche in questo modello il disagio personale risulta il predittore singolarmente più forte tra quelli analizzati, facendo pensare che la fragilità regolativa che lo caratterizza non si limiti al disagio psicologico generale, ma possa intaccare anche il funzionamento interpersonale. L’assunzione di prospettiva risulta invece un predittore di potenza inferiore, con un peso

pari a quello della preoccupazione empatica, come ad indicare che le due componenti più propriamente prosociali dell'empatia agiscano quasi all'unisono. Tale risultato sembra discostarsi da quanto proposto nella letteratura (Yavuz et al., 2016), ma consente di aprirsi a diverse chiavi di lettura. Da un lato il coinvolgimento congiunto delle due dimensioni potrebbe riflettere un'eterogeneità del campione. Se esso comprendesse soggetti con tratti psicopatici, oltre che antisociali, sarebbe atteso un coinvolgimento anche della parte affettiva dell'empatia (Campos et al., 2022). Dall'altro, non è da escludere che l'IRI, essendo stato validato in popolazioni non forensi, potrebbe non cogliere pienamente la reale organizzazione delle componenti empatiche in un campione di detenuti, producendo un quadro di compromissione più diffuso di quanto giustificato dalla sola dimensione clinica. Un'evidenza concorde deriva da un campione non forense, dove il disagio personale risultava l'unica componente associata positivamente alle forme di aggressività testate, mentre l'assunzione di prospettiva e la preoccupazione empatica si confermavano protettive (Mahmoudi et al., 2022), suggerendo un pattern non esclusivamente peculiare del contesto detentivo, quanto più una modalità in cui tali costrutti si relazionano al comportamento aggressivo e antisociale generale. A prescindere dalla lettura che viene applicata, un dato di specificità interessante riguarda la ricomparsa della preoccupazione empatica come predittore significativo, perso nel modello inerente alle problematiche generali, quasi a suggerire che il suo ruolo protettivo si attivi solo quando il quadro clinico coinvolge specificatamente la dimensione psicologica dell'antisocialità. Tale evidenza sembra coerente con la concettualizzazione dell'empatia come fattore di rischio criminogeno specifico per il comportamento antisociale (van Langen et al., 2014), rendendo il lavoro su questa dimensione un target trattamentale su cui investire attivamente.

Per approfondire ulteriormente la relazione tra mentalizzazione, empatia ed esiti clinici si è deciso di procedere con un'analisi di moderazione motivata dall'idea che tra i due costrutti sussista una relazione condizionale, in cui la mentalizzazione modula le risposte empatiche, piuttosto che un meccanismo generativo (Fonagy et al., 2025; Chang et al., 2021). Si sceglie di considerare come predittori le componenti empatiche, intese come *trait-like domain*, e l'incertezza sugli stati mentali come moderatore, in quanto capacità di regolazione flessibile e soggetta a mutamenti. Nello specifico, vengono considerate le dimensioni di disagio personale e le abilità immaginative, poiché le uniche legate sia alla

mentalizzazione che agli esiti patologici. Dei tre modelli che vengono testati nessuno raggiunge la significatività statistica. Nonostante questo risultato, il coefficiente di interazione mostra una direzione coerente di segno negativo, in entrambi i modelli che utilizzano il disagio personale come predittore (Modello 1 e Modello 3), con un pattern di attenuazione più marcato nella predizione delle problematiche antisociali. Qui l'effetto risulta significativo a bassi e medi livelli di incertezza mentalizzante ma svanisce ai livelli più elevati, come ad indicare che la capacità di mentalizzazione smetta di incidere significativamente sulle problematiche antisociali oltre ad una determinata soglia di gravità, lasciando spazio ad altri meccanismi non considerati nel presente modello (Rabl et al., 2024). L'assenza di interazioni significative, unita alla persistenza di effetti principali robusti e indipendenti di mentalizzazione ed empatia sugli esiti clinici, sembra proporre inoltre l'idea di due percorsi che, sebbene condividano una radice comune, proseguono parzialmente distinti (Kanske et al., 2016). Soffermandosi su ciascuno dei tre modelli individualmente, si osserva che ognuno si comporta in modo distinto quando l'incertezza sugli stati mentali viene introdotta accanto al predittore empatico. Nel modello 1, l'effetto del disagio personale subisce una riduzione rispetto alla regressione semplice ma si mantiene ampiamente significativo, facendo pensare che la mentalizzazione assorba una parte della varianza che il disagio personale condivideva con la psicopatologia generale. Un'attenuazione ancora più marcata si osserva nel Modello 3, in cui il legame tra disagio personale e problematiche antisociali sembra sovrapporsi solo parzialmente con l'incertezza sugli stati mentali e il medesimo esito clinico. Il Modello 2 si discosta da questo schema, andando incontro a un quasi totale annullamento dell'effetto delle abilità immaginative una volta introdotta l'incertezza nel modello. A differenza del disagio personale, il cui legame con la psicopatologia e le problematiche di personalità antisociale sembra parzialmente autonomo dalla mentalizzazione, l'associazione tra le abilità immaginative e la psicopatologia generale sembra quasi interamente riconducibile alla porzione di varianza condivisa con l'incertezza sugli stati mentali. A titolo di cautela metodologica è necessario segnalare che a parità di ampiezza campionaria i test di interazione dispongono strutturalmente di una potenza statistica inferiore rispetto a quelli sugli effetti principali (McClelland & Judd, 1993). L'assenza di significatività potrebbe perciò dipendere da un'ampiezza campionaria insufficiente a cogliere la sostanza statistica del fenomeno, piuttosto che una sua effettiva inesistenza. Un'interazione di

entità contenuta, come quella emersa dalla coerenza direzionale nei Modelli 1 e 3, potrebbe quindi richiedere campioni più ampi per emergere con maggiore chiarezza statistica.

Visti nel loro insieme, i risultati sembrano attestare il disagio personale come la dimensione empatica maggiormente coinvolta nelle relazioni con la mentalizzazione, la psicopatologia e le problematiche di personalità antisociale. Tale centralità invita a riconcettualizzare il disagio personale come una forma di iperattivazione emotiva capace di alterare alla radice la sequenza dell'elaborazione degli stimoli socio-cognitivi. Per quanto riguarda la relazione con la mentalizzazione, le evidenze suggeriscono che in presenza di un'elevata reattività avversiva, l'esposizione agli stati affettivi altrui non induce una risonanza orientata all'esterno, bensì un'attivazione egocentrica massiva volta a ridurre il proprio stesso disagio (Davis, 1983; Decety & Jackson, 2004). Di fronte a tale sovraccarico emotivo, le risorse cognitive dell'individuo verrebbero saturate dalla necessità prioritaria di attuare una risposta finalizzata al contenimento del proprio malessere interno, assumendo una funzione quasi protettiva del Sé (Toffol et al., 2025). Si determinerebbe così un corto circuito funzionale con le capacità riflessive, in quanto un *arousal* emotivo privo di un'adeguata regolazione provoca un repentino *switch* cognitivo, disattivando la mentalizzazione esplicita (Luyten et al., 2020). Quando il sistema interpersonale viene percepito come una minaccia per l'integrità del Sé, si osserverebbe un crollo riflessivo che investe primariamente la comprensione dei propri stati interni ed ostacola la risonanza con l'altro, lasciando spazio all'iperattivazione di schemi di incertezza ed evasione riflessiva (Fonagy et al., 2016; Woźniak-Prus et al., 2022). Tale crollo sarebbe in linea con la natura *self-oriented* del disagio personale, la quale andrebbe a saturare quei processi di auto-riflessione necessari per dare significato alle proprie azioni e mantenere la coesione del Sé, prima ancora di orientarsi verso l'altro (Woźniak-Prus et al., 2022; Pick et al., 2022). Anche in riferimento alla psicopatologia generale il disagio personale assume un ruolo centrale, configurandosi come l'esito di una vulnerabilità transdiagnostica autonoma. L'incapacità di gestire il disagio evocato dalle interazioni sociali sembra infatti generare uno stato di permanente sofferenza intrapsichica che non si esaurisce nella sola sintomatologia ansioso-depressiva o psichiatrica generale, ma sembra rappresentarne una componente rilevante. Questa dimensione riflette una profonda rigidità nei processi di attribuzione di significato e una

tendenza a rispondere alle richieste dell'ambiente iper-focalizzandosi sul proprio distress, a scapito di un'adeguata regolazione emotiva (Pick et al., 2022). A differenza delle componenti empatiche rivolte verso l'altro, il disagio personale rispecchia perciò un fallimento primario nella differenziazione Sé-altro e nel mantenimento di un adeguato margine regolativo tra i due poli dell'esperienza (Toffol et al., 2025). Infine, il primato del disagio personale rappresenta un'interessante chiave di lettura anche per la comprensione delle condotte più specificatamente antisociali, dove il distacco emotivo dalla sofferenza della vittima potrebbe derivare dall'incapacità di tollerare l'impatto avversivo evocato dal contatto interpersonale (Marsden et al., 2019). Non riuscendo a regolare la propria risposta di distress di fronte agli stati emotivi dell'altro, il soggetto antisociale potrebbe attuare una risposta difensiva basata sull'agito impulsivo e aggressivo, funzionale ad annullare la fonte stessa del proprio malessere, un'ipotesi parzialmente coerente con quanto osservato in un campione non forense, dove il disagio personale risultava l'unica dimensione associata positivamente a diverse forme di aggressività (Mahmoudi et al., 2022). Questi dati appaiono peraltro coerenti con l'analisi di moderazione svolta per approfondire la relazione tra disagio personale, mentalizzazione ed esiti clinici, dove l'effetto del primo si mantiene ampiamente significativo anche quando l'incertezza sugli stati mentali viene introdotta come moderatore. Risulterebbe pertanto che l'associazione tra i due costrutti, pur nascendo da una comune fragilità regolatoria del proprio mondo interiore, non si esaurisce nel canale mentalizzante, ma trova vie d'espressione proprie e in parte indipendenti verso gli esiti clinici, rafforzando l'ipotesi di una parziale dissociazione tra i due costrutti (Kanske et al., 2016) e restituendo al disagio personale lo statuto di meccanismo dotato di una consistenza che prescinde dalla sola compromissione mentalizzante.

3.9.2 Studio B

Lo studio B si proponeva di analizzare l'efficacia del Mentalization-Based Treatment for Antisocial Personality Disorder (MBT-ASPD) all'interno della popolazione detenuta, con particolare attenzione sia per le dimensioni empatiche e mentalizzanti che quelle legate alla psicopatologia generale e alle problematiche di personalità antisociale.

L'intervento non ha prodotto effetti significativi nella maggior parte delle variabili considerate, ad eccezione di quelle legate alla mentalizzazione. Nello specifico, si osserva una riduzione statisticamente significativa e con ampiezza dell'effetto massima

nell'incertezza sugli stati mentali e una tendenza alla significatività statistica per la mentalizzazione valutata in ottica unidimensionale. Non si registra invece un cambiamento statisticamente significativo per la certezza sugli stati mentali, pur ottenendo una dimensione dell'effetto di entità moderata. Questo risultato risulta perfettamente in linea con la letteratura sull'MBT, il cui scopo primario è il lavoro sulla mente del paziente per riattivare, mantenere e rafforzare le capacità di mentalizzazione nei momenti di vulnerabilità (Bateman et al., 2023).

Al contrario delle attese, per cui l'incremento della mentalizzazione dovrebbe favorire lo sviluppo di un certo grado di empatia (Ware et al., 2016), le quattro componenti empatiche restano sostanzialmente stabili e con un *effect size* di entità trascurabile. Ciò potrebbe dipendere dalla natura stessa dell'empatia, che essendo un costrutto di personalità stabile nel tempo potrebbe richiedere un'esposizione prolungata al trattamento prima di mostrare delle variazioni significative.

La psicopatologia generale, pur non raggiungendo la significatività statistica, mostra una riduzione di ampiezza moderata che fa ipotizzare come il beneficio preliminare del trattamento sulla mentalizzazione possa ripercuotersi anche sul funzionamento clinico complessivo. Il risultato sembra indicare un primo alienamento con la concettualizzazione della mentalizzazione come un fattore di vulnerabilità transdiagnostico (Luyten et al., 2020) che può avere effetti benefici su diverse condizioni cliniche, tra cui le problematiche psicopatologiche generali.

Il dato che sembra maggiormente distaccarsi dalle aspettative teoriche sul trattamento potrebbe essere quello inerente alle problematiche di personalità antisociale, sulle quali sembra infatti aver scarsamente influito. Secondo la letteratura, l'intervento MBT – ASPD punterebbe ad una riduzione del comportamento antisociale attraverso una maggiore attenzione verso i propri e altrui sentimenti (Fonagy et al., 2025). Un simile risultato non nega che lo sviluppo di tali capacità favorisca la riduzione dei comportamenti violenti (McGauley et al., 2011), ma potrebbe indicare che i sintomi specificamente antisociali richiedono un tempo superiore per arrivare a una piena maturazione (Kazdin, 2007).

Nel complesso, l'intervento sembra non aver prodotto effetti di grande entità all'infuori della mentalizzazione stessa. Tra i fattori che possono aver influito è da considerare la ridotta numerosità campionaria ($N = 8$), che comporta una bassa potenza

statistica, rendendo probabile che variazioni realmente presenti ma di entità moderata siano sfuggite alla soglia di significatività. In aggiunta, la breve durata del trattamento potrebbe essere stata insufficiente a consolidare un cambiamento stabile nella mentalizzazione che si ripercuotesse sulle dimensioni cliniche prese in considerazione. Infine, la rigidità e pervasività definitorie del disturbo antisociale di personalità potrebbero aver rappresentato un ulteriore ostacolo, richiedendo un'esposizione prolungata al trattamento perché sortisca gli effetti sperati.

Nonostante le limitazioni riscontrate, lo studio sembra indicare che l'MBT – ASPD può essere una strada trattamentale adeguata a questo disturbo, sebbene siano necessari specifici accorgimenti per migliorarne l'efficacia.

3.10 CONCLUSIONI

La presente ricerca è articolata in due studi distinti. Lo studio A era incentrato sul delineare il funzionamento psicologico della popolazione detenuta, tenendo conto delle dimensioni empatiche, mentalizzanti e delle problematiche psicopatologiche e di personalità antisociale. Lo studio B, invece, esplorava l'efficacia del trattamento MBT – ASPD all'interno del contesto carcerario.

I risultati dello Studio A restituiscono un quadro in cui la mentalizzazione emerge come il costrutto trasversalmente più robusto tra quelli considerati.

In riferimento alla prima ipotesi, la relazione tra mentalizzazione ed empatia viene confermata solo parzialmente. Le tre scale della mentalizzazione si legano significativamente al disagio personale e alle abilità immaginative, mentre preoccupazione empatica e assunzione di prospettiva rimangono completamente scollegate. Questo pattern sembra indicare una fragilità circoscritta alla regolazione del proprio disagio emotivo, distinta da un'autentica difficoltà a comprendere l'altro.

La seconda trova una completa conferma nelle analisi, infatti la mentalizzazione risulta strettamente connessa con le problematiche psicopatologiche generali, con l'incertezza sugli stati mentali a qualificarsi come predittore più forte tra quelli testati. Infatti, una ridotta capacità di comprendere gli stati mentali altrui porterebbe ad una maggiore compromissione clinica, rappresentando un fattore di rischio trasversale a diversi quadri psicopatologici.

Anche la terza ipotesi trova una piena conferma, con un pattern di associazione tra le sottoscale mentalizzanti e le problematiche di personalità antisociale che rispecchia

quanto indagato per la precedente, seppure con un'entità dell'effetto inferiore. Ne consegue che un aumento dell'incertezza o della scala globale si traduce nell'aggravarsi degli esiti antisociali, mentre nella scala della certezza si associa a livelli patologici inferiori. Ciò appare coerente se si considera che i comportamenti marcatamente antisociali sono possibili solo in assenza di una corretta rappresentazione degli stati mentali, e quindi, sono i deficit in queste capacità ad aumentare la propensione verso comportamenti devianti.

La relazione tra l'empatia e gli esiti clinici restituisce un quadro parziale e ricco di sfumature. Rispetto alla psicopatologia generale, esplorata nell'ipotesi quattro, il disagio personale e le abilità immaginative emergono come le componenti più coinvolte. Segue l'assunzione di prospettiva, che mostra un ruolo protettivo contenuto ma coerente con quanto osservato in letteratura. Solo la preoccupazione empatica non conserva peso predittivo autonomo. Questo insieme di risultati fa supporre che siano le componenti riconducibili ad una difficoltà nella gestione di un'appropriata distanza regolativa di fronte alle sofferenze altrui a impattare maggiormente sull'esito clinico, escludendo perciò la preoccupazione empatica, disposizione orientata all'altro e meno legata ai processi di autoregolazione.

La quinta ipotesi, che prevedeva un'associazione tra empatia e problematiche di personalità antisociale con un'attesa specificità delle componenti cognitive, trova conferma solo parziale. Infatti, non è la componente cognitiva di assunzione di prospettiva ad esercitare l'influenza maggiore, seppur significativamente associata con l'esito. È nuovamente il disagio personale a qualificarsi come predittore principale, facendo pensare che la fragilità regolativa possa intaccare anche il funzionamento interpersonale. In questo modello torna partecipe la preoccupazione empatica, quasi a suggerire che il suo ruolo protettivo si attivi solo quando il quadro clinico coinvolge specificamente la dimensione interpersonale del comportamento antisociale, mentre si perde l'influenza delle abilità immaginative che sembrano non esercitare un ruolo specifico sulla gravità antisociale.

Infine, le analisi sono state ampliate con un approfondimento esplorativo sul ruolo dell'ipomentalizzazione come moderatore tra le componenti empatiche e gli esiti clinici in tre modelli distinti. Nessuno dei tre modelli ha raggiunto la significatività statistica, tuttavia il coefficiente di interazione ha mostrato una direzione coerente nei due modelli

con il disagio personale come predittore, con un pattern di attenuazione più marcato nella predizione delle problematiche antisociali. Questa coerenza direzionale, unita alla persistenza di effetti principali robusti e indipendenti, sembra indicare che mentalizzazione ed empatia, pur condividendo una radice comune, proseguono parzialmente distinte.

Lo studio B, condotto in un campione di 8 detenuti sottoposti al trattamento MBT – ASPD, ha evidenziato un miglioramento statisticamente significativo solamente nell'incertezza sulla mentalizzazione e una forte tendenza alla significatività per la mentalizzazione unidimensionale, a confermare che essa rappresenta il meccanismo sul quale l'intervento agisce in maniera più diretta. La certezza sugli stati mentali, l'empatia, le problematiche psicopatologiche e di personalità antisociali restano sostanzialmente stabili, pur con ampiezze dell'effetto talvolta non trascurabili. In particolare, sono emersi effetti clinicamente moderati, ma non significativi, sulle problematiche psicopatologiche generali, un primo allineamento con la concezione della mentalizzazione come fattore di vulnerabilità transdiagnostico. L'assenza di miglioramenti significativi nelle altre dimensioni non è da attribuire ad una scarsa efficacia dell'intervento, quanto più alla natura stessa dei costrutti, che richiederebbero un'esposizione prolungata al trattamento per rendersi statisticamente visibili. In generale, la ridotta numerosità del campione, la breve durata dell'intervento e la rigidità caratteristica del disturbo antisociale potrebbero aver contribuito a produrre risultati modesti.

Nel complesso, i due studi convergono nell'attribuire alla mentalizzazione un ruolo centrale e trasversale nella comprensione del funzionamento psicologico della popolazione detenuta, mentre l'empatia si configura come un costrutto più frammentato e selettivo, il cui peso varia a seconda della componente e dell'esito clinico considerato. Questo quadro complessivo sembra confermare la centralità della mentalizzazione come target trattamentale prioritario, senza escludere la necessità di ulteriori approfondimenti per chiarire la direzione e la stabilità delle relazioni osservate nei due studi.

3.11 LIMITI E PROSPETTIVE FUTURE

Il presente lavoro si propone di esplorare l'impatto della mentalizzazione e dell'empatia sul disturbo antisociale di personalità (ASPD) e, in secondo luogo, di valutare l'efficacia di interventi specifici nella popolazione detenuta. Tuttavia, sono da considerarsi diverse limitazioni per una coerente interpretazione dei risultati.

Una prima limitazione può essere rintracciata nella natura degli strumenti utilizzati per la raccolta dati. La scelta di sfruttare unicamente strumenti self-report espone i risultati al rischio di *common method bias* (Podsakoff et al., 2003), che può determinare una sovrastima delle associazioni osservate tra costrutti indipendentemente dalla loro effettiva relazione sostanziale. A ciò si aggiunge il rischio di distorsioni specificatamente legate all'autovalutazione dell'empatia, quali l'inclinazione verso risposte socialmente desiderabili, la capacità di mascherare i propri deficit e la simulazione, che rendono limitata la generalizzazione a contesti clinici o legali (Palix et al., 2022).

L'RFQ-8 non è peraltro privo di problematicità. Un primo punto critico riguarda espressamente la divisione in due scale distinte per la certezza e l'incertezza sugli stati mentali, i cui punteggi derivano dalla ricodifica dei medesimi item e pertanto sovrappongono una parte di informazione. Oltretutto, per ricavare la misura di certezza vengono utilizzati esclusivamente item semanticamente orientati verso uno stato di incertezza, successivamente valutati in modo inverso, rendendo la rappresentazione dell'ipermentalizzazione poco affidabile. Inoltre, la formulazione di 7 item su 8 si riferisce ad una dimensione interiore, rendendo difficoltosa la valutazione della mentalizzazione focalizzata sugli altri (Müller et al., 2022). Al fine di ottenere una valutazione più coerente e completa dei profili individuali, futuri studi potrebbero affiancare a queste misure strumenti di valutazione comportamentale, osservativa o clinician-report, così da controllare la suscettibilità alle distorsioni di autopresentazione, e ricorrere a strumenti di misura della mentalizzazione alternativi, con proprietà psicometriche più solide rispetto alla distinzione tra iper- e ipomentalizzazione.

In secondo luogo, avendo utilizzato criteri di inclusione che prevedevano la partecipazione sia di soggetti con una diagnosi formale di disturbo antisociale di personalità, sia di soggetti che presentavano più in generale comportamenti violenti, impulsivi e tratti antisociali, il campione risulta disomogeneo dal punto di vista della diagnosi. Sebbene questa eterogeneità rappresenti una fonte di cautela interpretativa per lo Studio A, l'impatto maggiore si osserva in relazione allo Studio B, dove l'assenza di un campione diagnosticamente omogeneo potrebbe aver ridotto l'efficacia dell'intervento nel sottogruppo di partecipanti per cui il trattamento non risultava specificatamente calibrato. Non è inoltre possibile escludere l'influenza di variabili terze non misurate, tra cui gli effetti psicologici di una prolungata esperienza detentiva, quali ipervigilanza,

sfiducia interpersonale e sovra-controllo emotivo (Haney, 2001) che potrebbero aver inciso significativamente sugli esiti.

L'esigua numerosità campionaria, in particolar modo all'interno dello Studio B, costituisce un limite rilevante, poiché diminuisce la potenza statistica dello studio e impedisce di rilevare variazioni significative in diverse dimensioni, nonostante l'ampiezza dell'effetto possa raggiungere un'entità moderata. Analogamente, l'assenza di significatività statistica nei tre modelli di moderazione potrebbe riflettere una potenza statistica insufficiente a individuare effetti di interazione di entità contenuta e, di conseguenza, non consente di escludere la presenza di un reale effetto di moderazione. Alla luce di tali considerazioni, future ricerche dovrebbero prevedere campioni di maggiore ampiezza così da permettere una discussione più efficace dei risultati.

Infine, considerando specificatamente lo Studio B è opportuno segnalare che l'intervento MBT – ASPD è stato ristrutturato per rispondere alle esigenze del contesto detentivo, riducendo il numero degli incontri a otto. Questo percorso breve lavora in modo diretto ed elettivo sulla capacità di mentalizzare, mentre un eventuale incremento delle componenti empatiche rappresenta una ricaduta indiretta e auspicata, piuttosto che un obiettivo esplicitamente allenato nel corso delle sedute. È dunque plausibile che l'empatia possa richiedere un percorso di durata maggiore o un protocollo che la integri più esplicitamente per mostrare variazioni statisticamente e clinicamente significative.

Ulteriori ricerche potrebbero quindi approfondire l'eterogeneità dei profili empatici all'interno della popolazione antisociale, adottando un disegno che consideri simultaneamente le diverse dimensioni dell'empatia e della mentalizzazione.

BIBLIOGRAFIA

Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2003). *Manual for the ASEBA adult forms & profiles*. University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.

Albiero, P., & Matricardi, G. (2006). *Che cos'è l'empatia*. Carocci.

Alemanno, E. (2012). Psicopatia, disturbo antisociale di personalità e comportamento criminale: Implicazioni cliniche e risvolti forensi. *International Journal of Criminological and Investigative Sciences*, 4, 64–75.

Allen, J. G., Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2008). *Mentalizing in clinical practice*. American Psychiatric Publishing.

Alterman, A.I., McDermott, P.A., Cacciola, J.S. *et al.* Latent Structure of the Davis Interpersonal Reactivity Index in Methadone Maintenance Patients. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment* 25, 257–265 (2003). <https://doi.org/10.1023/A:1025936213110>

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

American Psychiatric Association. (2014). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* (5a ed.; ipp. trad. it.). Raffaello Cortina Editore. (Opera originale pubblicata 2013)

American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>

Anderson, N. E., & Kiehl, K. A. (2014). Psychopathy and aggression: When paralimbic dysfunction leads to violence. *Current Topics in Behavioral Neurosciences*, 17, 369–393. https://doi.org/10.1007/7854_2013_257

Arabadzhiev, Z., & Paunova, R. (2024). Complexity of mentalization. *Frontiers in psychology*, 15, 1353804. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1353804>

Bach, B., Sellbom, M., Kongerslev, M., Simonsen, E., Krueger, R. F., & Mulder, R. (2017). Deriving ICD-11 personality disorder domains from DSM-5 traits: Initial attempt to harmonize two diagnostic systems. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 136(1), 108–117. <https://doi.org/10.1111/acps.12748>

Bach, B., Sellbom, M., Skjernov, M., & Simonsen, E. (2018). ICD-11 and DSM-5 personality trait domains capture categorical personality disorders: Finding a common ground. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 52(5), 425–434. <https://doi.org/10.1177/0004867417727867>

Badoud, D., Luyten, P., Fonseca-Pedrero, E., Eliez, S., Fonagy, P., & Debbané, M. (2015). The French version of the Reflective Functioning Questionnaire: Validity data for

adolescents and adults and its association with non-suicidal self-injury. *PLoS ONE*, 10(12), Article e0145892. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0145892>

Baron-Cohen, S. (2005). The empathizing system. In B. J. Ellis & D. F. Bjorklund (Eds.), *Origins of the social mind: Evolutionary psychology and child development* (pp. 468–492). The Guilford Press.

Baron-Cohen, S. (2011). *The science of evil: On empathy and the origins of cruelty*. Basic Books.

Baron-Cohen, S., & Wheelwright, S. (2004). The empathy quotient: An investigation of adults with Asperger syndrome or high functioning autism, and normal sex differences. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 34(2), 163–175. <https://doi.org/10.1023/b:jadd.0000022607.19833.00>

Baron-Cohen, S., Knickmeyer, R. C., & Belmonte, M. K. (2005). Sex differences in the brain: Implications for explaining autism. *Science*, 310(5749), 819–823. <https://doi.org/10.1126/science.1115455>

Baskin-Sommers, A. R., Curtin, J. J., & Newman, J. P. (2015). Altering the cognitive-affective dysfunctions of psychopathic and externalizing offender subtypes with cognitive remediation. *Clinical Psychological Science*, 3(1), 45–57. <https://doi.org/10.1177/2167702614560744>

Baskin-Sommers, A. R., Curtin, J. J., & Newman, J. P. (2012). Specifying the attentional selection anomaly in psychopathy: A replication and extension. *Journal of Abnormal Psychology*, 121(1), 86–95. <https://doi.org/10.1177/0956797610396227>

Bateman, A. W. (2011). Responding to the proposed ICD-11 changes for personality disorder. *Personality and Mental Health*, 5(1), 74–77.

Bateman, A. W. (2022). Mentalizing and group psychotherapy: A novel treatment for antisocial personality disorder. *American Journal of Psychotherapy*, 75(1), 32–37. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.20210023>

Bateman, A., Bolton, R., & Fonagy, P. (2013). Antisocial Personality Disorder: A Mentalizing Framework. *Focus*, 11(2), 178–186. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.11.2.178>

Bateman, A. W., & Fonagy, P. (Eds.). (2012). *Handbook of mentalizing in mental health practice*. American Psychiatric Publishing.

Bateman, A., & Fonagy, P. (2006). *Mentalization-based Treatment for Borderline Personality Disorder: A Practical Guide*. OUP Oxford.

Bateman, A., & Fonagy, P. (2009). Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline

personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 166(12), 1355–1364. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09040539>

Bateman, A., & Fonagy, P. (2019). *Mentalizzazione e disturbi di personalità: Una guida pratica al trattamento* (M. Muzi, trad.). Raffaello Cortina Editore. (Opera originale pubblicata 2016)

Bateman, A., Fonagy, P., Campbell, C., Luyten, P., & Debbané, M. (2023). *Cambridge guide to mentalization-based treatment (MBT)*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781108896054.020>

Bateman, A., O'Connell, J., Lorenzini, N., Gardner, T., & Fonagy, P. (2016). A randomised controlled trial of mentalization-based treatment versus structured clinical management for patients with comorbid borderline personality disorder and antisocial personality disorder. *BMC Psychiatry*, 16(1), Article 304. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1000-9>

Batson, C. D. (1991a). *The altruism question: Toward a social-psychological answer*. Lawrence Erlbaum Associates.

Batson, C. D., Batson, J. G., Slingsby, J. K., Harrell, K. L., Peekna, H. M., & Todd, R. M. (1991b). Empathic joy and the empathy-altruism hypothesis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(3), 413–426. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.61.3.413>

Batson, C. D., Lishner, D. A., Carpenter, A., Dulin, L., Harjusola-Webb, S., Stocks, E. L., Gale, S., Hassan, O., & Sampat, B. (2003). "...As you would have them do unto you": Does imagining yourself in the other's place stimulate moral action? *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29(9), 1190–1201. <https://doi.org/10.1177/0146167203254600>

Benjamin, L. S. (2002). *Interpersonal diagnosis and treatment of personality disorders* (2nd ed.). Guilford Press.

Bernstein, D. P., Iscan, C., Maser, J., & Boards of Directors of the Association for Research in Personality Disorders and the International Society for the Study of Personality Disorders. (2007). Opinions of personality disorder experts regarding the *DSM-IV* personality disorders classification system. *Journal of Personality Disorders*, 21(5), 536–551. <https://doi.org/10.1521/pedi.2007.21.5.536>

Beven, J. P., O'Brien-Malone, A., & Hall, G. (2004). Using the Interpersonal Reactivity Index to assess empathy in violent offenders. *International Journal of Forensic Psychology*, 1(2), 33–41. <http://www.uow.edu.au/health/psyc/ijfp/index.html>

Black, D. W. (2024). Update on antisocial personality disorder. *Current Psychiatry Reports*, 26(10), 543–549. <https://doi.org/10.1007/s11920-024-01528-x>

Black, D. W., Gunter, T., Loveless, P., Allen, J., & Sieleni, B. (2010). Antisocial personality disorder in incarcerated offenders: Psychiatric comorbidity and quality of

life. *Annals of Clinical Psychiatry*, 22(2), 113–120.
<https://doi.org/10.1177/104012371002200206>

Blair, R. J. R. (2003). Facial expressions, their communicatory functions and neuro-cognitive substrates. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological Sciences*, 358, 561–572. <https://doi.org/10.1098/rstb.2002.1220>

Blair, R. J. R. (2005). Responding to the emotions of others: Dissociating forms of empathy through the study of typical and psychiatric populations. *Consciousness and Cognition*, 14(4), 698–718. <https://doi.org/10.1016/j.concog.2005.06.004>

Boersma, G. J., Sligter, B. H., Scharft, H., Karsten, J., & Lancel, M. (2026). Mentalization-based treatment for individuals convicted of a sex offense: a proof of principle study. *The Journal of Forensic Practice*, 1-21. <https://doi.org/10.1108/JFP-02-2026-0022>

Bornstein, R. F. (2011). From symptom to process: How the *PDM* alters goals and strategies in psychological assessment. *Journal of Personality Assessment*, 93(2), 142–150. <https://doi.org/10.1080/00223891.2011.542714>

Bornstein, R. F. (2018). From symptom to process: Case formulation, clinical utility, and *PDM-2*. *Psychoanalytic Psychology*, 35(3), 351–356. <https://doi.org/10.1037/pap0000191>

Briganti, G., Kempenaers, C., Braun, S., Fried, E. I., & Linkowski, P. (2018). Network analysis of empathy items from the Interpersonal Reactivity Index in 1973 young adults. *Psychiatry Research*, 265, 87–92. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.03.082>

Byrne, G. (2020). How the Good Lives Model can complement mentalization-based treatments for individuals who have offended with anti-social personality disorder and general forensic mental health needs: Practice update. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 64(15), 1587–1606. <https://doi.org/10.1177/0306624X20928017>

Campos, C., Pasion, R., Azeredo, A., Ramião, E., Mazer, P., Macedo, I., & Barbosa, F. (2022). Refining the link between psychopathy, antisocial behavior, and empathy: A meta-analytical approach across different conceptual frameworks. *Clinical Psychology Review*, 94, Article 102145. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2022.102145>

Carlozzi, A. F., Bull, K. S., Stein, L. B., Ray, K., & Barnes, L. (2002). Empathy theory and practice: A survey of psychologists and counselors. *The Journal of Psychology*, 136(2), 161–170. <https://doi.org/10.1080/00223980209604147>

Chang, S. A. A., Tillem, S., Benson-Williams, C., & Baskin-Sommers, A. (2021). Cognitive empathy in subtypes of antisocial individuals. *Frontiers in Psychiatry*, 12, Article 677975. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.677975>

Chrysikou, E. G., & Thompson, W. J. (2016). Assessing cognitive and affective empathy through the Interpersonal Reactivity Index: An argument against a two-factor model. *Assessment*, 23(6), 769–777. <https://doi.org/10.1177/1073191115599055>

Ciccarelli, M., Nigro, G., D'Olimpio, F., Griffiths, M. D., & Cosenza, M. (2021). Mentalizing failures, emotional dysregulation, and cognitive distortions among adolescent problem gamblers. *Journal of Gambling Studies*, 37(1), 283–298. <https://doi.org/10.1007/s10899-020-09967-w>

Clark, L. A., Ro, E., Nuzum, H., Vanderbleek, E. N., & Allen, X. (2024). Personality disorder coverage, prevalence, and convergence: Do the DSM-5's two models of personality disorder identify the same patients? *Psychological Medicine*, 54(9), 2210–2221. <https://doi.org/10.1017/S0033291724000357>

Cleckley, H. (1988). *The mask of sanity* (5th ed.). Mosby.

Coid, J., & Ullrich, S. (2010). Antisocial personality disorder is on a continuum with psychopathy. *Comprehensive Psychiatry*, 51(4), 426–433. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2009.09.006>

Corr, P. J., & Matthews, G. (Eds.). (2020). *The Cambridge handbook of personality psychology* (2nd ed.). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781108264822>

Crego, C., & Widiger, T. A. (2015). Psychopathy and the DSM. *Journal of Personality*, 83(6), 665–677. <https://doi.org/10.1111/jopy.12115>

Davidson, S., Flood, S. L., McAvoy, C. T., & Watt, N. (2025). Manualised psychotherapies for borderline and/or antisocial personality disorder in offender populations – A narrative synthesis. *Cogent Psychology*, 12(1), Article 2443021. <https://doi.org/10.1080/23311908.2025.2545076>

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

Davis, M. H. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1), 113–126. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.44.1.113>

de Vries, L. P., van de Weijer, M. P., Ligthart, L., Willemsen, G., Dolan, C. V., Boomsma, D. I., Baselmans, B. M. L., & Bartels, M. (2020). A comparison of the ASEBA Adult Self Report (ASR) and the Brief Problem Monitor (BPM/18-59). *Behavior Genetics*, 50(5), 363–373. <https://doi.org/10.1007/s10519-020-10001-3>

de Waal, F. B. M. (2007). Putting the altruism back into altruism: The evolution of empathy. *Annual Review of Psychology*, 59, 1–22. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.59.103006.093625>

De Wit-De Visser, B., Rijckmans, M., Vermunt, J. K., & Van Dam, A. (2023). Pathways to antisocial behavior: A framework to improve diagnostics and tailor therapeutic interventions. *Frontiers in Psychology*, 14, Article 993090. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.993090>

Decety, J., & Jackson, P. L. (2004). The functional architecture of human empathy. *Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews*, 3(2), 71–100. <https://doi.org/10.1177/1534582304267187>

Decety, J., & Yoder, K. J. (2016). Empathy and motivation for justice: Cognitive empathy and concern, but not emotional empathy, predict sensitivity to injustice for others. *Social Neuroscience*, 11(1), 1–14. <https://doi.org/10.1080/17470919.2015.1029593>

DeShong, H. L., Helle, A. C., & Mullins-Sweatt, S. N. (2016). Unmasking Cleckley's psychopath: Assessing historical case studies. *Personality and Mental Health*, 10(2), 142–151. <https://doi.org/10.1002/pmh.1333>

Dhingra, K., & Boduszek, D. (2013). Psychopathy and criminal behaviour: A psychosocial research perspective. *Journal of Criminal Psychology*, 3(2), 83–107. <https://doi.org/10.1108/JCP-06-2013-0014>

Dolan, M., & Fullam, R. (2004). Theory of mind and mentalizing ability in antisocial personality disorders with and without psychopathy. *Psychological Medicine*, 34(6), 1093–1102. <https://doi.org/10.1017/s0033291704002028>

Draycott, S., Askari, R., & Kirkpatrick, T. (2011). Patterns and changes in psychopathic interpersonal behaviour in forensic inpatient treatment. *Personality and Mental Health*, 5(3), 200–208. <https://doi.org/10.1002/pmh.1292>

Drislane, L. E., Sellbom, M., Brislin, S. J., Strickland, C. M., Christian, E., Wygant, D. B., Krueger, R. F., & Patrick, C. J. (2019). Improving characterization of psychopathy within the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5), alternative model for personality disorders: Creation and validation of Personality Inventory for DSM-5 Triarchic scales. *Personality Disorders*, 10(6), 511–523. <https://doi.org/10.1037/per0000345>

Duradoni, M., Gursesli, M. C., Fiorenza, M., Donati, A., & Guazzini, A. (2023). Cognitive empathy and the Dark Triad: A literature review. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 13(11), 2642–2680. <https://doi.org/10.3390/ejihpe13110184>

Duschinsky, R., & Foster, S. (2021). Mentalization in transition. In R. Duschinsky & S. Foster (Eds.), *Mentalizing and epistemic trust: The work of Peter Fonagy and colleagues at the Anna Freud Centre* (pp. 45–78). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1002/jhbs.22163>

Ekselius, L. (2016). Personality disorder: a review of the ICD-11 proposal. *The European Journal of Psychiatry*, 30(2), 105–116.

Ekman, P. (1992). Are there basic emotions? *Psychological Review*, 99(3), 550–553. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.99.3.550>

Fazel, S., & Danesh, J. (2002). Serious mental disorder in 23 000 prisoners: A systematic review of 62 surveys. *The Lancet*, 359(9306), 545–550. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)07740-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)07740-1)

Feshbach, S. (1987). Individual aggression, national attachment, and the search for peace: Psychological perspectives. *Aggressive Behavior*, 13(5), 315–325. [https://doi.org/10.1002/1098-2337\(1987\)13:5%3C315::AID-AB2480130508%3E3.0.CO;2-4](https://doi.org/10.1002/1098-2337(1987)13:5%3C315::AID-AB2480130508%3E3.0.CO;2-4)

Flaaten, E., Langfeldt, M., & Morken, K. T. (2024). Antisocial personality disorder and therapeutic pessimism—how can mentalization-based treatment contribute to an increased therapeutic optimism among health professionals? *Frontiers in Psychology*, 15, Article 1320405. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1320405>

Flechsenhar, A., Back, S., Knabe, M., & Bertsch, K. (2024). Personality disorders in criminal offenders—A systematic literature review. *Current Psychiatry Reports*, 26(11), 603–615. <https://doi.org/10.1007/s11920-024-01541-0>

Fonagy, P. (2000). Attachment and borderline personality disorder. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 48(4), 1129–1146. <https://doi.org/10.1177/00030651000480040701>

Fonagy, P. (2006). The mentalization-focused approach to social development. In J. G. Allen & P. Fonagy (Eds.), *Handbook of mentalization-based treatment* (pp. 53–99). Wiley.

Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2016). Adversity, attachment, and mentalizing. *Comprehensive Psychiatry*, 64, 59–66. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2015.11.006>

Fonagy, P., & Luyten, P. (2009). A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, 21(4), 1355–1381. <https://doi.org/10.1017/S0954579409990198>

Fonagy, P., & Luyten, P. (2016). A multilevel perspective on the development of borderline personality disorder. In D. Cicchetti (Ed.), *Developmental psychopathology: Maladaptation and psychopathology* (3rd ed., Vol. 3, pp. 1–67). John Wiley & Sons. <https://doi.org/10.1002/9781119125556.devpsy317>

Fonagy, P., & Luyten, P. (2018). Attachment, mentalizing, and the self. In W. J. Livesley & R. Larstone (Eds.), *Handbook of personality disorders: Theory, research, and treatment* (2nd ed., pp. 123–140). The Guilford Press.

Fonagy, P., & Target, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development and Psychopathology*, 9(4), 679–700. <https://doi.org/10.1017/S0954579497001399>

Fonagy, P., & Target, M. (1998). Mentalization and changing aims of child psychoanalysis. *Psychoanalytic Dialogues*, 8(1), 87–114. <https://doi.org/10.1080/10481889809539235>

Fonagy, P., & Target, M. (2003). *Psychoanalytic theories: Perspectives from developmental psychopathology*. Whurr Publications.

Fonagy, P., Gergely, G., & Target, M. (2007). The parent–infant dyad and the construction of the subjective self. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(3-4), 288–328. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2007.01727.x>

Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. Other Press.

Fonagy, P., Luyten, P., Allison, E., & Campbell, C. (2017). What we have changed our minds about: Part 1. Borderline personality disorder as a limitation of resilience. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 4, Article 11. <https://doi.org/10.1186/s40479-017-0061-9>

Fonagy, P., Luyten, P., Moulton-Perkins, A., Lee, Y. W., Warren, F., Howard, S., Ghinai, R., Fearon, P., & Lowyck, B. (2016). Development and validation of a self-report measure of mentalizing: The Reflective Functioning Questionnaire. *PLOS ONE*, 11(7), Article e0158678. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0158678>

Fonagy, P., Simes, E., Yirmiya, K., Wason, J., Barrett, B., Frater, A., ... & Bateman, A. (2025). Mentalisation-based treatment for antisocial personality disorder in males convicted of an offence on community probation in England and Wales (Mentalization for Offending Adult Males, MOAM): A multicentre, assessor-blinded, randomised controlled trial. *The Lancet Psychiatry*, 12(3), 208–219. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(24\)00445-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(24)00445-0)

Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Moran, G. S., & Higgitt, A. C. (1991). The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant Mental Health Journal*, 12(3), 201–218. [https://doi.org/10.1002/1097-0355\(199123\)12:3%3C201::AID-IMHJ2280120307%3E3.0.CO;2-7](https://doi.org/10.1002/1097-0355(199123)12:3%3C201::AID-IMHJ2280120307%3E3.0.CO;2-7)

Fonagy, P., Yakeley, J., Gardner, T., Simes, E., McMurran, M., Moran, P., ... & Bateman, A. (2020). Mentalization for Offending Adult Males (MOAM): Study protocol for a randomized controlled trial to evaluate mentalization-based treatment for antisocial personality disorder in male offenders on community probation. *Trials*, 21(1), Article 1001. <https://doi.org/10.1186/s13063-020-04896-w>

- Freeman, C. (2016). What is mentalizing? An overview. *British Journal of Psychotherapy*, 32(2), 189–201. <https://doi.org/10.1111/bjp.12220>
- Frith, C. D., & Frith, U. (2006). The neural basis of mentalizing. *Neuron*, 50(4), 531–534. <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2006.05.001>
- Gabbard, G. O. (2005). Mind, brain, and personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 162(4), 648–655. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.4.648>
- Gaebel, W., Stricker, J., & Kerst, A. (2020). Changes from ICD-10 to ICD-11 and future directions in psychiatric classification. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 22(1), 7–15. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2020.22.1/wgaebel>
- Gagliardini, G., Gullo, S., Caverzasi, E., Boldrini, A., Blasi, S., & Colli, A. (2018). Assessing mentalization in psychotherapy: First validation of the Mentalization Imbalances Scale. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 21(3), 339–353. <https://doi.org/10.4081/ripppo.2018.339>
- Gagliardini, G., Gullo, S., Teti, A., & Colli, A. (2023). Personality and mentalization: A latent profile analysis of mentalizing problematics in adult patients. *Journal of Clinical Psychology*, 79(2), 514–530. <https://doi.org/10.1002/jclp.23430>
- García, L. F., Gutiérrez, F., García, O., & Aluja, A. (2024). The Alternative Model of Personality Disorders: Assessment, convergent and discriminant validity, and a look to the future. *Annual Review of Clinical Psychology*, 20(1), 431–455. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-081122-010709>
- Garrigan, B., Adlam, A. L., & Langdon, P. E. (2018). Moral decision-making and moral development: Toward an integrative framework. *Developmental Review*, 49, 80–100. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2018.06.001>
- Gilligan, J. (2000). *Violence: Reflections on a national epidemic*. Jessica Kingsley Publishers.
- Gori, A., Topino, E., & Sharp, C. (2025). Clinicians' Assessment of Antisocial Personality Disorder (ASPD): A Network Analysis Approach on DSM-5-TR Criteria and Domains. *Personality and mental health*, 19(2), e70017. <https://doi.org/10.1002/pmh.70017>
- Guay, J. P., Ruscio, J., Knight, R. A., & Hare, R. D. (2007). A taxometric analysis of the latent structure of psychopathy: Evidence for dimensionality. *Journal of Abnormal Psychology*, 116(4), 701–716. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.116.4.701>
- Guerrero, M., Hoffmann, M., & Pulkki-Råback, L. (2020). Psychometric properties of the Adult Self-Report: Data from over 11,000 American adults. *Stats*, 3(4), 512–524. <https://doi.org/10.3390/stats3040029>

- Haney, C. (2001). *The psychological impact of incarceration: Implications for post-prison adjustment*. U.S. Department of Health and Human Services, Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation. <https://aspe.hhs.gov/reports/psychological-impact-incarceration-implications-post-prison-adjustment-0>
- Hare, R. D. (1996). Psychopathy and antisocial personality disorder: A case of diagnostic confusion. *Psychiatric Times*, 13(2), 39–40.
- Hare, R. D. (2009). *La psicopatia: Valutazione diagnostica e ricerca empirica* (V. Caretti & A. Schimmenti, a cura di). Casa Editrice Astrolabio. (Opera originale pubblicata 1993)
- Hare, R. D. (2016). Psychopathy, the PCL-R, and criminal justice: Some new findings and current issues. *Canadian Psychology / Psychologie canadienne*, 57(1), 21–34. <https://doi.org/10.1037/cap0000041>
- Hare, R. D., & Neumann, C. S. (2006). The PCL–R assessment of psychopathy: Development, structural properties, and new directions. In C. J. Patrick (Ed.), *Handbook of psychopathy* (pp. 58–88). Guilford Press.
- Hare, R. D., & Neumann, C. S. (2008). Psychopathy as a clinical and empirical construct. *Annual Review of Clinical Psychology*, 4, 217–246. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091452>
- Hare, R. D., McPherson, L. M., & Forth, A. E. (1988). Male psychopaths and their criminal careers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(5), 710–714. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.5.710>
- Harrison, J. E., Weber, S., Jakob, R., & Chute, C. G. (2021). ICD-11: An international classification of diseases for the twenty-first century. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 21(Suppl 6), Article 206. <https://doi.org/10.1186/s12911-021-01534-6>
- Herns, E. N., Bolbecker, A. R., & Wisner, K. M. (2022). Emotion regulation and delusion-proneness relate to empathetic tendencies in a transdiagnostic sample. *Frontiers in Psychiatry*, 13, Article 992757. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.992757>
- Herpertz, S. C., Huprich, S. K., Bohus, M., Chanen, A., Goodman, M., Mehlum, L., Moran, P., Newton-Howes, G., Scott, L., & Sharp, C. (2017). The challenge of transforming the diagnostic system of personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 31(5), 577–589. https://doi.org/10.1521/pedi_2017_31_338
- Hoffman, M. L. (2000). *Empathy and moral development: Implications for caring and justice*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511805851>
- Hoffman, M. L. (2001). Toward a comprehensive empathy-based theory of prosocial moral development. In B. Mohnen & A. Skerra (Eds.), *Constructive & destructive behavior: Implications for family, school, & society* (pp. 61–86). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10433-003>

- Huprich, S. K., & Meyer, G. J. (2011). Introduction to the *JPA* special issue: Can the *Psychodynamic Diagnostic Manual* put the complex person back at the center-stage of personality assessment? *Journal of Personality Assessment*, 93(2), 109–111. <https://doi.org/10.1080/00223891.2010.543203>
- Iacoboni, M. (2009). Imitation, empathy, and mirror neurons. *Annual Review of Psychology*, 60(1), 653–670. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.60.110707.163604>
- Jonason, P. K., & Krause, L. (2013). The emotional deficits associated with the Dark Triad traits: Cognitive empathy, affective empathy, and alexithymia. *Personality and Individual Differences*, 55(5), 532–537. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2013.04.027>
- Kanske, P., Böckler, A., Trautwein, F. M., Parianen Lesemann, F. H., & Singer, T. (2016). Are strong empathizers better mentalizers? Evidence for independence and interaction between the routes of social cognition. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 11(9), 1383–1392. <https://doi.org/10.1093/scan/nsw052>
- Katznelson, H. (2014). Reflective functioning: A review. *Clinical Psychology Review*, 34(2), 107–117. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.12.003>
- Kazdin, A. E. (2007). Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 1–27. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091432>
- Knight, R. A., & Sims-Knight, J. E. (2003). The developmental antecedents of sexual coercion against women: Testing alternative hypotheses with structural equation modeling. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 989(1), 72–85. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2003.tb07294.x>
- Kosson, D. S., Lorenz, A. R., & Newman, J. P. (2006). Effects of comorbid psychopathy on criminal offending and emotion processing in male offenders with antisocial personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 115(4), 798–806. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.115.4.798>
- Kotan, V. O., Kotan, Z., & Bilgili, G. Ö. (2018). Diagnostic classification systems based on psychoanalytical principles. *Noro Psikiyatri Arsivi*, 55(1), 91–97.
- Krueger, R. F., & Hobbs, K. A. (2020). An overview of the DSM-5 Alternative Model of Personality Disorders. *Psychopathology*, 53(3-4), 126–132. <https://doi.org/10.1159/000508538>
- Krueger, R. F., & Markon, K. E. (2014). The role of the DSM-5 personality trait model in moving toward a quantitative and empirically based approach to classifying personality and psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10(1), 477–501. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032813-153732>
- Lecours, S., & Bouchard, M. A. (1997). Dimensions of mentalisation: Outlining levels of psychic transformation. *The International Journal of Psychoanalysis*, 78(5), 855–875.

Leslie, A. M. (1987). Pretense and representation: The origins of "Theory of Mind". *Psychological Review*, 94(4), 412–426. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.94.4.412>

Levinson A., & Fonagy P. (2004). Offending and attachment: The relationship between interpersonal awareness and offending in a prison population with psychiatric disorder. *Canadian Journal of Psychoanalysis/Revue Canadienne de Psychanalyse*, 12(2), 225–251.

Lingiardi, V., & McWilliams, N. (2015). The Psychodynamic Diagnostic Manual - 2nd edition (PDM-2). *World Psychiatry*, 14(2), 237–239. <https://doi.org/10.1002/wps.20233>

Lingiardi, V., & McWilliams, N. (Eds.). (2017). *Psychodynamic diagnostic manual* (2nd ed.). Guilford Press.

Looman, J., Abracen, J., Serin, R., & Marquis, P. (2005). Psychopathy, treatment change, and recidivism in high-risk, high-need sexual offenders. *Journal of interpersonal violence*, 20(5), 549–568. <https://doi.org/10.1177/0886260504271583>

Lösel, F. (1998). Treatment and management of psychopaths. In D. J. Cooke, A. E. Forth, & R. D. Hare (Eds.), *Psychopathy: Theory, research and implications for society* (pp. 303–354). Springer.

Lurigio, A. J., & Carabell, P. (2024). Psychopathy: A primer for correctional professionals. *Federal Probation*, 88(4), 12–21.

Luyten, P., & Fonagy, P. (2015). The neurobiology of mentalizing. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 6(4), 366–379. <https://doi.org/10.1037/per0000117>

Luyten, P., Campbell, C., Allison, E., & Fonagy, P. (2020). The mentalizing approach to psychopathology: State of the art and future directions. *Annual Review of Clinical Psychology*, 16, 297–325. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-071919-015355>

Luyten, P., Nijssens, L., Fonagy, P., & Mayes, L. C. (2017). Parental reflective functioning: Theory, research, and clinical applications. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 70(1), 174–199. <https://doi.org/10.1080/00797308.2016.1277901>

Lynam, D. R., & Derefinko, K. J. (2006). Psychopathy and personality. In C. J. Patrick (Ed.), *Handbook of psychopathy* (pp. 133–155). The Guilford Press.

Mahmoudi, E., Nakhostin-Ansari, A., Ranjbar, M., & Memari, A. H. (2022). Are all types of empathy associated with lower aggression in athletes? A cross-sectional study on Iranian athletes. *BMC Psychology*, 10(1), Article 276. <https://doi.org/10.1186/s40359-022-00985-4>

Majdandžić, J., Amashauffer, S., Hummer, A., Windischberger, C., & Lamm, C. (2016). The selfless mind: How prefrontal involvement in mentalizing with similar and dissimilar

others shapes empathy and prosocial behavior. *Cognition*, 157, 24–38. <https://doi.org/10.1016/j.cognition.2016.08.003>

Marsden, J., Glazebrook, C., Tully, R., & Völlm, B. (2019). Do adult males with antisocial personality disorder (with and without co-morbid psychopathy) have deficits in emotion processing and empathy? A systematic review. *Aggression and Violent Behavior*, 48, 197–217. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2019.08.009>

Marshall, L. E., & Marshall, W. L. (2011). Empathy and antisocial behaviour. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 22(5), 742–759. <https://doi.org/10.1080/14789949.2011.617544>

Martin, S., Zabala, C., Del-Monte, J., Graziani, P., Aizpurua, E., Barry, T. J., & Ricarte, J. (2019). Examining the relationships between impulsivity, aggression, and recidivism for prisoners with antisocial personality disorder. *Aggression and Violent Behavior*, 49, Article 101314. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2019.07.009>

McCabe, G. A., Smith, M. M., & Widiger, T. A. (2023). Psychopathy and antisocial personality disorder in the fifth edition of the American Psychiatric Association's Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: An attempted replication of Wygant et al. (2016). *Personality Disorders*, 14(6), 636–648. <https://doi.org/10.1037/per0000626>

McClelland, G. H., & Judd, C. M. (1993). Statistical difficulties of detecting interactions and moderator effects. *Psychological Bulletin*, 114(2), 376–390. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.114.2.376>

McEllistrem, J. E. (2004). Affective and predatory violence: A bimodal classification system of human aggression and violence. *Aggression and Violent Behavior*, 10(1), 1–30. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2003.06.002>

McGauley, G., Yakeley, J., Williams, A., & Bateman, A. (2011). Attachment, mentalization and antisocial personality disorder: The possible contribution of mentalization-based treatment. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 13(4), 371–393. <https://doi.org/10.1080/13642537.2011.629118>

McWilliams, N. (2011b). The Psychodynamic Diagnostic Manual: An effort to compensate for the limitations of descriptive psychiatric diagnosis. *Journal of Personality Assessment*, 93(2), 112–122. <https://doi.org/10.1080/00223891.2011.542709>

McWilliams, N. (2012). *La diagnosi psicoanalitica* (2a ed.). Casa Editrice Astrolabio. (Opera originale pubblicata 2011)

Melekhov, V., Medvedev, O. N., & Krägeloh, C. U. (2025). Interpersonal Reactivity Index (IRI). In Oleg N. Medvedev (Ed.), *Handbook of assessment in mindfulness research* (pp. 1–13). Springer Nature Switzerland. https://doi.org/10.1007/978-3-030-77644-2_62-1

- Meloy, J. R. (2006). Empirical basis and forensic application of affective and predatory violence. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(6–7), 539–547. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2006.01837.x>
- Meloy, J. R., & Yakeley, A. J. (2011). Antisocial personality disorder. In T. Millon, R. F.
- Meloy, J. R., & Yakeley, J. (2014). The violent true believer as a “lone wolf” — Psychoanalytic perspectives on terrorism. *Behavioral Sciences & the Law*, 32(3), 347–365. <https://doi.org/10.1002/bsl.2109>
- Meloy, J. R., Book, A., Hosker-Field, A., Methot-Jones, T., & Roters, J. (2018). Social, sexual, and violent predation: Are psychopathic traits evolutionarily adaptive? *Violence and Gender*, 5(3), 153–165. <https://doi.org/10.1089/vio.2018.0012>
- Millon, T., Krueger, R. F., & Simonsen, E. (Eds.). (2011). *Contemporary directions in psychopathology: scientific foundations of the DSM-V and ICD-11*. Guilford press.
- Millon, T., Simonsen, E., Birket-Smith, M., & Davis, R. D. (Eds.). (2002). *Psychopathy: Antisocial, criminal, and violent behavior*. The Guilford Press.
- Mitchell, D. G. V., Richell, R. A., Leonard, A., & Blair, R. J. R. (2006). Emotion at the expense of cognition: Psychopathic individuals outperform controls on an operant response task. *Journal of Abnormal Psychology*, 115(3), 559–566. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.115.3.559>
- Mohajerin, B., Shamsi, A., & Howard, R. (2024). A randomized controlled trial comparing mentalization-based therapy with the Unified Protocol in the treatment of psychopathy and comorbid borderline + antisocial personality disorders. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 31(4), Article e3047. <https://doi.org/10.1002/cpp.3047>
- Montag, C., Neuhaus, K., Lehmann, A., Krüger, K., Dziobek, I., Heekeren, H. R., ... & Gallinat, J. (2012). Subtle deficits of cognitive theory of mind in unaffected first-degree relatives of schizophrenia patients. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 262(3), 217–226. <https://doi.org/10.1007/s00406-011-0250-2>
- Morandotti, N., Brondino, N., Merelli, A., Boldrini, A., De Vidovich, G. Z., Ricciardo, S., Abbiati, V., Ambrosi, P., Caverzasi, E., Fonagy, P., & Luyten, P. (2018). The Italian version of the Reflective Functioning Questionnaire: Validity data for adults and its association with severity of borderline personality disorder. *PLoS ONE*, 13(11), Article e0206433. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0206433>
- Morken, K. T. E., Øvrebø, M., Klippenberg, C., Morvik, T., & Lied Gikling, E. (2022). Antisocial personality disorder in group therapy, kindling pro-sociality and mentalizing. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 25(3), 649–660. <https://doi.org/10.4081/ripppo.2022.649>

Morrow, E. P. (2020). Cognitive, affective, and general empathy in individuals convicted of a sexual offense: A meta-analysis. *Sexual Abuse*, 32(8), 883–906. <https://doi.org/10.1177/1079063219858062>

Mulder, R. T. (2021). ICD-11 personality disorders: Utility and implications of the new model. *Frontiers in Psychiatry*, 12, Article 655548. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.655548>

Mulder, R. T., Horwood, J., Tyrer, P., Carter, J., & Joyce, P. R. (2016). Validating the proposed ICD-11 domains. *Personality and Mental Health*, 10(2), 84–95. <https://doi.org/10.1002/pmh.1336>

Müller, S., Wendt, L. P., Spitzer, C., Masuhr, O., Back, S. N., & Zimmermann, J. (2022). A critical evaluation of the Reflective Functioning Questionnaire (RFQ). *Journal of Personality Assessment*, 104(5), 613–627. <https://doi.org/10.1080/00223891.2021.1981346>

Nair, T. K., Waslin, S. M., Rodrigues, G. A., Datta, S., Moore, M. T., & Brumariu, L. E. (2024). A meta-analytic review of the relations between anxiety and empathy. *Journal of Anxiety Disorders*, 101, Article 102795. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2023.102795>

Neumann, C. S., Hare, R. D., & Newman, J. P. (2007). The superordinate nature of the Psychopathy Checklist-Revised. *Journal of Personality Disorders*, 21(2), 102–117. <https://doi.org/10.1521/pedi.2007.21.2.102>

Neumann, C. S., Kosson, D. S., Forth, A. E., & Hare, R. D. (2006). Factor structure of the Hare Psychopathy Checklist: Youth Version (PCL: YV) in incarcerated adolescents. *Psychological Assessment*, 18(2), 142–154. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.18.2.142>

Newbury-Helps, J., Feigenbaum, J., & Fonagy, P. (2017). Offenders with antisocial personality disorder display more impairments in mentalizing. *Journal of Personality Disorders*, 31(2), 232–255. https://doi.org/10.1521/pedi_2016_30_246

Nummenmaa, L., Hirvonen, J., Parkkola, R., & Hietanen, J. K. (2008). Is emotional contagion special? An fMRI study on neural systems for affective and cognitive empathy. *NeuroImage*, 43(3), 571–580. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2008.08.014>

Ogloff, J. R. (2006). Psychopathy/antisocial personality disorder conundrum. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(6-7), 519–528. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2006.01834.x>

Olweus, D. (1994). Bullying at School: Basic Facts and Effects of a School Based Intervention Program. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35: 1171–1190. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1994.tb01229.x>

Palix, J., Abu-Akel, A., Moulin, V., Abbiati, M., Gasser, J., Hasler, C., Marcot, D., Mohr, C., & Dan-Glauser, E. (2022). The Utility of Physiological Measures in Assessing the Empathic Skills of Incarcerated Violent Offenders. *International journal of offender therapy and comparative criminology*, 66(1), 98–122. <https://doi.org/10.1177/0306624X21994056>

Parnas, J., Licht, D., & Bovet, P. (2005). Cluster A personality disorders: A review. *Personality Disorders*, 8, 1–74. <https://doi.org/10.1007/s10862-010-9183-8>

Patrick, C. J., Fowles, D. C., & Krueger, R. F. (2009). Triarchic conceptualization of psychopathy: Developmental origins of disinhibition, boldness, and meanness. *Development and Psychopathology*, 21(3), 913–938. <https://doi.org/10.1017/S0954579409000492>

Perner, J. (1991). *Understanding the representational mind*. MIT Press.

Pfabigan, D. M., Seidel, E. M., Wucherer, A. M., Keckeis, K., Derntl, B., & Lamm, C. (2015). Affective empathy differs in male violent offenders with high- and low-trait psychopathy. *Journal of Personality Disorders*, 29(1), 42–61. https://doi.org/10.1521/pedi_2014_28_145

Pick, E., Pavan, C., Marini, M., Cariolato, Y., Bogliolo, E., Toffanin, T., & Palmieri, A. (2022). Self-oriented empathy and personality organisation level: Insights from a psychiatric sample. *Clinical Neuropsychiatry*, 19(1), 45–52. <https://doi.org/10.36131/cnfioritieditore20220107>

Podsakoff, P. M., MacKenzie, S. B., Lee, J. Y., & Podsakoff, N. P. (2003). Common method biases in behavioral research: A critical review of the literature and recommended remedies. *Journal of Applied Psychology*, 88(5), 879–903. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.88.5.879>

Polaschek, D. L., & Daly, T. E. (2013). Treatment and psychopathy in forensic settings. *Aggression and Violent Behavior*, 18(5), 592–603. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2013.06.003>

Rabl, L., Maerz, J., Viviani, R., & Labek, K. (2024). The dark side of personality functioning: Associations between antisocial cognitions, personality functioning (AMPD), empathy and mentalisation. *Frontiers in Psychiatry*, 15, Article 1377177. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1377177>

Rankin, K. P., Kramer, J. H., & Miller, B. L. (2005). Patterns of cognitive and emotional empathy in frontotemporal lobar degeneration. *Cognitive and Behavioral Neurology*, 18(1), 28–36. <https://doi.org/10.1097/01.wnn.0000152225.05377.ab>

Rauschenberger, S., & Lynn, S. J. (2003). Fantasy-proneness, negative affect, and psychopathology. *Imagination, Cognition and Personality*, 22(3), 239–255. <https://doi.org/10.2190/AEXB-Y3JR-Y7T2-0A7R>

Rebbapragada, N., Furtado, V., & Hawker-Bond, G. W. (2021). Prevalence of mental disorders in prisons in the UK: A systematic review and meta-analysis. *BJPsych Open*, 7(S1), S283–S284. <https://doi.org/10.1192/bjo.2021.755>

Reddy, V. (2005). Feeling shy and showing-off: Self-consciousness regulates intimacy. In J. Nadel & D. Muir (Eds.), *Emotional development: Recent research advances* (pp. 121–143). Oxford University Press.

Reidy, D. E., Kearns, M. C., & DeGue, S. (2013). Reducing psychopathic violence: A review of the treatment literature. *Aggression and Violent Behavior*, 18(5), 527–538. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2013.07.008>

Rescorla, L. A. (2004). The Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA) for adults. In M. E. Maruish (Ed.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment: Volume 3: Instruments for adults* (3rd ed., pp. 115–151). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

Rizzolatti, G., & Craighero, L. (2004). The mirror-neuron system. *Annual Review of Neuroscience*, 27, 169–192. <https://doi.org/10.1146/annurev.neuro.27.070203.144230>

Roberson, A., & Vitacco, M. J. (2023). Psychopathy in correctional settings: Considerations for developing and implementing a treatment program. *Journal of Correctional Health Care*, 29(3), 232–238. <https://doi.org/10.1089/jchc.22.02.0016>

Rosso, A. M., & Airaldi, C. (2016). Intergenerational transmission of reflective functioning. *Frontiers in Psychology*, 7, Article 1903. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01903>

Sampogna, G., Del Vecchio, V., Giallonardo, V., Luciano, M., Perris, F., Saviano, P., ... & Fiorillo, A. (2020). Il processo di revisione dei sistemi diagnostici in psichiatria: Differenze tra ICD-11 e DSM-5. [The revision process of diagnostic systems in psychiatry: differences between ICD-11 and DSM-5]. *Rivista di psichiatria*, 55(6), 323–330. <https://doi.org/10.1708/3503.34889>

Schnittker, J., Larimore, S. H., & Lee, H. (2020). Neither mad nor bad? The classification of antisocial personality disorder among formerly incarcerated adults. *Social Science & Medicine*, 264, Article 113288. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113288>

Schuler, L., Back, S. N., Bertsch, K., & Flechsenhar, A. (2024). Mentalizing impairments in criminal offenders: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 109, Article 102401. <https://doi.org/10.1007/s11920-024-01541-0>

Shamay-Tsoory, S. G., Aharon-Peretz, J., & Perry, D. (2009). Two systems for empathy: A double dissociation between emotional and cognitive empathy in inferior frontal gyrus versus ventromedial prefrontal lesions. *Brain*, 132(3), 617–627. <https://doi.org/10.1093/brain/awn279>

Sharp, C., Barr, C., & Vanwoerden, S. (2025). Hypermentalizing: The development and validation of a self-report measure. *Frontiers in Psychology*, 16, Article 1546464. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1546464>

Sharp, C., Ha, C., Carbone, C., Kim, S., Perry, K., Williams, L., & Fonagy, P. (2013). Hypermentalizing in adolescent inpatients: Treatment effects and association with borderline traits. *Journal of Personality Disorders*, 27(1), 3–18. <https://doi.org/10.1521/pedi.2013.27.1.3>

Shedler, J. (2015). Integrating clinical and empirical perspectives on personality: The Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP). In S. K. Huprich (Ed.), *Personality disorders: Toward theoretical and empirical integration in diagnosis and assessment* (pp. 225–252). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14549-010>

Skodol, A. E., Grilo, C. M., Keyes, K. M., Geier, T., Grant, B. F., & Hasin, D. S. (2011). Relationship of personality disorders to the course of major depressive disorder in a nationally representative sample. *The American journal of psychiatry*, 168(3), 257–264. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.10050695>

Singer, T. (2006). The neuronal basis and ontogeny of empathy and mind reading: Review of literature and implications for future research. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 30(6), 855–863. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2006.06.011>

Singer, T., & Klimecki, O. M. (2014). Empathy and compassion. *Current biology: CB*, 24(18), R875–R878. <https://doi.org/10.1016/j.cub.2014.06.054>

Singer, T., & Lamm, C. (2009). The social neuroscience of empathy. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1156(1), 81–96. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2009.04418.x>

Slade, A. (2005). Parental reflective functioning: An introduction. *Attachment & Human Development*, 7(3), 269–281. <https://doi.org/10.1080/14616730500245906>

Sng, O., Neuberg, S. L., Varnum, M. E. W., & Kenrick, D. T. (2018). The behavioral ecology of cultural psychological variation. *Psychological Review*, 125(5), 714–743. <https://doi.org/10.1037/rev0000104>

Strayer, J. (1987). Affective and cognitive perspectives on empathy. In N. Eisenberg & J. Strayer (Eds.), *Empathy and its development* (pp. 218–244). Cambridge University Press.

Stietz, J., Jauk, E., Krach, S., & Kanske, P. (2019). Dissociating Empathy From Perspective-Taking: Evidence From Intra- and Inter-Individual Differences Research. *Frontiers in psychiatry*, 10, 126. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00126>

Strickland, C. M., Drislane, L. E., Lucy, M., Krueger, R. F., & Patrick, C. J. (2013). Characterizing psychopathy using DSM-5 personality traits. *Assessment*, 20(3), 327–338. <https://doi.org/10.1177/1073191113486691>

Terradas, M. M., Domon-Archambault, V., & Drieu, D. (2020). Clinical assessment of prementalizing modes of psychic functioning in children and their parents in the context of trauma. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 19(1), 25–41. <https://doi.org/10.1080/15289168.2020.1717186>

Theodorakis, N. (2013). Psychopathy and its relationship to criminal behaviour. *International Student Law Review*, 1, 47–62. <https://doi.org/10.14296/islr.v1i1.1705>

Thomas, N., & Jenkins, H. (2019). The journey from epistemic vigilance to epistemic trust: Service-users' experiences of a community mentalization-based treatment programme for antisocial personality disorder (ASPD). *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 30(6), 909–938. <https://doi.org/10.1080/14789949.2019.1670856>

Tibbels, S., Benbouriche, M., & Przygodzki-Lionet, N. (2024). Empathy deficits in individuals convicted of a sexual offense: A systematic literature review. *Victims & Offenders*, 19(5), 709–738. <https://doi.org/10.1080/15564886.2022.2137614>

Toffol, E., Lussignoli, M., Aliverti, E., Capizzi, G., Bertocci, I., & Scocco, P. (2025). Empathy, psychopathology and suicidal behavior: A case-control study. *BMC Psychiatry*, 25(1), Article 811. <https://doi.org/10.1186/s12888-025-07230-3>

Tomasello, M. (1999). *The cultural origins of human cognition*. Harvard University Press.

Troyer, D., & Greitemeyer, T. (2018). The impact of attachment orientation on empathy in adults: Considering the mediating role of emotion regulation strategies and negative affectivity. *Personality and Individual Differences*, 122, 198–205. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.10.033>

Tyrer, P. (2009). Why borderline personality disorder is neither borderline nor a personality disorder. *Personality and Mental Health*, 3(2), 86–95. <https://doi.org/10.1002/pmh.78>

Tyrer, P., Reed, G. M., & Crawford, M. J. (2015). Classification, assessment, prevalence, and effect of personality disorder. *The Lancet*, 385(9969), 717–726. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61995-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61995-4)

Uddin, L. Q., Iacoboni, M., Lange, C., & Keenan, J. P. (2007). The self and social cognition: The role of cortical midline structures and mirror neurons. *Trends in Cognitive Sciences*, 11(4), 153–157. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2007.01.001>

Van Langen, M. A., Wissink, I. B., van Vugt, E. S., Van der Stouwe, T., & Stams, G. J. J. (2014). The relation between empathy and offending: A meta-analysis. *Aggression and Violent Behavior*, 19(2), 179–189. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2014.02.003>

Velotti, P. (2015). *Comprendere il male. Il disturbo antisociale di personalità*. Il Mulino.

- Velotti, P., Garofalo, C., Dimaggio, G., & Fonagy, P. (2019). Mindfulness, alexithymia, and empathy moderate relations between trait aggression and antisocial personality disorder traits. *Mindfulness*, 10(6), 1082–1090. <https://doi.org/10.1007/s12671-018-1048-3>
- Velotti, P., Garofalo, C., Petrocchi, C., Cavallo, F., Popolo, R., & Dimaggio, G. (2016). Alexithymia, emotion dysregulation, impulsivity and aggression: A multiple mediation model. *Psychiatry Research*, 237, 296–303. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.01.025>
- Wai, M., & Tiliopoulos, N. (2012). The affective and cognitive empathic nature of the dark triad of personality. *Personality and Individual Differences*, 52(7), 794–799. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2012.01.008>
- Wallerstein, R. S. (2011). The Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM): Rationale, conception, and structure. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 59(1), 153–164. <https://doi.org/10.1177/0003065111402330>
- Walsh, A., & Wu, H. H. (2008). Differentiating antisocial personality disorder, psychopathy, and sociopathy: Evolutionary, genetic, neurological, and sociological considerations. *Criminal Justice Studies*, 21(2), 135–152. <https://doi.org/10.1080/14786010802159814>
- Ware, A., Wilson, C., Tapp, J., & Moore, E. (2016). Mentalisation-based therapy (MBT) in a high-secure hospital setting: Expert by experience feedback on participation. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 27(5), 722–744. <https://doi.org/10.1080/14789949.2016.1174725>
- Waugh, M. H., Hopwood, C. J., Krueger, R. F., Morey, L. C., Pincus, A. L., & Wright, A. G. (2017). Psychological assessment with the DSM–5 Alternative Model for Personality Disorders: Tradition and innovation. *Professional Psychology: Research and Practice*, 48(2), 79–89. <https://doi.org/10.1037/pro0000071>
- Westen, D., Shedler, J., Bradley, B., & DeFife, J. A. (2012). An empirically derived taxonomy for personality diagnosis: Bridging science and practice in conceptualizing personality. *American Journal of Psychiatry*, 169(3), 273–284. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.11020274>
- Widiger, T. A., & Trull, T. J. (2007). Plate tectonics in the classification of personality disorder: Shifting to a dimensional model. *American Psychologist*, 62(2), 71–83. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.62.2.71>
- Wiebe, R. P. (2004). Psychopathy and sexual coercion: A Darwinian analysis. *Counseling and Clinical Psychology Journal*, 1(1), 23–41.
- Winter, K., Spengler, S., BERPpohl, F., Singer, T., & Kanske, P. (2017). Social cognition in aggressive offenders: Impaired empathy, but intact theory of mind. *Scientific Reports*, 7(1), Article 670. <https://doi.org/10.1038/s41598-017-00746-0>

Wong, S. C., Gordon, A., & Gu, D. (2007). Assessment and treatment of violence-prone forensic clients: An integrated approach. *The British Journal of Psychiatry*, 190(S49), s66–s74. <https://doi.org/10.1192/bjp.190.5.s66>

Wong, S., & Hare, R. D. (2005). Guidelines for a psychopathy treatment program. Multi-Health Systems.

Woodworth, M., & Porter, S. (2002). In cold blood: Characteristics of criminal homicides as a function of psychopathy. *Journal of Abnormal Psychology*, 111(3), 436–445. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.111.3.436>

World Health Organization. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. World Health Organization.

World Health Organization. (2022). *ICD-11: International classification of diseases* (11th ed.). <https://icd.who.int/>

World Health Organization. (2024). *Clinical descriptions and diagnostic requirements for ICD-11 mental, behavioural and neurodevelopmental disorders (CDDR)*.

Woźniak-Prus, M., Gambin, M., Cudo, A., & Sharp, C. (2022). Investigation of the factor structure of the Reflective Functioning Questionnaire (RFQ-8): One or two dimensions? *Journal of Personality Assessment*, 104(6), 736–746. <https://doi.org/10.1080/00223891.2021.2014505>

Yakeley, J., & Williams, A. (2014). Antisocial personality disorder: New directions. *Advances in Psychiatric Treatment*, 20(2), 132–143. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.113.011205>

Yavuz, K. F., Şahin, O., Ulusoy, S., Ipek, O. U., & Kurt, E. (2016). Experiential avoidance, empathy, and anger-related attitudes in antisocial personality disorder. *Turkish Journal of Medical Sciences*, 46(6), 1792–1800. <https://doi.org/10.3906/sag-1601-80>

Zeier, J. D., & Newman, J. P. (2013). Feature-based attention and conflict monitoring in criminal offenders: interactive relations of psychopathy with anxiety and externalizing. *Journal of abnormal psychology*, 122(3), 797–806. <https://doi.org/10.1037/a0033873>

Zimmerman, M. (2022). Should the demonstration of improved patient outcome be necessary to overhaul diagnostic approaches? Comment on Bach and Tracy (2022). *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 13(4), 387–391. <https://doi.org/10.1037/per0000584>

Zimmermann, J., Kerber, A., Rek, K., Hopwood, C. J., & Krueger, R. F. (2019). A brief but comprehensive review of research on the Alternative DSM-5 Model for Personality Disorders. *Current Psychiatry Reports*, 21(9), Article 92. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1079-z>