UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PAVIA

DIPARTIMENTO DI SCIENZE DEL SISTEMA NERVOSO E DEL COMPORTAMENTO

CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN PSICOLOGIA

Mentalizzare in carcere: profili di funzionamento e trattamento del comportamento antisociale

RELATORE:

Dott.ssa Francesca Locati

CORRELATORE:

Dott. Davide Broglia

Tesi di Laurea di
Camilla Lunghi
Matricola 541789

Anno Accademico 2024/2025

Indice

Abstract ... 1
1. Il disturbo antisociale di personalità ... 3
1.1 Introduzione ... 3
1.2 Disturbo antisociale di personalità nel tempo ... 3
1.3 Il disturbo antisociale di personalità e le differenze con la psicopatia ... 5
1.4 Approccio categoriale nosologie tradizionali ... 7
1.5 Approccio dimensionale nosologie tradizionali ... 9
1.6 Hierarchical Taxonomy of Psychopathology ... 14
1.7 Manuale diagnostico psicodinamico (PDM-2) ... 17
2. Mentalizzazione ... 22
2.1 Polarità della mentalizzazione ... 23
2.2 Sviluppo della mentalizzazione ... 24
2.3 Fallimenti della mentalizzazione ... 25
2.4 Fiducia epistemica ... 27
2.5 Regolazione affettiva ... 29
2.6 Organizzazione del sé ... 29
2.7 Antisocialità secondo la teoria della mentalizzazione ... 30
2.7.1 Profilo mentalizzazione ASPD ... 32
2.8 Mentalization-Based Treatment (MBT) ... 36
3. Lo studio ... 39
3.1 Letteratura ... 39
3.2 Obiettivi ... 44
3.2.1 Studio 1 ... 44
3.2.2 Studio 2 ... 45
3.3 Ipotesi ... 45
3.3.1 Studio 1 ... 45
3.3.2 Studio 2 ... 46
3.4 Partecipanti ... 46
3.4.1 Studio 1 ... 46
3.4.2 Studio 2 ... 49
3.5 Strumenti ... 51
3.5.1 Questionario demografico ... 51
3.5.2 Achenbach System of Empirically Based Assessment - Adult Self Report ... 51

3.5.3 Reflective Functioning Questionnaire – 8 ... *51*
3.5.4 Epistemic Trust, Mistrust, Credulity Questionnaire ... *52*
3.5.5 Difficulties in Emotion Regulation Scale – Short Form ... *52*
3.6 Procedure ... *53*
3.6.1 Studio 1 ... *53*
3.6.2 Studio 2 ... *54*
3.7 Analisi statistiche ... *56*
3.7.1 Studio 1 ... *56*
3.7.2 Studio 2 ... *56*
3.8 Risultati ... *57*
3.8.1 Studio 1 ... *57*
3.8.2 Studio 2 ... *66*
3.9 Discussioni ... *72*
3.9.1 Studio 1 ... *72*
3.9.2 Studio 2 ... *78*
3.10 Conclusioni ... *80*
3.11 Limitazioni e prospettive future ... *82*
Bibliografia ... *84*

Abstract

La mentalizzazione è la capacità umana di interpretare i propri comportamenti e quelli altrui come causati da stati mentali interni intenzionali. In letteratura la popolazione detenuta, in particolare quella con disturbo antisociale di personalità (ASPD), sembra presentare marcate difficoltà di mentalizzazione. Queste difficoltà appaiono legate alla sfiducia epistemica e alla disregolazione emotiva, aspetti che sono stati identificati come fattori chiave nell'insorgenza del disturbo e dei comportamenti aggressivi.

Pochi studi hanno esplorato queste variabili all'interno del contesto carcerario e, in particolare, valutato l'efficacia di interventi MBT (Mentalization-Based Treatment) su questa popolazione. Questo lavoro si compone di due studi: lo studio 1 ha come obiettivo quello di delineare una comprensione più articolata del funzionamento psicologico dei detenuti; lo studio 2 si propone di esplorare l'efficacia del trattamento MBT-ASPD all'interno del contesto carcerario.

Lo studio 1 ha coinvolto centoventi detenuti, valutati tramite RFQ-8, ETMCQ, DERS-SF e ASEBA-ASR. Nello studio 2, nove di questi hanno partecipato all'intervento e sono stati successivamente ritestati con gli stessi strumenti.

Dai risultati dello studio 1 è emerso che l'ipomentalizzazione, la sfiducia epistemica e la disregolazione emotiva sono fortemente connesse alla psicopatologia e alla presenza di problemi di personalità antisociale. Inoltre, difficoltà nella mentalizzazione, intese come compromissione della funzione riflessiva e disfunzioni epistemiche, risultano correlate tra loro e associate alla disregolazione emotiva. Infine, l'analisi dei dati ha permesso di identificare tre distinti profili di funzionamento, denominati "Disorganizzato", "Pietrificato" e "Faccia d'angelo", caratterizzati da differenti configurazioni delle variabili studiate.

Dai risultati dello studio 2 è emerso che il trattamento MBT ha prodotto miglioramenti significativi nel benessere generale, senza però evidenziare cambiamenti significativi nelle singole dimensioni psicologiche valutate.

Parole chiave: mentalizzazione, carcere, disturbo antisociale di personalità, funzione riflessiva, fiducia epistemica, disregolazione emotiva, trattamento basato sulla mentalizzazione

Abstract

Mentalization is the human ability to interpret one's own and others' behaviours as caused by intentional internal mental states. In the literature, the prison population, particularly those with Antisocial Personality Disorder (ASPD), appears to exhibit marked difficulties in mentalization. These difficulties appear to be linked to epistemic mistrust and emotional dysregulation, aspects that have been identified as key factors in the onset of the disorder and aggressive behaviour.

Few studies have explored these variables within the prison context and, in particular, evaluated the effectiveness of Mentalization-Based Treatment (MBT) on this population.

This work consists of two studies: study 1 aims to outline a more detailed understanding of prisoners' psychological functioning; study 2 aims to explore the effectiveness of MBT-ASPD treatment within the prison context.

Study 1 involved one hundred and twenty inmates, assessed using the RFQ-8, ETMCQ, DERS-SF, and ASEBA-ASR. In study 2, nine of them participated in the intervention and were subsequently retested with the same instruments.

The results of study 1 showed that hypomentalization, epistemic dysfunctions, and emotional dysregulation are strongly linked to psychopathology and the presence of antisocial personality problems. Furthermore, difficulties in mentalization, understood as impaired reflective function and epistemic dysfunctions, are correlated with each other and associated with emotional dysregulation. Finally, data analysis identified three distinct functioning profiles, called “Disorganized”, “Petrified” and "Angel face", characterized by different configurations of the variables studied.

The results of study 2, however, showed that MBT produced significant improvements in general well-being, without however highlighting significant changes in the specific psychological dimensions assessed.

Keywords: mentalization, prison, antisocial personality disorder, reflective function, epistemic trust, emotional dysregulation, mentalization-based treatment

1. Il disturbo antisociale di personalità

1.1 Introduzione

La personalità è un insieme di modalità relativamente stabili di pensare, sentire, comportarsi e mettersi in relazione con gli altri (Lingiardi & McWilliams, 2017). Ciascun individuo è caratterizzato da una combinazione unica di tratti, ovvero elementi distintivi dell'individualità, che rappresentano una disposizione ad agire relativamente indipendente dal mutare delle circostanze: una tendenza a elaborare informazioni, a sperimentare emozioni e affetti e ad agire in modi uniformi (Cervone & Pervin, 2017).

La maggior parte dei ricercatori che si occupano di personalità concorda sul fatto che cinque tratti dimensionali di base siano sufficienti per descrivere il funzionamento generale della personalità. Questi cinque tratti, noti come teoria dei Big Five o Five Factor Model (FFM), comprendono: l'estroversione e l'amicalità che sono domini di relazione interpersonale, il nevroticismo che è un dominio di instabilità emotiva e disregolazione, la coscienziosità che è un dominio di comportamento e responsabilità legati al lavoro e l'apertura che è un dominio di intelletto cognitivo, curiosità e creatività (McCrae & Costa, 2008).

Soltanto quando i tratti di personalità sono rigidi e disadattivi, e causano una significativa compromissione funzionale o un disagio soggettivo, denotano disturbi di personalità (American Psychiatric Association, 2022). Gli aspetti principali che caratterizzano la maggior parte dei disturbi di personalità sono le difficoltà interpersonali croniche, la presenza di problemi rispetto all'identità o al senso di sé e l'incapacità di funzionare adeguatamente all'interno della società (Cervone & Pervin, 2017).

1.2 *Disturbo antisociale di personalità nel tempo*

Prima del XIX secolo, il crimine era visto principalmente come una questione morale o religiosa, e i criminali erano puniti con pene esemplari. Gli alienisti francesi furono i primi a richiamare l'attenzione su una forma di follia in cui il disturbo era limitato al campo dei sentimenti e della condotta. Philippe Pinel (1801) è considerato il padre della psichiatria moderna e fu il primo a usare il termine “manie sans delire” per descrivere individui che non erano pazzi ma che avevano scatti irrazionali di rabbia e di violenza. Allo stesso modo, il medico scozzese William Pritchard (1835) usò il termine “follia morale” per descrivere persone normalmente funzionanti che si impegnavano volontariamente in comportamenti antisociali (Black & Kolla, 2022).

Nel XX secolo, sia nella letteratura europea che in quella nordamericana, il termine personalità psicopatica è stato utilizzato per descrivere un'ampia gamma di disturbi di personalità. Nel tempo, si sono susseguiti diversi tentativi di distinguere i criminali dalla categoria più ampia, introducendo termini come antisociale e sociopatico.

Nella tradizione dei nosologi tedeschi, Cleckley (1941) e Hare (1980) hanno definito gli psicopatici come individui che combinano tratti di personalità devianti e comportamenti antisociali spesso di gravità criminale. Partridge (1930), invece, ha coniato il termine "personalità sociopatica" per sottolineare la mancata conformità alle richieste della società e ha sottolineato il ruolo dei fattori ambientali e culturali nell'eziologia della devianza comportamentale.

Il concetto moderno di psicopatia e, indirettamente, il percorso della personalità antisociale hanno avuto origine dagli studi dello psichiatra americano Hervey Cleckley (1941), esposti nel suo libro *The Mask of Sanity: An Attempt to Clarify Some Issues About the So-Called Psychopathic Personality* (Black & Kolla, 2022).

Oggigiorno l'antisocialità descrive in generale i comportamenti che danneggiano o non tengono conto del benessere degli altri. Si riferisce a qualsiasi tipo di condotta che violi i diritti fondamentali di un'altra persona e a qualsiasi comportamento che sia considerato di disturbo per gli altri nella società (Howard & Duggan, 2022). Il disturbo antisociale di personalità ha un grave impatto sugli individui stessi, sul loro ambiente e sulla società. I comportamenti associati a questo disturbo, come l'aggressività e la criminalità, possono causare danni fisici ed emotivi agli altri e comportare costi significativi dovuti al ricorso al sistema penale e alle strutture sanitarie (Glenn et al., 2013).

Le tre caratteristiche principali della personalità antisociale possono essere riassunte nelle tre lettere I (Black & Kolla, 2022):

1. Insensitivity: mancanza di consapevolezza e considerazione per i bisogni degli altri
2. Infringement: violazione dei diritti fondamentali di un'altra persona
3. Injury: comportamento deliberatamente aggressivo inteso a nuocere

Il primo è un concetto di sé, mentre gli altri due sono componenti della funzione sociale interpersonale che possono variare da un comportamento impulsivo improvviso ad uno pianificato.

1.3 *Il disturbo antisociale di personalità e le differenze con la psicopatia*

Il termine disturbo antisociale di personalità (Antisocial Personality Disorder - ASPD) è spesso utilizzato in modo interscambiabile con quello di psicopatia ma si tratta di un errore. Nonostante esistano sovrapposizioni tra il disturbo antisociale di personalità e la psicopatia, non si tratta della stessa entità clinica.

A partire dal lavoro di Cleckley (The Mask of Sanity: An Attempt to Clarify Some Issues About the So-Called Psychopathic Personality) e di Hare (Psychopathy Checklist Revised: PCL-R), ricerche approfondite hanno mostrato che la psicopatia si articola nelle seguenti quattro dimensioni (Cervone & Pervin, 2017):

1. La dimensione interpersonale riflette uno stile di personalità che si caratterizza per affabilità/ fascino superficiale, un senso grandioso di valore, menzogna patologica e la manipolazione persuasiva degli altri.
2. La dimensione affettiva riflette tratti come la mancanza di rimorso o di senso di colpa, l'insensibilità/ mancanza di empatia, l'affettività superficiale e l'incapacità di assumersi la responsabilità del proprio comportamento.
3. La dimensione dello stile di vita riflette il bisogno di stimoli, la tendenza a essere facilmente preda della noia, l'impulsività, l'irresponsabilità, la mancanza di obiettivi realistici a lungo termine, nonché uno stile di vita parassitario.
4. La dimensione dell'antisocialità riflette gli aspetti della psicopatia che coinvolgono lo scarso controllo del comportamento, i problemi di comportamento precoci, la delinquenza e la criminalità.

Le dimensioni dello stile di vita e dell'antisocialità sono molto più strettamente correlate alla diagnosi DSM (Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali) di ASPD rispetto a quanto lo siano le dimensioni interpersonale e affettiva. La psicopatia, pur non essendo riconosciuta nei criteri diagnostici del DSM, descrive individui con molte delle caratteristiche dell'ASPD, ma che, in aggiunta, dimostrano un insieme tipico di caratteristiche interpersonali e affettive, tra cui il fascino superficiale, la manipolazione, l'insensibilità e gli affetti superficiali. Sebbene alcuni individui con diagnosi di disturbo antisociale di personalità possano presentare tratti psicopatici, altri potrebbero non averne (Glenn et al., 2013).

Queste differenze nelle caratteristiche che individuano i soggetti definiti come antisociali (o dissociali) e quelli definiti come psicopatici appaiono di grande significatività, specialmente se si considerano le diverse modalità con cui un individuo psicopatico e uno antisociale mettono in atto le condotte devianti: ad esempio, come riportato da Meloy (2002), mentre in entrambi

i disturbi è presente una forte propensione alla violenza, i soggetti con ASPD tendono a mettere in atto una violenza esclusivamente di tipo affettivo (una reazione ad una minaccia percepita, accompagnata da rabbia e paura) mentre quelli psicopatici mettono in atto indistintamente la violenza di tipo affettivo e quella di tipo predatorio/strumentale (una violenza pianificata, attuata per uno scopo specifico e priva di componenti emotive).

La prevalenza del disturbo antisociale di personalità (ASPD) è del 2–3% nella popolazione generale e del 47 % in quella carceraria maschile, mentre la psicopatia si riscontra nell'1% circa della popolazione generale e nel 25% dei criminali incarcerati (Patrick, 2018).

In altri termini, un numero significativo di detenuti mostra i comportamenti antisociali e aggressivi necessari per una diagnosi di ASPD, ma non mostra egoismo, insensibilità e sfruttamento tali da giustificare una diagnosi di psicopatia.

Inoltre, l'attuale concettualizzazione del disturbo antisociale di personalità non riesce a includere tutti quegli individui che mostrano molte delle caratteristiche incluse nelle dimensioni dell'affettività e interpersonali della psicopatia, ma non altrettante caratteristiche relative alle dimensioni dello stile di vita e dell'antisocialità, o almeno non a sufficienza da finire nei guai con la giustizia. Questo gruppo potrebbe includere gli "psicopatici di successo", ad esempio spregiudicati uomini d'affari o della finanza, avvocati manipolatori, predicatori invasati e politici corrotti (Hall & Benning, 2006). I titoli dei media e gli spettacoli sul crimine in TV tendono a rinforzare la percezione comune che la psicopatia sia invariabilmente associata alla violenza e alla criminalità. Tuttavia, come Robert Hare ha osservato una volta: "Non tutti gli psicopatici sono in prigione. Alcuni di loro siedono in consiglio di amministrazione" (Babiak et al., 2010, p. 174).

Un altro importante contributo di Cleckley (1959) riguarda il confronto tra il comportamento del criminale comune e il comportamento dello psicopatico.

Il criminale comune agisce in modo intenzionale avendo ben presente un obiettivo, per quanto socialmente indesiderabile possa essere, pianifica i suoi crimini per evitare le conseguenze legali. Il suo comportamento è spesso guidato da motivazioni pratiche, come il guadagno economico o il miglioramento della propria condizione materiale, e utilizza il frutto degli illeciti, ad esempio il denaro di una rapina, in modo comprensibile. Inoltre, molti criminali mostrano lealtà verso gli altri membri del loro gruppo, e alcuni sembrano avere un credo fermamente radicato di sfida alla legge e alla società.

Lo psicopatico, invece, si distingue per modalità di azione e motivazioni molto diverse. Egli può commettere furti o truffe anche quando non ne ha bisogno, senza preoccuparsi delle conseguenze. Ciò che lo muove non è il guadagno materiale, bensì il bisogno di esercitare

potere sugli altri e la ricerca di emozioni forti. Lo psicopatico è spesso ingegnoso e la sua mancanza di ansia o sensi di colpa, così come la sua apparenza di assoluta sincerità, spesso gli consentono di evitare di essere scoperto. Tuttavia, dopo molti furti o truffe abilmente organizzati, è probabile che perda interesse nel salvaguardare se stesso e compia un altro atto in circostanze in cui la sua scoperta è inevitabile. A differenza del criminale comune, il tipico psicopatico non mostra lealtà verso niente e nessuno. Raramente ha un atteggiamento di ribellione formulato e sinceramente sostenuto, ma di solito rivendica piena fedeltà ai principi della legge e della moralità.

1.4 *Approccio categoriale nosologie tradizionali*

Nel campo della psichiatria i disturbi di personalità sono stati tradizionalmente concettualizzati come categorie diagnostiche corrispondenti a sindromi cliniche qualitativamente distinte. Inoltre, la nosografia psichiatrica si basa su un approccio ateoretico e descrittivo, centrato sul sintomo, basato su criteri di presenza/assenza dei sintomi costruiti per identificare, in modo discreto, i disturbi mentali (Lingiardi & Muzi, 2018). I due principali sistemi di classificazione utilizzati in psichiatria sono il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM) e l'International Classification of Diseases (ICD).

Il disturbo antisociale di personalità è stato il primo disturbo di personalità ad essere formalmente riconosciuto ed è stato incluso in tutte le versioni del DSM da quando è apparso nella prima edizione nel 1952 (American Psychiatric Association 1952) come disturbo sociopatico di personalità, più precisamente "reazione antisociale". Nel DSM-II (American Psychiatric Association 1968) è stato rinominato disturbo antisociale di personalità e nel DSM-III (American Psychiatric Association 1980) sono stati enumerati i criteri.
Il DSM-5-TR (American Psychiatric Association, 2022) definisce il disturbo di personalità come "un pattern permanente di esperienze interne (pensieri, sentimenti ed emozioni) e comportamenti che sono marcatamente differenti da quelli definiti dalla propria cultura, è pervasivo e inflessibile, ed emerge in adolescenza o nella prima età adulta. È stabile nel tempo e conduce a sofferenza o disabilità" e inserisce il Disturbo di Personalità Antisociale (ASPD) all'interno dei Disturbi di Personalità (DP) di Cluster B assieme ai Disturbi di Personalità Borderline, Istrionico e Narcisistico. I pazienti compresi in questo gruppo condividono la

tendenza a comportarsi con modalità drammatiche, imprevedibili, teatrali e fortemente emotive (Cervone & Pervin, 2017).

Il disturbo antisociale di personalità è (A) un pattern pervasivo di inosservanza e di violazione dei diritti degli altri, che si manifesta fin dall'età di 15 anni, come indicato da tre (o più) dei seguenti elementi (American Psychiatric Association, 2022):

1. Incapacità di conformarsi alle norme sociali per quanto riguarda il comportamento legale, come indicato dal ripetersi di atti passibili di arresto.
2. Disonestà, come indicato dal mentire ripetutamente, usare falsi nomi o truffare gli altri, per profitto o per piacere personale.
3. Impulsività o incapacità di pianificare.
4. Irritabilità e aggressività, come indicato da ripetuti scontri o aggressioni fisiche.
5. Noncuranza sconsiderata della sicurezza propria o degli altri.
6. Irresponsabilità abituale, come indicato dalla ripetuta incapacità di sostenere un'attività lavorativa continuativa o di far fronte a obblighi finanziari.
7. Mancanza di rimorso, come indicato dall'essere indifferenti o dal razionalizzare dopo avere danneggiato, maltrattato o derubato un altro.

È poi necessario che l'individuo abbia almeno 18 anni (Criterio B), presenti una storia di disturbo della condotta con esordio prima dei 15 anni di età (Criterio C), e che il comportamento antisociale non si manifesti esclusivamente durante il decorso della schizofrenia o del disturbo bipolare (Criterio D).

L'ICD-10 (World Health Organization, 1993) definisce un disturbo concettualmente simile al disturbo antisociale di personalità come disturbo dissociale di personalità, sebbene vi sia maggiore enfasi sui deficit interpersonali del disturbo rispetto ai criteri del DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) e una storia di disturbo della condotta non sia necessaria per formulare la diagnosi.

Il disturbo dissociale di personalità viene diagnosticato alla presenza di almeno tre delle seguenti caratteristiche:

1. Assoluto disinteresse per i sentimenti degli altri;
2. Grossolana disparità tra comportamento e norme sociali attese, con irresponsabilità e disprezzo per regole e doveri
3. Incapacità di mantenere relazioni durature, pur non avendo difficoltà a stabilirle
4. Tolleranza molto bassa della frustrazione e bassa soglia per il comportamento aggressivo, inclusa la violenza

5. Incapacità di sperimentare il senso di colpa e imparare dalle esperienze negative, in particolare dalle punizioni;
6. Marcata tendenza a incolpare gli altri o ad offrire giustificazioni plausibili per il comportamento che ha portato la persona in conflitto con la società

L'approccio categoriale presenta però numerosi difetti come l'eccessiva comorbilità diagnostica, i confini arbitrari e instabili con il normale funzionamento psicologico, l'eterogeneità tra le persone che condividono la stessa diagnosi categoriale e una base scientifica debole (Widiger & Trull 2007).

1.5 *Approccio dimensionale nosologie tradizionali*

Un'alternativa all'approccio categoriale è la prospettiva dimensionale in cui i tratti della personalità sono descritti lungo un continuum da disadattivo a normale (Picone et al., 2017). Questo modello dimensionale della struttura generale della personalità consente di superare i limiti del modello categoriale. L'eterogeneità tra le persone viene affrontata fornendo descrizioni multifattoriali del profilo psicopatologico di un individuo. Allo stesso tempo, piuttosto che fornire a una persona tre o più diagnosi di disturbo di personalità "comorbide" ma sovrapposte, si descrive invece l'individuo in termini di costellazione unica di tratti di personalità disadattivi. Un modello dimensionale ragionevolmente completo sarebbe anche in grado di coprire una gamma più ampia di funzionamenti disadattivi della personalità senza richiedere categorie diagnostiche aggiuntive, evitando l'inclusione di diagnosi ridondanti e sovrapposte, organizzando i tratti all'interno di una struttura gerarchica, rappresentando una gamma più ampia di funzionamenti disadattivi della personalità lungo una singola dimensione (ad esempio introversione rispetto a estroversione) e consentendo la rappresentazione di profili di personalità relativamente unici o atipici (Widiger & Samuel, 2005).
In quest'ottica i disturbi di personalità rappresentano varianti disadattive di tratti di personalità che si confondono impercettibilmente con la normalità e tra loro. In linea con questo assunto, sono stati compiuti sforzi per sviluppare un sistema di valutazione dimensionale per i sintomi e i tratti che configurano i disturbi di personalità. Questi cinque ampi domini sono le varianti disadattive dei cinque domini presenti nel modello di personalità, ampiamente validato e replicato, noto come "Big Five" o Five Factor Model (FFM) (McCrae & Costa, 2008). All'interno di un approccio dimensionale, i tratti dimensionali della personalità normale possono essere reinseriti all'interno di domini corrispondenti che rappresentano estremi più

patologici di queste stesse dimensioni: affettività negativa (nevroticismo); distacco (estrema introversione); antagonismo (amicalità estremamente bassa) e disinibizione (coscienziosità estremamente bassa). Una quinta dimensione, lo psicoticismo, non risulta essere un estremo patologico dell'ultima dimensione della personalità normale (apertura) ma, piuttosto essa riflette tratti simili ai sintomi presenti nei disturbi psicotici (per esempio la schizofrenia) (Watson et al., 2008).
Tuttavia, è stato necessario un lento processo per giungere a un sistema dimensionale unificato per classificare i disturbi di personalità, e alcuni ricercatori hanno tentato di elaborare un approccio che integrasse i differenti approcci esistenti.

Il modello ibrido dimensionale-categoriale del DSM-5-TR (American Psychiatric Association, 2022), è incluso nella Sezione III ("Modello alternativo per i disturbi della personalità") e include aspetti sia categoriali sia dimensionali. L'aspetto dimensionale prevede che tutti i disturbi di personalità, compreso il disturbo antisociale di personalità, siano definiti in termini di compromissioni tipiche del funzionamento del sé (identità e autodirezione) e interpersonale (empatia e intimità), nonché di tratti patologici della personalità che si dimostrano empiricamente correlati al disturbo. La componente categoriale, invece, ha conservato sei delle dieci tipologie originarie di disturbi di personalità specifici (antisociale, evitante, borderline, narcisistico, ossessivo-compulsivo e schizotipico) alle quali si aggiunge una diagnosi specificata per tratto.
Una diagnosi di disturbo di personalità prevede quindi due decisioni: (1) la valutazione del grado di compromissione del funzionamento della personalità, che è necessaria per il Criterio A, e (2) la valutazione dei tratti di personalità patologici, che è richiesta per il Criterio B.
I disturbi nel funzionamento del sé e interpersonale costituiscono il nucleo della psicopatologia della personalità e, in questo modello di diagnosi alternativa, vengono valutati su un continuum. Il funzionamento del sé comprende l'identità (Esperienza unitaria di sé, con chiari confini tra sé e gli altri; stabilità della stima di sé e correttezza dell'autovalutazione; attitudine alla gamma dell'esperienza emotiva e capacità di regolazione di essa) e l'autodirezionalità (Perseguimento di obiettivi esistenziali coerenti e significativi sia nel breve sia nel lungo periodo; utilizzo di standard interni di comportamento costruttivi e prosociali; fruttuose capacità autoriflessive); il funzionamento interpersonale comprende l'empatia (Comprensione e valorizzazione delle altrui esperienze e motivazioni; tolleranza di punti di vista differenti; comprensione degli effetti del proprio comportamento sugli altri) e l'intimità (Profondità e durata del rapporto con gli altri: desiderio e capacità di vicinanza; comportamento improntato al rispetto reciproco).

La Scala del livello di funzionamento della personalità utilizza ciascuno di questi elementi per distinguere cinque livelli di compromissione, che vanno dalla poca o nessuna compromissione: funzionamento sano (Livello 0), compromissione lieve (Livello 1), compromissione moderata (Livello 2), compromissione grave (Livello 3) e compromissione estrema (Livello 4).
I tratti della personalità patologica sono organizzati in cinque domini di tratti (affettività negativa, distacco, antagonismo, disinibizione e psicoticismo), ciascuno dei quali è ulteriormente esplicitato da un insieme di sfaccettature di tratti che riflettono aspetti del dominio stesso (American Psychiatric Association, 2022).

- Affettività negativa (vs. Stabilità emotiva): esperienze frequenti e intense di alti livelli di una vasta gamma di emozioni negative (es. ansia, depressione, senso di colpa/preoccupazione, rabbia) e delle relative manifestazioni comportamentali (es. autolesività) e interpersonali (es. dipendenza).
- Distacco (vs. Estroversione): evitamento dell'esperienza socioemotiva, comprendente sia il ritiro dalle interazioni interpersonali (che vanno da quelle casuali quotidiane ai rapporti di amicizia, alle relazioni affettive) sia ridotta capacità di provare ed esprimere gli affetti, in particolare limitata capacità di provare piacere.
- Antagonismo (vs. Disponibilità): comportamenti che mettono l'individuo in contrasto con le altre persone, tra cui un esagerato senso della propria importanza e una concomitante aspettativa di essere trattati in modo speciale, così come una insensibile mancanza di empatia verso gli altri, che comprende sia l'inconsapevolezza degli altrui bisogni sia la tendenza a usare gli altri in funzione del proprio vantaggio.
- Disinibizione (vs, Coscienziosità): orientamento verso la gratificazione immediata, che porta a comportamenti impulsivi guidati da pensieri, sentimenti e stimoli esterni attuali, senza riguardo per l'esperienza passata o considerazione delle conseguenze future.
- Psicoticismo (vs. Lucidità mentale): manifestazione di una vasta gamma di comportamenti e pensieri culturalmente incongruenti, bizzarri, eccentrici o insoliti, sia nei processi (es. percezione, dissociazione) che nei contenuti (es. convinzioni personali).

Il modello alternativo descrive il disturbo antisociale di personalità come caratterizzato dall'incapacità a conformarsi al comportamento sancito dalla legge ed etico e da un'egocentrica, insensibile mancanza di preoccupazione per gli altri, accompagnate da falsità, irresponsabilità, manipolatorietà e/o tendenza a correre rischi. Le difficoltà caratteristiche del disturbo

sono evidenti in: identità, autodirezionalità, empatia e/o intimità, oltre che specifici tratti disadattivi nelle aree dell'Antagonismo e della Disinibizione.

Disturbo antisociale di personalità – modello alternativo

1. Moderata o più grave compromissione del funzionamento della personalità, che si manifesta con caratteristiche difficoltà in due o più delle seguenti quattro aree:
    1. **Identità**: Egocentrismo; autostima derivante dal vantaggio personale, dal potere o dal piacere.
    2. **Autodirezionalità**: Definizione degli obiettivi sulla base della gratificazione personale; assenza di standard prosociali interni, assodati a una incapacità di conformarsi alle norme, legalmente o culturalmente stabilite, di comportamento etico
    3. **Empatia**: Mancanza di preoccupazione per i sentimenti, i bisogni o la sofferenza degli altri, mancanza di rimorso dopo aver ferito o maltrattato un'altra persona.
    4. **Intimità**: Incapacità di stabilire relazioni di mutua reciprocità, dal momento che lo sfruttamento è la principale modalità di entrare in relazione con gli altri, servendosi anche di inganno e coercizione; predominio o intimidazione per controllare gli altri.
2. Almeno sei dei seguenti tratti di personalità patologici:
    1. **Manipolatorietà** (un aspetto dell'Antagonismo): Uso frequente del sotterfugio per influenzare o controllare gli altri; uso di seduzione, fascino, loquacità o piaggeria per raggiungere i propri fini.
    2. **Insensibilità** (un aspetto dell'Antagonismo): Mancanza di preoccupazione per i sentimenti o i problemi altrui; mancanza di senso di colpa o di rimorso per gli effetti negativi o dannosi delle proprie azioni sugli altri; aggressività; sadismo.
    3. **Inganno** (un aspetto dell'Antagonismo): Disonestà e fraudolenza; rappresentazione fuorviante di sé; esagerazione o invenzione di eventi nel racconto.
    4. **Ostilità** (un aspetto dell'Antagonismo): Sentimenti di rabbia duraturi o frequenti; rabbia o irritabilità in risposta a offese e insulti di poco conto; comportamento meschino, maligno o vendicativo
    5. **Tendenza a correre rischi** (un aspetto della Disinibizione): Intraprendere attività pericolose, rischiose e potenzialmente dannose per sé, senza necessità e senza preoccuparsi delle conseguenze; tendenza ad annoiarsi e a iniziare sconsideratamente tali attività per contrastare la noia; inconsapevolezza dei propri limiti e negazione del reale pericolo per la persona.
    6. **Impulsività** (un aspetto della Disinibizione): Agire immediatamente in risposta a stimoli contingenti; agire su base momentanea, senza un piano o un esame dei risultati; difficoltà a formulare e seguire piani.
    7. **Irresponsabilità** (un aspetto delia Disinibizione): Disinteresse per - e mancanza nell'onorare - obblighi o impegni finanziari e di altro genere; inadempienza nel rispettare - e nel portare a termine - accordi e promesse; incuria verso le proprietà altrui.

Nota: L'individuo ha almeno 18 anni di età.

Specificare se:
Con caratteristiche psicopatiche.

(American Psychiatric Association, 2022)

Il modello alternativo include uno specificatore di caratteristiche psicopatiche per la diagnosi di ASPD associata a caratteristiche interpersonali/affettive della psicopatia. Queste caratteristiche sono indicate da punteggi bassi nell'ansia (dal dominio dell'affettività negativa) e nel distacco (dal dominio del distacco) insieme a un punteggio elevato nella ricerca di attenzione (dominio dell'antagonismo) (Howard & Duggan, 2022). L'elevata ricerca di attenzione e lo scarso distacco danno ragione della componente di potere sociale (assertivo/dominante) propria della psicopatia, mentre il basso livello di ansia dà ragione dell'immunità allo stress (stabilità emotiva/resilienza).

Rispetto al DSM-5-TR, l'ICD-11 (World Health Organization, 2018) rappresenta un allontanamento più radicale dal sistema categoriale di valutazione dei disturbi di personalità. L'ICD-11 ha eliminato tutte le categorie di disturbo di personalità a favore della valutazione del funzionamento globale e di cinque qualificatori di tratto (affettività negativa, disinibizione, dissocialità, anankastia e distacco). Un'eccezione al rifiuto delle categorie da parte dell'ICD-11 è stato il mantenimento di uno "specificatore di pattern borderline".

Il funzionamento globale della personalità riguarda sia problemi di funzionamento di aspetti del sé (per esempio, identità, autostima, accuratezza della visione di sé, autodirezione) sia disfunzioni interpersonali (per esempio, capacità di sviluppare e mantenere relazioni strette e reciprocamente soddisfacenti, capacità di comprendere le prospettive altrui e di gestire i conflitti nelle relazioni), e può essere classificato in base al grado di gravità ("Difficoltà di Personalità", "Disturbo di Personalità Lieve", "Disturbo di Personalità Moderato" e "Disturbo di Personalità Grave").

I qualificatori di tratto descrivono le caratteristiche della personalità dell'individuo che sono più evidenti e che contribuiscono alla compromissione del funzionamento della personalità. I domini di tratto non sono categorie diagnostiche, ma rappresentano piuttosto un insieme di dimensioni che corrispondono alla struttura sottostante della personalità.

I cinque qualificatori di tratto sono:

- Affettività negativa: tendenza a provare un'ampia gamma di emozioni negative con una frequenza e un'intensità sproporzionate rispetto alla situazione.
- Distacco: tendenza a mantenere una distanza interpersonale (distacco sociale) ed emotiva (distacco emotivo)
- Dissocialità: disinteresse per i diritti e i sentimenti degli altri, che comprende sia l'egocentrismo che la mancanza di empatia.

- Disinibizione: tendenza ad agire in modo avventato sulla base di stimoli esterni o interni immediati (ad esempio: sensazioni, emozioni, pensieri), senza considerare le potenziali conseguenze negative.
- Anankastia: attenzione ristretta ai propri rigidi standard di perfezione e di giusto e sbagliato, e al controllo del proprio e dell'altrui comportamento e delle situazioni per assicurare la conformità a questi standard.

Il disturbo dissociale di personalità, presente nell'ICD-10, è composto, all'interno dell'ICD-11 da: dissocialità, disinibizione e bassa affettiva negativa. Il tratto della dissocialità include comportamenti antisociali; la disinibizione comporta un comportamento impulsivo, sconsiderato e irresponsabile; la bassa affettività negativa comporta l'assenza di vulnerabilità, vergogna e ansia (Bach & First, 2018).

ICD-10 Categoria	ICD-11 Qualificatore	Caratteristiche specifiche del tratto ICD-11
F 60.2 **Disturbo dissociale di personalità**	Dissocialità	Mancanza di empatia, inclusi comportamenti insensibili, ingannevoli, manipolativi, sfruttatori, meschini, spietati e fisicamente aggressivi. Talvolta l'individuo può provare piacere nell'infliggere dolore o danni.
	Disinibizione	Impulsività, irresponsabilità, incoscienza e mancanza di pianificazione senza riguardo per i rischi o le conseguenze.
	Bassa Affettività Negativa	Assenza di vulnerabilità, vergogna e ansia.

(Bach & First, 2018)

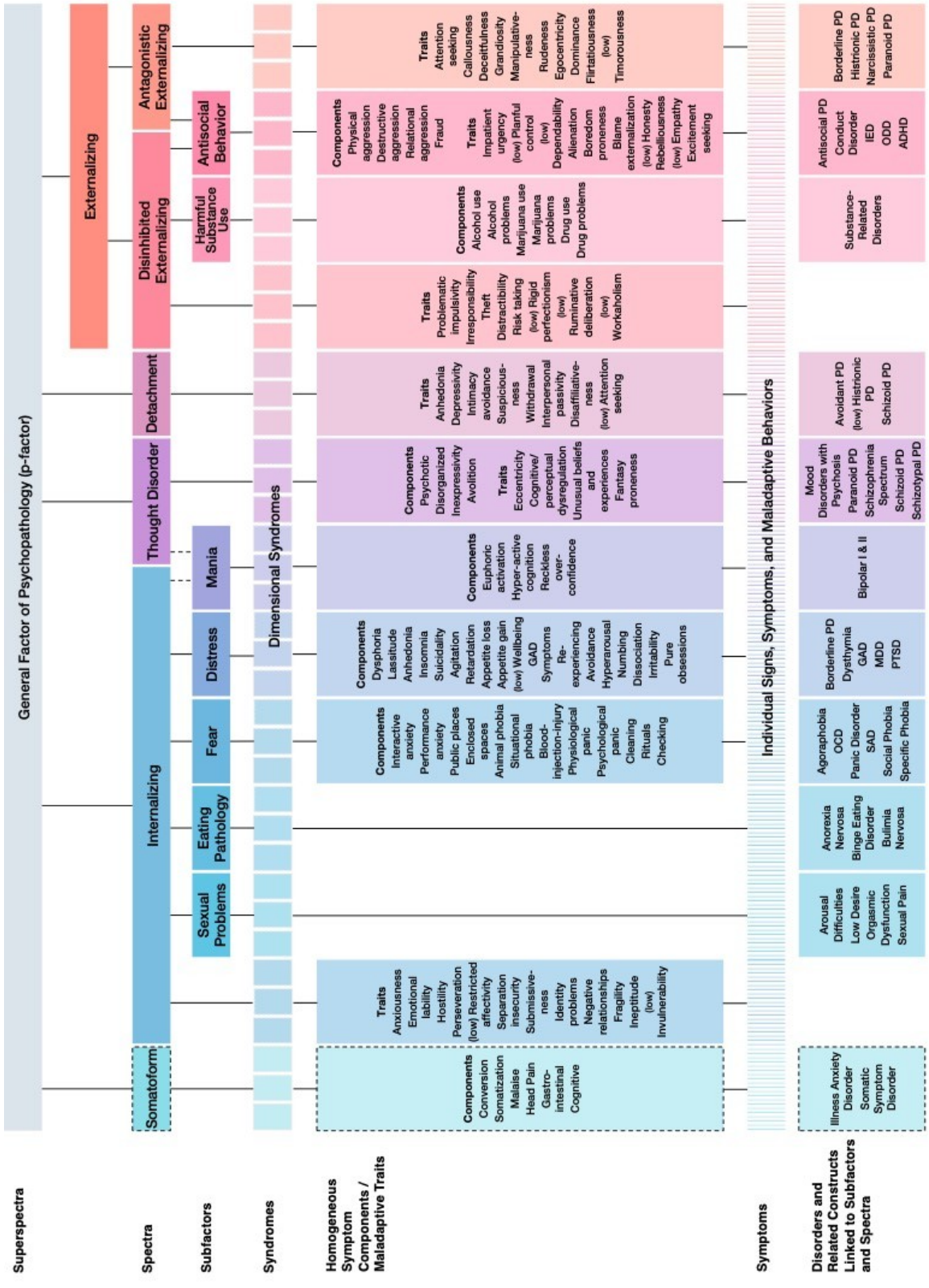
La psicopatia non compare nell'ICD-11 ed è difficile prevedere come le nozioni separate di antisocialità e psicopatia possano essere riconciliate o se possano essere fuse.

1.6 *Hierarchical Taxonomy of Psychopathology*

Un'alternativa dimensionale alle nosologie tradizionali è rappresentata da HiTOP (Hierarchical Taxonomy of Psychopathology), un sistema gerarchico di classificazione, basato su un approccio quantitativo (covariazione empirica) e caratterizzato da tratti disadattivi e sindromi dimensionali (Kotov et al., 2017).

Il modello HiTOP supera le principali limitazioni delle nosologie tradizionali: integra la comorbilità assegnando le sindromi a spettri specifici; elimina il problema delle soglie arbitrarie e dell'instabilità diagnostica facendo uso di un approccio dimensionale; riduce l'eterogeneità diagnostica attraverso un approccio quantitativo che permette di raggruppare sintomi correlati e assegnare sintomi non correlati a sindromi diverse. Inoltre, in questo modello nessun paziente viene escluso o descritto in modo incompleto: tutti possono essere caratterizzati lungo un continuum dimensionale, inclusi coloro che presentano livelli minimi di patologia.
Il modello HiTOP supporta l'esistenza di un fattore psicopatologico generale o fattore p (Caspi et al., 2014) seguito, in ottica gerarchica, da spettri che forniscono un quadro più dettagliato e specifico della psicopatologia. Gli spettri che sono stati inclusi nel modello HiTOP derivano dall'indagine delle dimensioni fondamentali dei disturbi mentali comuni (internalizzante, esternalizzante, disturbi del pensiero e somatoforme) e dall'indagine della struttura della patologia della personalità caratterizzata dalla versione disadattiva dei tratti del Five-Factor Model (affettività negativa, distacco, disinibizione, antagonismo e psicoticismo). I sei spettri sono quindi: internalizzazione (o affettività negativa), disturbo del pensiero (o psicoticismo), esternalizzazione disinibita, esternalizzazione antagonistica, distacco e somatoforme. Scendendo nella gerarchia troviamo i sottofattori, gruppi di sindromi che a loro volta sono composte da componenti omogenee e tratti maladattivi che solitamente si presentano insieme. Le componenti omogenee sono costellazioni di manifestazioni sintomatologiche strettamente correlate, i tratti disadattivi sono invece specifiche caratteristiche patologiche della personalità. Alla base della gerarchia troviamo infine i segni e i sintomi psichiatrici.

L'approccio multilivello o gerarchico consente una descrizione flessibile di un paziente a seconda del grado di specificità desiderato.
Secondo il modello HiTOP il disturbo di personalità antisociale potrebbe essere ricondotto ad un fattore p, più precisamente si tratterebbe di un comportamento esternalizzante caratterizzato da due controparti di personalità: disinibizione e antagonismo. Le componenti omogenee del comportamento antisociale sono: Aggressione fisica, Aggressione distruttiva, Aggressione relazionale e Frode. Mentre i tratti sono: Urgenza impaziente, (basso) Controllo pianificato, (bassa) Dipendenza, Alienazione, Predisposizione alla noia, Esternalizzazione della colpa, (bassa) Onestà, Ribellione, (bassa) Empatia, Excitement seeking.



(Kotov et al., 2017)

In sintesi, la valutazione dimensionale si allinea alla tradizione psicodinamica per l'analisi del funzionamento globale della personalità, mentre per la valutazione dei tratti si fonda su modelli empiricamente supportati. Questo approccio integrato consente una comprensione più articolata e scientificamente solida della personalità, combinando prospettive cliniche e basate sull'evidenza (Bach & First, 2018).

L'analisi comparativa dei criteri diagnostici del disturbo antisociale di personalità (ASPD) nel modello alternativo del DSM-5-TR, del Disturbo Dissociale di Personalità nell'ICD-11 e del corrispondente dominio nel modello HiTOP evidenzia due tratti fondamentali (l'antagonismo e la disinibizione) che permettono di individuare un nucleo comune al di là della terminologia e delle differenze tra i modelli diagnostici.

Approccio dimensionale		
DSM-5-TR AMPD DSM-5-TR Alternative Model for Personality Disorders	**ICD-11** International Classification of Diseases 11th Edition	**HiTOP** Hierarchical Taxonomy of Psychopathology
Disturbo antisociale di personalità	Disturbo dissociale di personalità	Disturbo antisociale di personalità
Tratti: - Antagonismo (alto) - Disinibizione (alto)	Tratti: - Dissocialità (antagonismo) (alto) - Disinibizione (alto) - Affettività negativa (bassa)	Tratti: - Antagonsimo (alto) - Disinibizione (alto)

1.7 *Manuale diagnostico psicodinamico (PDM-2)*

A differenza del Modello Alternativo del DSM-5 e dell'ICD-11, il PDM-2 ricorre alla dimensionalità per individuare gruppi di persone che condividono gli stessi temi e dinamiche psicologiche di base, più che dimensioni di tratti discreti e centrati su una variabile (Lingiardi & Muzi, 2018)

Il Manuale diagnostico psicodinamico (PDM) (Lingiardi & McWilliams, 2017) è la prima nosografia sistematica dei disturbi psichici esplicitamente fondata su un modello psicodinamico e sostenuta da solidi dati di ricerca empirica. Lingiardi & Muzi (2018) sostengono che ciò che caratterizza l'approccio dinamico alla diagnosi è la centralità del paziente e della sua relazione con il clinico. Non si tratta solo di riconoscere un sintomo che, insieme ad altri, ci porti alla denominazione di una sindrome; si tratta piuttosto di far confluire nella

formulazione diagnostica l'intera gamma del funzionamento individuale, da ciò che vediamo in superficie fino agli elementi profondi che sono alla base dei pattern emotivi, cognitivi, interpersonali e sociali.

Mettendo in luce l'intero spettro del funzionamento psichico, il PDM-2 si propone come una "tassonomia di persone" piuttosto che come una "tassonomia di disturbi", evidenziando l'importanza di sapere qualcosa di più sulla persona che li ospita.

Il PDM-2 ha cercato di mantenere una sana tensione tra l'obiettivo di cogliere la complessità dei fenomeni clinici (comprensione funzionale) e quello di sviluppare criteri affidabili e impiegabili a scopo di ricerca (comprensione descrittiva). Più in generale, l'obiettivo è promuovere l'integrazione tra la conoscenza nomotetica e quella idiografica, utile alla pianificazione del trattamento e alla formulazione del caso e in grado di far risaltare ciò che differenzia e ciò che accomuna individui tra loro diversi. Il PDM-2 si propone quindi di cogliere le Gestalt della complessità umana combinando la precisione dei sistemi dimensionali alla comodità delle formulazioni categoriali.

Il PDM-2 articola la diagnosi in funzione dell'età e su tre Assi che valutano: il *funzionamento della personalità* (Asse P); il *profilo del funzionamento mentale (Asse M),* considerando dodici capacità o funzioni mentali; i *pattern sintomatologici*, comprese l'esperienza soggettiva che il paziente ha dei propri sintomi e le possibili risposte emotive del terapeuta (Asse S).

TAB. 1. *La struttura multiassiale del PDM-2 – Sezione Adulti*

Asse P Sindromi di personalità	Asse M Profilo del funzionamento mentale	Asse S Pattern sintomatologici: l'esperienza soggettiva
Livello di organizzazione della personalità Sano Nevrotico Borderline Psicotico <——————————>	1. Capacità di regolazione, attenzione e apprendimento 2. Capacità di fare esperienza, comunicare e comprendere gli affetti 3. Capacità di mentalizzazione e funzione riflessiva 4. Capacità di differenziazione e integrazione (identità) 5. Capacità di relazioni e intimità 6. Regolazione dell'autostima e qualità dell'esperienza interna 7. Capacità di controllo e regolazione degli impulsi 8. Funzionamento difensivo 9. Capacità di adattamento, resilienza e risorse psicologiche 10. Capacità di auto-osservazione (mentalità psicologica) 11. Capacità di costruire e ricorrere a standard e ideali 12. Significato e direzionalità	S1 – Disturbi a prevalente manifestazione psicotica S2 – Disturbi dell'umore S3 – Disturbi correlati prevalentemente all'ansia S4 – Disturbi correlati a eventi di vita e a condizioni stressanti S5 – Disturbo da sintomi somatici e disturbi correlati S6 – Disturbi con sintomi specifici S7 – Disturbi correlati alle dipendenze e ad altre condizioni mediche
Stili o sindromi della personalità • P1 Personalità depressive (inclusi commenti sulle manifestazioni ipomaniacali e sul masochismo) • P2 Personalità dipendenti • P3 Personalità ansioso-evitanti e fobiche • P4 Personalità ossessivo-compulsive • P5 Personalità schizoidi • P6 Personalità somatizzanti • P7 Personalità isterico-istrioniche • P8 Personalità narcisistiche • P9 Personalità paranoidi • P10 Personalità psicopatiche • P11 Personalità sadiche • P12 Personalità borderline		*SApp – Appendice: Esperienze psicologiche che possono richiedere attenzione clinica* • Minoranze demografiche (etniche, culturali, linguistiche, religiose, politiche) • Persone lesbiche, gay e bisessuali • Incongruenza di genere

(Lingiardi & Muzi, 2018)

Nella valutazione dell'adulto, si parte dalla descrizione del funzionamento della personalità, in quanto i sintomi o i problemi del paziente vanno generalmente compresi, valutati e trattati nel contesto di una più ampia comprensione del funzionamento della sua personalità.

I principi organizzatori dell'Asse P sono il *livello di organizzazione* della personalità e lo *stile* o il *tipo* di personalità.

Il primo principio organizzatore riprende la diagnosi strutturale di Kernberg (2004), che consiste nella comprensione della struttura della personalità del paziente, tenendo in considerazione tre componenti: Integrità vs Compromissione dell'esame di realtà; Diffusione vs Integrazione dell'Identità; Meccanismi di Difesa Prevalenti. A partire dalla valutazione di questi componenti colloca poi le sindromi di personalità lungo un continuum di severità che è stato convenzionalmente suddiviso in livelli di organizzazione della personalità: "nevrotico", "borderline", e "psicotico". A questi, il PDM-2 aggiunge anche un'organizzazione di personalità "sana". In generale, i pazienti che soffrono di una patologia della personalità così grave da ricevere una diagnosi di disturbo di personalità secondo i criteri del DSM funzionano tutti a un livello borderline, indipendentemente dalla specifica diagnosi di disturbo di personalità ricevuta (Kernberg, 2004).

Il funzionamento borderline è caratterizzato da difficoltà nella regolazione emotiva, nel controllo degli impulsi, nelle relazioni e nel lavoro. Eventi stressanti possono innescare condotte autolesive o comportamenti autodistruttivi, spesso come tentativi disfunzionali di modulare stati emotivi intensi. A livello intrapsichico, predominano meccanismi di difesa primitivi (scissione, identificazione proiettiva, ecc.) che possono causare una parziale compromissione dell'esame di realtà.

Il secondo principio organizzatore riguarda invece gli stili o i tipi di personalità, ovvero una matrice di specifici tratti o sintomi che rappresentano la sintesi della ricerca empirica. Diversamente dalle categorizzazioni presenti nel DSM e nell'ICD le diagnosi PDM-2 sono prototipiche (prototypic diagnosis): ovvero non basate sull'idea che una categoria diagnostica possa essere accuratamente descritta come un elenco di sintomi (diagnosi "politetica"). Alcune Sezioni del PDM-2 si riferiscono a categorie psicopatologiche usate nelle attuali tassonomie diagnostiche, ma, diversamente dal DSM e dell'ICD, il PDM-2 mette in luce l'esperienza interna di queste condizioni psicopatologiche.

Come già postulato da Kernberg all'interno del suo modello, le sindromi di personalità sono raggruppate secondo due spettri sovraordinati identificati empiricamente: quello *internalizzante* (le personalità depressive, dipendenti, ansioso-evitanti e fobiche, ossessivo-compulsive, somatizzanti, schizoidi) e quello *esternalizzante* (le personalità isterico-istrioniche, narcisistiche, paranoidi, psicopatiche, sadiche).

Diversamente dal modello di Kernberg, all'interno del PDM-2 non viene utilizzato il temine "personalità antisociale" ma piuttosto il termine "personalità psicopatiche", questo perché

molte persone con questo stile di personalità non sono francamente antisociali, nel senso di un aperto contrasto con le regole social, ma anzi riescono a perseguire i propri obiettivi e a svolgere il proprio lavoro ricevendo approvazione sociale e perfino ammirazione. Nonostante molti individui psicopatici finiscano per avere problemi con la legge e le autorità, alcuni sono molto abili ad evitare di dover rendere conto del male o dei danni provocati alle altre persone.

Gli individui con personalità psicopatiche sono tendenzialmente ricondotti ad aree di funzionamento dal livello borderline a quello psicotico e si caratterizzano per una dinamica di potere nei confronti degli altri.

Nonostante lo stereotipo della personalità antisociale implichi aggressività e violenza, decenni di contributi teorico-clinici hanno messo in luce una manifestazione più passivo-parassitaria della psicopatia, in cui l'individuo tende a ingannare e manipolare gli altri (es. truffa).

Gli individui psicopatici possono apparire affascinanti e carismatici e possono leggere con grande accuratezza gli stati emotivi altrui. Tuttavia, la mancanza di empatia e l'assenza di un centro di gravità morale, fanno sì che queste abilità vengano messe a disposizione di fini egoistici. Il loro contatto con il mondo interiore è limitato, difatti faticano a descrivere le proprie esperienze interiori e le emozioni che manifestano sono spesso superficiali e strumentali, usate come mezzo di manipolazione interpersonale. È altresì importante sottolineare come la loro capacità di connessione affettiva sia minima e come perdano rapidamente interesse per chi non è più utile ai loro scopi.

Rispetto alle persone comuni, quelle psicopatiche sembrano provare ansia più raramente e in modo meno intenso e mostrano un bisogno di livelli di stimolazione molto superiori alla media, motivo per cui sono alla ricerca continua di tali stimoli.

La valutazione del funzionamento mentale di un individuo è un modo sicuramente utile per poter comprendere il livello di organizzazione della personalità del paziente. L'Asse M fornisce uno sguardo molto dettagliato sulla vita psichica, sistematizzando e operazionalizzando capacità quali, tra le altre, l'elaborazione delle informazioni, la regolazione degli impulsi, la capacità di riflettere sugli stati mentali propri e altrui, la capacità di stabilire e mantenere relazioni, la regolazione dell'autostima, le strategie di coping e i meccanismi di difesa, l'adattamento e la resilienza, la formazione di standard morali, la capacità di dare senso e coerenza all'esperienza personale.

I pattern sintomatologici (Asse S) riguardano l'esperienza che un individuo fa delle proprie difficoltà, e anche delle più tipiche risposte soggettive che il clinico sperimenta di fronte a questi pattern. A partire dalle principali categorie diagnostiche del DSM e dell'ICD, questa terza

dimensione descrive gli stati affettivi, i processi cognitivi, le esperienze somatiche, le dinamiche relazionali a esse più frequentemente associati.

Come evidenziato dai diversi sistemi nosografici, nonostante esista un'ampia letteratura internazionale che si occupa degli aspetti di personalità dei soggetti criminali, si assiste ancora oggi ad una sistematica confusione relativa al costrutto del disturbo antisociale di personalità. Sebbene il ASPD sia molto diffuso nella popolazione carceraria, i soggetti che ne sono affetti presentano una notevole eterogeneità e quindi "*che si attribuisca o meno valore alle nomenclature diagnostiche descrittive come il DSM-5, l'assessment diagnostico psicoanalitico è un percorso di valutazione complementare e necessario, che si propone di fornire una comprensione profonda della complessità e unicità di ciascun individuo, e dovrebbe far parte dell'assessment diagnostico di ogni paziente, perché questo sia accurato e completo*" (Lingiardi e McWilliams, 2017).

2. Mentalizzazione

La mentalizzazione è la capacità tipicamente umana di "tenere la mente a mente" (Allen et al., 2010, p. 26), ovvero riflettere sugli stati mentali propri e altrui per comprendere meglio sé stessi e gli altri. Più precisamente, si tratta di un processo immaginativo attraverso cui l'individuo comprende e interpreta i comportamenti, propri e degli altri, in termini di pensieri, emozioni, desideri e intenzioni (Duschinsky & Foster, 2021). L'idea che la mentalizzazione sia un atto di immaginazione comporta che ogni processo di questo tipo sia, per sua natura, incerto. Gli stati interni, infatti, sono opachi, mutevoli e spesso difficili da cogliere con precisione. Di conseguenza, qualsiasi tentativo di interpretarli è inevitabilmente soggetto a margini di errore e imprecisione (Bateman & Fonagy, 2019b). Le capacità immaginative sono fondamentali per inferire gli stati mentali altrui, ma, in molte situazioni, lo stesso salto immaginativo è necessario anche per comprendere le proprie esperienze. Questo accade in particolare quando si affrontano emozioni intense o ci si trova sopraffatti da reazioni irrazionali e inconsce. Mentalizzare significa, in sostanza, riuscire a vedere sé stessi dall'esterno e gli altri dall'interno (Bateman & Fonagy, 2019a).

La mentalizzazione è fondamentale sia per la costruzione del sé sia per la possibilità di stabilire connessioni significative con gli altri, influenzando il modo in cui vengono vissute le relazioni e interpretato il mondo circostante (Allen et al., 2003).

- In primo luogo, mentalizzare è la base dell'autoconsapevolezza e di un senso coerente di identità. Quando è presente la mentalizzazione, si sperimenta un senso di agency e di controllo sul proprio comportamento che fornisce un senso di proprietà e responsabilità per le proprie azioni e le proprie scelte, invece che sentire che il proprio comportamento "accade e basta". La mentalizzazione gioca anche un ruolo fondamentale rispetto al senso di identità, poiché il senso di continuità personale dipende dalla possibilità di esplorare i pensieri e i sentimenti del passato e di metterli in relazione con le esperienze attuali. Inoltre, vedere sé stessi e gli altri come esseri agenti e intenzionali guidati da stati mentali significativi e comprensibili, crea la coerenza psicologica rispetto a sé e agli altri che è essenziale per navigare nel complesso mondo sociale (Bateman & Fonagy, 2019a).
- In secondo luogo, la mentalizzazione è la chiave per la regolazione emotiva. La mentalizzazione consente di gestire sentimenti angoscianti come frustrazione, rabbia, tristezza, ansia, vergogna e senso di colpa senza ricorrere a risposte automatiche di attacco o fuga (Fonagy et al., 2005).

- Infine, la mentalizzazione è fondamentale per costruire relazioni significative e durature. Le connessioni più autentiche nascono dall'incontro tra due menti, in cui ciascuno si sente compreso e riconosciuto. Questo processo non solo rende le relazioni appaganti, ma favorisce anche l'apprendimento sociale attraverso la fiducia epistemica (Duschinsky & Foster, 2021).

2.1 Polarità della mentalizzazione

La mentalizzazione è un costrutto multidimensionale che può essere scomposto in quattro diverse dimensioni (Bateman & Fonagy, 2019b):

1. La prima polarità della mentalizzazione vede la contrapposizione tra la mentalizzazione automatica (o implicita) e la mentalizzazione controllata (o esplicita). La mentalizzazione controllata riflette un processo seriale e relativamente lento, che è tipicamente verbale e richiede riflessione, attenzione, consapevolezza, intenzione e sforzo. Il polo opposto di questa dimensione, la mentalizzazione automatica, riguarda un processamento molto più rapido, che tende ad essere "di riflesso" e richiede poca o nessuna attenzione, intenzione, consapevolezza o sforzo.
2. La seconda dimensione della mentalizzazione vede la contrapposizione tra la mentalizzazione del sé (comprese le proprie esperienze fisiche) e la mentalizzazione degli altri. Questa dimensione riguarda la consapevolezza che gli stati mentali di qualcun altro sono distinti dai nostri (Bateman et al., 2023) e la capacità equilibrata di riflettere e comprendere le intenzioni sia proprie che degli altri. Le due dimensioni sono strettamente collegate, difatti alla base della teoria della mentalizzazione c'è l'idea che il senso di sé e la capacità di mentalizzare gli altri si sviluppino nel contesto delle relazioni di attaccamento.
3. La terza dimensione della mentalizzazione vede la contrapposizione tra la mentalizzazione interna e la mentalizzazione esterna. La mentalizzazione, infatti, può comportare la formulazione di inferenze sulla base degli indicatori esterni degli stati mentali di una persona (ad esempio le espressioni facciali) o la comprensione dell'esperienza interna di una persona sulla base di ciò che un individuo conosce della persona stessa e della situazione in cui si trova.
4. La quarta dimensione della mentalizzazione vede la contrapposizione tra la mentalizzazione cognitiva e la mentalizzazione affettiva. La mentalizzazione cognitiva implica la capacità di nominare, riconoscere e ragionare sugli stati mentali (in sé stessi

o negli altri), mentre la mentalizzazione affettiva implica la capacità di comprendere i sentimenti di tali stati (sempre in sé stessi o negli altri) ed è necessaria per qualsiasi esperienza genuina di empatia o senso di sé. Idealmente, la mentalizzazione integra ipotesi, pensieri, obiettivi e altri stati mentali cognitivi con sentimenti, desideri, bisogni e altri stati mentali affettivi.

Per mentalizzare in modo efficace, l'individuo non solo deve essere in grado di mantenere un equilibrio tra le diverse dimensioni, ma anche di applicarle in modo appropriato in base al contesto (Bateman & Fonagy, 2019b).

2.2 *Sviluppo della mentalizzazione*

La mentalizzazione è in parte una capacità simile a un tratto: tutti nascono con la capacità di mentalizzare e con variazioni innate nei punti di forza e nella competenza naturale, ma lo sviluppo di questa capacità costituzionale è supportato e modulato dall'ambiente sociale precoce (Bateman & Fonagy, 2019b).

La mentalizzazione si struttura come un processo sociale transazionale e intergenerazionale, difatti si sviluppa nel contesto delle interazioni con gli altri, in particolare i genitori. I genitori, nel ruolo di "mentalizzatori esperti", hanno il compito di comunicare ai loro figli concetti di stati mentali e modi di rappresentarli. Quando il bambino acquisisce questa competenza e diventa un "mentalizzatore esperto", la conoscenza e l'abilità di mentalizzare vengono trasmesse alla generazione successiva (Bateman, et al., 2006).

Lo sviluppo della mentalizzazione dipende quindi dalla qualità dell'ambiente di apprendimento sociale, in particolare dagli attaccamenti precoci poiché questi riflettono la misura in cui gli stati mentali del bambino sono stati adeguatamente compresi dal caregiver. Il caregiver "sensibile" è colui che è in grado di percepire e interpretare accuratamente i segnali e le comunicazioni implicite nel comportamento del suo neonato e, data questa comprensione, di rispondere a essi in modo appropriato e tempestivo (Bateman & Fonagy, 2019a).

Di particolare importanza per lo sviluppo della mentalizzazione è l'esperienza del bambino di un "rispecchiamento marcato", che avviene quando il caregiver fornisce uno specchio sufficiente al comportamento del bambino per mostrare che l'intenzione e lo stato mentale implicato in esso è stato riconosciuto, insieme ad una leggera trasformazione o elaborazione per comunicare anche un senso di contenimento (Duschinsky & Foster, 2021).

La capacità della figura di attaccamento di rispondere con manifestazioni affettive contingenti e marcate della propria esperienza in risposta all'esperienza soggettiva del bambino rende

possibile lo sviluppo da parte del bambino di rappresentazioni coerenti di secondo ordine di queste esperienze soggettive (Bateman & Fonagy, 2006).

Fonagy ha ipotizzato che l'attaccamento sicuro sia il risultato di esperienze in cui il bambino viene trattato dal caregiver come un individuo dotato di intenzionalità e stati mentali. Al contrario, gli stili di attaccamento evitante e ambivalente rifletterebbero difficoltà da parte del caregiver nel riconoscere e rispondere adeguatamente al bisogno del bambino di una base sicura o di un rifugio sicuro. Tali difficoltà risulterebbero associate a carenze nello sviluppo della funzione riflessiva: "il bambino evitante evita lo stato mentale dell'altro, mentre il bambino resistente si concentra sul proprio stato di disagio escludendo l'intersoggettività" (Duschinsky & Foster, 2021, p. 67).

La capacità di mentalizzare, che emerge nel contesto delle prime relazioni di attaccamento, gioca un ruolo determinante rispetto all'organizzazione del sé, alla regolazione emotiva (Bateman & Fonagy, 2019a) e alla possibilità di orientarsi nel proprio ambiente sociale e rendere quindi più semplice la vita in comunità.

2.3 *Fallimenti della mentalizzazione*

La mentalizzazione è una capacità dinamica, ovvero è soggetta a variazioni che dipendono dallo stato emotivo e dal livello di stress. Molte persone possono mentalizzare relativamente bene in condizioni di basso stress ma in condizioni di stress più elevato la mentalizzazione può crollare. Per un funzionamento ottimale, è fondamentale mantenere bassi livelli di arousal, poiché all'aumentare dello stress e dell'intensità emotiva, la mentalizzazione controllata tende a diminuire, lasciando spazio a quella automatica (Bateman & Fonagy, 2019a).

Il vantaggio evolutivo di questo passaggio è chiaro: la risposta di attacco o fuga che si verifica quando ci si trova di fronte a una minaccia si basa su un'elaborazione rapida e quindi automatica delle informazioni minacciose. Tuttavia, nel complesso mondo interpersonale, tali risposte automatiche possono risultare disfunzionali poiché il contesto sociale richiede una comprensione più sofisticata e deliberata della mente degli altri e di sé. L'eccessivo affidamento alla mentalizzazione automatica implica in genere ipotesi non riflessive, e quindi spesso eccessivamente semplicistiche e parziali, su sé stessi e sugli altri (Luyten et al., 2020).

Chiunque può trovarsi in situazioni in cui fatica a comprendere ciò che accade nella propria mente o in quella degli altri. Tuttavia, le persone che hanno vissuto stress o traumi nella prima infanzia tendono ad avere una soglia più bassa per passare a uno stile di mentalizzazione automatico, caratterizzato da risposte di attacco o fuga (Bateman & Fonagy, 2019b).

Alcune evidenze suggeriscono inoltre che l'attivazione del sistema di attaccamento sia associata a una temporanea disattivazione della capacità di mentalizzazione. Qualsiasi cosa stimoli il sistema di attaccamento (oltre all'eccitazione indotta dallo stress), quindi, sembra portare con sé una perdita generale della capacità di mentalizzazione. L'iperattivazione del sistema di attaccamento nelle persone con una storia di traumi può spiegare la drammatica perdita di capacità di mentalizzazione sperimentata da alcuni individui in situazioni emotive che innescano i loro istinti di ricerca di attaccamento. Il trauma da attaccamento probabilmente iperattiva il sistema di attaccamento perché la persona a cui il bambino ha bisogno di rivolgersi in uno stato di ansia (la sua figura di attaccamento, solitamente un genitore) è la stessa persona che causa la paura in primo luogo (Bateman & Fonagy, 2006).

Quando la mentalizzazione fallisce, gli individui spesso ricadono in modi di pensare prementalizzanti, che hanno parallelismi con i modi in cui si comportano i bambini piccoli prima di aver sviluppato pienamente le capacità di mentalizzazione.

Le modalità non mentalizzanti o prementalizzanti sono generate da squilibri all'interno delle dimensioni della mentalizzazione e possono essere di tre tipi (Bateman & Fonagy, 2019b):

1. La modalità teleologica deriva da un'attenzione esclusiva alle caratteristiche esterne a scapito di quelle interne. Nella modalità teleologica, gli stati mentali sono riconosciuti e pensati solo nel momento in cui gli esiti degli stessi sono osservabili sul piano fisico (Bateman & Fonagy, 2019a). Quindi, gli individui sono fortemente orientati a comprendere come si comportano le persone (e loro stessi) e quali potrebbero essere le loro intenzioni in termini di ciò che fanno fisicamente. Ad esempio, l'affetto è percepito come vero solo se è accompagnato da un contatto fisico come un tocco o una carezza.
2. La modalità dell'equivalenza psichica è inevitabile se l'emozione (affetto) domina la cognizione. Nella modalità di equivalenza psichica, pensieri e sentimenti diventano "troppo reali" al punto che è estremamente difficile per l'individuo prendere in considerazione possibili prospettive alternative. Quando la mentalizzazione cede il passo all'equivalenza psichica, ciò che è pensato viene sperimentato come reale e vero, si parla quindi di "concretezza del pensiero". Un tale stato mentale può essere estremamente spaventoso, aggiungendo un potente senso di drammaticità e rischio alle esperienze di vita. Le reazioni a volte esagerate degli individui sono giustificate dalla serietà e dalla "realtà" con cui possono sperimentare i propri pensieri e sentimenti e quelli degli altri.

3. La modalità del fare finta è inevitabile se la mentalizzazione riflessiva, esplicita e controllata non è ben consolidata. Questa modalità può spesso essere difficile da distinguere dalla mentalizzazione genuina, ma tende a coinvolgere narrazioni eccessivamente lunghe, prive di un vero nucleo affettivo o di qualsiasi collegamento con la realtà. Nei casi più estremi, ciò può portare a sentimenti di derealizzazione e dissociazione.

   Nella modalità del fare finta il paziente potrebbe ipermentalizzare, ovvero sovrainterpretazione gli stati mentali altrui, o pseudomentalizzare, ovvero **s**imulare un pensiero riflessivo che manca però di autentico coinvolgimento affettivo.

È anche importante tenere a mente che queste diverse modalità possono sovrapporsi ed essere osservate contemporaneamente (Bateman et al., 2023). Inoltre, nei momenti di fallimento della mentalizzazione, oltre a ricadere in modalità prementalizzanti, si sperimenta anche una pressione ad esternalizzare aspetti non mentalizzati del sé, le cosiddette parti aliene del sé (Bateman & Fonagy, 2019a). Poiché la mentalizzazione porta al senso di coerenza di sé, il vacillare della mentalizzazione può segnalare un senso di frammentazione. A questo punto, la coerenza può essere ritrovata attribuendo gli aspetti indesiderati di sé, quelli che sono sperimentati come alieni, a un'altra persona.

2.4 Fiducia epistemica

Una risposta sensibile ai bisogni del bambino non influenza solo lo sviluppo della mentalizzazione, ma serve anche ad aprire la sua mente all'apprendimento di nuove informazioni ritenute rilevanti, ad alterare le credenze e modificare il comportamento futuro in relazione a questo (Bateman & Fonagy, 2019a).

Questo processo è stato definito fiducia epistemica, ovvero la capacità di considerare la conoscenza trasmessa interpersonalmente come affidabile, rilevante per se stessi e generalizzabile (Bateman & Fonagy, 2019a).

In letteratura è stato evidenziato come la fiducia epistemica tenda ad attivarsi in contesti interattivi caratterizzati dal riconoscimento, da parte dell'altro, dei propri stati mentali, dell'intenzionalità e dell'individualità (Duschinsky & Foster, 2021): "Se sento di essere compreso, sarò disposto a imparare dalla persona che mi ha capito, che ritengo essere un potenziale collaboratore affidabile. Ciò includerà imparare a conoscere me stesso, ma anche imparare a conoscere gli altri e il mondo in cui vivo" (Bateman et al., 2023, p.21). Questo avviene attraverso l'uso di indicatori ostensivi che indicano al bambino che il caregiver lo

riconosce come un individuo e come un “agente mentalizzante”, che pensa e ha sentimenti. Gli indicatori ostensivi includono il contatto visivo, la reattività contingente nel turno di parola e l'uso di un tono vocale particolare (il cosiddetto motherese), tutte cose che sembrano innescare una modalità specifica di apprendimento nel bambino. Fonagy et al. hanno sostenuto che gli esseri umani si sono evoluti per trattare la ricezione di indizi ostensivi come una base per la fiducia epistemica, poiché segnalano la presenza di un'altra mente interessata alle nostre intenzioni, pensieri e sentimenti e quindi probabilmente riflettono una situazione di relativa sicurezza e supporto sociale (Duschinsky & Foster, 2021).

Fonagy ha inoltre concettualizzato le diverse forme di attaccamento in termini di fiducia epistemica. Se l’attaccamento sicuro riflette una fiducia ben calibrata nell'altro, l'attaccamento ambivalente riflette un’eccessiva credulità e, all’opposto, l’attaccamento evitante riflette un’eccessiva vigilanza. Infine, l'attaccamento disorganizzato è stato caratterizzato come una rottura della base fondamentale della fiducia negli altri, che induce uno stato di persistente vigilanza epistemica (Duschinsky & Foster, 2021).

Difatti, un bambino con un attaccamento sicuro tratterà più probabilmente il proprio caregiver come una fonte affidabile di conoscenza, e questa fiducia sarà probabilmente generalizzata poi ad altre persone che si trovano nella posizione di insegnare qualcosa o da cui si può apprendere. Diversamente, in situazioni in cui l'ambiente precoce è densamente popolato da comunicatori inaffidabili, l'apertura della fiducia epistemica diventa problematica. In presenza di un caregiver ostile e potenzialmente pericoloso, la sfiducia epistemica si configura come un adattamento appropriato, frutto dalla selezione naturale, che è volto a proteggere il bambino da fonti comunicative non sicure.

In uno stato di sfiducia epistemica, il soggetto è caratterizzato da uno scetticismo pervasivo verso le informazioni esterne, considerate potenzialmente ostili o malevole, impedendogli così di imparare dagli altri. In altri casi, le esperienze avverse possono interrompere la capacità di discriminare le informazioni ricevute dagli altri, portando alla credulità epistemica, ovvero una fiducia eccessiva e inappropriata negli altri, rendendo l'individuo vulnerabile alla manipolazione o ai maltrattamenti (Bateman & Fonagy, 2019b).

In sintesi, mentre la credulità è caratterizzata da uno stato di ipovigilanza, la sfiducia epistemica porta a uno stato di ipervigilanza e rigida resistenza all'influenza degli altri.

2.5 Regolazione affettiva

Anche la capacità di regolare le emozioni è strettamente connessa alla mentalizzazione. La co-regolazione degli stati emotivi da parte dei caregiver, infatti, riveste un ruolo fondamentale non solo nello sviluppo della capacità del bambino di mentalizzare, ma anche nell'acquisizione di una competenza autonoma nella regolazione emotiva, indipendente dalla figura del caregiver (Bateman & Fonagy, 2019b).

Ciò richiede la mentalizzazione da parte del caregiver per comprendere le esperienze intrapsichiche del bambino, facilitando così la co-regolazione delle sue emozioni. Gli stati emotivi, co-regolati iterativamente dal caregiver sulla base di interazioni sensibili, costituiscono un "ambiente di apprendimento" interpersonale e sicuro in cui il bambino sperimenta gli stati emotivi come significativi, prevedibili e in qualche modo controllabili.

L'affettività mentalizzata è considerata il prerequisito per la regolazione autonoma delle emozioni e denota la capacità di scoprire i significati soggettivi dei propri sentimenti, basandosi sulla capacità di mentalizzare (Fonagy et al., 2005).

Difatti, una buona mentalizzazione potenziata sostiene la regolazione delle emozioni interponendo la capacità di riflettere tra l'immediatezza dell'esperienza vissuta e la catena di potenziali risposte a questi sentimenti (Bateman & Fonagy, 2019b).

2.6 Organizzazione del sé

Bateman e Fonagy hanno descritto la mentalizzazione come "prima di tutto una teoria dello sviluppo del sé" (Duschinsky & Foster, 2021, p.133), difatti la rappresentazione degli stati mentali costituisce un elemento centrale nella costruzione del senso di sé e dell'identità. In continuità con questa prospettiva, il sé viene ulteriormente definito come una "parte della mente che è in grado sia di riconoscere le proprie attività mentali come proprie, sia di attribuire stati mentali agli altri. È più di una rappresentazione, perché ha la capacità di modellare e determinare come saranno formate le rappresentazioni di sé e degli altri" (Duschinsky & Foster, 2021, p.141).

Il senso di sé di un bambino è facilitato dal funzionamento riflessivo dei genitori, ovvero la capacità di riflettere sulle proprie esperienze mentali interne e su quelle del bambino. In altre parole, il bambino impara chi è grazie agli adulti che lo circondano, i quali danno significato ai suoi stati mentali. Questo dimostra che l'individualità non è qualcosa di puramente personale, ma nasce e si consolida attraverso le relazioni sociali (Bateman et al., 2023).

Per uno sviluppo normale, il bambino ha bisogno di sperimentare una mente che abbia la sua mente in mente e sia in grado di riflettere i suoi sentimenti e le sue intenzioni in modo accurato.

Quando ciò accade, il risultato è “un’immagine di sé autentica e organica costruita attorno a rappresentazioni interiorizzate di stati del sé” (Duschinsky & Foster, 2021, p.151).
Al contrario, fallimenti consistenti o gravi nel processo di rispecchiamento marcato da parte del caregiver portano allo sviluppo del sé alieno, ovvero esperienze di sé che non convalidano l'esperienza dell'individuo e quindi sono sentite come estranee al sé. Difatti, il bambino che non è in grado di trovare la base della sua coerente autorappresentazione e intenzionalità nelle risposte del suo caregiver, “interiorizza delle rappresentazioni dello stato del genitore, piuttosto che di una versione utilizzabile della propria esperienza” (Duschinsky & Foster, 2021, p.153). Questi stati potrebbero non essere benigni e potrebbero essere ulteriormente distorti dalle preoccupazioni non placate del bambino stesso se non è in grado di usare il suo caregiver come base sicura e rifugio sicuro per pensieri e sentimenti difficili. In questo modo, le esperienze di non riconoscimento da parte delle figure di attaccamento possono formare "il germe di un oggetto potenzialmente persecutorio che è alloggiato nel sé, ma è estraneo e inassimilabile" (Duschinsky & Foster, 2021, p.153).
È importante sottolineare come persino il caregiver più sensibile è insensibile allo stato mentale del bambino per più del 50% del tempo (Duschinsky & Foster, 2021). Tale dato suggerisce che, in ogni individuo, esistono inevitabilmente aspetti "alieni" alla propria struttura del sé e che la percezione di una coerenza interna del sé sia, almeno in parte, un’illusione. Questa illusione è normalmente mantenuta dal continuo commento narrativo sul comportamento che la mentalizzazione fornisce, colmando le lacune esperienziali e intrecciando gli eventi in una trama coerente e dotata di significato. In assenza di una solida capacità di mentalizzazione, come avviene in presenza di modelli di attaccamento disorganizzati, la frammentazione della struttura del sé è chiaramente rivelata (Duschinsky & Foster, 2021).

2.7 *Antisocialità secondo la teoria della mentalizzazione*

Nel modello della mentalizzazione, i disturbi di personalità vengono concettualizzati come disfunzioni nei diversi domini della mentalizzazione, intesi in termini dimensionali, piuttosto che come insiemi di tratti distintivi riconducibili a una categoria diagnostica. Attraverso la prospettiva offerta dalla mentalizzazione, centrata sulla comprensione interpersonale, le persone possono essere considerate in termini di pensieri, emozioni e desideri, anziché essere ridotte esclusivamente a diagnosi di disturbo mentale o di personalità. In tale prospettiva, le etichette diagnostiche tendono a essere reinterpretate come modelli ricorrenti nel modo in cui viene vissuto e rappresentato il sé e l’altro (Bateman et al., 2023).

Le esperienze precoci di attaccamento giocano un ruolo cruciale nello sviluppo della capacità di comprendere gli stati mentali propri e altrui, per questo motivo la letteratura evidenzia come il disturbo antisociale di personalità possa essere innanzitutto concettualizzato come un disturbo dell'attaccamento (Bateman & Fonagy, 2019a). Infatti, diversi studi hanno dimostrato livelli più elevati di attaccamento insicuro nei criminali violenti rispetto alla popolazione normale.

Le esperienze di attaccamento precoce segnate da interruzioni, trascuratezza o maltrattamenti, così come l'assenza di una continuità relazionale, possono compromettere lo sviluppo della capacità di mentalizzare.

In primo luogo, il rispecchiamento impreciso da parte del caregiver fa sì che il bambino interiorizzi le rappresentazioni dello stato del genitore, piuttosto che la propria esperienza. In tali casi, l'immagine della madre arriva a colonizzare il sé e si struttura un sé alieno: ovvero idee o sentimenti che vengono vissuti come parte del sé, che non sembrano appartenere al sé. Poiché il sé alieno è percepito come parte del sé, distrugge qualsiasi senso di coerenza del sé o identità, che può essere ripristinato solo da una proiezione costante e intensa. Clinicamente, la proiezione è motivata dalla necessità di ristabilire la continuità dell'esperienza di sé (Duschinsky & Foster, 2021).

In secondo luogo, le esperienze di attaccamento disfunzionali possono indurre il bambino ad evitare l'assunzione della prospettiva dell'altro, in quanto ciò lo esporrebbe all'ostilità nella mente dell'abusante che è diretta verso di lui.

I comportamenti violenti probabilmente sono quindi il risultato di una percezione non accurata del mondo e delle azioni o intenzioni degli altri, oppure di una forma di espulsione degli affetti mentali o delle sensazioni corporee intollerabili, legate al sé alieno, che non possono essere pensate (Bateman & Fonagy, 2019a).

Infine, la letteratura evidenzia come gli individui con una storia traumatica presentino una marcata difficoltà a sviluppare fiducia nei confronti dell'altro, tendendo a rigettare le informazioni che risultano incoerenti con il proprio sistema di credenze. In questo contesto, Fonagy et al. propongono una rilettura concettuale del disturbo di personalità, sostenendo che esso non rappresenti un'alterazione stabile della personalità in sé, bensì un'inaccessibilità alla comunicazione culturale rilevante per il sé dal contesto sociale (Bateman & Fonagy, 2019a).

L'impossibilità di accedere a informazioni sociali affidabili determina una rigidità apparente nelle modalità di pensiero e comportamento, spesso interpretata clinicamente come resistenza o riluttanza al cambiamento. Tale rigidità è supportata dalla sfiducia epistemica e da uno stato che potrebbe essere caratterizzato dal "sentire ma non ascoltare". Dal punto di vista clinico, ciò può portare a considerare questi pazienti come "difficili da raggiungere"; tuttavia, tale

atteggiamento riflette ciò che, in molti casi, costituisce un adattamento funzionale a un ambiente relazionale in cui le comunicazioni provenienti dalle principali figure di attaccamento sono state vissute come manipolatorie, inaffidabili o ingannevoli (Bateman & Fonagy, 2019a).

2.7.1 Profilo mentalizzazione ASPD

Gli individui con ASPD mostrano una mentalizzazione compromessa, difatti Fonagy suggerisce che gli atti violenti sono possibili solo quando si verifica una disconnessione tra le rappresentazioni degli stati soggettivi del sé e le azioni (Duschinsky & Foster, 2021).
Tuttavia, sarebbe troppo semplicistico affermare che gli individui con ASPD hanno un deficit totale della mentalizzazione. Gli individui con ASPD mostrano squilibri tipici di mentalizzazione e, sorprendentemente, possono persino essere migliori del normale nelle forme di mentalizzazione esterne piuttosto che interne, cognitive piuttosto che affettive e impulsive-intuitive (automatiche) piuttosto che riflessive (controllate) (Bateman & Fonagy, 2019b).

- Gli individui con disturbo antisociale di personalità (ASPD) tendono a fare un uso prevalente della mentalizzazione automatica, caratterizzata da processi rapidi e reattivi. Difatti, la difficoltà a entrare in sintonia con gli altri e il ridotto interesse per ciò che gli altri pensano e sentono, ostacolano il ricorso alla mentalizzazione controllata. La mentalizzazione automatica, se non integrata da una riflessione più controllata, può però risultare disfunzionale poiché le ipotesi formulate, che guidano la comprensione interpersonale, rimangono spesso indiscusse e prive di informazioni, e quindi prive delle sfumature necessarie a un funzionamento sociale adattivo (Bateman & Fonagy, 2019b).
- Questi individui mostrano una notevole comprensione cognitiva degli stati mentali, ma non sono in contatto con il nucleo affettivo dell'esperienza umana (Bateman & Fonagy, 2019b); questo rende sfuggente la possibilità di una vera compassione per sé stessi o di empatia per gli altri, al punto che alcuni individui possono persino provare eccitazione in risposta al dolore degli altri. Inoltre, le cognizioni, a causa del loro carattere "disincarnato", possono essere facilmente distorte in modi ampiamente egoistici, così che finiscono per distorcere, piuttosto che rappresentare, la realtà.
- Inoltre, gli individui con disturbo antisociale di personalità sono relativamente esperti nel leggere gli stati interni altrui da una prospettiva cognitiva, ma risultano incapaci di identificarsi empaticamente con tali stati o di provare compassione. Questo riconoscimento parziale della mente dell'altro consente l'agito antisociale: nel momento in cui viene meno la componente soggettiva dell'altro, quest'ultimo può essere ridotto

a un corpo, un oggetto funzionale al soddisfacimento dei propri bisogni o al compimento di un'aggressione fisica.

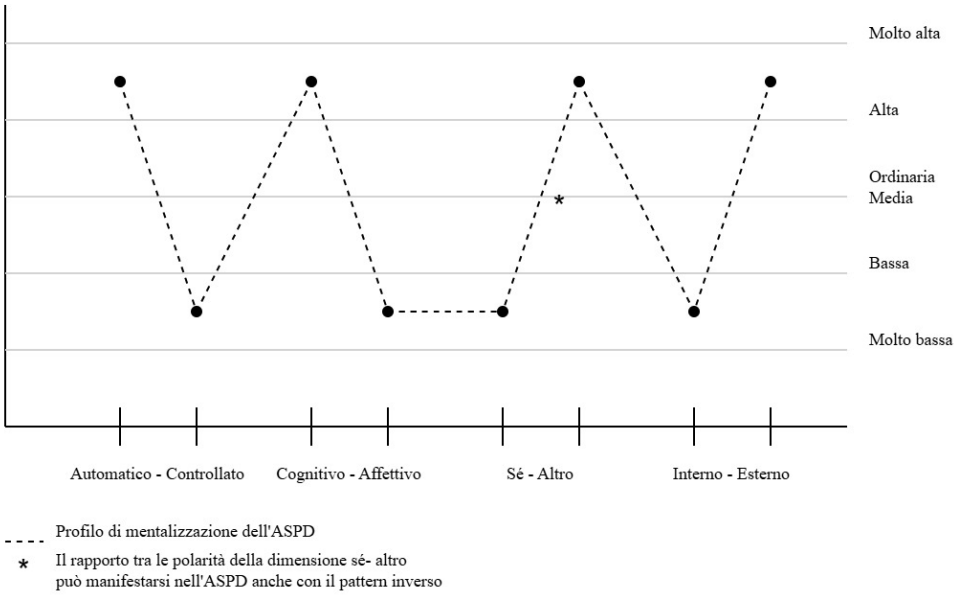
Sebbene molti individui con ASPD tendano a manifestare uno sbilanciamento verso l'altro, altri possono invece essere prevalentemente concentrati sul sé, sviluppando una sensibilità strumentale rispetto a ciò che gli altri possono fare per soddisfare i propri bisogni.

In entrambi i casi, sia che la mentalizzazione sia rivolta eccessivamente verso l'altro sia che sia centrata su di sé, il risultato è la costruzione di relazioni unilaterali e distorte, in cui ciò che realmente conta è unicamente il soddisfacimento dei propri bisogni (Bateman & Fonagy, 2019a).

- La maggior parte degli individui violenti ha scarsa considerazione per gli stati interni propri e altrui (Bateman & Fonagy, 2019a) ma sembra invece essere particolarmente sensibile ai segnali esterni.

  Nel contesto interpersonale questa sensibilità non si traduce in interesse per gli stati affettivi interiori dell'altro o in curiosità per le sue motivazioni sottostanti. Difatti, le persone con ASPD presumono che le motivazioni dell'altro siano maligne e reagiscono di conseguenza per contrastare la minaccia. Lo sguardo, ad esempio, è un fattore scatenante universale di ostilità o aggressività.

  Allo stesso modo, gli individui con ASPD tendono ad avere una scarsa consapevolezza anche dei propri vissuti interni associata ad una relativa competenza nella mentalizzazione esterna del sé, intesa come attenzione a come si viene percepiti dall'esterno.



Le caratteristiche significative del profilo di mentalizzazione delle persone con ASPD riflettono tutte un passaggio a modalità operative non mentalizzanti (o prementalizzanti) (Bateman & Fonagy, 2019b).

- Nell'equivalenza psichica, è presente la sospensione della sensazione "come se" e viene sperimentato tutto come "troppo reale". Gli eventi mentali sono equivalenti in termini di potere, causalità e implicazioni, agli eventi del mondo fisico. La persistenza della modalità di equivalenza psichica è un aspetto chiave della tendenza degli individui violenti a esprimere e gestire pensieri e sentimenti attraverso l'azione fisica, contro i propri corpi o in relazione ad altre persone.

  In questa modalità, emozioni e pensieri negativi sul sé vengono vissuti come realtà assoluta. Di conseguenza, la sofferenza psicologica che ne deriva può essere intollerabile e i comportamenti autolesivi o eterolesivi (risultato dell'esternalizzazione del sé alieno), possono emergere come tentativo di affrontare o regolare questa sofferenza psichica (Duschinsky & Foster, 2021). Al tempo stesso, se la mentalizzazione, ovvero sapere che un pensiero è solo un pensiero, normalmente ci isola dalla durezza del mondo sociale, l'equivalenza psichica esagera la minaccia di altre menti e facilita l'inizio della violenza. La violenza è normalmente innescata quando un'idea, un sentimento, un pregiudizio, un sospetto, viene scambiato per realtà fisica che può essere affrontata solo con un atto fisico. L'atto di violenza riflette quindi la confusione complementare, la convinzione errata che un atto fisico possa sradicare uno stato mentale (Duschinsky & Foster, 2021).
- La modalità teleologica guida le azioni dei soggetti con ASPD. In questa modalità, l'esperienza viene vissuta come valida solo nel momento in cui le sue conseguenze sono visibili ed evidenti. In tale prospettiva, l'individuo può ritenere che l'aiuto venga garantito esclusivamente a fronte di comportamenti estremi, quali l'ingestione di lamette da barba ad esempio, oppure che la punizione rivolta verso gli altri debba necessariamente assumere una forma fisica e visibile per essere percepita come autentica e significativa. La descrizione prototipica di un individuo antisociale di successo, che ostenta gioielli o orologi costosi, che guida una macchina di lusso e mostra la sua forza attraverso attacchi e violenze verso i suoi nemici, si basa su un'osservazione corretta del valore assegnato dagli individui antisociali all'apparenza e alla facciata (Gilligan, 2000).

- La modalità del "fare finta" permette all'individuo di perpetrare la violenza in uno stato di dissociazione rispetto alla realtà, come se non ci fosse alcuna vittima psicologica coinvolta nel crimine o se la mente della vittima fosse così aliena e distante da quella del carnefice da impedire lo stabilirsi di una continuità tra le due. Lo stato interno non si lega più alla realtà esterna: "era come se fossi dentro un film", "non sembrava nemmeno reale".

  La capacità di sperimentare emozioni quali la colpa, l'amore per gli altri e la paura delle conseguenze delle proprie azioni, normalmente aiutano a evitare il manifestarsi di comportamenti violenti, ma la perdita della mentalizzazione e l'incapacità di alcuni soggetti violenti di sperimentare appieno questi sentimenti impediscono che si attui questo meccanismo inibitorio (Bateman & Fonagy, 2019a).

I criminali violenti ad alto affetto, diversamente dai criminali a basso affetto (psicopatici) hanno maggiori probabilità di diventare violenti in risposta a minacce percepite al proprio senso di sé. Bateman e Fonagy (2008) propongono che tale violenza reattiva o affettiva si verifichi quando vi è un fallimento o un'inibizione della capacità di mentalizzazione. Gilligan (2000) ha focalizzato l'attenzione sulla regolazione della vergogna come fattore chiave nella patologia dell'ASPD, in cui la violenza è l'espressione di una vergogna intollerabile. Nel suo libro *Violence: Our Deadly Epidemic and Its Causes*, Gilligan descrive la vergogna come l'assenza di amor proprio. Secondo Gilligan, quando la vergogna supera la soglia di tolleranza di un individuo, il sé si sgretola e la violenza diventa un tentativo disperato di evitare questa "morte interiore".

Quando i soggetti con ASPD sperimentano la vergogna in modalità di equivalenza psichica, questo sentimento può essere veramente devastante e impossibile da tollerare (Bateman & Fonagy, 2019a). La vergogna non mentalizzata non è un'esperienza "come se" ma equivale alla distruzione del sé (Duschinsky & Foster, 2021). L'atto di violenza è quindi un tentativo disperato di proteggere il sé fragile dall'assalto della vergogna, innescato per lo più innocentemente da un altro. L'esperienza di umiliazione, che l'individuo cerca di contenere nella parte aliena del sé, arriva a rappresentare una minaccia esistenziale e viene quindi bruscamente esternalizzata. Una volta fuori, e percepita come parte della rappresentazione della vittima nella mente dell'autore, è vista come possibile da distruggere, una volta per tutte. L'aggressione verso la fonte del pericolo non si limita all'aggressione non fisica (ad esempio urlare), poiché ciò richiederebbe la consapevolezza dello stato mentale dell'altro, che si perde quando la mentalizzazione si interrompe (Bateman et al., 2023).

L’individuo, in modalità telelologica, può attaccare i pensieri solo attraverso un’azione fisica ed è qui che scaturisce la violenza. La vittima, secondo la modalità del far finta, è sperimentata solo come un corpo e quindi, in assenza della componente emotiva, non c’è alcuna inibizione nell’atto violento (Duschinsky & Foster, 2021).
Certi individui potrebbero non avere altre risorse se non la violenza per proteggere la loro autorappresentazione che è indebolita in modo cruciale dalla loro compromessa capacità di mentalizzazione. In quest’ottica la violenza è un gesto di speranza, un desiderio di un nuovo inizio, anche se in realtà è solitamente solo una fine tragica (Duschinsky & Foster, 2021).

Le difficoltà nel trattamento con individui antisociali sono spesso dovute alla loro riluttanza a pensare a sé stessi come a persone affette da un disturbo di salute mentale, poiché questo è equiparato nella loro mente alla debolezza e associato a sentimenti di vergogna e umiliazione. La loro riluttanza ad accedere e ricevere cure aumenta la probabilità che il loro disturbo di personalità rimanga non trattato (Bateman & Fonagy, 2019b).

2.8 *Mentalization-Based Treatment (MBT)*

Comprendere il comportamento antisociale dalla prospettiva di un problema di mentalizzazione offre la base teorica su cui è possibile costruire gli interventi clinici. Il trattamento MBT per gli individui con ASPD rappresenta un tentativo di integrare gli interventi in un trattamento clinico coerente che abbia come target le vulnerabilità di mentalizzazione (Bateman & Fonagy, 2019a).
Il Mentalization-Based Treatment (MBT) è un trattamento evidence-based derivato dalla psicoterapia psicodinamica (Bateman et al., 2023), che è stato originariamente sviluppato negli anni '90 e inizialmente utilizzato per trattare pazienti con disturbo borderline di personalità (BPD) in un contesto ospedaliero parziale (day hospital). Più di recente, l'MBT è diventato un approccio più completo alla comprensione e al trattamento dei disturbi di personalità in una gamma di contesti clinici (Bateman & Fonagy, 2006).
L'approccio MBT si basa sulla visione secondo cui il problema fondamentale per molti pazienti è la loro vulnerabilità alla perdita di mentalizzazione. Questa vulnerabilità si sviluppa all'interno delle prime relazioni di attaccamento e si associa alla sensibilità interpersonale che innesca emozioni disregolate e impulsività. Il trattamento basato sulla mentalizzazione pone quest’ultima al centro del processo terapeutico in cui la mente del paziente diventa il fulcro del trattamento. Centrale è l'argomentazione secondo cui l’MBT funziona attraverso l'instaurazione di una relazione di attaccamento duratura con il paziente, stimolando nel contempo un processo

di mentalizzazione. L'obiettivo è aiutare i pazienti a comprendere meglio cosa pensano e come si sentono rispetto a se stessi e agli altri, come questi pensieri ed emozioni influenzano i loro comportamenti, e in che modo le distorsioni nella percezione di sé e dell'altro possano generare azioni disadattive, pur essendo tentativi di preservare l'equilibrio interno e gestire emozioni difficili da decifrare. Il trattamento è manualizzato per facilitare il raggiungimento di questi obiettivi primari (Bateman et al., 2014).

Il trattamento MBT per gli individui con ASPD prevede una fase iniziale più psicoeducativa, in cui il paziente apprende il quadro della mentalizzazione, e una fase di trattamento vero e proprio (Bateman et al., 2023).

I gruppi sono una parte essenziale dell'MBT, e l'apprendimento di sé stessi attraverso gli altri in un gruppo è il formato principale utilizzato nell'MBT per il disturbo antisociale di personalità (MBT-ASPD). In linea con il principio della mentalizzazione secondo cui è più probabile che un individuo ascolti e apprenda da altri percepiti come simili a sé, i gruppi nell'MBT-ASPD sono composti esclusivamente da persone con disturbo antisociale di personalità che hanno vissuto ripetuti scontri con il sistema di giustizia penale e che hanno sperimentato sentimenti di abbandono e, in certa misura, di esclusione sociale. Difatti, se le persone si sentono mentalizzate, ovvero sperimentano che le loro preoccupazioni e i loro stati emotivi sono stati riflessi in modo accurato e compassionevole da un'altra persona che vedono come simile a loro, questo può promuovere un senso di appartenenza e impegno nei processi sociali che supportano la mentalizzazione. Il ripristino della capacità di mentalizzare contribuisce a ridurre la persistente sensazione di minaccia sociale, spesso alla base di comportamenti violenti, e favorisce lo sviluppo dell'empatia, solitamente compromessa nei soggetti con comportamenti antisociali aggressivi o violenti. Inoltre, il recupero della mentalizzazione ripristina le connessioni interpersonali e apre un canale per l'apprendimento sociale, facilitando il cambiamento nel modo in cui vedono sé stessi e come interagiscono con gli altri (Bateman et al., 2023).

Il terapeuta ha il compito di stimolare la mentalizzazione di sé, degli altri e l'interazione costruttiva tra quanti più pazienti possibile. Per fare questo, il compito più difficile è mantenere il livello di arousal a un livello ottimale. Il pericolo di un arousal troppo basso è che la sessione potrebbe diventare insignificante, stimolando ulteriormente la modalità di finzione. Quando è troppo alto, tuttavia, i sistemi di attaccamento del paziente saranno sovrastimolati a causa dell'ansia e verranno mobilitate rigide rappresentazioni schematiche degli altri, portando all'azione piuttosto che alla riflessione. Questi possibili effetti iatrogeni devono essere ridotti al minimo (Bateman et al., 2014).

In conclusione, la mentalizzazione potrebbe essere la chiave per generare fiducia epistemica e dissolvere la disfunzione epistemica che caratterizza la persistenza del disturbo mentale. Difatti, una migliore comprensione sociale non solo corregge gli errori della cognizione sociale in relazione a sé stessi e agli altri, ma apre anche la persona a nuove comprensioni, raccolte in primo luogo dalla stanza della terapia e successivamente generalizzate ad altri ambiti relazionali (Bateman et al., 2023).

3. Lo studio

3.1 Letteratura

La letteratura scientifica ha ampiamente documentato come i contesti detentivi rappresentino luoghi in cui è presente una significativa sovrarappresentazione di individui affetti da disturbi mentali (Rebbapragada et al., 2021). In particolare è stato stimato che circa il 47% degli uomini detenuti soddisfa i criteri diagnostici per il disturbo antisociale di personalità (ASPD) (Fazel & Danesh, 2002). Tuttavia, questo dato implica anche che oltre la metà della popolazione carceraria maschile non presenta una diagnosi di ASPD, il che indica che il comportamento criminale non è necessariamente riconducibile alla presenza di un disturbo di personalità strutturato. Ciò evidenzia la necessità di adottare una prospettiva più articolata nella comprensione del funzionamento psicologico all'interno dei contesti di devianza.

In questa direzione si inserisce il costrutto della mentalizzazione, operazionalizzata in termini di funzionamento riflessivo (RF), ovvero la capacità umana di interpretare i propri comportamenti e quelli degli altri come causati da stati mentali interni intenzionali (Bateman & Fonagy, 2012).

Tale prospettiva consente di superare una visione puramente categoriale, permettendo di reinterpretare le etichette diagnostiche come modelli ricorrenti nel modo in cui viene vissuto e rappresentato il sé e l'altro (Bateman et al., 2023).

La letteratura evidenzia come i deficit della mentalizzazione rappresentino fattori di vulnerabilità transdiagnostici e transteorici per la psicopatologia, difatti deficit temporanei o cronici di tale capacità sono implicati in un'ampia gamma di problemi e disturbi psicologici (Luyten et al., 2020).

In particolare, la mentalizzazione si configura come un elemento cruciale nello sviluppo dei disturbi di personalità (Gagliardini et al., 2023) ed è stato osservato che i soggetti con disturbo antisociale di personalità (ASPD) presentano una compromissione significativa di questa funzione (Bateman et al., 2013).

Poiché la mentalizzazione svolge un ruolo fondamentale nell'inibizione della violenza interpersonale, gli individui con capacità mentalizzanti vulnerabili risultano potenzialmente più pericolosi, in quanto maggiormente predisposti ad agire in modo aggressivo e violento (McGauley et al., 2011). Il contributo dell'ASPD al comportamento criminale violento è ampiamente supportato dalla letteratura, difatti il disturbo è associato a una probabilità significativamente maggiore di commettere reati violenti ed è considerato un forte predittore

di condotte violente future, di recidiva, di reincarcerazione a breve termine dopo il rilascio e di una maggiore gravità dei reati recidivanti (Yu et al., 2012).

Newsbury et al. (2017) hanno evidenziato come i soggetti con disturbo antisociale di personalità (ASPD) appartenenti a un campione criminale presentino marcate difficoltà nella capacità di mentalizzazione. In particolare è stata osservata una tendenza all'ipomentalizzazione, ovvero una scarsa comprensione degli stati mentali propri e altrui. La rilevanza di tale compromissione nell'ASPD è resa evidente dal fatto che i criminali con questo disturbo mostravano maggiori difficoltà nella mentalizzazione rispetto ai criminali senza ASPD.

Al tempo stesso, anche l'ipotesi di una tendenza all'ipomentalizzazione nella popolazione detenuta è supportata da diversi studi. In uno studio condotto sulla popolazione detenuta libanese (Abu-Habib et al., 2020) è stato riscontrato un uso prevalente di ipomentalizzazione rispetto ai dati normativi della popolazione generale. Analogamente, Levinson & Fonagy (2004) hanno evidenziato marcate difficoltà di mentalizzazione nei detenuti, quelli che avevano commesso crimini violenti presentavano punteggi di mentalizzazione inferiori rispetto a coloro che non avevano commesso tali reati.

Contrariamente, Bateman e Fonagy (2006) hanno affermato che alcuni soggetti con diagnosi di ASPD possono mostrare specifiche aree di competenza, in particolare nella capacità di manipolare e ingannare gli altri, che presuppongono una certa comprensione delle intenzioni e dei pensieri altrui. Tuttavia, secondo gli autori, questa apparente abilità riflette un funzionamento altamente circoscritto e raramente generalizzabile a situazioni interpersonali complesse. Questi soggetti rientrano piuttosto nel sottogruppo di pazienti con ASPD che presentano tratti psicopatici pronunciati e che sono quindi caratterizzati da una parziale, ma fondamentale, compromissione della mentalizzazione, ciò che Baron-Cohen (2005) ha definito "lettura del pensiero senza empatia".

La mentalizzazione può rivelarsi utile in molti ambiti del funzionamento psichico, ma secondo Fonagy e Allison (2016), la sua funzione predominante consiste nel consentire all'individuo di orientarsi all'interno del proprio ambiente sociale. L'individuo, secondo la letteratura, può assumere tre possibili posizioni epistemiche rispetto alla comunicazione sociale: la fiducia epistemica, che denota la capacità di considerare la conoscenza trasmessa interpersonalmente come affidabile, rilevante per se stessi e generalizzabile; la sfiducia epistemica, che riflette la tendenza a trattare qualsiasi fonte di informazione come inaffidabile o malintenzionata; la credulità epistemica, che si riferisce alla tendenza ad accettare acriticamente qualsiasi fonte di informazione e si traduce in una vulnerabilità alla disinformazione e ad un potenziale rischio di sfruttamento (Campbell et al., 2021).

Diversi studi evidenziano come la sfiducia epistemica e la credulità epistemica, in quanto strategie epistemiche disfunzionali, siano fortemente associate alla psicopatologia (Li et al., 2023, Wendt et al., 2023). Inoltre, Fonagy et al. (2015) hanno messo in evidenza come la sfiducia epistemica cronica possa contribuire alla rigidità comune nella patologia di personalità, difatti, quando gli individui non confidano nell'affidabilità o nella pertinenza della comunicazione interpersonale, la sfiducia può portare ad un'adesione inflessibile a convinzioni, prospettive o comportamenti esistenti.

Se diversi studi hanno indagato il funzionamento riflessivo, la letteratura rispetto alla fiducia epistemica in soggetti con disturbo antisociale di personalità e/o detenuti è molto scarsa, sembra però che questi disturbi siano connessi ad una rigida posizione di sfiducia epistemica, descritta come vigilanza epistemica (Thomas & Jenkins, 2019).

Secondo Talia et al. (2021) l'aggressività può essere vista come una modalità di comunicazione causata e sostenuta dalla mancanza di fiducia del soggetto verso l'interlocutore. La fiducia epistemica all'interno della comunicazione svolge un duplice ruolo: da un lato permette di accettare o rifiutare le informazioni che si ricevono, dall'altro influisce sulla comprensione del messaggio comunicato. I comportamenti aggressivi possono quindi configurarsi come un'attivazione in termini difensivi evocata da una condizione di allarme e malcomprensione delle informazioni veicolate in contesti vissuti come privi di fiducia.

Anche la disregolazione emotiva, concettualizzata come un costrutto multidimensionale che si riferisce a una difficoltà persistente nel gestire le emozioni in modo adattivo, risulta strettamente connessa alla psicopatologia (Kumpasoğlu et al., 2025) e, nello specifico, al disturbo antisociale di personalità. Questa difficoltà si manifesta con una ridotta consapevolezza, comprensione e accettazione delle proprie esperienze emotive, oltre a difficoltà nel controllo degli impulsi, nel mantenere comportamenti orientati a obiettivi e nell'adottare strategie di regolazione efficaci e flessibili (Gratz & Roemer, 2004). La letteratura evidenzia come gli individui con ASPD mostrano frequentemente una scarsa capacità di modulare stati affettivi intensi, come irritazione, frustrazione o rabbia, che spesso si traducono in comportamenti impulsivi, aggressivi o violenti (McGonigal & Dixon-Gordon, 2020). Nello specifico, lo studio di Garofalo et al. (2018) evidenzia come il disturbo antisociale di personalità si caratterizzi per marcate difficoltà di regolazione emotiva in ciascuna delle diverse sottocomponenti e in particolare nel controllo dei comportamenti impulsivi in caso di emozioni negative.

Altre ricerche condotte su autori di reato hanno rivelato associazioni tra difficoltà generali di regolazione emotiva e aggressività (Roberton et al., 2014), nonché difficoltà a livello dimensionale in cui la dimensione più spesso correlata all'aggressività risultava essere

la difficoltà nel controllare il comportamento impulsivo quando si provano emozioni negative (Donahue et al., 2014, Velotti et al. 2017, Garofalo et al., 2018).

In letteratura, le tre dimensioni sopracitate appaiono molto correlate tra di loro. Difatti, livelli più elevati di credulità e sfiducia epistemica sono stati associati a mentalizzazione inefficace e disregolazione emotiva (Kumpasoğlu et al., 2025).
Nello specifico, in letteratura le difficoltà di comprensione degli stati mentali, in termini di incertezza, risultano positivamente correlati alla credulità e alla sfiducia epistemica (Campbell et al., 2021; Liotti et al., 2023). Difatti, la capacità di adottare un atteggiamento epistemico adeguato, ovvero valutare opportunamente se fidarsi o meno di un altro, richiede un'interpretazione accurata delle intenzioni del comunicatore, strettamente legata alle capacità di mentalizzazione. Diversamente, contrariamente alle aspettative teoriche che suggeriscono una correlazione positiva tra livelli più elevati di mentalizzazione e fiducia epistemica, diversi studi in letteratura non sono riusciti a dimostrare associazioni significative tra queste due dimensioni (Campbell et al., 2021; Liotti et al., 2023; Kumpasoğlu et al., 2025).
La letteratura evidenzia un'importante relazione bidirezionale tra la capacità di mentalizzazione e la disregolazione emotiva. Difatti, se da un lato situazioni di intensa attivazione affettiva minano la possibilità di accedere a livelli adeguati di mentalizzazione, dall'altro lato una capacità di mentalizzazione compromessa ostacola e inficia un'adeguata regolazione emotiva (Parolin et al., 2023). In quest'ottica la mentalizzazione rappresenta un prerequisito importante per un'efficace regolazione emotiva (Kumpasoğlu et al., 2025), difatti consentendo agli individui di identificare, esplorare e riflettere sulle proprie emozioni e su quelle altrui, la capacità di mentalizzare successivamente li aiuta anche a elaborare, modulare ed esprimere i propri sentimenti in modo più efficace (Schwarzer et al., 2021).
Diversi studi evidenziano una forte correlazione tra difficoltà di mentalizzazione e disregolazione emotiva. Euler et al. (2019) hanno mostrato che una maggiore incertezza nella comprensione degli stati mentali predice direttamente maggiori difficoltà nella regolazione delle emozioni e, in linea con questi risultati, Liotti et al. (2023) hanno rilevato come l'ipomentalizzazione sia associata a significative difficoltà nell'elaborazione affettiva.
Al tempo stesso, anche gli studi che si soffermano maggiormente sulla posizione epistemica evidenziano come anche la sfiducia epistemica e la credulità epistemica sono state trovate significativamente associate a minori capacità di regolazione emotiva (Liotti et al., 2023; Parolin et al., 2023). Questo sembra dipendere dal fatto che la vigilanza epistemica, eccessivamente orientata all'esterno, può compromettere il contatto con il mondo interno

ostacolando così la regolazione emotiva. Allo stesso modo, alti livelli di credulità epistemica, spesso accompagnati da esperienze interpersonali ambivalenti, possono generare confusione emotiva intensificando così la disregolazione emotiva (Locati et al., 2023). Inoltre, in linea con le aspettative teoriche, la letteratura evidenzia una correlazione negativa tra fiducia epistemica e disregolazione emotiva (Locati et al., 2023).

Il trattamento basato sulla mentalizzazione (MBT), inizialmente sviluppato per individui con disturbo borderline di personalità (Bateman & Fonagy, 2004), è stato poi adattato anche ad altri disturbi, tra cui il disturbo antisociale di personalità (Bateman et al., 2013). Secondo la letteratura, gli obiettivi generali dell'MBT-ASPD sono stimolare una mentalizzazione robusta e ridurre l'aggressività come principale via di espressione degli stati interni problematici. Difatti, supportare la capacità di identificare le emozioni e le intenzioni altrui può non solo favorire il funzionamento sociale, ma anche ridurre il rischio di comportamenti antisociali (Fonagy et al., 2025). Inoltre, sebbene l'MBT-ASPD sia stato specificamente progettato per l'ASPD, la rilevanza transdiagnostica della mentalizzazione suggerisce che il suo potenziamento possa concorrere alla riduzione dei sintomi di disturbi comorbidi, quali il disturbo da uso di sostanze, l'ansia e la depressione (Flaaten et al., 2024).

Attualmente, le evidenze empiriche sull'efficacia della Mentalization-Based Treatment (MBT) per individui con diagnosi di disturbo antisociale di personalità (ASPD) o per detenuti risultano ancora limitate.

In tale contesto, lo studio di Fonagy et al. (2025), denominato MOAM (Mentalization for Offending Adult Males), rappresenta il primo studio su larga scala volto a valutare l'efficacia dell'MBT negli autori di reato con diagnosi di ASPD e dimostra l'efficacia del trattamento nel ridurre i livelli di aggressività.

Analogamente, uno studio precedente di McGauley et al. (2011) aveva evidenziato, in pazienti con diagnosi di ASPD e con una storia di comportamenti criminali, gli effetti positivi dell'MBT-ASPD nella riduzione dell'aggressività e anche della sintomatologia depressiva, ansiosa e dell'ostilità.

Ulteriori evidenze provengono da studi su pazienti con diagnosi comorbida di ASPD e Disturbo Borderline di Personalità (BPD), nei quali l'MBT si è dimostrata efficace nel ridurre i sintomi di rabbia, e migliorare le difficoltà nel controllo degli impulsi e i problemi di adattamento sociale (Bateman et al., 2016). Altri studi hanno confermato l'efficacia del trattamento nel ridurre la disregolazione emotiva (Mohajerin & Howard, 2024; Mohajerin et al., 2025), tuttavia, interventi maggiormente focalizzati sugli aspetti emotivi, come la DBT (Dialectical Behavior

Therapy) o l'UP (Unified Protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders), risultano essere più efficaci (Stoffers-Winterling et al., 2022; Mohajerin & Howard, 2024).

Sebbene diversi studi abbiano evidenziato miglioramenti clinici in seguito agli interventi di MBT, Madeddu et al. (2012), attraverso una meta-analisi, hanno sottolineato l'assenza di evidenze empiriche in grado di dimostrare un effettivo incremento della capacità di mentalizzazione nei pazienti trattati.

Studi più recenti, tuttavia, hanno indagato queste variabili e hanno evidenziato un miglioramento della funzione riflessiva in differenti popolazioni cliniche sottoposte a MBT (Sonntag & Russell, 2022; Zeeck et al., 2021). In particolare, nel caso del Disturbo Borderline di Personalità (BPD), Carrera et al. (2018) hanno riscontrato un aumento significativo della certezza riflessiva e, parallelamente, una riduzione dell'incertezza.

Inoltre, Ware et al. (2016), in uno studio qualitativo sul trattamento MBT per i disturbi di personalità in un contesto forense, hanno riscontrato un miglioramento della mentalizzazione dei partecipanti, con un impatto positivo sulla loro capacità di gestire il comportamento e le emozioni. Secondo gli autori, l'MBT ha inoltre permesso ai partecipanti di elaborare passate esperienze di violenza e di sviluppare un certo grado di empatia per gli altri, il che ha portato a una tendenza all'astensione dai comportamenti a rischio.

Tuttavia, Fonagy e Allison (2014) evidenziano che l'obiettivo terapeutico non è semplicemente imparare a mentalizzare, ma utilizzare questa capacità per sviluppare la fiducia epistemica e dissolvere la disfunzione epistemica che caratterizza la persistenza del disturbo mentale. In quest'ottica, Thomas e Jenkins (2019) si sono focalizzati sulla fiducia epistemica nel loro studio qualitativo e hanno notato che la fiducia epistemica sembrava essere il concetto onnicomprensivo che racchiudeva tutti i temi emersi (ovvero, l'esperienza del gruppo, l'attaccamento, la flessibilità di apprendimento, le sessioni individuali e l'impatto). Il gruppo MBT è stato visto come uno spazio sicuro, trasparente e flessibile, che consentiva ai pazienti di esplorare diversi aspetti e possibilità della propria mente e di quella degli altri, il che ha favorito la loro volontà e capacità di fidarsi degli altri come fonte di conoscenza.

3.2 Obiettivi

3.2.1 Studio 1

Lo studio 1 ha come obiettivo quello di delineare una comprensione più articolata del funzionamento psicologico dei detenuti. Nello specifico, lo studio si propone di analizzare, all'interno della popolazione detenuta, il ruolo della funzione riflessiva, della fiducia epistemica

e della disregolazione emotiva in relazione alla psicopatologia generale e ai problemi di personalità antisociale, esplorando anche le interazioni tra queste variabili. Inoltre, si propone di identificare differenti profili di funzionamento all'interno della popolazione detenuta, caratterizzati da specifiche configurazioni di fiducia epistemica e disregolazione emotiva, e di indagare la relazione tra questi profili di mentalizzazione derivati empiricamente e la funzione riflessiva, le sottodimensioni della disregolazione emotiva, la psicopatologia generale e i problemi di personalità antisociale.

3.2.2 Studio 2

Lo studio 2 si propone di esplorare l'efficacia del trattamento MBT-ASPD (Mentalization-Based Treatment for Antisocial Personality Disorder) all'interno del contesto carcerario, con particolare attenzione sia al funzionamento psicologico sia alle dimensioni relative alla psicopatologia generale e ai problemi di personalità antisociale. Da un lato l'obiettivo è quello di valutare i cambiamenti nei processi di mentalizzazione, in particolare in termini di funzione riflessiva e fiducia epistemica, e nella capacità di regolazione emotiva. Dall'altro lato, lo studio si propone di analizzare i cambiamenti nelle dimensioni relative alla psicopatologia generale e ai problemi di personalità antisociale.

3.3 Ipotesi

3.3.1 Studio 1

Per lo studio 1 sono state formulate quattro ipotesi:

1. Si ipotizza che il campione di detenuti presenti una marcata psicopatologia generale e problemi di personalità antisociale accentuati. Inoltre, si prevede che tale popolazione sia caratterizzata da significative difficoltà di mentalizzazione, elevata sfiducia epistemica e disregolazione emotiva.
2. Si ipotizza che la funzione riflessiva, la fiducia epistemica e la disregolazione emotiva siano significativamente correlate con la psicopatologia in generale e, in particolare, con la presenza di problemi di personalità antisociale.
3. Si ipotizza che difficoltà nella funzione riflessiva, in termini di ipomentalizzazione, siano associate ad una ridotta fiducia epistemica e ad una maggiore sfiducia epistemica e credulità. Inoltre, si ipotizza che disfunzioni nella capacità di mentalizzazione siano correlate a una maggiore disregolazione emotiva, mentre un funzionamento efficace

della mentalizzazione sia associato a una migliore capacità di regolazione delle emozioni.

4. Si ipotizzano diversi profili di funzionamento in un campione di detenuti, al fine di identificare sottogruppi caratterizzati da specifiche configurazioni di fiducia epistemica e disregolazione emotiva. Inoltre, si ipotizza che tali profili si associno a differenti livelli di funzione riflessiva, a diverse manifestazioni nelle sottodimensioni della disregolazione emotiva, nonché a differenti livelli di gravità dei problemi di personalità antisociale e di psicopatologia.

3.3.2 Studio 2

Per lo studio 2 è stata formulata un'ulteriore ipotesi:

1. Si ipotizza che i detenuti sottoposti all'intervento di gruppo basato sulla mentalizzazione (MBT-ASPD) mostrino, al termine del trattamento, un miglioramento significativo della funzione riflessiva, della fiducia epistemica, della regolazione emotiva, della sintomatologia psicopatologica generale e, in particolare, della sintomatologia antisociale.

3.4 Partecipanti

3.4.1 Studio 1

Alla baseline (T0), il campione era composto da 120 uomini, di età compresa tra i 20 e i 70 anni (M = 39,74; SD = 10,85), detenuti presso la Casa Circondariale Torre del Gallo di Pavia.

Dal punto di vista socio-demografico la maggior parte dei partecipanti era di nazionalità italiana (76,67%), mentre il restante 23,33% proveniva da paesi esteri, tra cui Albania, Argentina, Bulgaria, Cina, Costa d'Avorio, Cuba, Ecuador, Gambia, Marocco, Messico, Pakistan, Perù, Repubblica Dominicana, Romania, Senegal, Siria, Tunisia e Stati Uniti. Relativamente al livello di istruzione, più della metà del campione (59,17%) possedeva un basso grado di scolarizzazione, avendo conseguito, al massimo, la licenza elementare o media, spesso all'interno del carcere. Il 13,33% aveva frequentato la scuola superiore senza conseguire il diploma, mentre il 21,67% era in possesso di un diploma di scuola secondaria di secondo grado. Soltanto una ristretta minoranza risultava in possesso di un titolo di studio universitario: un soggetto (0,83%) aveva conseguito una laurea triennale, quattro (3,33%) una laurea magistrale e due (1,67%) un master o una specializzazione post-universitaria. Infine, in merito allo stato

civile, la maggioranza dei partecipanti risultava celibe (64,17%), seguita dai divorziati (18,33%), dai coniugati (15,83%) e da una piccola quota di vedovi (1,67%).

Dal punto di vista penale, i reati commessi risultavano spesso molteplici e sovrapposti. In particolare, il 64,17% del campione era stato condannato per reati contro la persona (maltrattamento, omicidio, tentato omicidio, aggressione, violenza sessuale, stalking, pedofilia), il 35% per reati contro il patrimonio (furto, rapina, ricettazione), il 15% per reati contro la salute pubblica (spaccio di sostanze stupefacenti) e il 5,83% per reati contro l'autorità (resistenza o aggressione a pubblico ufficiale). La tipologia di reato, così come altri fattori quali l'ex appartenenza alle forze dell'ordine, lo status di collaboratore di giustizia o la presenza di gravi difficoltà psicologiche o comportamentali, influenzavano l'assegnazione a sezioni carcerarie distinte. Il 49,17% del campione era detenuto in sezioni comuni, riservate alla popolazione generale, mentre il 50,83% era collocato in sezioni protette, destinate a soggetti considerati vulnerabili o a rischio.

Rispetto alla pena, il 44,17% dei partecipanti aveva già scontato fino a 12 mesi di detenzione, il 22,5% tra 13 e 24 mesi, il 24,17% tra 25 e 60 mesi, l'8,33% tra 61 e 120 mesi, mentre solo lo 0,83% aveva già scontato oltre 120 mesi. Relativamente alla pena residua, il 27,5% dei soggetti doveva ancora scontare fino a 12 mesi, il 15% tra 13 e 24 mesi, il 26,67% tra 25 e 60 mesi, il 10% tra 61 e 120 mesi e l'8,33% oltre i 120 mesi. Inoltre, il 3,33% del campione era condannato all'ergastolo, mentre il 9,17% si trovava in attesa di giudizio. Particolarmente interessante era inoltre la storia detentiva del campione, difatti il 56,67% dei detenuti era recidivo, ovvero aveva già avuto precedenti esperienze di detenzione a seguito di condanne penali, e il 46,67% riferiva la presenza di precedenti detentivi all'interno del proprio nucleo familiare.

Infine, in riferimento all'assunzione di farmaci psichiatrici, il 53,33% del campione risultava in trattamento farmacologico, mentre il restante 46,67% non assumeva alcuna terapia. In alcuni casi, i farmaci venivano assunti anche in associazione: il 35,83% faceva uso di ansiolitici, il 10% di antidepressivi, un ulteriore 10% di antipsicotici, l'11,67% di stabilizzatori dell'umore, mentre il 4,17% era inserito in un programma di disintossicazione da oppioidi mediante trattamento farmacologico.

Tabella 1

Partecipanti studio 1

Variabile	*N = 120 (%)*	*M*	*SD*
Età		39,74	10,85
Nazionalità			
Italiana	92 (76,67%)		
Altro	28 (23,33%)		
Livello di istruzione			
Licenza elementare o media	71 (59,17%)		
Studi superiori senza diploma di maturità	16 (13,33%)		
Diploma di maturità	26 (21,67%)		
Laurea breve	1 (0,83%)		
Laurea specialistica	4 (3,33%)		
Master / Scuola di specializzazione post universitaria	2 (1,67%)		
Stato civile			
Celibe	77 (64,17%)		
Sposato	19 (15,83%)		
Divorziato	22 (18,33%)		
Vedovo	2 (1,67%)		
Reato			
Reati contro la persona	77 (64,17%)		
Reati contro il patrimonio	42 (35%)		
Reati contro la salute pubblica	18 (15%)		
Reato contro l'autorità pubblica	7 (5,83%)		
Regime detentivo			
Detenuti nella sezione comuni	59 (49,17%)		
Detenuti nella sezione protetti	61 (50,83%)		
Pena già scontata			
0–12 mesi (fino a 1 anno)	53 (44,17%)		
13–24 mesi (1-2 anni)	27 (22,5%)		
25–60 mesi (2–5 anni)	29 (24,17%)		
61–120 mesi (5–10 anni)	10 (8,33%)		
Oltre 120 mesi (>10 anni)	1 (0,83%)		
Pena da scontare			
0–12 mesi (fino a 1 anno)	33 (27,5%)		
13–24 mesi (1-2 anni)	18 (15%)		
25–60 mesi (2–5 anni)	32 (26,67%)		
61–120 mesi (5–10 anni)	12 (10%)		
Oltre 120 mesi (>10 anni)	10 (8,33%)		
Ergastolo	4 (3,33%)		
In attesa di giudizio	11 (9,17%)		
Recidiva	68 (56,67%)		
Precedenti detentivi all'interno del nucleo familiare	56 (46,67%)		

Assunzione di farmaci psichiatrici	
Ansiolitico	43 (35,83%)
Antidepressivo	12 (10%)
Antipsicotico	12 (10%)
Stabilizzatore dell'umore	14 (11,67%)
Disintossicazione da oppioidi	5 (4,17%)

3.4.2 Studio 2

Il campione sottoposto al trattamento MBT-ASPD era composto da 10 uomini, ma uno di essi è stato scarcerato prima della seconda rilevazione (T1), portando il campione finale a 9 partecipanti. I partecipanti, di età compresa tra i 28 e i 54 anni (M = 42,56; SD = 9,38), erano reclusi presso la Casa Circondariale Torre del Gallo di Pavia.

Dal punto di vista socio-demografico, in linea con quanto rilevato a T0, il campione era quasi interamente di nazionalità italiana (88,89%), con un solo partecipante di origine cinese. Per quanto riguarda il livello di istruzione oltre la metà dei soggetti (55,56%) possedeva un basso grado di scolarizzazione (licenza elementare o media), uno solo (11,11%) aveva frequentato la scuola superiore senza conseguire il diploma, due erano diplomati (22,22%) e uno aveva conseguito una laurea specialistica (11,11%). Infine, in merito allo stato civile, la maggioranza dei partecipanti risultava celibe (55,56%), seguita dai divorziati (33,33%) e dai coniugati (11,11%).

Per ragioni di sicurezza, tutti i partecipanti selezionati per il gruppo MBT appartenevano alla sezione dei protetti. I reati, spesso compresenti, riguardavano nel'88,89% dei casi reati contro la persona (tra cui maltrattamenti, omicidio, aggressione, violenza sessuale e stalking), mentre il 55,56% dei casi si trattava di reati contro il patrimonio (tra cui furto, rapina, truffa, estorsione, ricettazione). Molti partecipanti avevano già scontato una pena significativa: il 44,44% tra 61 e 120 mesi, il 33,33% tra 25 e 60 mesi e il 22,22% tra 13 e 24 mesi. Per quanto riguarda la pena residua, il 33,33% doveva ancora scontare fino a 12 mesi, un ulteriore 33,33% tra 25 e 60 mesi, l'11,11% tra 61 e 120 mesi e il 22,22% oltre i 120 mesi. Rispetto alla storia detentiva, il 55,56% dei detenuti era recidivo e il 44,44% riferiva la presenza di precedenti detentivi all'interno del proprio nucleo familiare.

Infine, per quanto riguarda l'assunzione di farmaci psichiatrici, il 44,44% del campione era in trattamento farmacologico, mentre il restante 55,56% non assumeva alcuna terapia. In alcuni casi, i farmaci venivano assunti in associazione: il 33,33% faceva uso di ansiolitici, un ulteriore 33,33% di antipsicotici e l'11,11% di stabilizzatori dell'umore.

Tabella 2

Partecipanti studio 2

Variabile	*N = 9 (%)*	*M*	*SD*
Età		42,56	9,38
Nazionalità			
Italiana	8 (88,89%)		
Altro (Cinese)	1 (11,11%)		
Livello di istruzione			
Licenza elementare o media	5 (55,56%)		
Studi superiori senza diploma di maturità	1 (11,11%)		
Diploma di maturità	2 (22,22%)		
Laurea specialistica	1 (11,11%)		
Stato civile			
Celibe	5 (55,56%)		
Sposato	1 (11,11%)		
Divorziato	3 (33,33%)		
Reato			
Reati contro la persona	7 (88,89%)		
Reati contro il patrimonio	5 (55,56%)		
Regime detentivo			
Detenuti nella sezione protetti	9 (100%)		
Pena già scontata			
13–24 mesi (1-2 anni)	2 (22,22%)		
25–60 mesi (2–5 anni)	3 (33,33%)		
61–120 mesi (5–10 anni)	4 (44,44%)		
Pena da scontare			
0–12 mesi (fino a 1 anno)	3 (33,33%)		
25–60 mesi (2–5 anni)	3 (33,33%)		
61–120 mesi (5–10 anni)	1 (11,11%)		
Oltre 120 mesi (>10 anni)	2 (22,22%)		
Recidiva	5 (55,56%)		
Precedenti detentivi all’interno del nucleo familiare	4 (44,44%)		
Assunzione di farmaci psichiatrici			
No	5 (55,56%)		
Sì	4 (44,44%)		
Ansiolitico	3 (33,33%)		
Antipsicotico	2 (33,33%)		
Stabilizzatore dell'umore	1 (11,11%)		

3.5 Strumenti

3.5.1 Questionario demografico

Il questionario demografico è stato costruito ad hoc con l'obiettivo di raccogliere informazioni essenziali sul profilo socio-demografico, penale e clinico dei partecipanti. I dati socio-demografici rilevati hanno incluso l'età anagrafica, il luogo di nascita, la nazionalità, il livello d'istruzione e lo stato civile. Dal punto di vista penale, il questionario ha permesso di raccogliere informazioni sulla tipologia di reato commesso e sulla durata della pena già scontata e di quella residua. È stato inoltre indagato se si trattasse di una prima esperienza carceraria o di una recidiva e se fossero presenti precedenti detentivi all'interno del nucleo familiare. Infine, è stata inclusa una sezione relativa all'assunzione di farmaci, soprattutto psicofarmaci.

3.5.2 Achenbach System of Empirically Based Assessment - Adult Self Report

L'ASEBA-ASR (Achenbach & Rescorla, 2003) è un questionario self-report composto da 126 item che valuta il funzionamento psicopatologico dell'adulto. I partecipanti devono valutare il proprio comportamento, pensieri e sentimenti negli ultimi 6 mesi su una scala Likert a 3 punti (0 = non vero, 1 = abbastanza vero, 2 = molto vero). Il questionario, in linea col modello HiTOP (Kotov et al., 2017), fornisce un indice complessivo dei problemi che rispecchia il fattore p. Le problematiche emerse possono poi essere ricondotte a 3 aree principali comprendenti 8 scale sindromiche: da un lato, quelle di tipo internalizzante, che comprendono sintomi come ansia/depressione, ritiro sociale e lamentele somatiche; dall'altro, le problematiche esternalizzanti, che comprendono sintomi come comportamento aggressivo, comportamento di trasgressione delle regole e intrusività; infine, una terza area raccoglie altri tipi di difficoltà, come problemi di pensiero e problemi di attenzione. Oltre alle scale sindromiche, l'ASR include anche le scale DSM-oriented, che forniscono indicatori utili per l'inquadramento clinico secondo il sistema nosografico categoriale. Tali scale comprendono: problemi depressivi, problemi d'ansia, problemi somatici, problemi di personalità evitante, problemi da deficit di attenzione/iperattività e problemi di personalità antisociale (ad esempio "Infrango le regole sul lavoro o fuori", "Minaccio le persone", "Ho eccessi di collera").

3.5.3 Reflective Functioning Questionnaire – 8

L'RFQ-8 (Fonagy et al., 2016) è un questionario self-report composto da 8 item che valuta la mentalizzazione, ovvero la capacità di comprendere i propri comportamenti e quelli altrui in termini di stati mentali sottostanti (ad esempio: intenzioni, punti di vista, valori, desideri

ed emozioni). I partecipanti devono valutare ciascun item su una scala Likert a sette punti da 1 (fortemente in disaccordo) a 7 (fortemente d'accordo). Sebbene il punteggio dello strumento originale valutasse due dimensioni: certezza (RFQ_C) e incertezza (RFQ_U) in relazione agli stati mentali, Woźniak-Prus et al. (2022) hanno recentemente ottenuto risultati più robusti utilizzando una struttura monodimensionale che valuta l'incertezza sugli stati mentali (ad esempio "Per me è un mistero ciò che pensano le persone"). L'ipomentalizzazione riflette una scarsa comprensione degli stati mentali propri e di quelli altrui.

3.5.4 Epistemic Trust, Mistrust, Credulity Questionnaire

L'ETMCQ (Campbell et al., 2021; Liotti et al., 2023) è un questionario self-report composto da 14 item che valuta la capacità dell'individuo di considerare le informazioni trasmesse da altri come significative, rilevanti per sé e generalizzabili ad altri contesti. I partecipanti devono valutare ciascun item su una scala Likert a 7 punti, da 1 (fortemente in disaccordo) a 7 (fortemente d'accordo). Questo strumento ha mostrato una struttura a tre fattori composta da dimensioni distinte: (1) fiducia, che si riferisce a un atteggiamento adattivo in circostanze sociali relativamente favorevoli in cui l'individuo considera la conoscenza trasmessa interpersonalmente come affidabile, rilevante per sè e generalizzabile (ad esempio "Trovo più facile credere alle informazioni che provengono da chi mi conosce bene"); (2) sfiducia, che riflette la tendenza a trattare qualsiasi fonte di informazione come inaffidabile o malintenzionata e a rifiutare o evitare qualsiasi influenza comunicativa da parte di altri (ad esempio "Quando qualcuno mi dice qualcosa la mia prima reazione è chiedermi perché me la sta dicendo"); e (3) credulità, riferita a una mancanza pervasiva di discriminazione e chiarezza sulla propria posizione che promuove una vulnerabilità alla disinformazione e al potenziale rischio di sfruttamento (ad esempio "Quando parlo con varie persone mi faccio convincere da ciò che dicono, anche se prima credevo cose diverse").

3.5.5 Difficulties in Emotion Regulation Scale – Short Form

La DERS-SF (Gratz & Roemer, 2004, Kaufman et al., 2016; Rossi et al., 2023) è un questionario self-report composto da 18 item che valuta le difficoltà nella regolazione emotiva. I partecipanti devono valutare ciascun item su una scala Likert a 5 punti da 1 (quasi mai: 0%-10%) a 5 (quasi sempre: 91%-100%). Questo strumento fornisce un punteggio generale e 6 punteggi relativi alle sottoscale: (1) Non accettazione delle risposte emotive, che descrive una difficoltà nell'accettare le proprie emozioni e riflette una tendenza a provare emozioni

secondarie in risposta a quelle non accettate (ad esempio “Quando sono turbato, mi sento in colpa perché mi sento in quel modo”); (2) Difficoltà nell'adottare comportamenti orientati a un obiettivo, che descrive difficoltà nel distogliere l'attenzione dalle emozioni negative per continuare un'attività o perseguire un obiettivo (ad esempio “Quando sono turbato, ho delle difficoltà a completare il mio lavoro”); (3) Difficoltà nel controllo degli impulsi, che riflette difficoltà nel modulare impulsi e comportamenti quando si provano emozioni negative (ad esempio “Quando sono turbato, perdo il controllo sui miei comportamenti”); (4) Mancanza di consapevolezza emotiva, che descrive una difficoltà nel prestare attenzione alle esperienze emotive (ad esempio “Presto attenzione a come mi sento”); (5) Accesso limitato alle strategie di regolazione emotiva, che riflette una mancanza di fiducia nella propria capacità di regolare le emozioni in modo adattivo (ad esempio “Quando sono turbato, credo che non ci sia niente che io possa fare per sentirmi meglio”); (6) Mancanza di chiarezza emotiva, che descrive difficoltà nel riconoscere chiaramente la propria esperienza emotiva e nel distinguere tra le diverse emozioni provate (ad esempio "Ho difficoltà a dare un senso a ciò che provo").

3.6 Procedure

3.6.1 Studio 1

Il campione, composto da 120 detenuti della Casa Circondariale Torre del Gallo di Pavia, è stato selezionato con il supporto degli psicologi penitenziari, sulla base di specifici criteri di inclusione ed esclusione. Nello specifico, sono stati inclusi detenuti con diagnosi di disturbo antisociale di personalità (ASPD) o, più in generale, con comportamenti antisociali. Sono stati invece esclusi i detenuti con problematiche psicopatologiche riconducibili alla sezione “Disturbi dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici” del DSM-5-TR, nonché coloro che non possedevano un’adeguata conoscenza della lingua italiana o le abilità motorie, sensoriali e cognitive necessarie per compilare la batteria di test.

La partecipazione dei singoli detenuti è avvenuta su base volontaria, previa acquisizione del consenso informato e dell’autorizzazione al trattamento dei dati personali. La batteria testale è stata somministrata individualmente, mediante l’utilizzo di un tablet e dell’applicazione Qualtrics XM, in sessioni generalmente uniche della durata di circa 60 minuti, svolte presso uno studio dell’infermeria centrale o in una sala colloqui del padiglione C. Talvolta, in funzione delle esigenze del detenuto, il quantitativo di tempo necessario è stato maggiore e i test sono quindi stati somministrati in due incontri separati. I questionari sono stati talvolta autocompilati,

mentre in altri casi si è reso necessario l'intervento del ricercatore per la lettura delle domande e il supporto alla compilazione.
Il protocollo dello studio è stato approvato dal Comitato Etico dell'Università degli Studi di Pavia.

3.6.2 Studio 2

Il campione, composto da 10 detenuti della Casa Circondariale Torre del Gallo di Pavia, è stato selezionato tra i 120 sottoposti a valutazione iniziale dall'equipe clinica del carcere, in funzione di criteri clinici e nel pieno rispetto delle procedure di sicurezza: i partecipanti erano in una condizione di relativo equilibrio psico-fisico, appartenevano tutti alla sezione dei "protetti" e non presentavano restrizioni di contatto reciproco. Ai dieci detenuti selezionati è stata proposta la partecipazione al gruppo MBT e hanno accettato fornendo il loro consenso informato.
L'intervento di Mentalization-Based Treatment (MBT) è stato condotto da uno psichiatra-psicanalista, supervisore MBT accreditato presso l'Anna Freud Centre di Londra, con la partecipazione di un co-conduttore e di un osservatore silente. L'obiettivo del trattamento basato sulla mentalizzazione (Mentalization-Based Treatment) era promuovere una maggiore consapevolezza degli stati mentali che guidano i comportamenti propri e altrui, al fine di ridurre l'impulsività e migliorare la regolazione emotiva riducendo le risposte aggressive e disfunzionali.
Inoltre, attraverso il potenziamento della capacità di mentalizzazione, l'MBT mirava a modificare quei tratti della personalità che ostacolano l'adattamento sociale e il rispetto delle regole, favorendo relazioni interpersonali più efficaci e una gestione più consapevole del rapporto con le istituzioni.
L'intervento si è svolto all'interno del teatro della Casa Circondariale Torre del Gallo di Pavia e ha previsto un ciclo di otto incontri a cadenza settimanale, ciascuno della durata di sessanta minuti.
I primi due incontri si sono svolti regolarmente a distanza di una settimana l'uno dall'altro, seguiti da una pausa di circa un mese dovuta alle festività natalizie, al termine della quale i restanti sei incontri sono ripresi con la cadenza settimanale prevista. I primi due incontri hanno avuto un'impostazione psicoeducativa, finalizzata a introdurre i concetti chiave della mentalizzazione, i successivi sei incontri, invece, sono stati strutturati secondo un approccio più esperienziale, in cui era richiesto ai partecipanti un maggior coinvolgimento in termini di racconti personali.

Gli incontri psicoeducativi iniziali sono stati fondamentali per fornire una cornice teorica e di significato all'intervento. In questa fase, la mentalizzazione è stata presentata come "la capacità di comprendere che i comportamenti, propri e altrui, sono influenzati da stati mentali sottostanti, come pensieri, emozioni, desideri e bisogni". Una metafora particolarmente efficace, emersa spontaneamente dai partecipanti, ha paragonato la mentalizzazione a una lampadina che "non deve essere né spenta né eccessivamente accesa, ma deve avere una corrente che scorre a un livello ottimale". Sono stati approfonditi anche i concetti di polarità della mentalizzazione e la necessità del loro bilanciamento, così come le modalità prementalizzanti, ovvero gli stati mentali in cui la capacità di mentalizzare risulta compromessa e come, in condizioni di elevata attivazione emotiva, si possano mettere in atto comportamenti impulsivi, irrazionali o distruttivi, proprio a causa della temporanea sospensione della capacità riflessiva. Durante questi primi incontri, sono stati condivisi e definiti alcuni valori fondamentali per il funzionamento del gruppo, come la consapevolezza, il rispetto reciproco e l'assenza di giudizio.
Negli incontri successivi, a carattere maggiormente esperienziale, il clinico ha accolto e valorizzato i temi emersi spontaneamente dai partecipanti, favorendo una rilettura più mentalizzata delle esperienze narrate. Tra i contenuti affrontati, sono emerse in particolare le difficoltà legate alla mancanza dei familiari, il vissuto dell'attesa e il senso di ingiustizia percepito all'interno del contesto carcerario, le tensioni nella convivenza con i compagni di cella, nonché le riflessioni e le incertezze riguardo al futuro dopo l'uscita dal carcere.
Pur avendo riferito una certa fatica nel prendere parte al gruppo, i detenuti hanno comunque riconosciuto alcuni benefici al termine degli incontri e mostrato un buon livello di coinvolgimento. Il comportamento durante le sedute è stato nel complesso adeguato e rispettoso; alcuni partecipanti si sono mostrati attivamente coinvolti, mentre altri hanno mantenuto un atteggiamento più silenzioso, pur rimanendo attenti e presenti.
L'aderenza al trattamento è risultata complessivamente molto buona. Non si sono verificati dropout e la maggior parte dei detenuti, sei su dieci, ha partecipato con regolarità agli incontri: due hanno preso parte a tutte le sessioni previste, mentre quattro sono risultati assenti in un solo incontro. Un detenuto ha mancato quattro incontri a causa di un ricovero ospedaliero, e un altro è stato assente a tre incontri per via di un provvedimento disciplinare. Solo due partecipanti hanno mostrato una frequenza più discontinua, prendendo parte rispettivamente a cinque e quattro incontri.
A distanza di un mese dalla conclusione del trattamento, ai detenuti che vi avevano partecipato è stato chiesto di compilare nuovamente la batteria testale, seguendo le medesime modalità

adottate nella fase iniziale. Nel frattempo, un detenuto era stato scarcerato, pertanto il retest è stato effettuato su un totale di 9 partecipanti.
Il protocollo dello studio è stato approvato dal Comitato Etico dell'Università degli Studi di Pavia.

3.7 Analisi statistiche

3.7.1 Studio 1

Le analisi statistiche dello studio 1 sono state eseguite con JASP per Windows, fatta eccezione per la Latent Profile Analysis (LPA), che è stata condotta tramite RStudio.
Per descrivere e sintetizzare le caratteristiche principali del campione sono state calcolate statistiche descrittive.
Per analizzare il ruolo della funzione riflessiva, della fiducia epistemica e della disregolazione emotiva in relazione alla psicopatologia generale e ai problemi di personalità antisociale, sono state effettuate correlazioni bivariate di Pearson. Le medesime analisi sono state effettuate per esplorare le interazioni tra le diverse variabili.
Inoltre, per identificare eventuali sottogruppi latenti all'interno del campione, rispetto alla posizione epistemica e alla disregolazione emotiva, è stata condotta una Latent Profile Analysis (LPA) in R, utilizzando i pacchetti "tidyLPA", "mclust" e "tidyverse" per la gestione, modellizzazione e visualizzazione dei dati. La selezione del numero ottimale di profili latenti è stata guidata da criteri statistici, in particolare dal Bayesian Information Criterion (BIC). Successivamente, per verificare la presenza di differenze statisticamente significative tra i profili emersi dall'LPA e le altre variabili d'interesse, sono state preliminarmente valutate le assunzioni di omogeneità delle varianze (test di Levene) e di normalità (test di Shapiro-Wilk). In base all'esito di tali verifiche è stato eseguito il test di Kruskal–Wallis, seguito da confronti post-hoc di Dunn con correzione di Holm.

3.7.2 Studio 2

Le analisi statistiche dello studio 2 sono state eseguite principalmente con JASP per Windows.
Per descrivere e sintetizzare le caratteristiche principali del campione sono state calcolate statistiche descrittive.
Per verificare la rappresentatività del campione dello studio 1 rispetto a quello dello studio 2, sono state condotte analisi preliminari. In particolare, prima di eseguire i test statistici, sono

state valutate le assunzioni di omogeneità delle varianze (test di Levene) e di normalità (test di Shapiro-Wilk). In base all'esito di tali verifiche è stato eseguito il test di Mann-Whitney.
Per valutare l'efficacia dell'intervento, prima di procedere con l'analisi è stata verificata l'assunzione di normalità (test di Shapiro-Wilk) delle differenze tra i punteggi pre e post intervento (T0 e T1). In base all'esito di tali verifiche è stato eseguito il test di Wilcoxon al fine di confrontare i punteggi pre e post intervento (T0 e T1) dei detenuti nella funzione riflessiva, nella fiducia epistemica, nella regolazione emotiva, nella psicopatologia generale e nei problemi di personalità antisociale. Considerata la dimensione ridotta del campione, oltre alla significatività statistica è stata calcolata anche la dimensione dell'effetto (r) per valutare l'entità clinica del cambiamento osservato.

3.8 Risultati

3.8.1 Studio 1

La **Tabella 3** fornisce le statistiche descrittive di tutte le variabili incluse nel presente studio: la funzione riflessiva, la posizione epistemica, la disregolazione emotiva e il funzionamento psicopatologico.
La funzione riflessiva, valutata attraverso l'RFQ-8, ha mostrato un punteggio medio relativo all'incertezza sugli stati mentali pari a M = 29,53, SD = 10,35.
In relazione alla posizione epistemica, misurata mediante l'ETMCQ, i risultati evidenziano un punteggio medio più elevato per la sfiducia epistemica (M = 4.76, SD = 1.01), seguita dalla fiducia epistemica (M = 4.49, SD = 1.36), mentre la credulità epistemica risulta significativamente inferiore (M = 2.82, SD = 1.41).
La disregolazione emotiva, rilevata mediante la DERS-SF, ha mostrato un punteggio totale medio di M = 41.68, SD = 15.44. Tra le sottoscale, le difficoltà maggiori sono state riscontrate nell'adottare comportamenti orientati a obiettivi (M = 8.63, SD = 3.94), seguite dalla non accettazione delle risposte emotive (M = 7.53, SD = 3.66), dalla mancanza di chiarezza emotiva (M = 7.14, SD = 3.63), dalle difficoltà nel controllo degli impulsi (M = 6.33, SD = 3.74), dall'accesso limitato alle strategie di regolazione emotiva (M = 6.24, SD = 3.29) e infine dalla consapevolezza emotiva (M = 5.81, SD = 2.88).
Infine, il funzionamento psicopatologico, valutato tramite l'ASEBA - ASR, ha evidenziato un punteggio medio di M = 59.18, SD = 9.64 per la psicopatologia generale e di M = 59.28, SD = 8.87 per i problemi di personalità antisociale.

Tabella 3

Statistiche descrittive

Variabile	*M*	*SD*
Funzione riflessiva (RFQ-8)		
Incertezza sugli stati mentali (RF)	29.53	10.35
Posizione epistemica (ETMCQ)		
Fiducia epistemica (TRUST)	4.49	1.36
Sfiducia epistemica (MISTRUST)	4.76	1.01
Credulità epistemica (CREDULITY)	2.82	1.41
Disregolazione emotiva (DERS-SF)		
Totale (DERS_TOT)	41.68	15.44
Mancanza di consapevolezza emotiva (AW)	5.81	2.88
Mancanza di chiarezza emotiva (CLA)	7.14	3.63
Difficoltà nell'adottare comportamenti orientati a un obiettivo (GO)	8.63	3.94
Difficoltà nel controllo degli impulsi (IMP)	6.33	3.74
Non accettazione delle risposte emotive (NAP)	7.53	3.66
Accesso limitato alle strategie di regolazione emotiva (STR)	6.24	3.29
Funzionamento psicopatologico (ASEBA -ASR)		
Psicopatologia (ASEBA_TOT)	59.18	9.64
Problemi di personalità antisociale (ASEBA_ASPD)	59.28	8.87

I risultati che descrivono le correlazioni bivariate tra la funzione riflessiva, la posizione epistemica e la disregolazione emotiva con la psicopatologia generale e, in particolare, con la presenza di problemi di personalità antisociale, sono riportati nella **Tabella 4**.

La **Tabella 4** evidenzia una correlazione positiva tra le difficoltà nella funzione riflessiva, misurata in termini di ipomentalizzazione, sia con la psicopatologia generale ($r = .42$, $p < .001$) sia con il disturbo antisociale di personalità ($r = .38$, $p < .001$).

Per quanto riguarda la posizione epistemica, si osservano correlazioni positive tra la sfiducia epistemica e la psicopatologia generale ($r = .49$, $p < .001$) e tra la sfiducia epistemica e l'ASPD ($r = .29$, $p < .01$). La credulità, invece, mostra una correlazione positiva solo con la psicopatologia generale ($r = .25$, $p < .01$), mentre la fiducia epistemica non risulta significativamente correlata con nessuna delle variabili considerate.

La disregolazione emotiva presenta correlazioni positive sia con la psicopatologia generale ($r = .59$, $p < .001$) che con l'ASPD ($r = .37$, $p < .001$). Nello specifico, tra gli aspetti dimensionali della disregolazione emotiva, quello che mostra la correlazione più elevata con l'ASPD è la difficoltà nel controllo degli impulsi ($r = .46$, $p < .001$), seguito da mancanza di chiarezza emotiva ($r = .28$, $p < .01$), accesso limitato alle strategie di regolazione emotiva ($r = .27$,

p < .01), mancanza di consapevolezza emotiva (r = .24, p < .01) e difficoltà nell'adottare comportamenti orientati a un obiettivo (r = .23, p < .05). Al contrario, la non accettazione delle risposte emotive non risulta significativamente correlata con il disturbo antisociale di personalità.

Tabella 4

Correlazioni bivariate RF, ETMCQ, DERS con ASEBA

Variabile	*ASEBA_TOT*	*ASEBA_ASPD*
RF	.42***	.38***
TRUST	.01	-.04
MISTRUST	.49***	.29**
CREDULITY	.25**	.14
DERS_TOT	.59***	.37***
AW	.22*	.24**
CLA	.48***	.28**
GO	.43***	.23*
IMP	.46***	.46***
NAP	.47***	.16
STR	.47***	.27**

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

Note. RF=funzione riflessiva; TRUST=fiducia epistemica; MISTRUST=sfiducia epistemica; CREDULITY=credulità epistemica; DERS_TOT=disregolazione emotiva; AW= mancanza di consapevolezza emotiva; CLA=mancanza di chiarezza emotiva; GO=difficoltà nell'adottare comportamenti orientati a un obiettivo; IMP=difficoltà nel controllo degli impulsi; NAP=non accettazione delle risposte emotive; STR=accesso limitato alle strategie di regolazione emotiva; ASEBA_TOT=psicopatologia; ASEBA_ASPD=problemi di personalità antisociale.

I risultati che descrivono le correlazioni bivariate tra funzione riflessiva, posizione epistemica e disregolazione emotiva sono riportati nella **Tabella 5**.

La **Tabella 5** evidenzia come le difficoltà di mentalizzazione, in termini di ipomentalizzazione, siano correlate positivamente sia alla sfiducia epistemica (r = .38, p < .001) che alla credulità epistemica (r = .39, p < .001). Non sono invece presenti correlazioni significative tra difficoltà di mentalizzazione e fiducia epistemica.

La funzione riflessiva mostra una forte correlazione positiva con la disregolazione emotiva (r = .68, p < .001) e con tutte le sottodimensioni, in particolare con le difficoltà nel controllo degli impulsi (r = .55, p < .001), seguito da accesso limitato alle strategie di regolazione emotiva (r = .54, p < .001), mancanza di chiarezza emotiva (r = .54, p < .001), non accettazione

delle risposte emotive (r = .52, p < .001), difficoltà nell'adottare comportamenti orientati a un obiettivo (r = .48, p < .001) e mancanza di consapevolezza emotiva (r = .30, p < .001).

La fiducia epistemica non mostra correlazioni significative né con la disregolazione emotiva, né con le sottodimensioni.

La sfiducia epistemica mostra una correlazione positiva con la disregolazione emotiva (r = .46, p < .001) e con tutte le sottodimensioni, in particolare con la mancanza di chiarezza emotiva (r = .44, p < .001), seguita da difficoltà nell'adottare comportamenti orientati a un obiettivo (r = .37, p < .001), non accettazione delle risposte emotive (r = .36, p < .001), accesso limitato alle strategie di regolazione emotiva (r = .34, p < .001), difficoltà nel controllo degli impulsi (r = .25, p < .01) e mancanza di consapevolezza emotiva (r = .25, p < .01).

La credulità epistemica mostra una correlazione positiva con la disregolazione emotiva (r = .33, p < .001) e con alcune sottodimensioni, in particolare con l'accesso limitato alle strategie di regolazione emotiva (r = .36, p < .001), seguita da difficoltà nell'adottare comportamenti orientati a un obiettivo (r = .27, p < .01), mancanza di chiarezza emotiva (r = .26, p < .01), difficoltà nel controllo degli impulsi (r = .19, p < .05) e non accettazione delle risposte emotive (r = .18, p < .05). Non emergono invece correlazioni significative con la mancanza di consapevolezza emotiva.

Tabella 5

Correlazioni bivariate RF, ETMCQ, DERS

Variabile	*RF*	*TRUST*	*MISTRUST*	*CREDULITY*	*DERS_TOT*
RF	-				
TRUST	.16	-			
MISTRUST	.38***	.01	-		
CREDULITY	.39***	.26**	.29**	-	
DERS_TOT	.68***	.02	.46***	.33***	-
AW	.30***	-.13	.25**	.16	.38***
CLA	.54***	.09	.44***	.26**	.80***
GO	.48***	.05	.37***	.27**	.82***
IMP	.55***	-.04	.25**	.19*	.75***
NAP	.52***	.12	.36***	.18*	.76***
STR	.54***	-.03	.34***	.36***	.81***

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

RF=funzione riflessiva; TRUST=fiducia epistemica; MISTRUST=sfiducia epistemica; CREDULITY=credulità epistemica; DERS_TOT=disregolazione emotiva; AW= mancanza di consapevolezza emotiva; CLA=mancanza di chiarezza emotiva; GO=difficoltà nell'adottare comportamenti orientati a un obiettivo; IMP=difficoltà nel controllo degli impulsi; NAP=non accettazione delle risposte emotive; STR=accesso limitato alle strategie di regolazione emotiva.

I profili di funzionamento, individuati sulla base delle configurazioni di posizione epistemica e disregolazione emotiva, sono evidenziati nel **Grafico 1** e i relativi punteggi sono riportati in **Tabella 6**.

Il **Grafico 1** mostra i risultati delle differenze tra i tre profili latenti (Profilo 1: Disorganizzato, Profilo 2: Pietrificato e Profilo 3: Faccia d'angelo) nelle misure di fiducia (TRUST), sfiducia (MISTRUST), credulità (CREDULITY) e difficoltà nella regolazione emotiva (DERS_TOT).

Il Profilo 1, composto dalla maggior parte dei soggetti (N = 65), evidenzia una condizione di disorganizzazione epistemica, è difatti caratterizzato dalla co-occorrenza di livelli elevati di fiducia epistemica (Z = 0.37, M = 4.99), sfiducia (Z = 0.57, M = 5.33) e credulità (Z = 0.57, M = 3.63) a cui si associano valori elevati di disregolazione emotiva (Z = 0.47, M = 48.88).

Il Profilo 2 (N = 31) riflette una condizione di pietrificazione epistemica, caratterizzata da livelli elevati di sfiducia epistemica (Z = -0.31, M = 4.45), che risultano nettamente superiori rispetto alla credulità (Z = -0.81, M = 1.68) e, in particolare, alla fiducia epistemica (Z = -1.12, M = 2.97). Sono inoltre presenti difficoltà nella regolazione emotiva (Z = -0.11, M = 39.94).

Il Profilo 3 (N = 24) evidenzia una condizione di apparente buon funzionamento, difatti la fiducia epistemica (Z = 0.45, M = 5.10) risulta nettamente superiore rispetto alla credulità (Z = -0.50, M = 2.11) e, in particolare, alla sfiducia epistemica (Z = -1.14, M = 3.61). Emergono inoltre lievi difficoltà nella regolazione emotiva (Z = -1.12, M = 24.46).

Grafico 1

Latent Profile Analysis

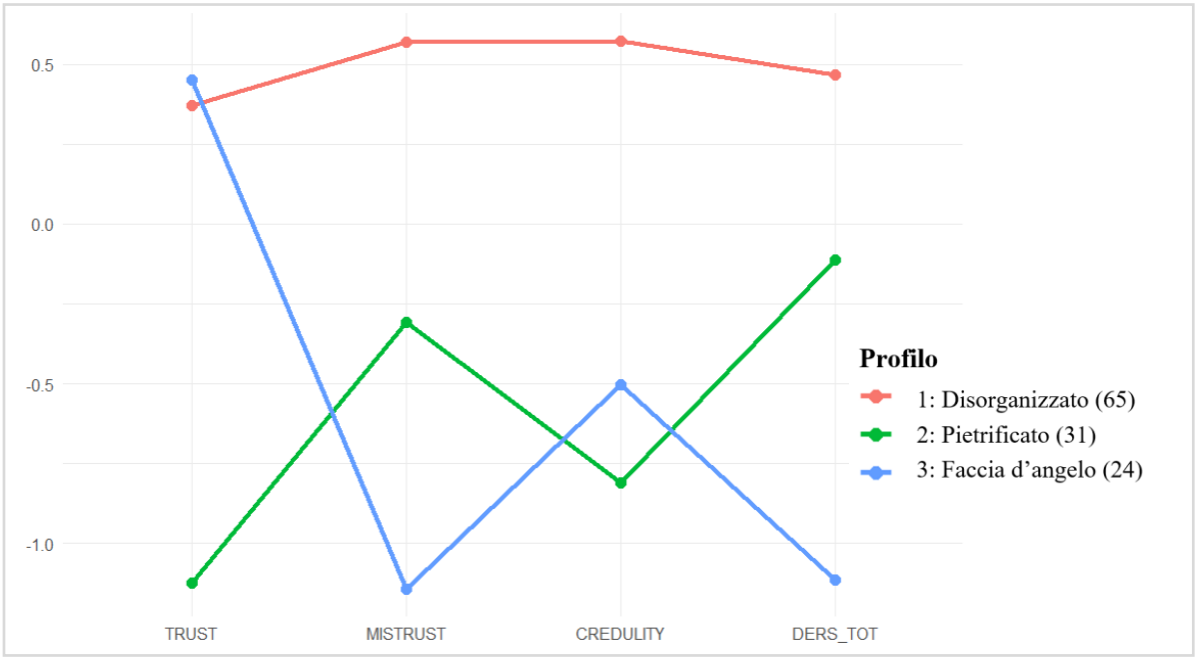


Tabella 6

Punteggi grafico

Profilo	*Variabile*	*Media Z*	*Media Grezza*
1	TRUST	0.37	4.99
	MISTRUST	0.57	5.33
	CREDULITY	0.57	3.63
	DERS_TOT	0.47	48.88
2	TRUST	-1.12	2.97
	MISTRUST	-0.31	4.45
	CREDULITY	-0.81	1.68
	DERS_TOT	-0.11	39.94
3	TRUST	0.45	5.10
	MISTRUST	-1.14	3.61
	CREDULITY	-0.50	2.11
	DERS_TOT	-1.12	24.46

Note. TRUST=fiducia epistemica; MISTRUST=sfiducia epistemica; CREDULITY=credulità epistemica; DERS_TOT=disregolazione emotiva.

La **Tabella 7** riporta i risultati dei test di Shapiro–Wilk e di Levene, rispettivamente per la verifica delle assunzioni di normalità e di omogeneità delle varianze, effettuati preliminarmente alle analisi delle differenze tra profili

Il test di Shapiro–Wilk ha evidenziato violazioni della normalità nella sfiducia epistemica (P3: $W = 0.89$, $p < .05$), nella credulità epistemica (P2: $W = 0.76$, $p < .001$; P3: $W = 0.87$, $p < .01$), in tutte le sottodimensioni della disregolazione emotiva [(AW P1: $W = 0.91$, $p < .001$; P2: $W = 0.89$, $p < .01$; P3: $W = 0.63$, $p < .001$) (CLA P1: $W = 0.96$, $p < .05$; P2: $W = 0.86$, $p < .001$; P3: $W = 0.69$, $p < .001$) (GO P1: $W = 0.91$, $p < .001$; P2: $W = 0.92$, $p < .05$; P3: $W = 0.85$, $p < .01$) (IMP P1: $W = 0.90$, $p < .001$; P2: $W = 0.81$, $p < .001$; P3: $W = 0.62$, $p < .001$) (NAP P1: $W = 0.94$, $p < .01$; P2: $W = 0.88$, $p < .01$; P3: $W = 0.83$, $p < .01$) (STR P1: $W = 0.94$, $p < .01$; P2: $W = 0.82$, $p < .001$; P3: $W = 0.52$, $p < .001$)] e nei problemi di personalità antisociale (P1: $W = 0.94$, $p < .01$; P2: $W = 0.79$, $p < .001$; P3: $W = 0.78$, $p < .001$).

Il test di Levene ha evidenziato violazioni dell'omogeneità delle varianze nella fiducia epistemica ($F(2,117) = 3.54$, $p < .05$), nella credulità epistemica ($F(2,117) = 3.39$, $p < .05$), nella disregolazione emotiva ($F(2,117) = 10.67$, $p < .001$) e in tutte le sue sottodimensioni (AW $F(2,117) = 3.73$, $p < .05$; CLA $F(2,117) = 12.55$, $p < .001$; GO $F(2,117) = 9.91$, $p < .001$; IMP $F(2,117) = 14.01$, $p < .001$; NAP $F(2,117) = 10.65$, $p < .001$; STR $F(2,117) = 9.54$, $p < .001$), oltre che nei problemi di personalità antisociale ($F(2,117) = 3.69$, $p < .05$).

Tabella 7

Test di Shapiro–Wilk e di Levene

Variabile		*W*	*F (2,117)*
RF			0.14
	Profilo 1	0.97	
	Profilo 2	0.98	
	Profilo 3	0.95	
TRUST			3.54*
	Profilo 1	0.96	
	Profilo 2	0.98	
	Profilo 3	0.97	
MISTRUST			2.77
	Profilo 1	0.98	
	Profilo 2	0.97	
	Profilo 3	0.89*	
CREDULITY			3.39*
	Profilo 1	0.97	
	Profilo 2	0.76***	
	Profilo 3	0.87**	
DERS_TOT			10.67***
	Profilo 1	0.99	
	Profilo 2	0.95	
	Profilo 3	0.94	
AW			3.73*
	Profilo 1	0.91***	
	Profilo 2	0.89**	
	Profilo 3	0.63***	
CLA			12.55***
	Profilo 1	0.96*	
	Profilo 2	0.86***	
	Profilo 3	0.69***	
GO			9.91***
	Profilo 1	0.91***	
	Profilo 2	0.92*	
	Profilo 3	0.85**	
IMP			14.01***
	Profilo 1	0.90***	
	Profilo 2	0.81***	
	Profilo 3	0.62***	
NAP			10.65***
	Profilo 1	0.94**	
	Profilo 2	0.88**	
	Profilo 3	0.83**	

Variabile		*W*	*F (2,117)*
STR			9.54***
	Profilo 1	0.94**	
	Profilo 2	0.82***	
	Profilo 3	0.52***	
ASEBA_ASPD			3.69*
	Profilo 1	0.94**	
	Profilo 2	0.79***	
	Profilo 3	0.78***	
ASEBA_TOT			0.79
	Profilo 1	0.96	
	Profilo 2	0.98	
	Profilo 3	0.94	

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

Note. RF=funzione riflessiva; TRUST=fiducia epistemica; MISTRUST=sfiducia epistemica; CREDULITY=credulità epistemica; DERS_TOT=disregolazione emotiva; AW= mancanza di consapevolezza emotiva; CLA=mancanza di chiarezza emotiva; GO=difficoltà nell'adottare comportamenti orientati a un obiettivo; IMP=difficoltà nel controllo degli impulsi; NAP=non accettazione delle risposte emotive; STR=accesso limitato alle strategie di regolazione emotiva; ASEBA_TOT=psicopatologia; ASEBA_ASPD=problemi di personalità antisociale.

Considerata la presenza di violazioni frequenti delle assunzioni parametriche, si è scelto di adottare sistematicamente il test di Kruskal–Wallis, approccio non parametrico che non richiede il rispetto delle assunzioni di normalità e omogeneità delle varianze, così da garantire uniformità di analisi e comparabilità dei risultati tra variabili.

I risultati che descrivono le differenze tra i profili emersi in relazione alla funzione riflessiva, alle sottodimensioni della disregolazione emotiva, alla gravità dei problemi di personalità antisociale e alla psicopatologia sono riportati nella **Tabella 8.**

Il test di Kruskal-Wallis (**Tabella 8**) ha rivelato una differenza significativa tra i profili emersi nella Latent Profile Analysis rispetto alla funzione riflessiva ($H(2) = 29.97$, $p < .001$), alle diverse sottodimensioni della disregolazione emotiva (AW $H(2) = 11.56$, $p < .01$; CLA $H(2) = 36.13$, $p < .001$; GO $H(2) = 33.69$, $p < .001$; IMP $H(2) = 19.02$, $p < .001$; NAP $H(2) = 28.38$, $p < .001$; STR $H(2) = 28.25$, $p < .001$), alla gravità dei problemi di personalità antisociale ($H(2) = 15.48$, $p < 0.001$) e alla psicopatologia ($H(2) = 32.95$, $p < .001$). Le analisi post-hoc effettuate con il test di Dunn e correzione di Holm hanno evidenziato alcune differenze significative tra i profili.

In riferimento alla funzione riflessiva emerge una differenza statisticamente significativa sia tra il Profilo 1 e il Profilo 2 ($z = 3.49$, $p < .001$) che tra il Profilo 1 e il Profilo 3 ($z = 5.06$, $p < .001$). La differenza tra il Profilo 2 e il Profilo 3, invece, non risulta significativa.

Per quanto riguarda le dimensioni della mancanza di chiarezza emotiva (1 vs 2 $z = 2.81$, $p < .01$; 1 vs 3 $z = 5.91$, $p < .001$; 2 vs 3 $z = 2.93$, $p < .01$), la non accettazione delle risposte emotive (1 vs 2 $z = 2.27$, $p < .05$; 1 vs 3 $z = 5.28$, $p < .001$; 2 vs 3 $z = 2.81$, $p < .01$), la mancanza di strategie (1 vs 2 $z = 2.40$, $p < .05$; 1 vs 3 $z = 5.24$, $p < .001$; 2 vs 3 $z = 2.67$, $p < .05$) e la psicopatologia (1 vs 2 $z = 2.47$, $p < .05$; 1 vs 3 $z = 5.68$, $p < .001$; 2 vs 3 $z = 3.01$, $p < .01$) i tre profili appaiono ben differenziati, ovvero presentano differenze statisticamente significative.

Nelle sottodimensioni della mancanza di consapevolezza emotiva (1 vs 3 $z = 3.40$, $p < .01$; 2 vs 3 $z = 2.33$, $p < .05$), delle difficoltà nell'adottare comportamenti orientati a un obiettivo (1 vs 3 $z = 5.80$, $p < .001$; 2 vs 3 $z = 3.58$, $p < .001$) e delle difficoltà nel controllo degli impulsi (1 vs 3 $z = 4.36$, $p < .001$; 2 vs 3 $z = 2.67$, $p < .05$), invece, emergono differenze significative tra il Profilo 3 e gli altri due. Non emergono invece differenze significative tra il Profilo 1 e il Profilo 2.

Infine, per quanto riguarda il disturbo di personalità antisociale, vi è una differenza significativa tra il Profilo 1 e il Profilo 3 ($z = 3.90$, $p < .001$), mentre le differenze tra il Profilo 1 e il Profilo 2 e tra il Profilo 2 e il Profilo 3 non risultano statisticamente significative.

Tabella 8.

Test di Kruskal-Wallis e confronti post-hoc

Variabile	*Gruppo (LPA)*	*M*	*SD*	*H (2)*	*Confronti post-hoc*	z_{holm}
RF				29.97***		
	Profilo 1	34.12	9.06		1 vs 2	3.49***
	Profilo 2	26.13	9.29		1 vs 3	5.06***
	Profilo 3	21.46	8.37		2 vs 3	1.64
AW				11.56**		
	Profilo 1	6.39	3.01		1 vs 2	0.82
	Profilo 2	5.77	2.68		1 vs 3	3.40**
	Profilo 3	4.29	2.22		2 vs 3	2.33*
CLA				36.13***		
	Profilo 1	8.68	3.43		1 vs 2	2.81**
	Profilo 2	6.48	3.43		1 vs 3	5.91***
	Profilo 3	3.83	1.17		2 vs 3	2.93**

Variabile	*Gruppo (LPA)*	*M*	*SD*	*H (2)*	*Confronti post-hoc*	z_{holm}
GO				33.69***		
	Profilo 1	10.15	3.47		1 vs 2	1.89
	Profilo 2	8.55	3.98		1 vs 3	5.80***
	Profilo 3	4.58	1.59		2 vs 3	3.58***
IMP				19.02***		
	Profilo 1	7.31	3.79		1 vs 2	1.45
	Profilo 2	6.36	4.03		1 vs 3	4.36***
	Profilo 3	3.67	1.13		2 vs 3	2.67*
NAP				28.38***		
	Profilo 1	8.91	3.64		1 vs 2	2.27*
	Profilo 2	7.10	3.29		1 vs 3	5.28***
	Profilo 3	4.38	1.56		2 vs 3	2.81**
STR				28.25***		
	Profilo 1	7.47	3.34		1 vs 2	2.40*
	Profilo 2	5.68	2.95		1 vs 3	5.24***
	Profilo 3	3.71	1.52		2 vs 3	2.67*
ASEBA_ASPD				15.48***		
	Profilo 1	61.48	8.75		1 vs 2	1.62
	Profilo 2	58.77	9.72		1 vs 3	3.90***
	Profilo 3	54.00	5.24		2 vs 3	2.13
ASEBA_TOT				32.95***		
	Profilo 1	62.77	9.36		1 vs 2	2.47*
	Profilo 2	58.45	6.52		1 vs 3	5.68***
	Profilo 3	50.42	8.03		2 vs 3	3.01**

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

Note. RF=funzione riflessiva; TRUST=fiducia epistemica; MISTRUST=sfiducia epistemica; CREDULITY=credulità epistemica; DERS_TOT=disregolazione emotiva; AW= mancanza di consapevolezza emotiva; CLA=mancanza di chiarezza emotiva; GO=difficoltà nell'adottare comportamenti orientati a un obiettivo; IMP=difficoltà nel controllo degli impulsi; NAP=non accettazione delle risposte emotive; STR=accesso limitato alle strategie di regolazione emotiva; ASEBA_TOT=psicopatologia; ASEBA_ASPD=problemi di personalità antisociale.

3.8.2 Studio 2

La **Tabella 9** fornisce le statistiche descrittive di tutte le variabili incluse nel presente studio: la funzione riflessiva, la posizione epistemica, la disregolazione emotiva e il funzionamento psicopatologico.

La funzione riflessiva, valutata attraverso l'RFQ-8, ha mostrato un punteggio medio relativo all'incertezza sugli stati mentali pari a M = 23.89, SD = 10.95.

In relazione alla posizione epistemica, misurata mediante l'ETMCQ, i risultati evidenziano un punteggio medio più elevato per la sfiducia epistemica (M = 4.65, SD = 0.86), seguita dalla fiducia epistemica (M = 3.87, SD = 1.41), mentre la credulità epistemica risulta significativamente inferiore (M = 1.89, SD = 1.03).

La disregolazione emotiva, rilevata mediante la DERS-SF, ha mostrato un punteggio totale medio di M = 38.00, SD = 15.47. Tra le sottoscale, le difficoltà maggiori sono state riscontrate nella chiarezza emotiva (M = 7.67, SD = 5.12) e nell'adottare comportamenti orientati a un obiettivo (M = 7.44, SD = 4.56), seguite dalla non accettazione delle risposte emotive (M = 6.67, SD = 3.71), dalla mancanza di consapevolezza emotiva (M = 5.67, SD = 1.80), dalle difficoltà nel controllo degli impulsi (M = 5.67, SD = 3.97) e infine dall'accesso limitato alle strategie di regolazione emotiva (M = 4.89, SD = 2.71).

Infine, il funzionamento psicopatologico, valutato tramite l'ASEBA - ASR), ha evidenziato un punteggio medio di M = 62.89, SD = 13.48 per la psicopatologia generale e di M = 64.67, SD = 11.82 per i problemi di personalità antisociale.

Tabella 9

Statistiche descrittive

Variabile	*M*	*SD*
Funzione riflessiva (RFQ-8)		
Incertezza sugli stati mentali (RF)	23.89	10.95
Posizione epistemica (ETMCQ)		
Fiducia epistemica (TRUST)	3.87	1.41
Sfiducia epistemica (MISTRUST)	4.65	0.86
Credulità epistemica (CREDULITY)	1.89	1.03
Disregolazione emotiva (DERS-SF)		
Totale (DERS_TOT)	38.00	15.47
Mancanza di consapevolezza emotiva (AW)	5.67	1.80
Mancanza di chiarezza emotiva (CLA)	7.67	5.12
Difficoltà nell'adottare comportamenti orientati a un obiettivo (GO)	7.44	4.56
Difficoltà nel controllo degli impulsi (IMP)	5.67	3.97
Non accettazione delle risposte emotive (NAP)	6.67	3.71
Accesso limitato alle strategie di regolazione emotiva (STR)	4.89	2.71
Funzionamento psicopatologico (ASEBA -ASR)		
Psicopatologia (ASEBA_TOT)	62.89	13.48
Problemi di personalità antisociale (ASEBA_ASPD)	64.67	11.82

La **Tabella 10** riporta i risultati dei test di Shapiro–Wilk e di Levene, rispettivamente per la verifica delle assunzioni di normalità e di omogeneità delle varianze, effettuati preliminarmente alle analisi della rappresentatività del campione.

Il test di Shapiro–Wilk ha evidenziato violazioni della normalità nella funzione riflessiva (S1: W = 0.98, p < .05), nella credulità epistemica (S1: W = 0.95, p < .001; S2: W = 0.75, p < .01), nella disregolazione emotiva (S1: W = 0.96, p < .01) e in tutte le sue sottodimensioni [(AW S1: W = 0.86, p < .001; S2: W = 0.73, p < .01) (CLA S1: W = 0.91, p < .001; S2: W = 0.82, p < .05) (GO S1: W = 0.92, p < .001) (IMP S1: W = 0.84, p < .001; S2: W = 0.75, p < .01) (NAP S1: W = 0.92, p < .001) (STR S1: W = 0.87, p < .001; S2: W = 0.75, p < .01]. Inoltre, violazioni della normalità erano presenti anche nei problemi di personalità antisociale (S1: W = 0.90, p < .001; S2: W = 0.83, p < .05) e nella psicopatologia (S1: W = 0.97, p < .05)

Il test di Levene ha evidenziato violazioni dell'omogeneità delle varianze nella credulità epistemica (F(1,118) = 3.98, p < .05), nella mancanza di chiarezza emotiva (F(1,118) = 5.89, p < .05) e nei problemi di personalità antisociale (F(1,118) = 9.99, p < .01).

Tabella 10

Test di Shapiro–Wilk e di Levene

Variabile		*W*	*F (1,118)*
RF			0.01
	Studio 1 (111)	0.98*	
	Studio 2 (9)	0.97	
TRUST			0.03
	Studio 1 (111)	0.98	
	Studio 2 (9)	0.98	
MISTRUST			0.45
	Studio 1 (111)	0.98	
	Studio 2 (9)	0.90	
CREDULITY			3.98*
	Studio 1 (111)	0.95***	
	Studio 2 (9)	0.75**	
DERS_TOT			0.04
	Studio 1 (111)	0.96**	
	Studio 2 (9)	0.85	
AW			2.36
	Studio 1 (111)	0.86***	
	Studio 2 (9)	0.73**	

Variabile		*W*	*F (1,118)*
CLA			5.89*
	Studio 1 (111)	0.91***	
	Studio 2 (9)	0.82*	
GO			0.37
	Studio 1 (111)	0.92***	
	Studio 2 (9)	0.87	
IMP			5.29×10^{-4}
	Studio 1 (111)	0.84***	
	Studio 2 (9)	0.75**	
NAP			0.15
	Studio 1 (111)	0.92***	
	Studio 2 (9)	0.87	
STR			0.61
	Studio 1 (111)	0.87***	
	Studio 2 (9)	0.75**	
ASEBA_ASPD			9.99**
	Studio 1 (111)	0.90***	
	Studio 2 (9)	0.83*	
ASEBA_TOT			2.10
	Studio 1 (111)	0.97*	
	Studio 2 (9)	0.87	

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

Note. RF=funzione riflessiva; TRUST=fiducia epistemica; MISTRUST=sfiducia epistemica; CREDULITY=credulità epistemica; DERS_TOT=disregolazione emotiva; AW= mancanza di consapevolezza emotiva; CLA=mancanza di chiarezza emotiva; GO=difficoltà nell'adottare comportamenti orientati a un obiettivo; IMP=difficoltà nel controllo degli impulsi; NAP=non accettazione delle risposte emotive; STR=accesso limitato alle strategie di regolazione emotiva; ASEBA_TOT=psicopatologia; ASEBA_ASPD=problemi di personalità antisociale.

Considerata la presenza di violazioni frequenti delle assunzioni parametriche, si è scelto di adottare sistematicamente il test di Mann–Whitney, approccio non parametrico che non richiede il rispetto delle assunzioni di normalità e omogeneità delle varianze, così da garantire uniformità di analisi e comparabilità dei risultati tra variabili.

I risultati del test di Mann–Whitney, condotto per verificare la rappresentatività del sottocampione rispetto al campione generale sono riportati nella **Tabella 11**.

Il test di Mann–Whitney (**Tabella 11**) non ha evidenziato differenze significative tra i due campioni, ad eccezione della credulità epistemica ($U = 714.50$, $p < .05$) che però presenza un Effect Size di piccole dimensioni ($r = 0.43$).

Tabella 11

Test di Mann-Whitney

Variabile	*U*	*r*
RF	663.00	0.33
TRUST	641.50	0.28
MISTRUST	545.00	0.09
CREDULITY	714.50*	0.43
DERS_TOT	586.50	0.17
AW	463.00	-0.07
CLA	489.00	-0.02
GO	592.00	0.19
IMP	574.50	0.15
NAP	571.50	0.14
STR	641.00	0.28
ASEBA_ASPD	456.00	-0.09
ASEBA_TOT	393.50	-0.21

*p <.05

Note. RF=funzione riflessiva; TRUST=fiducia epistemica; MISTRUST=sfiducia epistemica; CREDULITY=credulità epistemica; DERS_TOT=disregolazione emotiva; AW= mancanza di consapevolezza emotiva; CLA=mancanza di chiarezza emotiva; GO=difficoltà nell'adottare comportamenti orientati a un obiettivo; IMP=difficoltà nel controllo degli impulsi; NAP=non accettazione delle risposte emotive; STR=accesso limitato alle strategie di regolazione emotiva; ASEBA_TOT=psicopatologia; ASEBA_ASPD=problemi di personalità antisociale.

La Tabella 12 riporta i risultati del test di Shapiro–Wilk condotto per verificare l'assunzione di normalità delle differenze tra le misurazioni pre e post, effettuato come analisi preliminare prima di procedere al confronto tra le due condizioni.

Il test di Shapiro–Wilk (**Tabella 12**) ha evidenziato che, ad eccezione dei problemi di personalità antisociale ($W = 0.76$, $p < .01$), la distribuzione delle differenze rispettava l'assunzione di normalità.

Tabella 12

Test di Shapiro–Wilk

Variabile	*W*
RF (T1) – (T0)	0.91
TRUST (T1) – (T0)	0.94
MISTRUST (T1) – (T0)	0.97
CREDULITY (T1) – (T0)	0.95

Variabile	*W*
DERS_TOT (T1) – (T0)	0.95
AW (T1) – (T0)	0.92
CLA (T1) – (T0)	0.97
GO (T1) – (T0)	0.92
IMP (T1) – (T0)	0.95
NAP (T1) – (T0)	0.96
STR (T1) – (T0)	0.96
ASEBA_ASPD (T1) – (T0)	0.76**
ASEBA_TOT (T1) – (T0)	0.89

**p <.01

Note. RF=funzione riflessiva; TRUST=fiducia epistemica; MISTRUST=sfiducia epistemica; CREDULITY=credulità epistemica; DERS_TOT=disregolazione emotiva; AW= mancanza di consapevolezza emotiva; CLA=mancanza di chiarezza emotiva; GO=difficoltà nell'adottare comportamenti orientati a un obiettivo; IMP=difficoltà nel controllo degli impulsi; NAP=non accettazione delle risposte emotive; STR=accesso limitato alle strategie di regolazione emotiva; ASEBA_TOT=psicopatologia; ASEBA_ASPD=problemi di personalità antisociale.

Considerata la presenza di violazioni delle assunzioni parametriche, si è scelto di adottare sistematicamente il test di Wilcoxon, approccio non parametrico che non richiede il rispetto dell'assunzione di normalità, così da garantire uniformità di analisi e comparabilità dei risultati tra variabili.

I risultati che descrivono l'efficacia del trattamento MBT in termini di miglioramento della funzione riflessiva, della posizione epistemica, della regolazione emotiva, della sintomatologia psicopatologica generale e antisociale sono riportati nella **Tabella 13**.

Il test di Wilcoxon (**Tabella 13**) non ha evidenziato differenze statisticamente significative tra i punteggi ottenuti a T0 e a T1 per nessuna delle variabili considerate. Tuttavia, il punteggio della psicopatologia generale ha mostrato una differenza tendenzialmente significativa ($z = 2.03$, $p = .05$) con un effetto di ampiezza elevata ($r = 0.86$).

La funzione riflessiva ($r = 0.42$), la credulità epistemica ($r = -0.36$), la mancanza di consapevolezza emotiva ($r = -0.51$), la mancanza di chiarezza emotiva ($r = 0.32$), la difficoltà nell'adottare comportamenti orientati a un obiettivo ($r = -0.31$), l'accesso limitato alle strategie di regolazione emotiva ($r = -0.50$) e i problemi di personalità antisociale ($r = 0.47$), pur non mostrando un cambiamento statisticamente significativo, mostrano un effetto di ampiezza moderata. Tutte le altre variabili considerate non hanno mostrato cambiamenti statisticamente significativi e hanno evidenziato effetti di piccola entità ($r < 0.30$).

Tabella 13

Test di Wilcoxon

Variabile	*T0*		*T1*		*z*	*p*	*r*
	M	*SD*	*M*	*SD*			
RF	23.89	10.95	22.67	10.25	1.05	0.33	0.42
TRUST	3.87	1.41	3.67	1.49	0.70	0.53	0.28
MISTRUST	4.65	0.86	4.41	0.97	0.30	0.81	0.11
CREDULITY	1.89	1.03	2.37	1.60	-0.85	0.44	-0.36
DERS_TOT	38.00	15.47	40.44	10.66	-0.53	0.63	-0.20
AW	5.67	1.80	7.00	2.12	-1.36	0.19	-0.51
CLA	7.67	5.12	6.78	2.95	0.76	0.50	0.32
GO	7.44	4.56	8.00	3.43	-0.83	0.44	-0.31
IMP	5.67	3.97	6.44	3.94	-0.63	0.60	-0.29
NAP	6.67	3.71	6.11	2.03	0.35	0.78	0.14
STR	4.89	2.71	6.11	2.52	-1.18	0.27	-0.50
ASEBA_ASPD	62.89	13.48	61.78	12.96	0.94	0.42	0.47
ASEBA_TOT	64.67	11.83	62.56	11.65	2.03	0.05	0.86

Note. RF=funzione riflessiva; TRUST=fiducia epistemica; MISTRUST=sfiducia epistemica; CREDULITY=credulità epistemica; DERS_TOT=disregolazione emotiva; AW= mancanza di consapevolezza emotiva; CLA=mancanza di chiarezza emotiva; GO=difficoltà nell'adottare comportamenti orientati a un obiettivo; IMP=difficoltà nel controllo degli impulsi; NAP=non accettazione delle risposte emotive; STR=accesso limitato alle strategie di regolazione emotiva; ASEBA_TOT=psicopatologia; ASEBA_ASPD=problemi di personalità antisociale.

3.9 Discussioni

3.9.1 Studio 1

Lo studio 1 si proponeva di delineare una comprensione più articolata della popolazione detenuta, con particolare attenzione sia al funzionamento psicopatologico, in termini di psicopatologia generale e di problemi di personalità antisociale, sia al funzionamento psicologico, definito in termini di funzione riflessiva, fiducia epistemica e disregolazione emotiva.

La prima ipotesi riguardava la valutazione del campione alla luce di queste variabili (**Tabella 3**). In riferimento al funzionamento psicopatologico, contrariamente a quanto atteso, i detenuti hanno mostrato livelli medi di psicopatologia inferiori alla soglia clinicamente significativa (T < 60). Analogamente, anche i problemi di personalità antisociale si sono attestati su punteggi medi non clinici (T < 65) (Achenbach & Rescorla, 2003). Queste discrepanze potrebbero essere l'esito dell'utilizzo di strumenti self-report che potrebbero

evidenziare da un lato una riluttanza a riconoscersi come affetti da un disturbo psicologico, in quanto ciò è spesso vissuto come segno di debolezza personale ed è associato a emozioni di vergogna e umiliazione (Bateman & Fonagy, 2019b), dall'altro, si potrebbe ipotizzare un intento manipolatorio, volto a migliorare l'immagine di sé negando o minimizzando i problemi di personalità antisociale, per ottenere potenziali benefici secondari (es. accesso a misure alternative alla detenzione), in linea con meccanismi di desiderabilità sociale frequentemente osservati in contesti forensi (Paulino et al., 2024).

In riferimento al funzionamento psicologico, i detenuti hanno mostrato in media adeguate capacità di mentalizzazione. Considerando che il campione normativo (Woźniak-Prus et al., 2022) presenta una media di M = 30.93 (SD = 8.44), il punteggio medio ottenuto nel presente campione (M = 29.53, SD = 10.35) risulta sostanzialmente in linea con i valori normativi. Da un lato, questo risultato appare in contrasto con la letteratura empirica, che evidenzia marcate difficoltà nella capacità di mentalizzazione nei soggetti con disturbo antisociale di personalità (ASPD). Tuttavia, lo strumento utilizzato in questo studio differisce da quelli adottati in molte ricerche precedenti. Come sottolineato da Müller et al. (2021), tutti gli item dell'RFQ-8, ad eccezione del primo, si riferiscono alla comprensione di sé (e non degli altri) e la maggior parte degli item si riferisce alla comprensione del proprio comportamento (e non alla comprensione dei propri stati interiori). Secondo la letteratura, gli individui con ASPD tendono a mostrare uno squilibrio qualitativo nella mentalizzazione, più che un deficit quantitativo generalizzato. È quindi plausibile che l'RFQ-8, valutando solo alcune tra le diverse componenti della mentalizzazione, abbia intercettato principalmente gli aspetti relativamente preservati o funzionali della capacità di mentalizzazione.

Al contrario, la posizione epistemica emersa nel campione, in linea con quanto riportato dalla letteratura, sembra essere caratterizzata da una prevalenza di sfiducia epistemica. Tale configurazione risulta coerente con il contesto detentivo, in cui la percezione costante di minaccia o controllo può amplificare la diffidenza verso l'altro. Inoltre, sebbene la fiducia epistemica non rappresenti la posizione epistemica principale, sembra essere piuttosto presente, suggerendo che in specifiche condizioni relazionali, forme di apertura all'informazione sociale possano ancora manifestarsi. Al contrario, la credulità epistemica, ovvero una ricezione acritica e indiscriminata delle informazioni altrui, appare altamente improbabile in un ambiente caratterizzato da vigilanza, ambiguità comunicativa e dinamiche di potere.

Infine, le difficoltà nella regolazione emotiva, confrontate con il campione normativo di riferimento (Rossi et al., 2023), risultano complessivamente nella norma: il punteggio medio ottenuto (M = 41.68) si colloca intorno al 65° percentile. Tuttavia, è importante considerare che

difficoltà nel contattare e comprendere il proprio mondo interno, frequenti nella popolazione detenuta, possono aver ostacolato una piena consapevolezza o accuratezza nella risposta alle domande, influenzando potenzialmente la rilevazione del disagio emotivo. Analizzando nel dettaglio le sottoscale, emerge che, contrariamente alle aspettative, le maggiori criticità non riguardano il controllo degli impulsi, bensì la capacità di adottare comportamenti orientati a obiettivi (M = 8.63; SD = 3.94). Questa difficoltà indica che, in presenza di emozioni intense, queste ultime diventano pervasive nella mente della persona, fino a occupare completamente lo spazio mentale e impedire qualsiasi altra attività. È forse proprio questa saturazione che porta l'individuo a trovare nell'aggressività una via di sfogo in cui l'atto violento diventa un tentativo disperato, seppur disfunzionale, di proteggere il sé e ristabilire un equilibrio interno (Duschinsky & Foster, 2021).

La seconda ipotesi sosteneva che la funzione riflessiva, la fiducia epistemica e la disregolazione emotiva fossero significativamente correlate con la psicopatologia in generale e, in particolare, con la presenza di problemi di personalità antisociale (**Tabella 4**).

In linea con tale ipotesi i risultati dello studio evidenziano che al crescere della gravità del quadro psicopatologico e della presenza di problemi di personalità antisociale, si osserva un aumento delle difficoltà di mentalizzazione. In particolare, emerge una compromissione riconducibile a forme di ipomentalizzazione, che si riflette in una ridotta capacità di comprendere e attribuire stati mentali sia a sé stessi che agli altri.

I comportamenti tipici del disturbo antisociale di personalità, spesso connotati da aggressività e impulsività, risultano infatti possibili solo in assenza di una reale capacità di rappresentarsi la mente dell'altro. Diversamente, la comprensione delle emozioni e delle intenzioni altrui rappresenterebbe un ostacolo all'agito violento, fungendo da inibitore interno (McGauley et al., 2011).

Allo stesso modo, anche le strategie epistemiche disfunzionali, ovvero la sfiducia e la credulità epistemica, risultano strettamente connesse alla psicopatologia. Nello specifico, i problemi di personalità antisociale mostrano un'associazione significativa esclusivamente con la sfiducia epistemica, suggerendo una specificità nel profilo epistemico di tali soggetti. In linea con la letteratura teorica questo evidenzia una marcata difficoltà a sviluppare fiducia nei confronti dell'altro e una tendenza a rigettare le informazioni che risultano incoerenti con il proprio sistema di credenze. Questo contribuisce alla rigidità comune nella patologia di personalità (Fonagy et al., 2015). Contrariamente a quanto sostenuto da parte della letteratura teorica, non emergono correlazioni significative tra psicopatologia e fiducia epistemica. Questo dato suggerisce che, nei soggetti con psicopatologia, non è tanto l'assenza di fiducia ad essere

clinicamente rilevante, quanto piuttosto la presenza di strategie epistemiche disadattive, come la sfiducia cronica o la credulità indiscriminata.

Anche la disregolazione emotiva, in linea con le ipotesi formulate, risulta strettamente connessa alla psicopatologia generale, evidenziando in particolare un'associazione significativa con la mancanza di chiarezza emotiva. Inoltre, la disregolazione emotiva risulta correlata anche alla presenza di problemi di personalità antisociale, con un legame specifico evidenziato nella sottodimensione relativa alla difficoltà nel controllo degli impulsi. Questa evidenza suggerisce che l'incapacità di modulare adeguatamente gli stati affettivi possa costituire un fattore di rischio per condotte impulsive e potenzialmente violente (McGonigal & Dixon-Gordon, 2020).

La terza ipotesi sosteneva che difficoltà nella funzione riflessiva, in termini di ipomentalizzazione, fossero associate ad una ridotta fiducia epistemica e ad una maggiore sfiducia epistemica e credulità (**Tabella 5**). Lo studio ha confermato questa ipotesi evidenziando un forte legame tra difficoltà nella mentalizzazione e atteggiamenti epistemici disfunzionali. In effetti, una limitata capacità di comprendere le intenzioni e comportamenti altrui rende complesso valutare in modo adeguato l'affidabilità dell'altro, contribuendo così all'emergere di dinamiche relazionali disfunzionali. Tuttavia, contrariamente alle aspettative teoriche che suggeriscono una correlazione positiva tra livelli più elevati di mentalizzazione e fiducia epistemica, anche questo studio, in linea con diversi studi in letteratura non è riuscito a dimostrare associazioni significative tra queste due dimensioni (Campbell et al., 2021; Liotti et al., 2023; Kumpasoğlu et al., 2025). Questi risultati contrastanti potrebbero derivare da limitazioni nell'operazionalizzazione dei diversi costrutti (Müller et al., 2021; Kumpasoğlu et al., 2025).

La terza ipotesi, inoltre, sosteneva che disfunzioni nella capacità di mentalizzazione fossero correlate a una maggiore disregolazione emotiva, mentre un funzionamento efficace della mentalizzazione fosse associato a una migliore capacità di regolazione delle emozioni.

I risultati dello studio hanno confermato questa ipotesi, mettendo in luce una relazione significativa tra la capacità di mentalizzazione e la disregolazione emotiva, con particolare riferimento alle difficoltà nella regolazione degli impulsi. Da un lato, ciò potrebbe dipendere dal contenuto degli item dell'RFQ-8, che, come evidenziato da Müller et al. (2021), sembrano sovrarappresentare una tendenza all'agito impulsivo in presenza di emozioni negative. Dall'altro, una forte attivazione emotiva, non supportata da un'adeguata capacità di mentalizzazione, causa il fallimento della stessa e il prevalere di meccanismi automatici a scapito di quelli riflessivi che porteranno l'individuo a mettere in atto un comportamento impulsivo. Inoltre, possiamo notare come le difficoltà di mentalizzazione determinano una

scarsa attenzione e soprattutto chiarezza rispetto agli stati interni, tra cui le emozioni. Questo fa sì che la mente dell'individuo venga pervasa e, in assenza di strategie, l'unica soluzione appare l'agito impulsivo o la non accettazione che potrebbe poi condurre all'esternalizzazione. Se la fiducia epistemica, coerentemente con le aspettative teoriche, non mostra correlazioni significative né con la disregolazione emotiva né con le sottodimensioni, lo stesso non vale per le posizioni epistemiche disfunzionali. Nello specifico, la sfiducia epistemica risulta positivamente correlata alla disregolazione emotiva e a tutte le sue sottodimensioni, in particolare alla mancanza di chiarezza emotiva. Questo dato suggerisce come, in assenza di un adeguato accesso alla propria esperienza emotiva, diventi difficile orientarsi nel mondo e ancor di più nel mondo interpersonale, dove la comprensione degli stati emotivi propri e altrui è cruciale.

La credulità epistemica, invece, mostra una correlazione positiva con la disregolazione emotiva e con alcune sottodimensioni, in particolare con l'accesso limitato alle strategie di regolazione emotiva. Questi risultati suggeriscono che le persone con credulità epistemica non solo mancano di filtri per discernere di chi fidarsi, ma appaiono anche prive di strategie regolative sul piano emotivo. In altre parole, sembrano muoversi nel mondo, sia relazionale che interno, senza appigli, senza punti di riferimento chiari né strumenti per orientarsi. Questo le rende vulnerabili, sia all'influenza degli altri, sia alle proprie emozioni, che vengono vissute in modo caotico e difficilmente gestibile poiché nonostante ne abbiano consapevolezza, mostrano scarsa chiarezza.

Infine, l'ultimo obiettivo di questo studio era indagare la possibile presenza di diversi profili di funzionamento psicologico nella popolazione detenuta (**Grafico 1**).

Il profilo "Disorganizzato" sembra raggruppare detenuti caratterizzati da maggiori compromissioni nella mentalizzazione, nella posizione epistemica e nella regolazione emotiva. I detenuti appartenenti a questo profilo, caratterizzati da profonde difficoltà nel comprendere gli stati mentali propri e altrui, mostrano marcate difficoltà nel mondo interpersonale al punto da presentare una condizione di disorganizzazione epistemica che evidenzia il crollo di una strategia predefinita. Se in letteratura il termine "disorganizzato" solitamente rimanda allo stile di attaccamento, caratterizzato dall'assenza di una strategia coerente nella gestione della relazione con la figura di attaccamento (Ainsworth et al., 2015), in questo contesto il termine fa riferimento all'assenza di una posizione epistemica predefinita. Queste difficoltà rendono particolarmente arduo per queste persone la gestione delle emozioni che si riflette soprattutto nella difficoltà ad accettare gli aspetti emotivi, discriminare le diverse emozioni e adottare strategie adeguate nella regolazione delle stesse. Le marcate difficoltà nella mentalizzazione

che caratterizzano questi soggetti limitano il loro muoversi nel mondo interpersonale e interno, aspetti che potenzialmente possono innescare agiti aggressivi per proteggere il sé.

Nel profilo "Disorganizzato" rientra più della metà dei soggetti del campione anche se, secondo la letteratura, il profilo più tipico nella popolazione detenuta dovrebbe essere il profilo "Pietrificato", ovvero caratterizzato da una rigida posizione di sfiducia epistemica (Duschinsky & Foster, 2021; Fonagy et al., 2015). Migliori capacità di mentalizzazione, insieme ad una strategia epistemica definita, seppur disfunzionale, consentono a questi soggetti di muoversi nel mondo interpersonale e interno. Una posizione epistemica fondata sulla cautela e sul sospetto appare infatti come una modalità difensiva, ma al tempo stesso organizzata, di gestione dell'incertezza relazionale. Inoltre, questi soggetti sono caratterizzati da migliori capacità di regolazione emotiva in termini di maggiore consapevolezza che consente loro di avere strategie e di poter affrontare in modo adeguato le emozioni senza il bisogno di negarle per evitare di distruggere il senso di sé.

Questi due profili, seppur con livelli di psicopatologia differenti, non divergono significativamente rispetto al profilo psicopatologico quanto piuttosto in termini di funzionamento psicologico. In altre parole i soggetti appartenenti ai due profili mostrano livelli di problemi di personalità antisociale simili tra loro, tuttavia è il loro funzionamento sottostante a differenziarli in maniera sostanziale.

Il profilo denominato "Faccia d'angelo" appare, almeno in superficie, il più funzionale tra quelli individuati in termini di funzionamento psicopatologico generale. Tuttavia, considerando che tutti i soggetti sono collocati in un contesto di reclusione e che i tre profili non mostrano differenze sostanziali rispetto ai problemi di personalità antisociale, è lecito ipotizzare che l'apparente adattamento di questi soggetti non rifletta un reale funzionamento sano, ma piuttosto una strategia manipolatoria o difensiva. In altre parole, questo funzionamento da un lato potrebbe riflettere una forma mascherata di psicopatia, in cui l'apparente funzionamento adattivo funge da strategia manipolatoria per ottenere benefici e nascondere i tratti psicopatici, connotati da freddezza emotiva e strumentalità relazionale. Dall'altro, tale incongruenza potrebbe derivare da meccanismi dissociativi, in cui la persona non è consapevole di aspetti disfunzionali o aggressivi del proprio comportamento.

Inoltre, sebbene quest'ultimo profilo appaia contraddistinto da un'elevata fiducia epistemica e da una buona regolazione emotiva, la funzione riflessiva, pur risultando apparentemente migliore rispetto ai profili precedenti, non mostra differenze significative. L'incongruenza tra apertura epistemica e capacità riflessiva potrebbe indicare un'apertura solo apparente e manipolatoria, non sostenuta da una reale comprensione dell'altro, oppure una scissione tra

sistemi di funzionamento, in cui la fiducia epistemica si attiva selettivamente in determinati contesti e con figure idealizzate o autoritarie, mentre la mentalizzazione rimane compromessa. In linea con queste interpretazioni, la buona regolazione emotiva, soprattutto in termini di maggiore consapevolezza emotiva, chiarezza, accettazione, maggiore uso di strategie e minore impulsività, potrebbe da un lato riflettere un funzionamento psicopatico caratterizzato da un funzionamento a basso affetto, ovvero da violenza non reattiva ma strumentale, non motivata da vissuti di minaccia al senso di sé ma piuttosto da finalità utilitaristiche e da un distacco emotivo dall'oggetto (Bateman & Fonagy, 2008). Dall'altro potrebbe riflettere un funzionamento dissociato, in cui l'individuo non è pienamente consapevole delle proprie difficoltà emotive e relazionali. In tal caso, l'autopercezione di equilibrio emotivo sarebbe più il risultato di un'inconsapevolezza difensiva, piuttosto che di una regolazione adattiva autentica. In sintesi, lo studio 1 evidenzia l'importanza del costrutto della mentalizzazione nella comprensione del comportamento antisociale mostrando come profili di funzionamento psicologico profondamente diversi possano sottendere a manifestazioni comportamentali simili.

3.9.2 Studio 2

Lo studio 2 si proponeva di esplorare l'efficacia del trattamento MBT-ASPD (Mentalization-Based Treatment for Antisocial Personality Disorder) all'interno del contesto carcerario, con particolare attenzione sia al funzionamento psicologico (funzione riflessiva, fiducia epistemica, disregolazione emotiva) sia alle dimensioni relative alla psicopatologia generale e ai problemi di personalità antisociale.

Il campione, composto da 9 detenuti, risultava nel complesso rappresentativo del campione originale, sia per le caratteristiche generali **(Tabella 9 e 11)**, ad eccezione della dimensione della credulità, sia per la distribuzione dei profili individuati nello studio precedente. Nello specifico, quattro detenuti appartenevano al profilo "Disorganizzato", tre al profilo "Pietrificato" e due al profilo "Faccia d'angelo".

L'intervento non ha prodotto effetti significativi nella maggior parte delle variabili considerate (**Tabella 13**), ad eccezione della psicopatologia. L'intervento difatti sembra aver avuto un effetto positivo sul benessere psicologico complessivo dei partecipanti, come confermato anche dai feedback qualitativi raccolti in cui diversi detenuti hanno riferito di essersi sentiti "alleggeriti" al termine delle sessioni. Questo risultato potrebbe essere spiegato dal potenziamento della capacità di mentalizzazione che, essendo un fattore transdiagnostico

(Flaaten et al., 2024), può avere effetti positivi su diversi tipi di disturbi psicologici e quindi sulla psicopatologia generale. Anche i problemi di personalità antisociale, pur non raggiungendo la significatività statistica, hanno mostrato una riduzione di effetto moderato a livello clinico. Difatti, in linea con la letteratura esistente (Flaaten et al., 2024; McGauley et al., 2011), un'aumentata capacità di mentalizzazione, anch'essa di effetto moderato ma non significativa a livello statistico, può aver ridotto i problemi di personalità antisociale e gli altri sintomi attraverso una maggiore attenzione agli stati mentali propri e altrui.

Sempre secondo la letteratura, il recupero della mentalizzazione dovrebbe consentire l'apertura del canale sociale e favorire quindi lo sviluppo della fiducia epistemica (Bateman et al., 2023). In realtà, i risultati evidenziano un aumento della credulità mentre la fiducia e la sfiducia epistemica rimangono pressoché invariate. Questo potrebbe essere dovuto al fatto che un incremento della mentalizzazione non completamente strutturato, probabilmente legato alla breve durata dell'intervento, abbia generato sì una maggiore apertura verso l'altro, ma senza fornire adeguati strumenti di valutazione, determinando così un aumento della credulità.

Infine, contrariamente a quanto riportato in letteratura, secondo cui il trattamento risulta efficace nel ridurre la disregolazione emotiva (Mohajerin & Howard, 2024; Mohajerin et al., 2025), l'intervento osservato sembra aver determinato un miglioramento nella chiarezza emotiva, ma anche un aumento delle difficoltà percepite nella consapevolezza emotiva, nell'adozione di comportamenti diretti a un obiettivo e nell'utilizzo di strategie di regolazione emotiva. L'aumento della mentalizzazione potrebbe aver favorito una maggiore chiarezza emotiva e, di conseguenza, una maggiore capacità di riconoscere e verbalizzare le proprie difficoltà emotive, determinando punteggi più alti nelle scale corrispondenti. In alternativa, tali risultati potrebbero riflettere una reale difficoltà nel trasferire le competenze acquisite in contesti emotivamente sfidanti, suggerendo la necessità di rafforzare in futuro i moduli di intervento mirati a queste specifiche aree.

Nonostante queste considerazioni, l'intervento nel complesso non sembra aver prodotto effetti di grande entità. Questo risultato può essere dovuto a diversi fattori. In primo luogo, la ridotta numerosità campionaria (N = 9), che comporta una bassa potenza statistica, potrebbe aver ridotto la probabilità di individuare differenze di piccola entità. Inoltre, l'eterogeneità dei profili di funzionamento dei detenuti può aver contribuito ad appiattire gli effetti del trattamento MBT. Un ulteriore elemento critico è rappresentato dalla natura stessa del disturbo antisociale di personalità, caratterizzato da rigidità e pervasività, in cui l'elevato livello di sfiducia epistemica sembra costituire un ostacolo rilevante all'efficacia terapeutica. A tal proposito, Bateman e Fonagy (2019a) parlano di un atteggiamento di "sentire ma non ascoltare" in cui il soggetto

recepisce le informazioni ma non le integra realmente nel proprio funzionamento. Infine, la durata limitata del trattamento potrebbe non essere stata sufficiente per produrre cambiamenti significativi.

In sintesi, seppur con alcune limitazioni, lo studio ha evidenziato una possibilità di trattamento per questo disturbo considerato, per via delle sue caratteristiche, "intrattabile" (McGauley et al., 2011). Tuttavia, il trattamento richiede ancora specifici accorgimenti per migliorarne l'efficacia.

3.10 Conclusioni

La ricerca era articolata in due studi distinti. Lo studio 1 si proponeva di delineare il funzionamento psicologico dei detenuti, con particolare attenzione sia agli aspetti psicopatologici (psicopatologia generale e problemi di personalità antisociale) sia al funzionamento psicologico (funzione riflessiva, fiducia epistemica e difficoltà nella regolazione emotiva), e ipotizzava anche l'esistenza di diversi profili di funzionamento. Lo studio 2, invece, si concentrava sull'esplorazione dell'efficacia del trattamento MBT-ASPD all'interno del contesto carcerario.

Le analisi descrittive dello studio 1 hanno evidenziato, in media, un migliore funzionamento rispetto a quanto atteso. Questi risultati potrebbero però essere spiegati in termini di limiti negli strumenti utilizzati, desiderabilità sociale a fini manipolatori o una difficoltà d'accesso al proprio mondo interiore che si riflette in risposte poco rappresentative del soggetto.

I dati sembrano invece confermare la seconda ipotesi secondo cui funzione riflessiva, strategie epistemiche disfunzionali e disregolazione emotiva sono correlate alla psicopatologia e ai problemi di personalità antisociale. In particolare, i detenuti con maggiori difficoltà psicopatologiche mostrano ipomentalizzazione, sfiducia epistemica e incapacità di modulare adeguatamente gli stati affettivi, tutti aspetti che favoriscono comportamenti aggressivi e impulsivi.

Anche la terza ipotesi è stata confermata, difatti le difficoltà nella funzione riflessiva risultano strettamente legate a strategie epistemiche disfunzionali. Difatti, una ridotta capacità di comprendere le intenzioni e i comportamenti altrui rende difficile valutare l'affidabilità degli altri e favorisce l'emergere di dinamiche relazionali problematiche. Queste difficoltà si accompagnano anche a problemi nella regolazione emotiva, soprattutto nella gestione degli impulsi. Una compromissione della capacità di mentalizzazione ostacola infatti la possibilità di

orientarsi sia nel proprio mondo interno sia nelle relazioni con gli altri e questo fa sì che in presenza di emozioni intense l'unica soluzione risulti l'agito impulsivo.

Infine, le analisi hanno permesso di identificare tre distinti profili di funzionamento, denominati "Disorganizzato", "Pietrificato" e "Faccia d'angelo".

Il profilo "Disorganizzato" e "Pietrificato", seppur con livelli di psicopatologia differenti, non divergono significativamente rispetto al profilo psicopatologico, riconducibile all'ASPD, quanto piuttosto in termini di funzionamento psicologico. Il profilo "Disorganizzato", infatti, appare molto più compromesso. I detenuti appartenenti a questo profilo sono caratterizzati da profonde difficoltà di mentalizzazione e mostrano marcate difficoltà nel mondo interpersonale, al punto da presentare una condizione di indifferenziazione epistemica che evidenzia il crollo di una strategia predefinita. Anche le difficoltà nella regolazione emotiva appaiono molto evidenti. Un secondo profilo, quello "Pietrificato", evidenzia il funzionamento tipico dell'individuo con disturbo antisociale di personalità, che sebbene risulti deficitario presenta una strategia definita, basata su sfiducia e sospetto, con migliori capacità di mentalizzazione e regolazione emotiva. Il terzo profilo, "Faccia d'angelo", appare in superficie il più adattivo ma potrebbe nascondere un funzionamento psicopatico o dissociato. Nonostante l'elevata fiducia epistemica e la buona regolazione emotiva, la funzione riflessiva resta simile agli altri profili, suggerendo un'apertura apparente e manipolatoria o una fiducia selettiva verso figure specifiche, con mentalizzazione ancora compromessa. Allo stesso modo la buona regolazione emotiva potrebbe riflettere sia un funzionamento psicopatico a basso affetto sia un funzionamento dissociato caratterizzato da inconsapevolezza difensiva.

L'intervento MBT-ASPD, oggetto dello studio 2, ha prodotto effetti limitati, mostrando un miglioramento significativo solo nella psicopatologia, a conferma della rilevanza della mentalizzazione come fattore transdiagnostico. Sono emersi inoltre effetti clinicamente moderati, ma non statisticamente significativi, sui problemi di personalità antisociale e sulla mentalizzazione. Quest'ultima, ancora fragile, sembra aver aumentato l'apertura verso l'altro in modo indiscriminato. A livello emotivo, si è rilevata una maggiore chiarezza, ma anche un incremento delle difficoltà in altre aree, forse per una percezione più consapevole delle proprie problematiche o per difficoltà a trasferire le competenze acquisite in situazioni emotivamente intense. In generale, gli scarsi risultati potrebbero dipendere dalla ridotta numerosità del campione, dall'eterogeneità dei profili dei detenuti, dalla rigidità tipica del disturbo antisociale e dalla breve durata del trattamento.

In sintesi, i risultati evidenziano il ruolo centrale della mentalizzazione nella comprensione del comportamento antisociale e la marcata eterogeneità della popolazione detenuta. Tuttavia, il trattamento, pur mostrando esiti interessanti, necessita di ulteriori approfondimenti.

3.11 Limitazioni e prospettive future

Il presente studio contribuisce a comprendere la rilevanza della mentalizzazione nel disturbo antisociale di personalità (ASPD) e si inserisce nella limitata letteratura volta a valutare l'efficacia di interventi specifici nella popolazione detenuta. Tuttavia presenta alcune limitazioni che devono essere considerate per una corretta interpretazione dei risultati.

In primo luogo, gli strumenti di self-report utilizzati possono essere soggetti a manipolazione, in particolare in una popolazione come quella detenuta, caratterizzata da una possibile tendenza sia alla desiderabilità sociale sia, al contrario, al malingering. A questo proposito, studi futuri dovrebbero includere scale in grado di rilevare tali fenomeni.

Al tempo stesso, essendo strumenti che indagano la mentalizzazione e le emozioni, alcune persone potrebbero non avere sufficiente consapevolezza di sé o capacità di osservare i propri stati interni per fornire dati affidabili e potrebbe quindi essere utile introdurre strumenti clinician-report o performance based che non richiedono al soggetto una piena consapevolezza. Nello specifico della mentalizzazione, l'RFQ, sembra presentare diverse difficoltà come strumento dal momento che, come sottolineato da Müller et al. (2021), si focalizza soprattutto sulla comprensione di sé e la maggior parte degli item si riferisce alla comprensione del proprio comportamento. Al fine di una valutazione più accurata e completa si potrebbero integrare strumenti che si focalizzano maggiormente sugli stati mentali altrui come ad esempio il MASC (Movie for the Assessment of Social Cognition) (Dziobek et al., 2006). Altrettanto interessante, connesso al tema della mentalizzazione, sarebbe indagare l'empatia in questa popolazione.

In secondo luogo, la ridotta dimensione del campione rappresenta una limitazione rilevante, poiché diminuisce la potenza statistica dello studio e aumenta il rischio di non rilevare effetti reali dell'intervento. Inoltre, la coesistenza di differenti profili di funzionamento all'interno del campione potrebbe aver appiattito le differenze, rendendo meno visibili gli effetti specifici dell'intervento. A questo proposito, studi futuri potrebbero sia ampliare la numerosità del campione, sia modulare l'intervento in funzione del profilo di appartenenza così da massimizzarne l'efficacia e permettere una valutazione più accurata dei risultati.

Infine, l’assenza di un gruppo di controllo rappresenta un limite metodologico rilevante, in quanto riduce la possibilità di stabilire se gli effetti osservati siano realmente attribuibili all’intervento o se possano dipendere da altri fattori. Al contrario, l’adozione di un disegno sperimentale controllato permetterebbe di tenere sotto controllo questi aspetti.

Bibliografia

Abi-Habib, R., Wehbe, N., Badr, K., & Tohme, P. (2020). *Do prisoners mentalize differently? Investigating attachment and reflective functioning in a sample of incarcerated Lebanese men*. The International Journal of Forensic Mental Health, 19(2), 183–197. https://doi.org/10.1080/14999013.2019.1684403).

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

Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. N. (2015). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Psychology Press.

Allen, J.G., Bleiberg, G. & Haslam-Hopwood, T. (2003). *Mentalizing as a compass for treatment*. Bulletin of The Menninger Clinic, Houston, Texas.

Allen, J.G., Fonagy, P. & Bateman, A. (2010). *La mentalizzazione nella pratica clinica*. Raffaello Cortina Editore.

Allison, E., & Fonagy, P. (2016). When is truth relevant? *The Psychoanalytic Quarterly, 85*(2), 275–303. https://doi.org/10.1002/psaq.12074

American Psychiatric Association (APA) (1952), *DSM. Diagnostic and statistical manual of mental disorders*.

American Psychiatric Association (APA) (1968), *DSM-II. Diagnostic and statistical manual of mental disorders*.

American Psychiatric Association (APA) (1980), *DSM-III. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, tr. it. Masson, Milano, 1983.

American Psychiatric Association (APA) (2013), *DSM 5. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, tr. it. Raffaello Cortina, Milano, 2014.

American Psychiatric Association (APA) (2022), *DSM 5-TR. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, tr. it. Raffaello Cortina, Milano 2023.

Babiak, P., Neumann, C. S., & Hare, R. D. (2010). *Corporate Psychopathy: Talking the Walk*. In Herve, H., & Yuille, J. C. (Eds.), *The Psychopath: Theory, Research, and Practice*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Bach, B., & First, M. B. (2018). *Application of the ICD-11 classification of personality disorders*. BMC psychiatry, 18(1), 351. https://doi.org/10.1186/s12888-018-1908-3

Baron-Cohen, S. (2005). *Autism*. In B. Hopkins et al. (Ed.), Cambridge Encyclopedia of Child Development (pp 109–126). Cambridge University Press.

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 16:304. doi: 10.1186/s12888-016-1000-9

Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2004). *Mentalization-based treatment of BPD*. Journal of personality disorders, 18(1), 36–51. https://doi.org/10.1521/pedi.18.1.36.32772

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

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. (2006), *Guida pratica al trattamento basato sulla mentalizzazione per il disturbo borderline di personalità*. Tr. it. Raffello Cortina, Milano 2010

Bateman, Anthony W., Dawn Bales, and Joost Hutsebaut. (2014). *A Quality Manual for MBT*. https://www.annafreud.org/media/7863/quality-manual-2018.pdf.

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

Bateman, A., & Fonagy, P. (2019a). *Mentalizzazione e disturbi di personalità: Una guida pratica al trattamento*. Raffaello Cortina Editore.

Bateman, A., & Fonagy, P. (A cura di). (2019b). *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice*. American Psychiatric Association Publishing.

Bateman, A., Fonagy, P., & Campbell, C. (2023). *Cambridge Guide to Mentalization-Based Treatment (MBT)*. Cambridge University Press.

Black, D. W., & Kolla, N. J. (2022). *Textbook of Antisocial Personality Disorder*. American Psychiatric Association.

Campbell, C., Tanzer, M., Saunders, R., Booker, T., Allison, E., Li, E., O'Dowda, C., Luyten, P., & Fonagy, P. (2021). *Development and validation of a self-report measure of epistemic trust*. PloS one, 16(4), e0250264. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0250264

Carrera, S., Pandolfi, G., Cappelletti, J. Y., Padoani, W., & Salcuni, S. (2018). *Oriented mentalization-based treatment for borderline personality disorder patients: Preliminary results at Camposampiero Mental Health Center*. Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome, 21(3), 178–189. https://doi.org/10.4081/ripppo.2018.336

Caspi, A., Houts, R. M., Belsky, D. W., Goldman-Mellor, S. J., Harrington, H., Israel, S., Meier, M. H., Ramrakha, S., Shalev, I., Poulton, R., & Moffitt, T. E. (2014). *The p Factor: One General Psychopathology Factor in the Structure of Psychiatric Disorders?*. Clinical psychological science: a journal of the Association for Psychological Science, 2(2), 119–137. https://doi.org/10.1177/2167702613497473

Cervone, D., & Pervin, L. A. (2017). *La scienza della personalità*. *Teorie, ricerche, applicazioni*. Raffaello Cortina Editore.

Cleckley, H. (1959). *Psychopathic conditions, deviations, addictions*, in *American Handbook of Psychiatry*, Vol 2. Edited by Arieti S. New York, Basic Books

Cleckley, H. (1941). *The mask of sanity: An Attempt to Clarify Some Issues About the So-Called Psychopathic Personality*. C.V. Mosby.

Donahue, J. J., Goranson, A. C., McClure, K. S., & Van Male, L. M. (2014). *Emotion dysregulation, negative affect, and aggression: A moderated, multiple mediator analysis*. Personality and Individual Differences, 70, 23–28. https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.06.009

Duschinsky, R., & Foster, S. (2021). *Mentalizing and epistemic trust. The work of Peter Fonagy and colleagues at the Anna Freud Centre*. Oxford University Press.

Dziobek, I., Fleck, S., Kalbe, E., Rogers, K., Hassenstab, J., Brand, M., Kessler, J., Woike, J. K., Wolf, O. T., & Convit, A. (2006). *Introducing MASC: a movie for the assessment of social cognition*. Journal of autism and developmental disorders, 36(5), 623–636. https://doi.org/10.1007/s10803-006-0107-0

Euler, S., Nolte, T., Constantinou, M., Griem, J., Montague, P.R., Fonagy, P., & Personality and Mood Disorders Research Network (2019). *Interpersonal problems in border-line personality disorder: Associations with mentalizing, emotion regulation, and impulsiveness*. Journal of Personality Disorders, 33, 1–17

Fazel, S., & Danesh, J. (2002). *Serious mental disorder in 23000 prisoners: a systematic review of 62 surveys*. Lancet (London, England), 359(9306), 545–550. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)07740-1

Flaaten, E., Langfeldt, M., & Morken, K. T. E. (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. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1320405

Fonagy, P., & Allison, E. (2014). *The role of mentalizing and epistemic trust in the therapeutic relationship*. Psychotherapy, 51, 372–380.

Fonagy, P., Luyten, P., & Allison, E. (2015). *Epistemic Petrification and the Restoration of Epistemic Trust: A New Conceptualization of Borderline Personality Disorder and Its Psychosocial Treatment*. Journal of personality disorders, 29(5), 575–609. https://doi.org/10.1521/pedi.2015.29.5.575

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), e0158678. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0158678

Fonagy, P., Simes, E., Yirmiya, K., Wason, J., Barrett, B., Frater, A., Cameron, A., Butler, S., Hoare, Z., McMurran, M., Moran, P., Crawford, M., Pilling, S., Allison, E., Yakeley, J., & 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

Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2005). *Regolazione affettiva, mentalizzazione e sviluppo del sé*. Raffaello Cortina Editore.

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

Garofalo, C., Velotti, P., Callea, A., Popolo, R., Salvatore, G., Cavallo, F., & Dimaggio, G. (2018). *Emotion dysregulation, impulsivity and personality disorder traits: A community sample study*. Psychiatry Research, 266, 186–192. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.05.067

Gibbon, S., Duggan, C., Stoffers, J., Huband, N., Völlm, B. A., Ferriter, M., & Lieb, K. (2010). Psychological interventions for antisocial personality disorder. *The Cochrane database of systematic reviews*, (6), CD007668. https://doi.org/10.1002/14651858.CD007668.pub2

Gilligan, J. (2000) *Violence: Reflections on Our Deadliest Epidemic*. Jessica Kingsley Publishers

Glenn, A. L., Johnson, A. K., & Raine, A. (2013). *Antisocial personality disorder: a current review*. Current psychiatry reports, *15*(12), 427. https://doi.org/10.1007/s11920-013-0427-7

Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). *Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in Emotion Regulation Scale*. Journal of psychopathology and behavioral assessment, 26, 41–54. https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94

Hall, J. R., & Benning S. D. (2006). *The "successful" psychopath: Adaptive and subclinical manifestations of psychopathy in the general population*. In C. J. Patrick (Fid.), Handbook of the psychopathy

Hare, R. D., & Frazelle, J. L. (1980). *Some preliminary notes on the use of a research scale for the assessment of psychopathy in criminal populations*. Unpublished manuscript. University of British Columbia, Vancouver.

Hare, R.D. (1996). *Psychopathy and antisocial personality disorder: a case of diagnostic confusion*. Psychiatric Times, 13, 39-40.

Howard, R., & Duggan, C. (2022). *Antisocial Personality: Theory, Research, Treatment*. Cambridge University Press.

Kaufman, E.A., Xia, M., Fosco, G. *et al. The Difficulties in Emotion Regulation Scale Short Form (DERS-SF): Validation and Replication in Adolescent and Adult Samples*. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment 38, 443–455 (2016). https://doi.org/10.1007/s10862-015-9529-3

Kernberg, Otto F. (2004). *Aggressivity, Narcissism, and Self-Destructiveness in the Psychotherapeutic Relationship: New Developments in the Psychopathology and Psychotherapy of Severe Personality Disorders.* Yale University Press

Kotov, R., Krueger, R. F., Watson, D., Achenbach, T. M., Althoff, R. R., Bagby, R. M., Brown, T. A., Carpenter, W. T., Caspi, A., Clark, L. A., Eaton, N. R., Forbes, M. K., Forbush, K. T., Goldberg, D., Hasin, D., Hyman, S. E., Ivanova, M. Y., Lynam, D. R., Markon, K., Miller, J. D., … Zimmerman, M. (2017). *The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A dimensional alternative to traditional nosologies*. Journal of abnormal psychology, 126(4), 454–477. https://doi.org/10.1037/abn0000258

Kumpasoğlu, G. B., Saunders, R., Campbell, C., Nolte, T., Montague, R., Pilling, S., Leibowitz, J., & Fonagy, P. (2025). *Mentalizing, epistemic trust and interpersonal problems in emotion regulation: A sequential path analysis across common mental health disorders and community control samples*. Journal of affective disorders, *372*, 502–511. https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.12.050

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.

Li, E., Campbell, C., Midgley, N., & Luyten, P. (2023). *Epistemic trust: a comprehensive review of empirical insights and implications for developmental psychopathology*. Research in psychotherapy (Milano), 26(3), 704. https://doi.org/10.4081/ripppo.2023.704

Lingiardi V., & Muzi, L. (2018). *Il Manuale Diagnostico Psicodinamico (PDM-2): un'occasione di dialogo interdisciplinare*. Giornale italiano di psicologia, Rivista trimestrale (pp. 781-804), doi: 10.1421/92989

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

Liotti, M., Milesi, A., Spitoni, G. F., Tanzilli, A., Speranza, A. M., Parolin, L., Campbell, C., Fonagy, P., Lingiardi, V., & Giovanardi, G. (2023). *Unpacking trust: The Italian validation of the Epistemic Trust, Mistrust, and Credulity Questionnaire (ETMCQ)*. PLoS ONE, 18(1). https://doi.org/10.1371/journal.pone.0280328

Locati, F., Benzi, I. M. A., Milesi, A., Campbell, C., Midgley, N., Fonagy, P., & Parolin, L. (2023). *Associations of mentalization and epistemic trust with internalizing and externalizing problems in adolescence: A gender-sensitive structural equation modeling approach*. Journal of adolescence, 95(8), 1564–1577. https://doi.org/10.1002/jad.12226

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

Madeddu F., Aquaro P., Preti E. (2012). *Psicoterapia per il disturbo borderline di personalità: revisione della letteratura sull'efficacia di quattro trattamenti manualizzati*. Journal of Psychopathology, 18, 196-209.

McCrae, R. R., & Costa, P. T. (2008). *The five-factor theory of personality*. In O. P. John, R. W. Robins, & L.

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 and Counselling, 13*(4), 371–393.* https://doi.org/10.1080/13642537.2011.629118

McGonigal, P. T., & Dixon-Gordon, K. L. (2020). *Anger and Emotion Regulation Associated With Borderline and Antisocial Personality Features Within a Correctional Sample*. Journal of correctional health care: the official journal of the National Commission on Correctional Health Care, 26(3), 215–226. https://doi.org/10.1177/1078345820937775

Meloy, J.R. (2002). *The "polymorphously perverse" psychopath: Understanding a strong empirical relationship*. Bulletin of the Menninger Clinic, 66, 3, 273-289.

Mohajerin, B., Gallagher, M. W., & Howard, R. (2025). *Unified Protocol vs Mentalization-Based Therapy for Adolescents With Borderline Personality Disorder: A Randomized Controlled Trial*. Clinical Psychology & Psychotherapy, 32(1), 1–13. https://doi.org/10.1002/cpp.70033

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), 1–15. https://doi.org/10.1002/cpp.3047

Müller, S., Wendt, L. P., Spitzer, C., Masuhr, O., Back, S. N., & Zimmermann, J. (2021). *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

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

Parolin, L., Milesi, A., Comelli, G., & Locati, F. (2023). *The interplay of mentalization and epistemic trust: a protective mechanism against emotional dysregulation in adolescent internalizing symptoms*. Research in psychotherapy (Milano), 26(3), 707. https://doi.org/10.4081/ripppo.2023.707

Patrick, C. J. (Ed.). (2018). *Handbook of psychopathy* (2nd ed.). The Guilford Press.

Paulino, M., Edens, J. F., Moniz, M., Moura, O., Rijo, D., & Simões, M. R. (2024). *Personality assessment inventory (PAI) in forensic and correctional settings: A comprehensive review*. Journal of forensic and legal medicine, 103, 102661. https://doi.org/10.1016/j.jflm.2024.102661

Pervin (Fids.), *Handbook of personality: Theory and research (3rd ed., pp. 159-81)*. New York: Guilford Press.

Picone, L., Pezzuti, L., & Ribaudo, F. (2017). *Teorie e tecniche dei test*. Carocci.

Prins, S. J. (2014). *Prevalence of mental illnesses in U.S. State prisons: A systematic review*. Psychiatric Services, 65(7), 862–872. https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300166

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

Roberton, T., Daffern, M., & Bucks, R. S. (2014). *Maladaptive emotion regulation and aggression in adult offenders*. Psychology, Crime & Law, 20(10), 933–954. https://doi.org/10.1080/1068316X.2014.893333

Rossi, A. A., Panzeri, A., & Mannarini, S. (2023). *The Italian version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale – Short Form (IT-DERS-SF): A two-step validation study*. Journal of psychopathology and behavioral assessment, 45(2), 572–590. https://doi.org/10.1007/s10862-022-10006-8

Schwarzer, N. H., Nolte, T., Fonagy, P., & Gingelmaier, S. (2021). *Mentalizing and emotion regulation: Evidence from a nonclinical sample*. International Forum of Psychoanalysis, 30(1), 34–45. https://doi.org/10.1080/0803706X.2021.1873418

Sonntag, M., & Russell, J. (2022). *The mind-in-mind study: A pilot randomised controlled trial that compared modified mentalisation based treatment with supportive clinical management for patients with eating disorders without borderline personality disorder*. European Eating Disorders Review, 30(3), 206–220. https://doi.org/10.1002/erv.2888

Stoffers-Winterling, J. M., Storebø, O. J., Kongerslev, M. T., Faltinsen, E., Todorovac, A., Sedoc Jørgensen, M., Sales, C. P., Edemann Callesen, H., Pereira Ribeiro, J., Völlm, B. A., Lieb, K., & Simonsen, E. (2022). *Psychotherapies for borderline personality disorder: a focused systematic review and meta-analysis*. The British journal of psychiatry: the journal of mental science, 221(3), 538–552. https://doi.org/10.1192/bjp.2021.204

Talia, A., Duschinsky, R., Mazzarella, D., Hauschild, S., & Taubner, S. (2021). *Epistemic trust and the emergence of conduct problems: Aggression in the service of communication*. Frontiers in Psychiatry, 12, articolo 710011. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.710011

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

Velotti, P., Garofalo, C., Callea, A., Bucks, R. S., Roberton, T., & Daffern, M. (2017). *Exploring anger among offenders: The role of emotion dysregulation and alexithymia*. *Psychiatry, Psychology and Law*, *24*(1), 128–138. https://doi.org/10.1080/13218719.2016.1164639

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

Watson, D., Clark, L. A., & Chmielewski, M. (2008). *Structures of personality and their relevance to psychopathology: II. Further articulation of a comprehensive unified trait structure*. Journal of personality, 76(6), 1545–1586. https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2008.00531.x

Wendt, L. P., Jankowsky, K., Schroeders, U., London Personality and Mood Disorder Research Consortium, Nolte, T., Fonagy, P., Montague, P. R., Zimmermann, J., & Olaru, G. (2023). *Mapping established psychopathology scales onto the Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP)*. Personality and mental health, *17*(2), 117–134. https://doi.org/10.1002/pmh.1566

Widiger, T. A., & Samuel, D. B. (2005). *Diagnostic categories or dimensions: A question for DSM–V*. Journal of Abnormal Psychology, 114, 494–504.

Widiger, T. A., & Trull, T. J. (2007). *Plate tectonics in the classification of personality disorder: Shifting to a dimensional model*. American Psychologist, 62, 71–83.

World Health Organization (WHO) (1993*), The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research*, Ginevra, trad. it. A cura di Kemali D., Maj M., Catapano F., Giordano G., Saccà C., Classificazione delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali, Descrizioni cliniche e direttive diagnostiche, Masson, Milano 1996.

World Health Organization (WHO) (2018), *ICD-11. International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics*.

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

Yu, R., Geddes, J. R., & Fazel, S. (2012). *Personality disorders, violence, and antisocial behavior: a systematic review and meta-regression analysis*. Journal of personality disorders, 26(5), 775–792. https://doi.org/10.1521/pedi.2012.26.5.775

Zeeck, A., Endorf, K., Euler, S., Schaefer, L., Lau, I., Flösser, K., Geiger, V., Meier, A. F., Walcher, P., Lahmann, C., & Hartmann, A. (2021). *Implementation of mentalization-based treatment in a day hospital program for eating disorders—A pilot study*. European Eating Disorders Review, 29(5), 783–801. https://doi.org/10.1002/erv.2853