

## Studio pilota preliminare: effettività del counseling psicologico e della psicoterapia cognitivo-comportamentale sull'ansia sociale in detenuti con disagio psichico

### Preliminary pilot study: effectiveness of psychological counseling and cognitive-behavioral psychotherapy on social anxiety in prisoners with mental illness

Francesca Giordano • Alessandra Moscatello

#### Abstract

Evidence-Based Practices for the treatment and care of mentally ill inmates are detailed and Priority Practices are established. The rehabilitation in prisons has several objectives including promoting the social reintegration through the development of relational mode, empathic and appropriate mentalizing. From clinical experience shows that social anxiety observed in a number of detainees is an important factor hindering the process of change.

*Goals and hypotheses:* Hypothesis 1. The cognitive-behavioral psychotherapy + cineforum group will be effective in reducing symptoms of social anxiety between beginning, middle and end of treatment; Hypothesis 2. The improvement in the treatment group will be significantly greater than the psychological Counseling control group.

*Materials and Methods:* This clinical trial naturalistic type evaluates the effectiveness of two different types of psychological treatment of patients in charge of the Psychiatry Service of the Prison of Lecce. For outcome measures it was used Liebowitz Social Phobia Scale (LSP) at the beginning, middle and end of treatment. The sample of 16 patients (age between 21 and 54 years), allocated at the Infirmary section, were selected on the basis of the following inclusion criteria: (i) age (ii) psychiatric diagnosis (iii) informed consent. Two groups were formed: one received simple psychological counseling (control, n = 8) and one received an integrated intervention of individual cognitive-behavioral psychotherapy according to the CBT protocol on social anxiety disorder + an experiential group treatment through Cineforum (treatment, n = 8) during 15 meetings. For data analysis were carried out: (1) ANOVA according to the generalized linear model repeated measures; (2) t-test for independent samples and paired to a queue.

*Results and conclusions:* The two groups were not significantly different in 'social anxiety at T0, T1 already showed significant differences in the construct, maintained at T2. 2 hypothesis of effectiveness and stability have been confirmed: there has emerged a greater effectiveness of CBT + Cineforum Group in reducing Social Anxiety and avoidances connected thereto with respect to the simple counseling. Was also confirmed the stability of the results of treatment over time (comparison between T1 and T2).

**Key words:** treatment effectiveness • counseling • CBT • social anxiety disorder • inmates with mental illness

#### Riassunto

Pratiche Evidence-Based per il trattamento e la cura di detenuti con disagio psichico sono particolareggiate e stabilite come prioritarie. La riabilitazione nel contesto carcerario ha numerosi obiettivi tra cui promuovere il reinserimento sociale attraverso lo sviluppo di modalità relazionali, empatiche e di mentalizzazione adeguate. Dall'esperienza clinica emerge che l'ansia sociale osservata in numerosi detenuti costituisce un importante fattore di ostacolo al percorso di cambiamento.

*Obiettivi e ipotesi:* Ipotesi 1. La psicoterapia cognitivo-comportamentale+ gruppo cineforum saranno efficaci nella riduzione della sintomatologia di ansia sociale tra inizio, metà e fine trattamento; Ipotesi 2. Il miglioramento all'interno del gruppo trattamento sarà significativamente maggiore rispetto al gruppo di controllo di Counseling psicologico.

*Materiali e Metodi:* Il presente trial clinico di tipo naturalistico valuta l'effettività di 2 diversi tipi di trattamento psicologico su pazienti in carico al Servizio di Psichiatria della Casa Circondariale di Lecce. Per le misure di esito è stata usata la Liebowitz Social Phobia Scale (LSPS) all'inizio, a metà e a fine trattamento. Il campione di 16 pazienti (età compresa tra 21 e 54 anni), allocati presso la sezione Infermeria, sono stati selezionati sulla base dei seguenti criteri d'inclusione: (i) maggiore età (ii) diagnosi psichiatrica (iii) consenso informato. Sono stati costituiti due gruppi: uno ha ricevuto semplice counselling psicologico (Controllo, n= 8) e uno ha ricevuto un intervento integrato di psicoterapia cognitivo-comportamentale individuale secondo i protocolli CBT sul disturbo d'ansia sociale + un trattamento di gruppo esperienziale tramite Cineforum (Trattamento, n=8) della durata di 15 incontri. Per l'analisi dei dati sono state effettuate: (1) ANOVA secondo il modello lineare generalizzato a misure ripetute; (2) t-test per campioni indipendenti e appaiati ad una coda.

*Risultati e conclusioni:* I due gruppi che non presentavano differenze significative nell'ansia sociale a T0, già a T1 hanno mostrato differenze significative nel costrutto, mantenute a T2. Sono state confermate le 2 ipotesi di efficacia e di stabilità: è emersa una maggiore efficacia della CBT+Gruppo Cineforum nella riduzione dell'Ansia Sociale e degli evitamenti ad essa connessi rispetto al semplice counseling. È stata inoltre confermata la stabilità dei risultati del trattamento nel tempo (confronto tra T1 e T2).

**Parole chiave:** effettività • counseling • CBT • ansia sociale • detenuti psichiatrici

Per corrispondenza: Francesca GIORDANO • e-mail: [dr.francescagiordano@pec.it](mailto:dr.francescagiordano@pec.it)

Francesca GIORDANO, Psicologa-psicoterapeuta-dottore di ricerca in Psicologia Clinica  
Alessandra MOSCATELLO, Dirigente U.O. Medicina Penitenziaria, ASL Lecce

# Studio pilota preliminare: effettività del counseling psicologico e della psicoterapia cognitivo-comportamentale sull'ansia sociale in detenuti con disagio psichico

## Introduzione

La domanda di fondo che spinge il nostro interesse verso questo studio pilota preliminare è se la psicoterapia cognitivo-comportamentale, in misura maggiore rispetto al semplice counseling psicologico, possa favorire la risocializzazione dei pazienti autori di reato affetti da un disturbo di personalità e offrire loro competenze e risorse sociali adatte ad un più facile reinserimento sia in ambito detentivo che al momento del fine pena.

La nostra ipotesi di ricerca è che il disturbo d'ansia sociale clinicamente riscontrato tra i detenuti psichiatrici sia il risultato di condizionamenti diretti (anche cumulativi) traumatici e di mancate abilità sociali pregresse (deficit di decentramento cognitivo e adozione di una prospettiva di osservazione a partire da schemi centrali di debolezza/incompetenza/essere noiosi o maldestri).

Infatti, il deficit di mentalizzazione e di capacità relazionale è stato da sempre studiato nell'ambito di caratteristiche di personalità antisociali e psicopatiche all'interno di OPG e delle strutture carcerarie, sottolineandone la presenza di tratti principali di insensibilità, spietatezza e mancanza di rimorso, deficit del funzionamento emotivo (Cleckley, 1941; Danna, Duggan e McCarthy, 2004; Sotto, Worley e Grimes, 2010), senza porre attenzione alla possibilità di un concomitante disturbo d'ansia sociale e ad un deficit di social skills pregresso che il detenuto porta in realtà con sé, dalle osservazioni cliniche, come frutto di possibili relazioni d'attaccamento patologiche o per esperienze con i pari problematiche già dall'infanzia/adolescenza. Nuove evidenze scientifiche (Linehan, M., 2015; Hare, RD, 2009; APA 2002; Mancini, F., 2009) stanno infatti, in accordo con l'approccio del nostro studio pilota, cominciando a mettere in luce come fattori ambientali – quali traumi infantili, trascuratezza da parte dei genitori, attaccamento inadeguato ai caregiver, gruppi di pari antisociali, e comunità povere e violente in cui sono cresciuti – abbiano un ruolo importante nello sviluppo del disturbo antisociale di personalità e della psicopatia. È probabile che tali influenze ambientali interagiscano con le vulnerabilità genetiche (predisposizioni ereditarie all'insensibilità emotiva e all'impulsività), aumentando così il rischio di comportamento antisociale e tratti psicopatici.

Le stesse difficoltà relazionali pregresse trovano un contesto di possibile aggravamento all'interno dell'Istituto Penitenziario stesso, dove regole non dette, pregiudizi morali sul tipo di reato o sul disagio psichico, nonché sull'assunzione di psicofarmaci durante il periodo di trattamento, gettano il terreno per un ulteriore senso di esclusione e non appartenenza dei nostri pazienti, spesso rifiutati dalle famiglie quanto dai detenuti stessi. Spesso i feedback negativi ricevuti dal gruppo di pari o dalla famiglia hanno sostenuto una bassa autostima, vissuti di solitudine e di

mancanza di intimità che, associate al deficit empatico e alle più generali difficoltà inerenti le abilità sociali, hanno portato ad un ripiegamento in se stessi narcisistico o ad una costante oscillazione dell'immagine di sé (sopravalutata o sminuita) che spiegano la forte comorbidità di un disturbo d'ansia sociale in questi soggetti, già sofferenti di disturbi di personalità prevalentemente del cluster B.

Evidenze empiriche (Dolan e Park, 2002; Seres e coll., 2009) mostrano inoltre come in soggetti con disturbo antisociale di personalità emergono deficit neuropsicologici di tipo "esecutivo" ascrivibili principalmente al funzionamento delle aree prefrontali, sia a livello dorsolaterale (DLPFC) che a livello ventromediale (VMPFC). Difatti, queste tipologie di pazienti presentano deficit di pianificazione e di monitoraggio e inibizione di schemi comportamentali pre-programmati, tipicamente ascrivibili al funzionamento della DLPFC. Si evidenziano, inoltre, deficit nel controllo inibitorio e, specificatamente, nella capacità di imparare a inibire un comportamento che non ottiene più risposte gratificanti, tipicamente ascrivibili al funzionamento della VMPFC. Deficit di questo tipo possono spiegare una parte della varietà dei problemi interpersonali e comportamentali tipici del soggetto con disturbo antisociale di personalità.

Dunque, se la mancanza di processi inibitori dell'impulsività e il basso livello di capacità empatica, intesa come un'esperienza emotiva condivisa (Deutsch e Madle, 1975; Moore, 1990) e di comprensione del punto di vista altrui (Hogan, 1969), sono direttamente collegate ad un comportamento sociale negativo (Miller e Eisenberg, 1988), essi rivelano distorsioni cognitive specifiche ascrivibili alla relazione con l'altro che vanno appositamente trattate.

In quest'ottica, nel nostro studio abbiamo scelto di valutare, se pur nei limiti di un campione esiguo viste le difficoltà di servizio e di setting all'interno dell'Istituto penitenziario leccese, l'efficacia di un intervento terapeutico sull'ansia sociale che ha integrato il protocollo di trattamento Cognitivo-comportamentale (CBT) tradizionale per il Disturbo d'Ansia Sociale (modello di Clark e Wells) con un approccio di gruppo esperienziale tramite il Cineforum, che permettesse al terapeuta di stimolare, attraverso il role playing suggerito dai contenuti tematici di film che rappresentassero vissuti emotivi ed esistenziali vicini a quelli dei detenuti stessi (razzismo, bullismo, traumi infantili, aggregazione ad associazioni di stampo mafioso, uso di sostanze psicotrope, inversione vittima-carnefice, ecc.) l'espressione di bisogni ed emozioni spesso negati, nonché la messa in discussione di diversi punti di vista per l'arricchimento delle capacità metacognitive del decentramento, del problem-solving e dell'immedesimazione.

## 1. L'analisi della letteratura internazionale

Dall'analisi della letteratura internazionale relativa alla popolazione carceraria emergono come principali indirizzi di ricerca:

- gli studi sulla psicopatologia generale riscontrata in detenuti nuovi giunti e definitivi e il loro trattamento;
- gli studi sulle differenze di genere e sul confronto con la popolazione della comunità generale;
- gli studi sull'associazione di particolari quadri clinici con i tipi di reati commessi.

Non risultano presenti, ad un primo sguardo, studi specifici sull'ansia sociale nella popolazione carceraria, bensì rilevazioni generiche delle percentuali di disturbi d'ansia prevalenti. Scarsi inoltre risultano i lavori di ricerca circa l'efficacia dei trattamenti all'interno delle strutture penitenziarie, se non in tema di aggressori sessuali e disturbo antisociale di personalità (APD).

Storicamente, si pensava che l'ansia limitasse l'attività criminale e lo sviluppo di APD, ma recenti evidenze suggeriscono che la risposta all'accresciuta minaccia può portare a comportamenti violenti persistenti, tant'è vero che secondo lo studio di Hodgins, De Brito, e al. (2010) circa il 50% degli uomini con disturbo antisociale di personalità (APD) presenta un disturbo d'ansia in comorbidità. Tra gli autori di reato con APD, se presentano anche un disturbo d'ansia, manifestano significativamente più sintomi di APD, hanno avuto maggiore probabilità di inizio della loro carriera criminale prima dei 15 anni, di avere diagnosi di dipendenza da alcol e/o l'abuso di droga, e di aver sperimentato idee suicide e tentativi suicidari.

Diversi studi hanno sottolineato la comorbidità tra una storia di abuso/dipendenza da sostanze precedente la reclusione e personalità antisociale, fino ad interessare il 47,1% delle diagnosi (secondo lo studio cross-sectional di Ayiroli-meethal, Ragesh, e al., 2014), il 58,8% (secondo l'analisi di Kumar, Daria, Usha, 2013) il 56,4% (secondo Goyal, Singh, e al., 2011), e il 57% (secondo lo studio di Tye e Mullen, 2006). Il Disturbo di personalità antisociale è stato diagnosticato nel 19,2% dei casi, il disturbo di adattamento nel 13,7%, il disturbo dell'umore nel 4,3% e la psicosi in un altro 6,3% dei detenuti (Ayirolimeethal, Ragesh, e al., 2014).

Secondo lo studio di Butler, Allnutt, e al. (2005) il 43% di detenuti esaminati hanno avuto almeno una delle seguenti diagnosi: psicosi, disturbo d'ansia o disturbo affettivo. I "nuovi giunti" hanno sofferto di malattie mentali in misura maggiore dei "definitivi" (46% vs 38%). Le donne avevano livelli più elevati di morbilità psichiatrica rispetto agli uomini (61% vs 39%); inoltre il 9% di tutti i detenuti aveva sperimentato sintomi psicotici (dovuti a qualsiasi causa) nei 12 mesi precedenti. Il 20% di tutti i detenuti aveva sofferto di almeno un tipo di disturbo dell'umore e il 36% aveva sperimentato un disturbo d'ansia. Il Disturbo da stress post-traumatico è il disturbo più comune, diagnosticato nel 26% dei "nuovi giunti" e il 21% dei detenuti "condannati".

Coolidge, Marle, Van Horn, e Segal (2011) hanno rilevato che i detenuti maschi avevano una prevalenza significativamente più alta di disturbo antisociale di personalità rispetto alle donne detenute (24% vs. 18%) mentre le dete-

nute avevano il doppio della prevalenza rispetto ai detenuti maschi sulle scale di disturbo di personalità borderline e istrionico e una maggiore disfunzione generale neuropsicologica (problemi di memoria e sintomi neuro somatici).

Dal 2007 Bernstein e coll. (2012) conducono invece uno studio clinico randomizzato sull'efficacia della Schema therapy in sette ospedali psichiatrici giudiziari olandesi (cliniche "TBS") su 104 partecipanti e hanno teorizzato che la personalità antisociale/psicopatica faccia uso prominente di cinque mode dello schema ("mode imbrogliare e manipolare", "mode di auto-esaltazione e svalutazione altrui", "mode del bullo e attacco/intimorisco", "mode di controllo-paranoico", "mode predatore") che coinvolgono gli stili di coping maladattivi di sovracompensazione.

L'interessante studio di Pondé, Caron, e al. (2014) ha indagato se ci fosse o meno un'associazione statisticamente significativa tra alcuni disturbi psichiatrici e gruppi specifici di reato. I risultati hanno evidenziato che la tossicodipendenza correla con reati sessuali e omicidi; il disturbo di personalità antisociale con rapina e sequestro di persona ed estorsione; il disturbo di personalità borderline con crimini sessuali; e la dipendenza cronica da alcol con la frode, la co-spiazione, la rapina a mano armata e l'omicidio.

## 2. Efficacia e limiti di questo studio pilota

Nella varietà di disturbi psichiatrici riscontrati, è importante valutare l'effettività dei trattamenti psicologici integrati proprio a partire dalla considerazione che diversi tipi di trattamento, come il counseling o la psicoterapia, possono essere consigliati o prescritti a persone diverse, con differenti fattori psicologici in grado di influenzare l'andamento del lavoro sul caso singolo (ad esempio, diverso grado di consapevolezza del problema, diversa intensità della sintomatologia e diverse predisposizioni personali e resistenze al cambiamento comportamentale).

Per rendere il nostro studio il più vicino possibile alla reale pratica clinica abbiamo utilizzato una metodologia di tipo naturalistico (o correlazionale): i soggetti non sono stati assegnati random a diversi gruppi; al contrario, si sono presi gruppi già esistenti in seguito all'accesso e presa in carico presso il Servizio di Psichiatria Penitenziaria e non uguali in tutto, dal momento che differivano nelle misure pre-trattamento delle Variabili Indipendenti e per il fatto di ricevere diversi trattamenti (CBT sull'Ansia Sociale e attività di cineforum vs. counseling individuale di controllo). In questo modo, si è perso qualcosa in termini di controllo di variabili confondenti (specie, il trattamento psicofarmacologico in atto, il che comporta una riduzione della validità INTERNA dello studio), ma si è guadagnato qualcosa in termini di similarità tra provenienza del campione studiato e contesto della popolazione da cui il campione è tratto, e cioè nei termini di "effettiva" generalizzabilità dei risultati ottenuti (il che comporta un aumento della validità ECOLOGICA dello studio in questione).

Ulteriore limite del nostro studio pilota preliminare è dato dall'esiguità del campione considerato, dal momento che problemi di Servizio e di Setting all'interno dell'Istituto Penitenziario (autorizzazioni di uscita dalle celle in orario extra rispetto alle ore d'aria, impossibilità di spostamento

di sezione dei detenuti in oggetto, disposizione in Infermeria di una stanza con tv limitata nella capienza, ecc.) non hanno permesso di estendere l'attività terapeutica ad altri reclutamenti nè di ripeterla in un secondo momento. Pertanto, ci preme sottolineare la prudenza necessaria nell'interpretazione dei risultati, che già dal titolo "studio pilota" abbiamo voluto enfatizzare, consapevoli della bassa affidabilità statistica delle valutazioni sull'efficacia. La scelta di pubblicare comunque questi risultati nasce principalmente dalla volontà di discutere e confrontare buone pratiche di trattamento per pazienti gravi autori di reato a partire dalle osservazioni cliniche effettuate.

### 3. Obiettivi e ipotesi

L'obiettivo del nostro studio pilota preliminare è quello di confrontare l'effettività di due trattamenti psicologici nel promuovere una riduzione significativa della sintomatologia di Ansia Sociale riscontrata nei pazienti detenuti tra l'inizio, la metà e la fine del trattamento (ipotesi 1) e osservare la stabilità dei risultati ottenuti nei tre tempi per i due trattamenti (ipotesi 2).

### 4. Materiali e Metodi

#### 4.1. Disegno di ricerca

Il presente studio preliminare consiste in un trial clinico di tipo naturalistico volto a valutare l'effettività di due diversi tipi di trattamento psicologico (psicoterapia CBT + cineforum vs. counseling psicologico) su pazienti in carico presso il Servizio di Psichiatria della Casa Circondariale Bg. San Nicola di Lecce. Le misure di esito offerte dalla somministrazione ripetuta del test Liebowitz Social Phobia Scale (LSPS) saranno all'inizio, a metà e alla fine del trattamento.

#### 4.2. Soggetti

È stato utilizzato un esiguo campione di N=16 pazienti detenuti definitivi reclutati presso il reparto Infermeria, Servizio di Psichiatria Penitenziaria della C.C. di Lecce. Questo reparto ha fornito un sostegno psicologico-clinico ai pazienti nella forma di counseling cognitivo-comportamentale al gruppo di controllo (N=8) mentre psicoterapia cognitivo-comportamentale individuale e di gruppo tramite l'esperienza condivisa del Cineforum per il gruppo in trattamento (N=8). Le principali caratteristiche socio-demografiche e cliniche del nostro Campione complessivo sono rappresentate nella tabella 1.

#### 4.3. Procedura

Il presente studio pilota è stato condotto su 16 pazienti (età compresa tra 21 e 54 anni, media 36,13) che effettuavano l'accesso al Servizio di Psichiatria Penitenziaria della C.C. di Lecce in regime di ricovero, su invio del medico di guardia, di altri Servizi come il Ser.t o direttamente con richiesta personale. Questi pazienti sono andati incontro ad un primo screening sulla base dei seguenti criteri d'inclusione: (i) compimento del 18° anno d'età (ii) diagnosi psichiatrica in prima visita (iii) consenso informato al trattamento dei dati. Questa procedura ha permesso di costituire due gruppi, uno di pazienti che avrebbero ricevuto semplice counselling psicologico (Gruppo di controllo, n= 8) e uno di pazienti che avrebbero ricevuto psicoterapia cognitivo-comportamentale individuale secondo i protocolli CBT sul disturbo d'ansia sociale misurato + un trattamento di gruppo tramite il progetto Cineforum (Gruppo trattamento, n=8). I due gruppi così creati non presentavano, come atteso, differenze significative prima del trattamento nella misurazione totale dell'ansia sociale (totale T0) ma già ad una valutazione intermedia (totale T1) dopo 7 incontri di gruppo hanno mostrato differenze significative nel costrutto misurato con lo stesso strumento, mantenute fino all'ultima misurazione di fine trattamento dopo 15 incontri (totale T2). Questi risultati sono tuttavia preliminari vista l'esiguità del campione in oggetto.

	<b>Variabile</b>	<b>Frequenza</b>
<b>Stato Civile</b>	Celibe	10 (62,5%)
	Coniugato/convivente	5 (31,3%)
	Separato/divorziato	1 (6,3%)
	Vedovo	0
<b>Titolo di studio</b>	Licenza elementare	3 (18,8%)
	Licenza media	11 (68,8%)
	Diploma superiore	2 (12,5%)
	Laurea	0
<b>Diagnosi principale in asse 1</b>	Disturbi psicotici	2
	disturbi d'umore	3
	disturbi ansiosi	4
	disturbi d'adattamento	0
	disturbo da uso di sostanze	
	DCA	7
	disturbi dello sviluppo	0
	Altri disturbi	0
Nessun disturbo	0	
<b>Diagnosi principale in asse 2</b>	Cluster A	3
	Cluster B	6
	Cluster C	2
	Nessun disturbo	5

**Tabella 1. Principali caratteristiche socio-demografiche del campione totale**

4.4. *Trattamenti*

Il *Counselling psicologico* offerto al Gruppo di Controllo (N=8) mirava, attraverso un intervento breve individuale consistente in un massimo di 4 sedute, a contenere l'angoscia legata allo stato di detenzione, valutare la presenza di problematiche relazionali con comportamenti iperprotettivi o di allontanamento, favorire il reinserimento sociale tramite la partecipazione ad ore d'aria comune, a diminuire i livelli generali di attivazione e a fornire un sostegno emotivo.

La *Psicoterapia cognitivo-comportamentale* (individuale e di gruppo) offerta al Gruppo Trattamento (N=8) è stata svolta tramite un'attività individuale di 4 incontri individuali a testa e 15 di gruppo (un incontro a settimana, da aprile ad agosto 2015). L'idea alla base dell'orientamento cognitivo-comportamentale è che ciascun individuo possa sviluppare specifici schemi cognitivo-emotivi (strutture cognitive-emotive di significato, modelli operativi, ecc.) più o meno disfunzionali e che, insieme alle variabili biologiche, di anamnesi di vita e situazionali attuali, e in interazione con esse, determinino il livello e il tipo di vulnerabilità individuale. Sulla base di que-

sta premessa, gli obiettivi del trattamento sono stati l'aggancio individuale, l'analisi dei modelli operativi di significato disfunzionali, l'accrescimento della capacità di elaborazione di esperienze interne ed esterne, dell'automonitoraggio, il riconoscimento delle emozioni e del loro legame con i pensieri irrazionali, lo sviluppo del decentramento e della differenziazione di sé, il riconoscimento di errori cognitivi, l'accrescimento dell'autoefficacia e delle autonomie comportamentali, con riduzione dei comportamenti protettivi, la modulazione dei vissuti emotivi più intensi, l'esposizione, l'acquisizione di abilità sociali all'interno del gruppo, l'incremento dell'assertività e della capacità empatica. Il lavoro di gruppo tramite l'esperienza del Cineforum ha offerto in questo gruppo una situazione specifica di esposizione in vivo e di prova condivisa con esercizi di mantenimento e particolare attenzione agli schemi relazionali agiti. Sono stati proiettati con frequenza settimanale da aprile ad agosto 2015 quindici film a scelta tematica specifica concordata con i detenuti afferenti al Servizio Psichiatrico.

La tabella 2 riassume brevemente il lavoro di psicoterapia di gruppo svolto con il Gruppo Trattamento.

FILM PROIETTATO	TEMA DEL GIORNO	DISCUSSIONE CONDIVISA
“Sole a catinelle” di Gennaro Nunziante	La situazione italiana attuale	La crisi economica, la disoccupazione, il rapporto padre figlio, l'autoironia e l'ottimismo come risorsa
“Gran Torino” di C. Eastwood	Il bullismo	Il razzismo, lo scambio culturale come crescita, parallelismo con la cultura carceraria del “lupo” e della “pecora”, la cultura dell'omertà
“Educazione siberiana” di G. Salvatores	La cultura associazionistica delinquenziale	Confronto tra la cultura associazionistica russa e quella italiana, le regole morali trasmesse anche nei gruppi delinquenti, la cultura espressiva dei tatuaggi in carcere
“La vita è bella” di R. Benigni	Il razzismo	L'olocausto, l'evoluzione del razzismo nei secoli, l'autoironia nell'affrontare situazioni drammatiche
“Cesare deve morire” di P. Taviani	Il carcere	Le attività rieducative-risocializzanti proposte in carcere, esperienze personali di teatro ed esposizioni pubbliche su un palco, l'ansia da prestazione
“La 25esima ora” di Spike Lee	Il giorno prima dell'arresto. La vita del pusher	Parallelismi con storie personali di blitz, il senso di colpa, il timore del carcere e delle sue “regole non dette”, la bella vita del pusher con soldi facili e popolarità
“L'attimo fuggente” di Peter Weir	Il Carpe Diem	L'amore per la vita, la poesia e l'arte; il decentramento e le diverse prospettive di analisi delle situazioni, il suicidio, parallelismo con i gesti anticonservativi in carcere
“Scarface” di Brian Russell De Palma	Lo spaccio internazionale e il consumo di cocaina	Il “ruolo del cattivo”, il senso di onnipotenza e la bella vita del boss; parallelismi con esperienze personali di uso di cocaina, l'anestesia emotiva e il distacco dalla realtà perseguiti
“Qualunquemente” di Giulio Manfredonia	La politica italiana	La politica sporca e manipolatrice; contatti e finte promesse del politico, l'impossibilità di voto dei detenuti
“Flight” di Robert Zemeckis	L'alcolismo	Esperienze dirette e indirette di vita con l'alcol e l'alcolismo, cause e conseguenze dell'alcolismo nei suoi aspetti bio-psico-sociali

“ <b>Fight Club</b> ” di David Fincher	Il disturbo mentale	La personalità multipla, la scissione e la proiezione psicologica; parallelismi con la rabbia nel contesto carcerario e la difficoltà di gestione e modulazione della stessa; situazioni quotidiane di “doppia vita” esperita da chi usa sostanze
“ <b>La mafia uccide solo d’estate</b> ” di Pif	La mafia in Italia	La differenza tra mafia del passato e quella attuale, riflessioni sul reclutamento associazionistico in carcere e il coinvolgimento dello Stato
“ <b>La ricerca della felicità</b> ” di Gabriele Muccino	La felicità e il ruolo paterno	Rapporto padre-figlio, l’educazione, la tenacia e la motivazione verso il lavoro
“ <b>Avatar</b> ” di James Cameron	Il rapporto con culture diverse	Riflessioni sul rispetto della natura, la conoscenza profonda delle persone, il rapporto con culture diverse.

**Tabella 2. Lavoro di psicoterapia di gruppo svolto tramite Cineforum**

4.5. *Strumenti e misure*

L’esito dei due trattamenti è stato valutato utilizzando il LSPS (Liebowitz Social Phobia Scale di MR. Liebowitz, 1987), scala di valutazione somministrata prima del trattamento (T0), ad intervallo intermedio (T1) e alla fine del trattamento (T2). La LSPS è una scala composta da 24 item che misurano, 13 l’ansia prestazionale o di performance (1-4, 6, 8, 9, 13, 14, 16, 17, 20, 21) ed i rimanenti 11 l’ansia sociale (5, 7, 10-12, 15, 18, 19, 22-24). Per ogni item vengono poi valutate, separatamente, l’ansia/la paura legate a ciascuna situazione descritta ed il grado di evitamento. La frequenza di ansia ed evitamento delle situazioni sociali viene indicata su due scale Likert a 4 punti (Ansia da 0=nessuna a 3=grave; Evitamento da 0=mai a 3=sempre o quasi). La scala permette di valutare quattro aree: Ansia prestazionale, Evitamento prestazionale, Ansia sociale, Evitamento sociale ed è possibile, per ogni scala, calcolare un punteggio che risulta dalla sommatoria dei punteggi grezzi degli items che la compongono. Con questo strumento è inoltre possibile ricavare un punteggio Totale con indicazione del grado di gravità della fobia sociale (da nessun disturbo a gravissimo). La scala si è dimostrata sensibile alle modificazioni indotte dal trattamento. Il periodo di riferimento in prima

somministrazione è stato “il passato” come strumento di screening prima del trattamento, per poi dare indicazione di valutare l’attualità e l’intervallo tra una valutazione e l’altra nell’intervallo intermedio a metà trattamento e a fine terapia per la valutazione degli effetti del trattamento.

Per lo scoring è stata utilizzata la correzione automatica dei punteggi del test effettuata attraverso il programma ISAP 2 (Conti, 1999).

4.6. *Elaborazione statistica*

Per l’analisi dei dati sono state effettuate una serie di: (1) ANOVA secondo il modello lineare generalizzato a misure ripetute; (2) t-test per campioni indipendenti e appaiati a una coda.

**5. Risultati**

La tabella 3 riporta le statistiche descrittive e inferenziali relative ai valori delle diverse scale dell’LSPS al passare del tempo per i due trattamenti.

	Controllo (Counseling)			Psicoterapia+ Cineforum			Gruppo	Tempo	Interazione
	T0	T1	T2	T0	T1	T2			
<b>Variabili</b>	M (DS)	M (DS)	M (DS)	M (DS)	M (DS)	M (DS)	F (sign. 1 coda)	F (sign. 1 coda)	F (sign. 1 coda)
<b>Scala Ansia prestazionale</b>	17,13 (9,326)	16,63 (8,847)	16,50 (8,602)	16,63 (5,902)	9,88 (8,839)	9,88 (7,990)	1,291	11,160***	7,416**
<b>Scala Evitamento prestazionale</b>	16,00 (8,586)	16,00 (8,602)	16,38 (8,484)	15,25 (4,200)	9,13 (9,203)	8,87 (7,240)	1,824	4,914**	5,578**
<b>Scala Ansia sociale</b>	14,5 (6,347)	14,38 (5,878)	14,88 (5,987)	14,63 (6,368)	9,25 (7,265)	11,63 (9,180)	,760	3,163*	3,531*
<b>Scala Evitamento sociale</b>	12,88 (5,842)	13,62 (5,553)	13,38 (5,153)	13,63 (6,070)	8,63 (5,999)	10,88 (8,543)	,572	2,899*	5,330**
<b>Totale</b>	60,50 (27,877)	60,88 (26,254)	61,38 (26,175)	60,13 (20,378)	36,88 (30,296)	41,25 (31,056)	1,294	6,316**	6,984**

**Tabella 3. Statistiche descrittive e ANOVA delle Scale dell’ LSPS per i due trattamenti a T0, a T1 e a T2.**

5.1 *Efficacia dei trattamenti (Ipotesi 1)*

Nonostante l'esiguità del campione in oggetto, a livello preliminare è stato possibile confermare le nostre ipotesi relative all'efficacia del trattamento congiunto CBT e Cineforum nel diminuire i livelli dell'ansia sociale sperimentata e il riscontro di un miglioramento all'interno del gruppo trattamento nei tre tempi di misurazione significativamente maggiore rispetto al gruppo di controllo.

È stato possibile confermare l'efficacia del trattamento psicoterapico integrato per tutte le scale considerate, osservando una riduzione significativa tra l'inizio e la metà del trattamento (settima seduta). D'altra parte, solo la psicoterapia presenta una riduzione significativa nei valori delle scale misurate, a partire da quelli della Scala Totale di Ansia Sociale (Trattamento:  $t=3.393$  (7),  $p=.006$ ; Controllo:  $t=-.513$ ,  $p=.311$ ), nelle scale dell'Ansia Prestazionale (Trattamento:  $t= 3.112$  (7);  $p=.008$ ; Controllo:  $t=1.158$  (7);  $p=.142$ ), dell'Evitamento Prestazionale (Trattamento:  $t= 2.234$  (7);  $p=.030$ ; Controllo:  $t=.000$  (7);  $p=0.5$ ) nei valori dell'Ansia Sociale (Trattamento:  $t= 3.086$  (7);  $p=.009$ ; Controllo:  $t=-.215$  (7);  $p=.418$ ) e dell'Evitamento Sociale (Trattamento:  $t= 4.292$  (7);  $p=.002$ ; Controllo:  $t=-1.821$  (7);  $p=.055$ ).

5.2 *Stabilità dei risultati (Ipotesi 2)*

In merito al confronto tra l'intervallo intermedio (settima seduta T1) e la misurazione finale delle scale (quindicesima seduta T2), è stato possibile confermare, nonostante l'esiguità del campione in oggetto, a livello preliminare anche la nostra seconda ipotesi relativa ad una stabilità dei risultati

del trattamento psicoterapico. Infatti, non è stata osservata alcuna modificazione significativa in nessuna delle scale considerate. I valori della Scala Totale di Ansia Sociale non presentano differenze significative tra il T1 e il T2 (Trattamento:  $t= -.876$ ,  $p=.205$ ; Controllo:  $t=-1.080$ ,  $p=.158$ ), così come i valori della Scala dell'Ansia Prestazionale (Trattamento:  $t=.000$ ,  $p=.5$ ; Controllo:  $t= -1.000$ ,  $p=.175$ ), nei valori dell'Evitamento Prestazionale (Trattamento:  $t=.170$ ,  $p=.435$ ; Controllo:  $t=-1.426$ ,  $p=.09$ ), in quelli dell'Ansia Sociale (Trattamento:  $t= -1.325$ ,  $p=.113$ ; Controllo:  $t=-1.000$ ,  $p=.175$ ) e dell'Evitamento Sociale (Trattamento:  $t=-1.359$ ,  $p=.108$ ; Controllo:  $t= 1.000$ ,  $p=.175$ ). Infine, è stato possibile confermare la nostra ipotesi di una divergenza dei valori misurati nei due gruppi per le seguenti scale: Totale ( $F=6.984$ ,  $p=.003$ ), Ansia Prestazionale ( $F=7.416$ ,  $p=.006$ ), Evitamento Prestazionale ( $F=5.578$ ,  $p=.009$ ), Ansia Sociale ( $F=3.531$ ,  $p=.027$ ), Evitamento Sociale ( $F=5.330$ ,  $p=.011$ ), come si può osservare nelle figure di andamento dei valori delle Scale del test LSPS nel tempo nei due Gruppi Trattamento vs. Controllo.

Rilevante dal punto di vista clinico ed umano, a nostro avviso, è segnalare che a metà trattamento, coincidente con la scelta non casuale della visione del film "L'attimo fuggente", è avvenuto nella sezione infermeria un decesso per suicidio di un detenuto giudicabile non appartenente al gruppo. Questo evento è stato discusso durante la settima seduta per favorire l'espressione dell'angoscia e l'elaborazione dei vissuti emotivi connessi all'evento traumatico, ma ha chiaramente turbato il percorso terapeutico come evento imprevisto esterno. Probabilmente questo potrebbe essere interpretato come causa di un momento del rialzo delle scale di Ansia ed Evitamento Sociale tra T1 e T2 (come evidenziato dalle Figure 3 e 4).

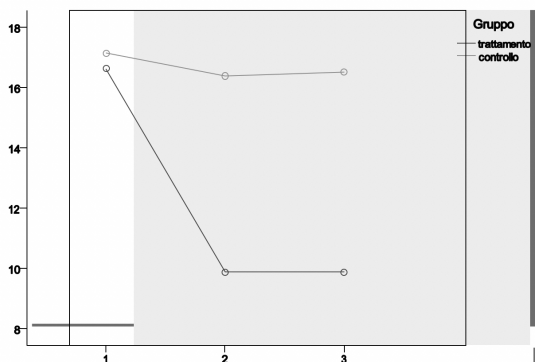


Figura 1. Andamento dei valori della Scala Ansia Prestazionale nel tempo nei due Gruppi

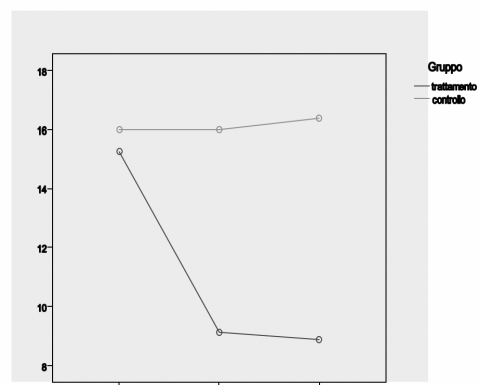


Figura 2. Andamento dei valori della Scala Evitamento Prestazionale nel tempo nei due Gruppi.

### 5.3 Discussione dei risultati

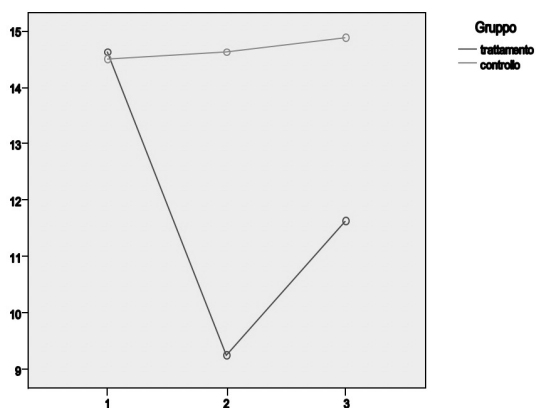


Figura 3. Andamento dei valori della Scala Ansia Sociale nel tempo nei due Gruppi.

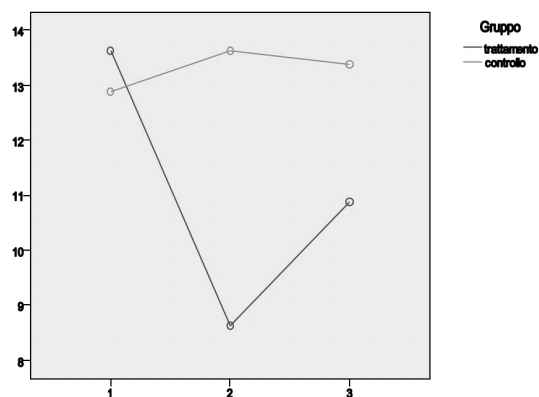


Figura 4. Andamento dei valori della Scala Evitamento Sociale nel tempo nei due Gruppi.

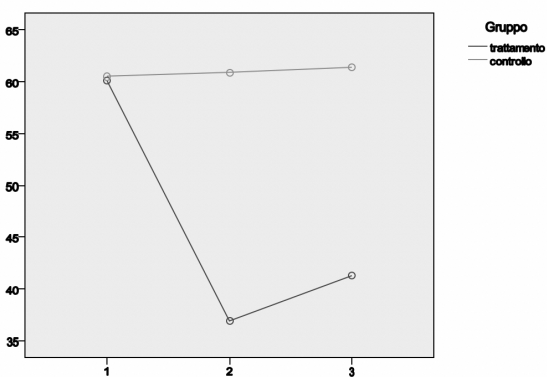


Figura 5. Andamento dei valori della Scala Ansia Sociale Totale nel tempo nei due Gruppi.

La nostra ipotesi di ricerca è che il disturbo d'ansia sociale clinicamente riscontrato tra i detenuti psichiatrici sia il risultato di condizionamenti diretti (anche cumulativi) traumatici e di mancate abilità sociali pregresse (deficit di decentramento cognitivo e adozione di una prospettiva di osservazione a partire da schemi centrali di debolezza/incompetenza/essere noiosi o maldestri).

Nel nostro studio pilota, se pur in via preliminare vista l'esiguità del nostro campione, è stato possibile osservare che il counseling e la psicoterapia non risultano ugualmente efficaci nella riduzione dell'Ansia Sociale e degli evitamenti ad essa connessi, mostrando significative differenze tra i tempi T0 e T1 nei due gruppi (Trattamento vs. Controllo) in tutte le scale misurate, che si mantengono nel tempo mostrando una divergenza dei risultati da T0 a T2.

Infine, è stato possibile confermare la nostra ipotesi di una interazione Gruppo X Tempo significativa e molto significativa per le scale Ansia Prestazionale ( $p=.006$ ), Evitamento Prestazionale ( $p=.009$ ), Scale Ansia Sociale ( $p=.027$ ) ed Evitamento Sociale ( $p=.01$ ) mentre molto significativa è l'interazione Gruppo X Tempo nella Scala Totale di Ansia Sociale ( $p=.003$ ) (si veda tab. 3).

La ricerca sull'ansia sociale e il disturbo d'ansia sociale ha proliferato negli anni sulla spiegazione del disturbo attraverso modelli cognitivo-comportamentali. La recensione effettuata da Morrison, A. S. Heimberg, R. G (2013) evidenzia un modello aggiornato di recente ricerca su (a) la prospettiva di elaborazione delle informazioni, tra cui l'attenzione ai pregiudizi, i pregiudizi nell'interpretazione, le associazioni implicite, immagini e ricordi visivi, e (b) la prospettiva della regolazione delle emozioni, tra cui l'emotività positiva e la rabbia. Inoltre, hanno passato in rassegna i recenti studi che esplorano i ruoli dell'attenzione centrata su di sé, i comportamenti di sicurezza, e l'elaborazione post-evento nel mantenimento dell'ansia sociale. Anche nello studio di Schmidt, Richey, et al. (2009), è stata analizzata la Polarizzazione dell'attenzione verso i segnali sociali negativi per cercare un ruolo eziologico e di mantenimento nel disturbo d'ansia sociale (SAD).

Secondo Paul Latimer (2015) le persone socialmente ansiose hanno paura della critica e della disapprovazione, non gradiscono essere al centro dell'attenzione o sotto esame. Chi soffre di disturbo d'ansia sociale spesso sviluppa altri disturbi come la depressione e disturbo d'uso di sostanze. Schulze, Renneberg, Lobmaier (2013), hanno osservato inoltre che un'anormale percezione dello sguardo può essere un indicatore importante del disturbo d'ansia sociale (SAD). Rispetto ai controlli, gli individui socialmente ansiosi mostrano una maggiore percezione di direzioni dello sguardo rivolto verso di sé e dimostrano la paura marcata di contatto visivo diretto.

### Conclusioni

Dall'analisi della letteratura internazionale effettuata è emerso un forte interesse per la misurazione di costrutti psicologici generici e per la prevalenza di disturbi psichiatrici all'interno della popolazione carceraria, eppure scarsi



risultano i lavori di ricerca circa l'efficacia dei trattamenti all'interno delle strutture penitenziarie fatta eccezione per studi sugli aggressori sessuali e sul disturbo antisociale di personalità. Con questo nostro piccolo contributo abbiamo dunque cercato un approccio originale alla valutazione dell'effettività comparata di diversi approcci clinici verso detenuti affetti da disagio psichico, sottolineando, a nostro modo, l'importanza di un intervento psicoterapico integrato che possa rispondere meglio di semplici colloqui di counseling al problema del paziente psichiatrico all'interno degli Istituti Penitenziari. Nel nostro studio pilota la nostra attenzione è stata posta su un disturbo d'ansia sociale che accomuna il nostro campione indipendentemente dalla diagnosi dell'ASSE II del DSM-IV. A nostro avviso, l'importanza di questo riscontro è particolarmente evidente da un punto di vista clinico e stimola la ricerca di spiegazioni di causa-effetto da approfondire e di interventi terapeutici mirati, come training specifici di incentivo dell'efficacia interpersonale (DBT), se si vuole realmente parlare di un lavoro di rieducazione, risocializzazione e riabilitazione all'interno delle strutture psichiatriche penitenziarie.

## Riferimenti bibliografici

- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR, Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali- Text Revision*. Milano: Masson.
- Ayirimeethal, Anithakumari, Ragesh, G, Ramanujam, Jayanthi M, George, Biju (2014). Psychiatric morbidity among prisoners. *Indian journal of psychiatry*, 56, 2, 150, ISSN: 0019-5545.
- Bernstein, D.P., Nijman, H., Karos, K., Keulen-de Vos, M., de Vogel, V., & Lucker, T. (2012). Schema Therapy for forensic patients with personality disorders: Design and preliminary findings of multicenter randomized clinical trial in the Netherlands. *International Journal of Forensic Mental Health*, 11, 312-324.
- Blonigen, D.M., Patrick C.J., Douglas K.S., Poythress N.G., Skeem J.L., Lilienfeld, S.O., Edens, J.F., Krueger, R.F. (2010). Multi-method assessment of psychopathy in relation to factors of internalizing and externalizing from the Personality Assessment Inventory: the impact of method variance and suppressor effects. *Ovid MEDLINE(R) Psychological Assessment*, 22(1), 96-107
- Butler, T., Allnutt, S., Cain, D., Owens, D., & Muller, Ch. (2005). Mental disorder in the New South Wales prisoner population. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39, 5, 407-413, ISSN: 1039-8562, 0004-8674.
- Chakhssi, F., de Ruiter, C., & Bernstein, D.P. (2010). Change during forensic treatment in psychopathic versus nonpsychopathic offenders. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 21, 660-682.
- Chakhssi, F., de Ruiter, C. & Bernstein, B. (2014). *Psicoterapia per gli individui con disturbo di personalità antisociale/psicopatia: una nuova frontiera. [Articolo web]*. Estratto da <http://www.society-forpsychotherapy.org/psychotherapy-for-individuals-with-psychopathy-antisocial-personality-disorder>
- Coolidge, F.L., Marle, P.D., Van Horn, S.A., & Segal, D.L. (2011). Clinical Syndromes, Personality Disorders, and Neurocognitive Differences in Male and Female Inmates. *Behavioral Sciences & the Law*, 29, 5, 741-751.
- Cuomo, C., Sarchiapone, M., Giannantonio, M.D., Mancini, M., & Roy, A. (2008). Aggression, impulsivity, personality traits, and childhood trauma of prisoners with substance abuse and addiction. *Ovid MEDLINE(R) American Journal of Drug & Alcohol Abuse*, 34(3), 339-45, 2008.
- Deutsch, F & Madle, R.A. (1975). Empathy:Historic and current conceptualizations, measurement and cognitive theoretical perspective. *Human Development*, 18, 267-287.
- D'Silva, K., Duggan, C., & McCarthy, L. (2004). Does treatment really make psychopaths worse? A review of the evidence. *Journal of Personality Disorders*, 18, 163-177.
- Edens, J. F., Ruiz, M.A. (2009). Predicting institutional aggression by defensive prison inmates: An examination of the personality assessment inventory treatment consideration scales. *PsychnFO. The International Journal of Forensic Mental Health*, 8 (3), 178-185.
- Einarsson, E., Sigurdsson, J. F., Gudjonsson, G.H., Newton, A. K., Bragason, O.O. (2009). Screening for attention-deficit hyperactivity disorder and co-morbid mental disorders among prison inmates. *Nordic Journal of Psychiatry*, 63, 5, 361-367, ISSN: 0803-9488.
- Franke, P., Neef, D., Weiffenbach, O., Gansicke, M., Hautzinger M., & Maier W. (2003). *Psychiatric comorbidity in risk groups of opioid addiction: a comparison between opioid dependent and non-opioid dependent prisoners (in jail due to the German narcotics law)*. *Ovid MEDLINE(R) Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*. 71(1):37-44.
- Goyal, Sandeep K., Singh, P, Gargi, Parshotam D., Goyal, S., Garg, A. (2011). Psychiatric morbidity in prisoners. *Indian journal of psychiatry*, 53, 3, 253-257.
- Graffam, J., Meneilly, S., Shinkfield, A.J. (2009). Co-Morbidity of Conditions Among Prisoners. *Journal of Offender Rehabilitation, Taylor & Francis Group*, 48, 4, 350-365, ISSN: 1050-9674.
- Hare, R. D. (2009). *La psicopatia. Valutazione diagnostic e ricerca empirica*. Roma: Astrolabio.
- Hemphill, J., Hare, R., & Wong, S. (1998). Psychopathy and recidivism: A review. *Legal Criminology Psychology*, 3, 141-172.
- Hicks, B., Carlson, M., Blonigen, D., & Patrick, C. (2012). Psychopathic personality traits and environmental contexts: differential correlates, gender differences, and genetic mediation. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 3, 209-227.
- Hodgins, S., De Brito, S. A., Chhabra, P. & Côté, G. (2010). Anxiety disorders among offenders with antisocial personality disorders: a distinct subtype? *A Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 55, 12, 784, ISSN: 0706-7437.
- Hogan, R. (1969). Development of an empathy scale. *Journal of consulting and clinical Psychology*, 33, 307-316.
- Keulen-de Vos, M., Bernstein, D.P., Vanstipelen, S., de Vogel, V., Lucker, T., Slaats, M., Hartkoorn, M., & Arntz, A. (2014). Schema modes in the criminal and violent behavior of forensic Cluster B PD patients: A retrospective and prospective study. *Legal and Criminological Psychology*, Article first published online: 24 February, 2014, DOI: 10.1111/lcrp.12047.
- Linehan, M. (2015). *DBT Skills Training*. Milano: Raffaello Cortina.
- Keulen-de Vos, M., Bernstein, D.P., Clark, L.A., Arntz, A., Lucker, T., & de Spa, E. (2011). Patient versus informant reports of personality disorders in forensic patients. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 22, 52-71.
- Kirkpatrick, T., Joyce, Eillen FrcPsych, Milton, J. MrcPsych, Duggan, Conor FrcPsych & al. (2007). Altered memory and affective instability in prisoners assessed for dangerous and severe personality disorder. *British Journal of Psychiatry. Assessment, risk and outcome in severe personality disorder*. Edited By Peter Tyre. 190 suppl. 49: s20-s26.
- Kucharski, LT., Toomey, J.P., Fila, K., Duncan, S. (2007). Detection of malingering of psychiatric disorder with the personality assessment inventory: an investigation of criminal defendants. *Ovid MEDLINE(R) Journal of Personality Assessment*. 88(1):25-32.

- Kumar, V., Daria, Usha (2013). Psychiatric morbidity in prisoners. *Indian journal of psychiatry, Medknow Publications and Media Pvt*, 55, 4, 366, ISSN: 0019-5545.
- Liebowitz M.R. (1987). Social Phobia. *Mod Probl. Pharmacopsychiat*, 22:141.
- Linehan, M.M., Comtois, K.A., Murray, A.M., Brown, M.Z., Gallop, R.J., Heard, H.L., Korslund, K.E., Tutek, D.A., Reynolds, S.K., & Lindenboim, N. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of Dialectical Behavior Therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63, 757-766.
- Lobbestael, J., Arntz, A., & Bernstein, D. P. (2010). Disentangling the relationship between different types of childhood maltreatment and personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 24, 285-295.
- Mancini, F., Capo, R. & Colle, L. (2009). La moralità nel disturbo antisociale di personalità. *Cognitivismo Clinico*, 6, 2, 161-177.
- Marks, N. K. (2011). The Personality Assessment Inventory Treatment Scales and recidivism in female state penitentiary inmates. *PsycINFO Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 72(5-B), 3128.
- McDermott, P.A., Alterman, A.I., Cacciola, J.S., Rutherford, M.J., Newman, J.P. & Mulholland, E.M. (2000). Generality of Psychopathy Checklist-Revised factors over prisoners and substance-dependent patients. *Ovid MEDLINE(R) Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 68(1), 181-6.
- Miller, P.A., & Eisenberg, N. (1988). The relationship of empathy to aggressive and externalizing/antisocial behavior. *Psychological Bulletin*, 103, 324-344.
- Moore, B. S. (1990). The origins and development of empathy. *Motivation and Emotion*, 14, 75-79.
- Morrison, A.S., & Heimberg, R.G. (2013). Social Anxiety and Social Anxiety Disorder. *Annual Reviews*, 9, 1, 249-274.
- Murray, J., Irving, B., Farrington, D. P., Colman, I., & Bloxson, C. A. (2010). Very early predictors of conduct problems and crime: results from a national cohort study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51, 1198-1207.
- Patry, M.W., Magaletta, P.R., Diamond, P.M. & Weinman, B.A. (2011). Establishing the validity of the personality assessment inventory drug and alcohol scales in a corrections sample. *Ovid MEDLINE(R) Assessment*, 18(1), 50-9.
- Paul Latimer (2015). Social anxiety disorder. *Canadian Newsstand Pacific, Kelowna Capital News*, ISSN 1717-6042.
- Pondé, M. P., Caron, J., Mendonça, M.S.S; Freire, A.C. C; Moreau, N. (2014). The Relationship Between Mental Disorders and Types of Crime in Inmates in a Brazilian Prisons. *Journal of Forensic Sciences*, 59, 5, 1307-1314, ISSN: 0022-1198.
- Pousset, M., Tremblay, R.E., & Falissard, B. (2011). Multivariate dependencies between difficult childhood, temperament and antisocial personality disorder in a population of French male prisoners. *Ovid MEDLINE(R) Revue d'Epidemiologie et de Sante Publique*, 59(3), 169-74.
- Rafaëli, E., Bernstein, D.P., & Young, J. E. (2011). *Schema Therapy: the CBT distinctive features series*. New York, NY: Routledge.
- Sanford, D. A. (2003). Correlation of Personality Assessment Inventory (PAI) scores and adjustment to incarceration. *PsycINFO Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 64(6-B), 2938.
- Schmidt, N.B., Richey, J. A., Buckner, J.D., Timpano, K.R. (2009). Attention Training for Generalized Social Anxiety Disorder. *Journal of Abnormal Psychology, American Psychological Association*, 118, 1, 5-14.
- Schulze, L., Renneberg, B., Lobmaier, J.S. (2013). Gaze perception in social anxiety and social anxiety disorder. *Frontiers in human neuroscience*, 7, 872, ISSN: 1662-5161.
- Seara-Cardoso, A., & Viding, E. (2014). Functional neuroscience of psychopathic personality in adults. *Journal of Personality*.
- Shi, Z., Bureau, J. F., Easterbrooks, M., Zhao, X., & Lyons-Ruth, K. (2012). Childhood maltreatment and prospectively observed quality of early care as predictors of antisocial personality disorder features. *Infant Mental Health Journal*, 33, 55-69.
- Skopp N.A., Edens J.F., Ruiz, M.A. (2007). Risk factors for institutional misconduct among incarcerated women: an examination of the criterion-related validity of the Personality Assessment Inventory. *Ovid MEDLINE(R) Journal of Personality Assessment*. 88(1), 106-17.
- Tye, C. S., & Mullen, P.E. (2006). Mental disorders in female prisoners. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 3, 266-271, ISSN: 0004-8674.
- Turner, P., Ireland, J.L. (2010). Do personality characteristics and beliefs predict intra-group bullying between prisoners?. *Ovid MEDLINE(R) Aggressive Behavior*, 36(4), 261-70.
- Unver, Y., Yuce, M., Bayram, N., Bilgel, N. (2013). Prevalence of Depression, Anxiety, Stress, and Anger in Turkish Prisoners. *Journal of Forensic Sciences*, 58, 15, 1210-1218, ISSN: 0022-1198.
- Vassileva, J., Kosson, D.S., Abramowitz, C., & Conrod, P. (2005). Psychopathy versus psychopathies in classifying criminal offenders. *Legal and Criminological Psychology*, 10, 27-43.
- Viding, E., Blair, J.R., Moffitt, T.E., & Plomin, R. (2005). Evidence for substantial genetic risk for psychopathy in 7 year olds. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, 592-597.
- Walters G.D., Diamond, P.M., Magaletta, P.R., Geyer, M.D., Duncan, S.A. (2007). Taxometric analysis of the antisocial features scale of the personality assessment inventory in federal prison inmates. *Ovid MEDLINE(R) Assessment*, 14(4), 351-60.
- Wood, S. R., Buttaro, A. (2013). Co-Occurring Severe Mental Illnesses and Substance Abuse Disorders as Predictors of State Prison Inmate Assaults. *Crime & Delinquency SAGE Publications*, 59, 4, 510-535, ISSN: 0011-1287.
- Young, J. E., Klosko, J., & Weishaar, M. (2003). *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. New York, USA: The Guilford Press. Trad. it., *Schema therapy: la terapia cognitivo-comportamentale integrata per i disturbi della personalità*. Firenze: Eclipsi, 2007.