

**“Torno a casa”:
Gruppo terapeutico e di sostegno alla genitorialità per padri
detenuti in fase di reinserimento**

di *Chiara Paris**

SOMMARIO: 1. Introduzione. – 2. il Progetto. – 3. Perché fare un gruppo? (e non continuare con colloqui individuali). – 4. Considerazioni preliminari sull'alleanza terapeutica. – 5. Obiettivi del progetto. – 6. Materiali e metodi: strutturazione del progetto di gruppo terapeutico e sostegno alla genitorialità. – 7. I risultati. – 8. *Follow up* qualitativo. – 9. Discussione. – 10. Conclusioni e progetti futuri. – 11. Ringraziamenti. – 12. Citazioni e bibliografia.

1. Introduzione.

Durante una pena detentiva, risulta difficile per i detenuti mantenere una relazione positiva con la propria compagna e i propri figli: molti genitori scelgono di non far entrare i minori in carcere, perché ritengono che possa essere spaventante, o possa creare confusione. Molti preferiscono raccontare di dover fare un particolare lavoro, o di dover andare all'estero, ricorrendo alle sole brevi telefonate concesse o alle lettere, fornendo agli operatori spiegazioni che comunque attengono ai bisogni del bambino e spesso inerenti l'inadeguatezza della situazione in cui si svolgono i colloqui (Shlafer & Poehlmann, 2010; Mumola, 2000).

La condizione di minore con almeno un genitore detenuto accomuna un numero superiore ai due milioni di bambini nei Paesi del Consiglio d'Europa e 100.000 in Italia (alcuni dei quali vivono in carcere con la madre) e determina la necessità di vivere il rapporto con quelle che dovrebbero essere le principali figure di riferimento secondo regole, orari e modalità che non rispettano le loro naturali esigenze (*Bambini senza sbarre*, 2006). Circa la metà di questi bambini viveva con il genitore prima dell'inizio della carcerazione, subendo di conseguenza il trauma della separazione dal caregiver, cambiamenti nel proprio stile di vita e, spesso, il pregiudizio sociale rispetto alla situazione che vivono queste famiglie (Murray, 2012). Peraltro, a tal proposito si ricorda il concetto di “profezia che si autoavvera”, descritta dal celebre esperimento di Rosenthal sull'Effetto Pigmalione, ossia come il comportamento delle persone tenda a conformarsi all'immagine che altri hanno di loro, sia in senso positivo che negativo¹: possiamo

* Psicologa e specializzanda in psicoterapia presso “Studi Cognitivi”, Bolzano. Questo contributo è tratto dalla tesi finale dell'autrice per la specializzazione in Psicoterapia “Studi Cognitivi” di Bolzano.

¹ Nel 1974, Rosenthal descrisse questo fenomeno in un celebre esperimento (a cui seguirono numerosi altri studi che lo confermarono) in cui alcuni bambini venivano identificati in modo casuale come più intelligenti rispetto al resto della classe. Ciò aveva

solo immaginare la portata potenziale che un fenomeno simile può avere su questi bambini.

Secondo la ricerca “*Paternità senza sbarre*”² del 2014, il 41% dei detenuti intervistati vede i figli una volta al mese o meno, il 22% non li vede (il 43% di questi ultimi non ricorre neppure alle telefonate, o perché straniero e quindi impossibilitato, o perché non le ritiene una modalità idonea), la quasi totalità del campione scrive molto spesso delle lettere. Se la compagna o moglie costituisce un importante sostegno in tal senso, vengono spesso ostacolati i rapporti con i figli quando è avvenuta una separazione. Questo studio ha peraltro portato alla luce come, a fronte di una svalutazione, passività, deresponsabilizzazione generale della propria persona in seguito all’ingresso in istituto, quello della genitorialità è un tema attivante e spesso “*terreno fertile di empowerment*”.

Uno studio della *National Association for Care and Resettlement of Offenders* (2000) spiega che circa la metà delle persone detenute nel Regno Unito perde i contatti con i familiari mentre si trova in carcere. Questo dato appare rilevante se lo si associa al fatto che la recidiva (cioè la ricaduta nel reato dopo aver scontato una pena) di chi ha 20 anni si colloca al 72% nei 24 mesi successivi all’uscita dall’istituto detentivo, ma scende fino a circa il 20% per quei genitori che hanno mantenuto un legame stabile con propri cari, in particolare con i figli (Social Exclusion Unit, 2002; Ditchfield J., 1994). La possibilità di tornare in carcere dopo aver scontato una pena si abbassa drasticamente per chi aderisce a progetti che supportano le relazioni familiari; inoltre, questo fa sì che la permanenza in istituto sia maggiormente connotata da un comportamento adeguato (Bayse, Algid, Van Wyk, 1991; Carlson & Cervera, 1991). In aggiunta, non va dimenticato il rischio che corrono i minori figli di persone detenute o che hanno commesso un reato: trovarsi in questa condizione aumenta la possibilità di commettere reati a propria volta (Murray et al., 2012), così come quello di sviluppare psicopatologie con sintomi sia esternalizzanti che internalizzanti, difficoltà scolastiche o abbandoni (Murray e Farrington, 2008) e quella di subire abusi o maltrattamenti (Gabel e Shindledecker; 1993). Risulta invece protettiva la presenza del genitore, anche tramite i soli colloqui in istituto (Trice & Brewster, 2004) e sarebbe fondamentale preparare queste persone a riconoscere maggiormente segnali di disagio e a rivolgersi ai Servizi competenti.

Accanto ad un adeguato sostegno all’interno del carcere, va pensata adeguatamente la fase del reinserimento in società. Nell’ordinamento penitenziario italiano, sono

poi determinato prestazioni e votazioni migliori a fine anno in questo gruppo rispetto ai compagni, come l’avversarsi di una profezia e solo grazie ad un diverso atteggiamento dell’insegnante nei loro confronti.

² Svolta dall’Istituto di Studi sulla Paternità (Roma) in sette carceri Italiani del Centro-Sud e che ha coinvolto 197 detenuti, in www.settimananews.it/reportage-interviste/padri-detenuti-ricerca-sul-campo/.

previste una serie di misure che la persona reclusa può richiedere – anche se non per tutti i reati – talvolta in totale sostituzione al carcere, in altri casi quando ha scontato i due terzi della pena e previo un comportamento adeguato all’interno dell’istituto. Tali misure, definite “alternative” (detenzione domiciliare, affidamento al servizio sociale, affidamento al lavoro, o in comunità terapeutica) hanno lo scopo di garantire un adeguato reinserimento della persona nella società, potendo consentire la ricerca di un lavoro, di una casa, di mantenere i contatti con la famiglia o avviare la costruzione di un sistema di persone di riferimento: naturalmente, tutto questo favorisce anche una minor probabilità di tornare a delinquere. Diversi studi, come quello di Meek del 2007, hanno valutato il tipo di supporto da fornire ai genitori una volta usciti. È frequente incorrere in una scarsa motivazione al trattamento esterno, elemento che va gestito adeguatamente, poiché il momento della scarcerazione introduce una fase vulnerabile per la relazione con i figli e il rischio di recidiva. Il messaggio che si evince dagli studi sul tema è quindi quello di non limitarsi a percorsi intramurari, ma di favorire la motivazione e il continuum della presa in carico dalla carcerazione all’esterno³.

Per i motivi descritti sopra, si è scelto di offrire la possibilità a chi si trova in misura alternativa di frequentare un gruppo che possa fornire un supporto in tal senso, in stretta collaborazione con l’Ufficio di Esecuzione Penale Esterna di Bolzano, in modo da garantire un’ottimale continuazione della misura alternative durante lo svolgimento del progetto. Questo tipo di percorso garantirebbe la continuità con il gruppo che si svolge nell’istituto e che ha lo stesso conduttore. Esistono alcune esperienze in tal senso, che nella maggior parte dei casi riguardano però aspetti educativi, relativi alla cura fisica del neonato e del bambino, come il già citato studio di Meek (2007), oppure un accompagnamento al momento dei colloqui (ad esempio il progetto di Bollate, Milano “*La porta aperta del carcere: famiglia e territorio in rete*”, ASLMi1); poco emerge invece nell’ambito delle misure alternative e del reinserimento.

2. Il progetto.

La sensazione da psicologo, all’interno di un contesto penitenziario, è spesso quella di venire sopraffatto da urgenze, richieste pressanti, sfoghi inerenti poche tematiche, tra cui il reato, i possibili benefici, le richieste da poter fare per migliorare la propria situazione. È stato cominciando a chiedere, per esempio, se esistesse una famiglia fuori dalla struttura e da chi fosse composta, quali fossero le sensazioni in merito, se venisse mantenuto un contatto e di che tipo durante i

³ Per una rassegna più completa sul tema della genitorialità legata all’ambito del carcere, si rimanda a C. PARIS, *Il mio papà è in carcere. Genitorialità e interventi possibili*, cit.

colloqui singoli che ha lasciato spazio a numerose riflessioni sul forte coinvolgimento dei pazienti e l’elevato grado di condivisione delle problematiche. Per questo motivo, si è pensato di proporre un gruppo di sostegno da svolgersi all’interno della Casa Circondariale e che è arrivato alla sua terza edizione, attualmente nella sede di Bolzano. Il lavoro con i detenuti ha lasciato in secondo piano – ed assolutamente libera – la parte inerente il confronto su temi personali, concedendo un più ampio spazio ad attività e riflessioni su materiali terzi e all’apprendimento di abilità. Paradossalmente, questo atteggiamento disinteressato e che non impone obblighi (compresa la partecipazione, che è libera) determina un successivo coinvolgimento in prima persona da parte della maggior parte de partecipanti.

In seguito al successo di queste iniziative sulla base del *feedback* dei detenuti e dopo un ulteriore approfondimento della ricerca in merito (di cui si è parlato sopra), si è pensato di proporre un gruppo simile all’esterno, rivolto alle persone in misura alternativa. La scelta è derivata in particolare dai commenti di alcuni pazienti al termine dell’esperienza, preoccupati di quello che sarebbe stato il rientro a casa e di come rispondere alle domande dei bambini. I partecipanti si sentivano spesso spaventati all’idea di affrontare un momento di gioia, quello della scarcerazione, che è però colmo anche di preoccupazione e interrogativi, sintetizzabili in un “*E adesso?*”.

3. Perché fare un gruppo? (e non continuare con colloqui individuali).

La scelta di un gruppo terapeutico deriva dalla necessità di unire una maggior consapevolezza delle proprie difficoltà, all’apprendimento di tecniche specifiche e alla condivisione con persone che vivono una condizione simile alla propria, quella di padre e di autore di reato. Questo tipo di situazione, al di là delle differenze individuali, fa sentire i partecipanti accettati, non giudicati, supportati dai compagni. Un intervento di questo genere consente inoltre di includere tutti i potenziali interessati in un progetto specifico sul parenting e di favorire un maggiore aggancio al Servizio. Consente peraltro di concentrare le risorse in un tempo più lungo e per un numero maggiore di persone rispetto ai colloqui individuali. È chiaro che ciò determina anche alcuni svantaggi, come la necessità di una formazione specialistica del conduttore rispetto al contesto, all’utenza e alle sue problematiche, alla conduzione di gruppi, e comporta l’impossibilità di affrontare alcune problematiche strettamente personali degli utenti o di accogliere persone che non riescono a lavorare in modo funzionale nel gruppo. In questi casi, si può però favorire l’invio ad un Servizio diverso e più adeguato.

4. Considerazioni preliminari sull’alleanza terapeutica.

L’instaurarsi di una forte alleanza terapeutica con il conduttore del gruppo è fondamentale non solo per evitare il *drop-out* degli utenti, ma anche per aumentare la portata di questi interventi sullo stile genitoriale. In altre parole, creare un legame di fiducia, consentirebbe poi di migliorare la comprensione di aspetti che si basano sull’attaccamento⁴. L’emergere dei Modelli Operativi Interni⁵ di ciascuno dei pazienti nella relazione terapeutica risulta particolarmente rischioso per chi presenta attaccamenti di tipo insicuro o disorganizzato (Bradley, Heim & Westen, 2005), accezione molto probabile in questo campione, che la letteratura indica come spesso connotato da veri e propri disturbi in Asse I e II del DSM⁶, o comunque importanti tratti disfunzionali di personalità (ad esempio, Steadman et al. 2009; Bui, Ullrich & Coid, 2016). Per questo motivo è stata prestata una particolare attenzione all’espressione di emozioni e sentimenti in un’atmosfera di sostegno e coinvolgimento, all’assunzione di un ruolo collaborativo, alla dimostrazione di un genuino interesse per le esperienze riportate, ma anche all’evitamento di atteggiamenti in qualsiasi modo critici o distratti e interpretazioni eccessive (Liotti & Monticelli, 2014).

Sono state proposte poche regole ben chiare, per evitare che l’eccessiva strutturazione o, viceversa, la troppa concessione favorissero rispettivamente modalità aggressive o seduttive/manipolatorie. In merito a ciò, è stato utilizzato un atteggiamento di pariteticità, con l’obiettivo di stimolare il sistema motivazionale cooperativo (Liotti & Monticelli, 2014). Ad esempio, nel corso del primo incontro di gruppo, i partecipanti tendevano a fissarsi su tematiche persecutorie perciò è stato tentato un intervento di validazione e cooperazione: *“Se ritenete tutti che in questo gruppo vi possa aiutare parlare di quelle volte in cui le forze dell’ordine vi hanno causato dei problemi va bene, capiamo come farlo [perplessità dei partecipanti]. Altrimenti potremmo concentrarci sul tema del giudizio, sul fatto che, anche quando provate a rientrare in famiglia e in società, vi sentite spesso giudicati ancora per il reato commesso”*.

5. Obiettivi del progetto.

⁴ Secondo la teoria di Bowlby, l’attaccamento è quel comportamento che si manifesta quando una persona raggiunge o mantiene la vicinanza ad un’altra, ritenuta affidabile, protettiva, in grado di affrontare il mondo e questo atteggiamento rimane *“parte integrante del comportamento umano dalla culla alla tomba”* (Bowlby, 1982). Nonostante sia più evidente nei bambini piccoli, che necessitano di continue risposte a bisogni in primo luogo fisiologici per sopravvivere, rimane però parte integrante del nostro modo di relazionarci per tutta la vita, che sia esso più o meno funzionale.

⁵ Modelli mentali che riassumono e rappresentano l’idea che abbiamo delle relazioni con gli altri, e che generano aspettative e comportamenti di conseguenza.

⁶ DSM-5 – Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (2014), Milano.

Tra i principali obiettivi del gruppo, si ricordano:

- Stimolo e arricchimento delle competenze di genitore;
- Acquisizione di competenze correlate, ad esempio quelle inerenti l’assertività;
- Aumento delle competenze metacognitive, come l’auto-riflessione, l’identificazione delle proprie emozioni, il decentramento e la lettura della mente dell’altro;
- Aumento delle risorse e conseguente crescita delle possibilità di un reinserimento positivo;
- Aggancio terapeutico di una popolazione in genere ambivalente o diffidente rispetto all’intervento dei Servizi, con l’offerta di un’attività clinica priva di finalità valutative legate al percorso dei singoli.

6. Materiali e metodi: strutturazione del progetto di gruppo terapeutico e sostegno alla genitorialità.

1) *Selezione del campione.*

I partecipanti sono stati selezionati tra un gruppo di persone di sesso maschile in misura alternativa alla detenzione (affidamento al servizio sociale/detenzione domiciliare/libertà vigilata), con uno o più figli minori. Il progetto si è rivolto soprattutto a casi caratterizzati da fragilità di diversa natura, come conflitti familiari/sospette violenze intra o *extra* familiari/utilizzo di sostanze stupefacenti (o problemi correlati al gioco d’azzardo), ecc. La partecipazione è stata proposta dalle assistenti sociali dell’Ufficio di Esecuzione Penale Esterna, ma sono stati gli utenti a scegliere liberamente di poter aderire o meno.

2) *Colloquio di conoscenza e preselezione.*

Durante il primo colloquio singolo, è stato presentato il progetto in maniera più specifica a ciascun partecipante, precisando la finalità puramente clinica del gruppo (cioè l’assenza di qualsiasi forma di valutazione inerente l’andamento della misura alternativa, se non la mera registrazione della presenza/assenza ad ogni incontro⁷). In seguito alla scelta di adesione da parte dell’utente e al consenso informato, è stata somministrata la seguente testistica:



Toronto Alexythymia Scale (TAS-20), V. Caretti, D. La Barbera, G. Craparo, questionario autosomministrato sull’alessitimia, costituito da 20 *item* e basato

⁷ o per una necessità legata agli affidati con particolari e per garantire quindi lo stesso tipo di trattamento a

su una scala Likert a 5 punti (da “*Non sono per niente d'accordo*” a “*Sono del tutto d'accordo*”);

Symptom Checklist-90 (SCL-90), questionario di 90 *item* autosomministrato, con valutazione su scala Likert a 5 punti, da “*per niente*” a “*moltissimo*” della sintomatologia psicopatologica;

Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC), traduzione di Migone, rating scale compilata dal genitore sulla sintomatologia ansiosa del bambino con valutazione su scala Likert da 0 a 3;

Test di Kurdek & Berg “*Relazione del padre con il figlio*”, con valutazione su scala Likert da 1 a 5;

Test di Kurdek & Berg (1997) sull’ “*Atteggiamento dei genitori nei confronti del figlio*”.

È stata inoltre condotta un’intervista generale sulla situazione familiare, volta a cogliere l’esistenza di eventuali situazioni particolari e ad avere un’idea della condizione dell’utente.

Hanno svolto il colloquio 11 persone:

- due persone riferiscono la presenza attuale di un rapporto conflittuale con la *ex*-compagna: in un caso lo scontro non riguarda tematiche inerenti il bambino, nell’altro sono difficoltà pregresse e legate a un percorso con i servizi sociali per degli incontri protetti;
- uno dei partecipanti risulta non convivente con la compagna e con la propria bambina perché al momento risiede in una struttura per il reinserimento, ma spiega di vedere comunque la famiglia quotidianamente, anche perché aspettano un secondo figlio; lo stesso riferisce un altro utente che si è separato dalla compagna (il bambino vive con la madre);
- un utente riferisce di volersi concentrare maggiormente sulla figlia avuta da una precedente compagna (ha un’altra bambina, di pochi mesi) perché la vede meno, ritiene di essersi dedicato in misura minore alla stessa a causa del periodo di detenzione e per l’età critica che la ragazza sta attraversando (preadolescenza);
- un utente aveva già iniziato il gruppo all’interno della Casa Circondariale (due incontri) e ha deciso di riprenderlo in fase di reinserimento.

Nel caso di test sul rapporto con i figli, è stato chiesto ai partecipanti con più bambini di pensare ad uno in particolare nel rispondere (sia nella somministrazione *pre* che *post*).

Dal colloquio, in diversi casi, emergono tratti di personalità narcisista, borderline e antisociale; in un paio di situazioni, anche ideazione paranoide limitata ad ambiti specifici. È probabile che talvolta questi tratti integrino una diagnosi di disturbo di personalità, che tuttavia non è stata approfondita per la presenza di una testistica già corposa.

3) Conduttore.

Lo stile del conduttore si è mantenuto il più possibile assertivo, giocoso e “leggero” nelle attività pratiche, validante e normalizzante rispetto alle esperienze e ai tentativi di applicazione delle tecniche apprese riportate dai pazienti. Nessun partecipante è stato costretto ad esporsi sui propri vissuti, ma tutti sono stati coinvolti dal conduttore nelle diverse attività proposte. Dopo l’intervento di un paziente, sono stati sempre chiesti pareri agli altri partecipanti, soprattutto nel caso di contributi disfunzionali. Simulazioni, mimica e comunicazione informale hanno rivestito un’importanza fondamentale. Non è stata prevista la presenza di un co-conduttore (scelta frequente nella gestione di gruppi), in considerazione della natura molto specifica dell’intervento che ha reso difficoltoso trovare in breve tempo un professionista idoneo.

In considerazione degli atteggiamenti simil-paranoici di alcuni partecipanti all’inizio del percorso (confermati dalle elevazioni nella scala sul tema della SCL-90) è stato adottato un atteggiamento diretto con comunicazione chiara, soprattutto nelle prime fasi ed è stata concessa la possibilità di confrontarsi singolarmente con la terapeuta prima o dopo l’inizio degli incontri.

4) Incontri di gruppo.

Gli incontri di gruppo sono stati fissati il sabato mattina (per garantire al maggior numero di persone di non dover rinunciare ad ore di lavoro infrasettimanale e quando la maggior parte dei bambini è a scuola, o c’è la madre/compagna a casa con loro) e hanno avuto una durata complessiva di due ore ciascuno, compresi i tempi di arrivo o eventuali pause. La partecipazione, con adesione totalmente libera, si considerava completa con una presenza di almeno 5 incontri sui 6 totali. Ognuno dei partecipanti era libero di ritirarsi in qualsiasi momento, purché ne desse comunicazione motivata al conduttore e alla propria assistente sociale del Servizio. La stanza del gruppo è stata allestita con le sedie per i partecipanti in cerchio (in modo che tutti si potessero vedere), con l’ausilio di cartelloni per le attività e un PC per i video. In ogni incontro, è stata privilegiata l’impronta metacognitiva: a fronte di qualsiasi attività, è sempre stata riservata una riflessione sul “*come mi sento io/come si può sentire l’altro, cosa penso io/ cosa potrebbe pensare l’altro in quella situazione e come mi sento nel momento presente*”. In tutte le fasi riguardanti l’insegnamento di abilità (ad esempio: gestione di momenti critici, validazione, assertività, ecc.), si è tenuto conto dei seguenti passi:

- stabilire il razionale, cioè le regole di quell’attività e rispondere a eventuali domande dei partecipanti;
- fare un esempio con un gioco di ruolo in cui è il conduttore a fornire la prima risposta;
- inserire i partecipanti nel gioco di ruolo, validarli e poi eventualmente correggerli;
- generalizzare a esperienze di vita quotidiana.

Per facilitare la comprensione, il decentramento e la discussione, sono stati utilizzati materiali vari, in particolare alcuni estratti di film che descrivevano il rapporto genitori-figli, funzionale o meno. Questa modalità è stata peraltro apprezzata dai partecipanti, che hanno richiesto bibliografia e filmografia a fine percorso.

Per stimolare la riflessione sul parenting, sono stati utilizzate parti o item tratti da test sulla genitorialità e “tradotti” in attività di gruppo⁸.

5) Tematiche ulteriori introdotte dai partecipanti.

Esistono alcuni argomenti che emergono spesso spontaneamente in gruppi sul *parenting* e che sono stati sviluppati anche in questo caso, con una riflessione di gruppo e l’utilizzo di strumenti, ad esempio:

- la comunicazione del reato, della permanenza in Istituto Penitenziario o di eventuali prescrizioni e del loro significato al minore;
- l’utilizzo in passato di sostanze stupefacenti – o il loro spaccio – rispetto al compito educativo con i figli;
- la tutela dei minori dal rischio di compiere a loro volta dei reati⁹.

6) Primo incontro.

Il primo incontro, che per quasi tutti i partecipanti ha rappresentato la prima esperienza terapeutica collettiva (e, in generale, anche la prima in termini di gruppaltà), viene lasciato più libero rispetto ai successivi: l’obiettivo è infatti quello di favorire la conoscenza e la costruzione di una minima fiducia reciproca nei confronti del conduttore e dei compagni.

I primi passaggi, con l’obiettivo di una conoscenza e fiducia minima tra i partecipanti, vengono svolti con alcune strategie o attività ispirate alla Schema Therapy, in modo tale da sottolineare il rispetto dell’altro e dei suoi bisogni, anche quelli meno “adulti” (Arntz & Jacob, 2013). La presentazione delle regole di base, così come molte modalità di relazione assunte dal conduttore, sono invece ampiamente ispirate alle linee guida introduttive della DBT (Linehan, 2015).

Vengono nuovamente ribaditi l’obiettivo del gruppo, le informazioni pratiche e logistiche e spiegate le regole che tutti si impegneranno a rispettare, in particolare:

- Il non-giudizio e il rispetto dell’opinione altrui, per quanto diversa dalla propria;
- L’aspettare il proprio turno per parlare, non sovrastare o interrompere gli altri;
- Il rispetto della *privacy* in merito ai contenuti emersi.

A questo primo momento, segue un’attività di conoscenza dei compagni: il conduttore sottolinea quanto i partecipanti condividono (essere padri e avere avuto problematiche giuridiche) e fa in modo che emerga la soggettività di ciascuno: lo

⁸ BAIOTTO, R. & D’ALESSIO, M., & LAGHI, F. (2011). *Parents Preference Test (PPT)*, Manuale, Firenze.

⁹ Rischio peraltro concreto, evidenziato da numerosi studi tra cui Murray et. al. (2012).

scopo di questo momento è il riconoscimento dell’altro, l’abbandono – seppur iniziale – di un’idea di altro semplicemente come “*ex detenuto*” e la costruzione di un’immagine più articolata dei compagni. Segue un *brain storming* sulle proprie risorse e sulle difficoltà incontrate come padre in una condizione particolare, quella di detenuto o persona in misura alternativa. In questa fase, emergono preponderanti alcuni temi, tra cui il pregiudizio subito; si ragiona su quanto molto di quel pregiudizio sia in realtà “nella testa” dei partecipanti e non solo o non sempre, in quella di tutte le altre persone. Viene introdotto così il concetto psicoeducativo di “vergogna” e l’idea di mettere nella mente altrui una convinzione propria (Castelfranchi & Poggi, 1988).

7) Secondo incontro: Brevi cenni sull’affido condiviso. Cosa dice il diritto?

Cosa vuol dire “situazioni di pregiudizio o di abbandono di un minore”, patria potestà (sospesa o tolta)? L’incontro è iniziato con una discussione e presentazione dei diritti dei bambini secondo la legge (bi-genitorialità, frequentazione di altre figure di riferimento).

Si parla di affido condiviso (legge 54/2006) e di come funziona, come si è arrivati a questa legge? Viene poi data una definizione “ufficiale” di genitorialità: “*Non ridicibile alle qualità personali del singolo genitore, ma che comprende anche un’adeguata capacità relazionale e sociale. Questa competenza implica saper interagire con il bambino in modo protettivo, rassicurante, rispettando però le sue esigenze*¹⁰”.

Viene riservato ampio spazio alla visione di un breve video, a domande, curiosità dei partecipanti e condivisione delle proprie idee ed esperienze. Alcuni dei partecipanti si riconoscono in diverse situazioni spiegate e raccontano la loro personale esperienza: “*Io non ho fatto opposizione [alla sospensione della potestà genitoriale] sapevo di avere grossi problemi con la cocaina, non potevo fare il padre [...] poi l’ho riavuta*”.

8) Terzo incontro: padri di altre epoche e momenti difficili.

Un filmato introduce il primo tema dell’incontro: la responsabilizzazione dei minori e i momenti in cui diventa eccessiva. Questo argomento coinvolge molto gli utenti, che spesso rivedono nei figli questa problematica (per le numerose loro assenze in passato, o attualmente). Talvolta, invece, temono di non riuscire a trasmettere il senso di responsabilità che è mancato anche a loro, e sono preoccupati per il rischio di devianza che corrono a loro volta figli.

I partecipanti si confrontano su come sia cambiata la figura del padre nel tempo, tra le diverse culture e differenze tra loro e i loro genitori. Molti di loro non si erano mai soffermati su questi temi: le riflessioni che emergono riguardano generalmente atteggiamenti punitivi, genitori assenti per diversi motivi, spesso a causa di una

¹⁰ CAMERINI, G.B., VOLPINI, L., LOPEZ, G., *Manuale di valutazione delle capacità genitoriali*, Santarcangelo di Romagna, 2011.

GIURISPRUDENZA PENALE WEB, 2019, 2-BIS - “AFFETTIVITÀ E CARCERE:
UN BINOMIO (IM)POSSIBILE?”

condizione economica precaria, assenza di regole, che i partecipanti talvolta comprendono o giustificano, talvolta riconoscono come poco funzionale.

Si passa poi ad un’attività sulla gestione di situazioni critiche con i minori, rispetto alla quale viene fornita ai partecipanti una griglia di lettura e azione (Tabella 1). Quest’ultima viene utilizzata per l’attività della giornata e per quelle di altri incontri.

ELEMENTO IMPORTANTE	COSA TENER PRESENTE PRIMA DI AGIRE
USARE STRATEGIE ADEGUATE	In quali modi io-genitore posso aiutarlo in questo specifico caso?
RISPONDERE IN MODO APPROPRIATO / AVERE LE IDEE CHIARE	Devo usare parole specifiche, un tono di voce adatto alla situazione, alla gravità. Con i bambini più piccoli, dovrò usare parole più facili e frasi più brevi e chiare. Quale messaggio voglio dargli? Questo deve essere ben definito (prima di tutto a me stesso).
RICONOSCERE IL SUO STATO D'ANIMO	Qual è il suo punto di vista in questa situazione? Perché ha avuto un certo comportamento?
RICONOSCERE LE MIE E LE SUE EMOZIONI	Cosa sto provando io? Sono arrabbiato, deluso, preoccupato per mio figlio? Cosa sta provando lui? È arrabbiato, mi vuole dire qualcosa con quel comportamento? È triste, sia aspetta qualcosa da me? È agitato o impaurito per qualcosa che sta per succedere? È esaltato, euforico e fatica a controllarsi?
TENERE PRESENTE LA SUA STORIA PASSATA	Cos'ha vissuto questo bambino? Quali esperienze passate sono state importanti per lui e quali sono rilevanti in questa situazione?
VALUTARE LE RISPOSTE DEL BAMBINO Non sempre quello che si fa funziona	Cosa fa il bambino dopo il mio intervento? Quello che ho fatto/detto ha ottenuto lo scopo (ad esempio: farlo ubbidire, tranquillizzarlo, ecc.) oppure devo cambiare strategia?
<p>In generale ricorda che:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ogni bambino è diverso! ✓ è sempre importante parlare con il bambino ✓ l'età del bambino è fondamentale e va sempre tenuta presente (a un bambino di 10 anni, non posso parlare come ad uno di 15) ✓ è importante il suo punto di vista e la condivisione delle emozioni ✓ non sempre quello che faccio o dico funziona, anche se può essere un buon intervento; devo essere elastico. 	

Tabella 1. Schema per la gestione di situazioni critiche con il minore.

9) Questionario anonimo di metà percorso.

Il questionario anonimo, consegnato prima del quarto incontro, ha l’obiettivo di monitorare in maniera generale l’andamento del gruppo e fornire ai partecipanti la possibilità di esprimere il loro parere in merito agli argomenti trattati e alle attività svolte. Le risposte del questionario sono chiuse, in modo da fornire una valutazione, con una sezione facoltativa in cui poter specificare meglio aspetti positivi, criticità, nuove esigenze. Questo semplice strumento è stato introdotto per riuscire a delineare meglio le tematiche degli ultimi incontri, secondo le esigenze di quello specifico gruppo. Nella Tabella 2, sono rappresentati gli *item* con relative risposte.

<i>Item</i>	Risposta (N campione = 7)
Quanto sono stati di tuo interesse gli argomenti trattati nel gruppo? (scala da 0 a 10)	Media: 9,16
Quanto sei stato a tuo agio / ti sei sentito coinvolto nel gruppo? (scala da 0 a 10)	Media: 8,67
Quanto pensi che ti potrebbe aiutare, nel rapporto con i tuoi figli, anche in futuro?	Media: 9,5
Fino ad ora, cosa ti è più interessato tra i temi di cui abbiamo parlato? Ci sono state attività che ti sono piaciute più di altre?	<p>“Per me era tutto nuovo, da sentire e interessante”</p> <p>“Per quanto mi riguarda tutti gli argomenti trattati erano molto interessanti”</p> <p>“Il progetto in generale è stato molto bello”</p> <p>“Mi è piaciuta la parte del come poter gestire i momenti difficili, tipo i bambini che fanno capricci”</p>
Cosa non ti è piaciuto?	“Il posto era un po’ troppo piccolo”
Se hai pensato ad altri argomenti che potrebbero essere interessanti da affrontare in questo gruppo, puoi scriverli qui?	“Informazioni per affrontare questioni pratiche legate alla famiglia, ad esempio la ricerca di un lavoro”.
Dopo questi incontri, hai cambiato (anche in parte) idea sulla partecipazione al gruppo rispetto all’inizio?	<p>“Sono più convinto, più contento”.</p> <p>“Sono più convinto”.</p> <p>“Più fiducia”.</p> <p>“In generale ho cambiato idea un po’ in tutto, in meglio”</p> <p>“Sono più fiducioso, convinto con mio figlio”</p>

Tabella 2. Esiti del questionario di metà percorso.

10) Quarto incontro: bambini aggressivi o che si comportano male.

In questa giornata, vengono affrontate situazioni in cui i bambini manifestano comportamenti oppositivi, dai capricci a franchi atteggiamenti di sfida verso gli

adulti o i pari. Anche in questo caso, l’attività si è divisa tra presentazione di possibili gestioni e attività pratiche di simulazione. Questo tipo di intervento prevede che i padri individuino i bisogni dei bambini, sia quelli richiesti nell’immediato, sia quelli più “nascosti” con un’azione di decentramento, e sappiano rispondere in maniera adeguata all’età e alle reali necessità del minore. Si parla anche di validazione dei comportamenti positivi e di quanto sia importante per prevenire futuri comportamenti negativi.

“Praticamente devo dirgli che è stato bravo, premiarlo in qualche modo, anche a voce? È un po’ come se mi dessero dieci euro per ogni giorno in cui non faccio reati”.

Vengono presentati alcuni passaggi del training sull’assertività in seguito ad un *role-playing* sulla situazione che i partecipanti vivono, rispetto al punto di vista delle compagne/mogli/ madri dei loro bambini. Gli utenti che svolgono il ruolo delle compagne lamentano di essersi sentiti abbandonati e trascurati, del fatto che mancassero il dialogo, le risorse per gestire i minori in numerosi momenti critici; quelli che invece ricoprono il ruolo degli *ex*-detenuti, riconoscono che, nonostante sia la loro reale posizione, su alcuni temi è difficile “difendersi” e non hanno mai pensato di farlo senza arrabbiarsi o chiudere il dialogo. Riconoscono di non aver spesso coinvolto le compagne, tenendole all’oscuro dei reati e di quello che ne è poi derivato (entità della pena, durata, ecc.). Segue un momento di riflessione su come il *role-playing* funzioni meglio per entrare nei vissuti propri o altrui rispetto al semplice parlare e sull’importanza di mantenere un buon rapporto con le madri dei bambini quando non sono più compagne, oltre ai vari professionisti che si occupano dei minori (*in primis*, il Servizio Sociale).

11) Quinto incontro: minori e violenza, linguaggio assertivo.

Sono presentate le principali forme di violenze subite dai minori: da quelle più evidenti come il maltrattamento fisico o l’abuso sessuale, ad altre meno note come il maltrattamento psicologico, l’incuria, la violenza assistita) con una riflessione sulle conseguenze a breve e lungo termine. Come negli altri incontri, si sollecita un dibattito arricchito dalla visione di alcuni *film* con diversi livelli di espressione di un comportamento disfunzionale da parte di uno dei genitori. In considerazione della portata emotiva che hanno questi contenuti, alcuni materiali sono stati presentati negli incontri precedenti, in modo da diluire il carico.

Sono emerse alcune dissonanze, rimaste fino a quel momento implicite, come la condanna (e il forte stigma) rispetto a reati di tipo sessuale; al contrario, i partecipanti hanno riconosciuto di non aver riflettuto spesso sulle conseguenze – altrettanto problematiche – che possono avere altri tipi di violenze, come quella assistita.

12) Sesto incontro: il punto su metacognizione e decentramento.

La funzione riflessiva, chiamata anche teoria della mente, o interpretazione interpersonale, è quella capacità che consente di capire l’altro, alla base della

reciprocità; è proprio questa competenza che “*consente al caregiver di leggere gli stati interni dei loro bambini (per es. sensazioni, desideri, intenzioni) e di dar loro un significato*”. (Bleiberg, 2004). Semerari descrive questa funzione come deficitaria o carente nel caso di svariati disturbi di personalità (Dimaggio & Semerari, 2007).

Nell’ultimo incontro, con lo scopo di potenziare questa abilità, è stato presentato il test di attribuzione delle emozioni di Sartori (Prior, Sartori & Marchi, 2003). Più che a scopo valutativo, questo strumento ha avuto l’obiettivo di fornire ai partecipanti un *feedback* sulla loro reale competenza in merito, in considerazione delle generali capacità metacognitive basse come emerso nel colloquio d’ingresso e di poter fornire alcune semplici conoscenze di base da poter utilizzare (psicoeducazione delle emozioni).

Dopo una prima parziale compilazione singolarmente e senza aiuti, si è proseguito con un lavoro di gruppo, con l’aiuto di una griglia che riportava le principali emozioni e un ragionamento collettivo per capire di quale si trattasse.

Con l’idea di chiudere il gruppo positivamente, sono stati visionati alcuni video (tratti da film famosi) inerenti interazioni positive tra bambino e genitore: per esempio, la capacità rassicurante di quest’ultimo, anche con bambini molto piccoli, di creare una situazione di complicità in condizioni avverse.

Ai partecipanti, è stato consegnato del materiale cartaceo con i contenuti principali del gruppo (completo dei loro contributi), i riferimenti dei principali film utilizzati, una bibliografia e filmografia specifica sui temi affrontati (e su altri richiesti dagli utenti) per genitori o per i bambini¹¹ e i riferimenti dei principali servizi di supporto sul territorio¹².

13) Colloquio finale.

Sono emerse difficoltà nei bambini soprattutto durante il periodo di detenzione, alcune già ad inizio percorso, di cui i partecipanti parlano con più consapevolezza durante questo incontro. In particolare, dai riferiti dei partecipanti, sembrano esserci state in diversi casi: ansia da separazione e altri sintomi d’ansia, ritardo nello sviluppo del linguaggio (tenendo conto anche dell’eventuale bilinguismo, o trilinguismo), enuresi per brevi periodi.

Viene ripetuta la testistica di ingresso e svolta una breve indagine sull’andamento della misura alternativa e del percorso con i figli. Quasi tutti riportano un miglioramento delle interazioni (un partecipante non vede attualmente la minore) e l’utilità del gruppo frequentato.

¹¹ Ad esempio, alcuni testi sull’elaborazione del lutto, della separazione dei genitori, o sull’accettazione di una famiglia allargata rivolti ai bambini; altri inerenti la gestione della rabbia o dell’ansia.

¹² In particolare, l’ASL di riferimento e i servizi per l’età evolutiva, oltre a due sportelli specifici per uomini in difficoltà.

7. I risultati.

Di 11 persone coinvolte, che hanno cioè svolto il colloquio iniziale, 3 non hanno iniziato il percorso: in un caso per orari lavorativi inconciliabili con il gruppo, in un altro per motivazione deficitaria rispetto agli obiettivi del gruppo (valutazione condivisa con e dall’utente). Nel terzo caso, la persona aveva già frequentato un gruppo analogo da poco tempo.

Solo un utente ha abbandonato il percorso durante il gruppo dopo due incontri: i motivi sono da ricondurre verosimilmente ad una serie di difficoltà personali e legate al lavoro, più che ad una non condivisione del lavoro di gruppo.

Nell’incontro conclusivo, i partecipanti riferiscono:

- utilità del materiale per l’analisi di situazioni critiche con il bambino;
- miglioramento della relazione e della gestione dei figli;
- riflessione sulla portata che ha avuto la lontananza dalla famiglia (nel periodo di detenzione) e dell’importanza che riveste una comunicazione ai figli chiara e pensata relativamente al reato/agli aspetti devianti/delle conseguenze che ci sono state;
- più consapevolezza di come cambiare strategia nella gestione dei figli cambi effettivamente anche i loro comportamenti e – in parte – rammarico per non aver potuto conoscerle prima;
- più consapevolezza degli aspetti che causano *stress* vissuti in misura alternativa (rispetto delle prescrizioni, sensazione di “non poter sbagliare”, necessità di provvedere alle necessità familiari e mediare con le richieste della compagna/*ex* compagna ...);
- miglioramento della relazione con la compagna e utilità del training assertivo;
- maggior motivazione alla prosecuzione di un percorso di riconciliazione con la famiglia;
- maggior attenzione agli aspetti scolastici dei bambini;
- miglioramento della comunicazione generale e su aspetti critici (ad esempio, il reato) con i figli.

Dai risultati evidenziati nella figura 1, emerge un generale miglioramento della sintomatologia dei partecipanti (SCL-90): si abbassano i punteggi di somatizzazione, ansia, depressione, ostilità, paranoia, psicoticismo, relativi ai disturbi del sonno e anche il punteggio senso globale.

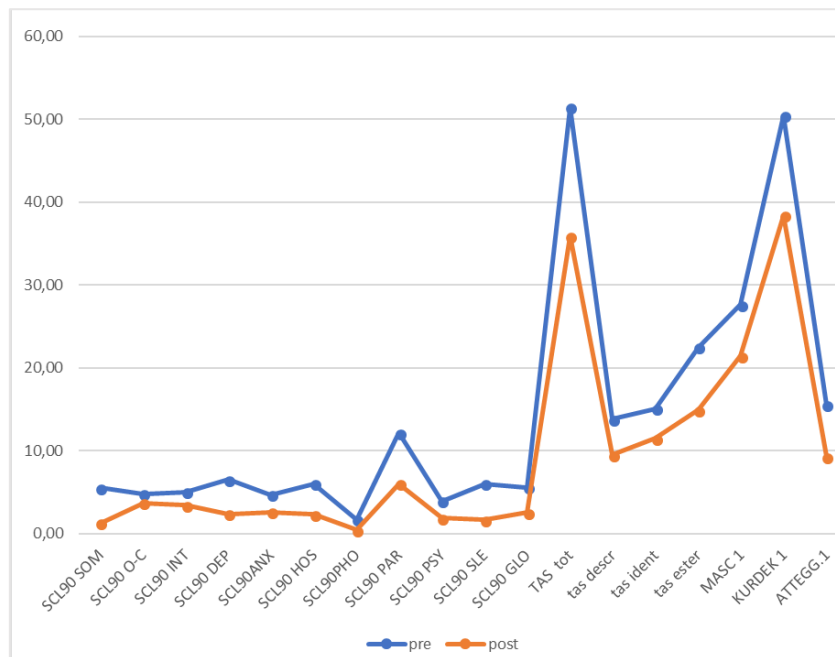


Figura 1: confronto tra il gruppo di frequentanti prima e dopo il gruppo.

Emerge un forte cambiamento anche nei punteggi totali della TAS-20 che si abbassano dopo la partecipazione al gruppo: più il punteggio è elevato e più è possibile che si riscontri Alessitimia, che comprende una difficoltà nel riconoscere ed elaborare i vissuti emotivi propri ed altrui. In questo caso, già nella fase precedente al gruppo i risultati erano inferiori – anche se di poco – rispetto al *cut-off* ($M=51,40$; $C.O.= 52$): tuttavia, nella fase post, il dato si abbassa fino a un punteggio medio di 35,90. Il punteggio più alto, sia nel pre che nel post gruppo, è quello relativo al pensiero orientato all'esterno, cioè alla maggior propensione a prestare attenzione ad eventi esterni rispetto ai propri vissuti.

Una possibile spiegazione di questo dato potrebbe essere la maggior propensione dei partecipanti a considerare l'aspetto emotivo e ad avere una maggior apertura nell'affrontare un argomento di questo tipo dopo le attività svolte in gruppo.

Il dato più interessante della differenza tra prima e dopo il gruppo riguarda le scale di somatizzazione, ostilità (SCL-90) e descrizione dei propri stati emotivi (TAS-20) e dei tre *test* della relazione con il bambino (Kurdek & Berg e MASC), i cui punteggi migliorano in modo significativo e rispetto ai quali si evidenzia un atteggiamento positivo confrontato con la fase pre.

Va sottolineato, inoltre, come esistano una serie di interessanti correlazioni tra sintomatologia dell'utente e le capacità di gestione emotiva e/o percezione della relazione con il minore: all'aumentare dei punteggi relativi al sintomo, aumenterebbero anche quelli relativi all'alessitimia e alle problematiche con il

minore. Tra tutti, si evidenzia ad esempio la scala Ostilità (SCL-90), che indica pensieri, sentimenti, comportamenti caratteristici di uno stato affettivo negativo di rabbia, e che appare correlata a quasi tutti i punteggi degli altri *test*: è verosimile pensare che una riduzione di questi vissuti potrebbe essere determinata da un lavoro sulla metacognizione e avere implicazioni positive nel rapporto con il minore.

Chi non ha partecipato al gruppo manifesta punteggi generalmente più bassi nella sintomatologia di Asse I (come si può notare nella figura 2). Questo risultato può essere interpretato come una minor tendenza a dichiarare i sintomi, così come effettivamente una minor presenza degli stessi (e quindi ridotto interesse alla partecipazione).

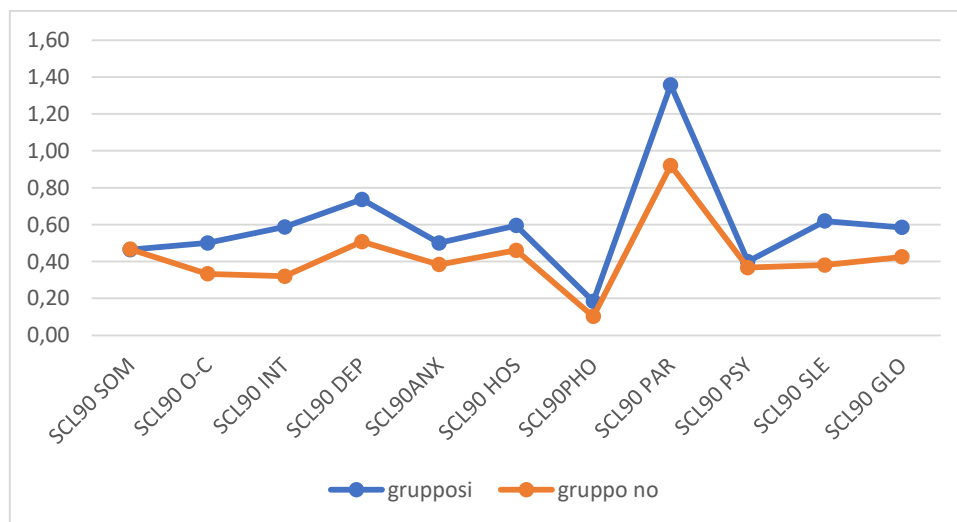


Figura 2. Confronto tra chi ha partecipato al gruppo e chi ha deciso di non prendervi parte, nella fase pre, relativamente ai punteggi della SCL-90.

I risultati sono invece sovrapponibili per la TAS-20 (Grafico 3), indipendentemente dalla partecipazione: in entrambi i casi i risultati sono diversi in modo significativo rispetto a quelli che otterrebbe la popolazione non detenuta. Questo significa che le persone con esperienze detentive sono caratterizzate o sviluppano una incapacità nel riflettere sul proprio funzionamento emotivo.

GIURISPRUDENZA PENALE WEB, 2019, 2-BIS - “AFFETTIVITÀ E CARCERE:
UN BINOMIO (IM)POSSIBILE?”

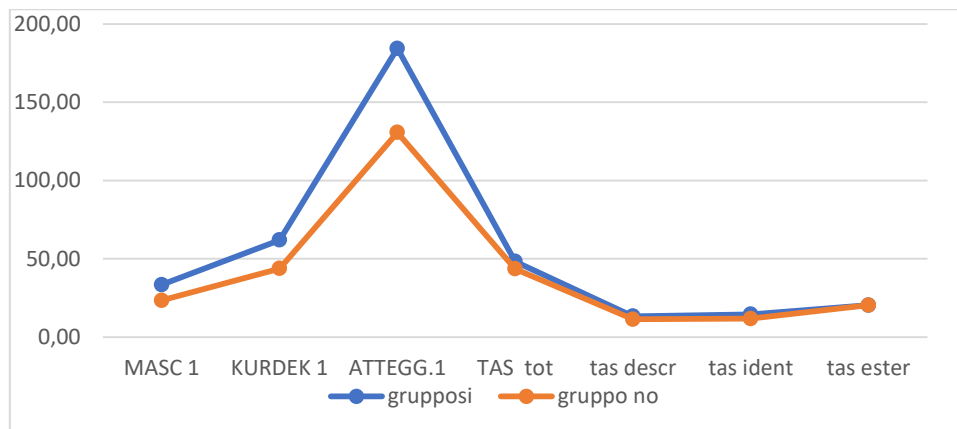


Figura 3. Risultati del gruppo che ha partecipato e di quello che non ha aderito rispetto ai test sul rapporto con il minore e alla TAS-20.

Nella TAS-20 si ritiene indicativo di “non alessitimia” un punteggio inferiore a 51. Nel caso del campione, costituito da 11 persone, si evidenzia in ingresso una discreta presenza di punteggi “borderline” (4 soggetti) e un caso di alessitimia (si veda Tabella 3). Quest’ultima si caratterizza per la presenza di difficoltà nell’identificare, descrivere e distinguere le emozioni, parlarne agli altri e stile cognitivo orientato all’esterno.

Sogg.	1	2	3*	4*	5	6*	7	8	9*	10	11
TAS pre	42	55	65	39	52	40	40	55	32	57	37

Tabella 3. Valori della TAS-20 nella fase pre-gruppo.

* = soggetti che non hanno proseguito con il gruppo

Il valore evidenziato è indicativo di alessitimia. I valori in rosso sono considerati al limite.

Nel *test* MASC, più un punteggio è alto e più è patologico; lo stesso vale per i *test* di Kurdek e Berg. In tutti i tre *test*, i punteggi risultano patologici e quindi indicativi di una percezione del figlio, da parte del genitore, come ansiosa e connotata da diverse problematiche.

I dati che riguardano gli aspetti genitoriali nel gruppo che non ha partecipato potrebbero indicare una non consapevolezza o ammissione di eventuali problematiche personali e con il minore, oppure una loro effettiva minor presenza (che farebbe propendere queste persone per il rifiuto rispetto all’esperienza grupale). Al contrario, le competenze emotive appaiono allineate e quindi potenzialmente migliorabili nel gruppo di chi non ha aderito.

8. Follow up qualitativo.

Dei partecipanti al gruppo, le assistenti sociali riferiscono che:

- un partecipante ha terminato sia la misura alternativa che la libertà vigilata con ottimi risultati ed è quindi un cittadino libero (è nato anche il suo secondo figlio);
- due partecipanti hanno concluso la misura alternativa con buoni risultati;
- tre partecipanti proseguono con ottimi risultati la misura alternativa e il reinserimento in famiglia;
- un partecipante ha avuto una recidiva del reato ed ha avuto quindi la revoca della misura tornando in Casa Circondariale.

Tra chi ha lasciato il gruppo dopo averlo iniziato e chi non vi ha preso parte permangono diverse criticità a livello familiare, ma continuano tutti la misura alternativa (la persona che aveva già preso parte al gruppo sulla genitorialità in Casa Circondariale ha invece concluso la misura ed è ora libero).

Questi risultati confermano i dati inerenti la misura alternativa, come fattore di protezione rispetto alla recidiva: la maggior parte di chi la intraprende, infatti, non commette una recidiva dei reati¹³.

9. Discussione.

In generale, aver frequentato un gruppo di questo tipo – con un lavoro non solo sulle *skills* genitoriali, ma anche sulla metacognizione – sembrerebbe ridurre numerosi sintomi esperiti dai partecipanti ed evidenziati con la SCL-90. I punteggi di una particolare scala, quella inerente l’atteggiamento paranoico, diminuiscono sensibilmente dopo il gruppo: la presenza di questo tratto in fase iniziale denota una delle diverse peculiarità di questo tipo di popolazione, ma risulta anche utile per capire come impostare la relazione terapeutica. La sua diminuzione in seguito ad un’attività di questo genere potrebbe invece facilitare l’aggancio al Servizio e favorire un atteggiamento meno diffidente rispetto ai professionisti che seguono il percorso dell’utente (Uepe, SerD, Servizio di Alcologia, ecc.). Non solo, questo aspetto facilita una positiva propensione nei confronti di una ipotetica presa in carico del figlio minore da parte del Servizio Psicologico per l’Età Evolutiva o altri, nel caso in cui si evidenzino aspetti problematici (peraltro frequentemente presenti nei bambini con questo tipo di esperienze).

La sintomatologia dichiarata dagli utenti subisce in generale una riduzione, soprattutto nelle scale inerenti somatizzazione (cioè tutti i sintomi fisici, ad

¹³ XIII Rapporto dell’Associazione Antigone: nello specifico, il 5,92% delle persone in misura alternativa si vede revocata la stessa (solo lo 0,71 per la commissione di nuovi reati).

XIV Rapporto dell’Associazione Antigone, “*Un anno in carcere*”: dei 57.608 detenuti presi in considerazione al 31 dicembre 2017, 22.253, ossia una percentuale inferiore al 37%, non avevano alle spalle precedenti esperienze detentive in carcere; 7.042 ne avevano dalle 5 alle 9.

esempio il mal di testa) e ostilità. Migliorano i punteggi legati all'alessitimia e al rapporto con i minori.

Chi non ha aderito al gruppo manifesta meno sintomi (ne ha meno o ne è meno consapevole), esattamente come non indica particolari criticità del minore. Dal punto di vista emotivo (TAS-20), invece, i risultati sono molto simili e indicano, peraltro, una scarsa predisposizione all'autoriflessione e lettura della mente: questo elemento indica anche basse capacità metacognitive e farebbe pensare alla necessità di incoraggiare alla partecipazione al gruppo anche chi non lo ritiene utile. L'ipotesi che questo gruppo riconosca meno i sintomi negativi che esperisce e i problemi nella relazione con il figlio appare supportata proprio dagli elevati valori della scala paranoia e dal fatto che i punteggi della TAS-20 non variano rispetto ai compagni.

Questo tipo di risultati induce a pensare che un lavoro di gruppo terapeutico e basato sulla metacognizione favorisca un miglioramento nel benessere degli utenti, nel rapporto con i loro figli e nell'importanza che viene attribuita agli aspetti emotivi propri e altrui.

10. Conclusioni e progetti futuri.

Da un punto di vista qualitativo, i partecipanti si sono mostrati soddisfatti dell'esperienza, che si è rivelata utile sia rispetto alla gestione dei figli che per la loro qualità di vita. Molti hanno dichiarato la volontà di prendere contatto con servizi specifici e uno di loro ha frequentato un gruppo sulla regolazione emotiva con la stessa terapeuta (da libero, in regime di libertà vigilata).

In considerazione dell'attuale presenza di un gruppo sul parenting all'interno della Casa Circondariale condotto dalla stessa terapeuta, per il futuro si auspica la possibilità di attuare un percorso più strutturato e collegato tra il momento della detenzione e quello del reinserimento, in modo da facilitare l'aggancio già in fase intramuraria e favorire un calo ulteriore delle recidive.

11. Ringraziamenti.

Per lo svolgimento di questo progetto, è stata indispensabile la collaborazione di tutto il personale dell'Ufficio di Esecuzione Penale Esterna e della sua Direttrice, dott.ssa Katia Sartori, così come quella della dott.ssa Francesca Fiore di “Studi Cognitivi” (Milano) per l'elaborazione statistica e i professionisti della sede di Bolzano per il supporto costante.

Il ringraziamento più grande va tuttavia agli utenti che hanno partecipato al progetto fornendo il loro contributo e a quelli che, nelle edizioni precedenti, hanno consentito di svilupparlo.

12. Citazioni e bibliografia.

- ARNTZ, A., & JACOB, G. (2013). Schema Therapy in azione. Teoria e Pratica. Istituto di Scienze Cognitive Editore;
- BAIOCCO, R. & D’ALESSIO, M., & LAGHI, F. (2011). Parents Preference Test (PPT), Manuale. Giunti O.S. Organizzazioni Speciali, Firenze;
- Bambini Senza Sbarre (2016). Carta dei diritti dei figli dei genitori detenuti. <http://www.bambinisenzasbarre.org/carta-dei-diritti-dei-figli-dei-genitori-detenuti/> ;
- BLEIBERG, E. (2004). Il trattamento dei disturbi di personalità nei bambini e negli adolescenti. Giovanni Fioriti Editore, Roma;
- BRADLEY, R., HEIM, A.K., & WESTEN, D. (2005). Trasference patterns in the psychotherapy of personality disorders: Empirical investigations. *British Journal of Psychiatry*, 186: 342-349;
- BRICKLIN, B. (2013). Nuovi test per l’affidamento dei figli in caso di separazione e divorzio, Giuffrè, Milano;
- BAYSE, D.J., ALGID, S.A., & VAN WYK, P.H.(1991). Family life education: An effective tool for prisoner rehabilitation, *Family Relations*, 40: 254-257;
- BOWLBY, J. (1982). Costruzione e rottura dei legami affettivi, Raffaello Cortina Editore, Milano;
- BUI, L., ULLRICH, S., & COID, J.W. (2016). Screening for mental disorder using the UK national offender assessment system. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 27 (6): 786-801;
- CAMERINI, G.B., VOLPINI, L., LOPEZ, G., Manuale di valutazione delle capacità genitoriali, Maggioli Editore, Santarcangelo di Romagna, 2011;
- CARLSON, B.S., & CERVERA, N. (1991). Inmates and their families. *Criminal Justice and Behavior*, 18 (3): 318-339;
- CASTELFRANCHI, C., POGGI, I. (1988). Vergogna, in Castelfranchi C. (a cura di), *Che figura. Emozioni e immagine sociale*, Bologna, Il Mulino;
- DIMAGGIO, G., & SEMERARI, A. (2007). I disturbi di personalità. Modelli di Trattamento. Editori Laterza, Bari;
- DSM-5 – Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (2014). Raffaello Cortina Editore, Milano;
- GABEL, S., & SHINDLEDECKER, R. (1993). Characteristics of children whose parents have been incarcerated. *Hospital and Community Psychiatry*, 44 (7): 656-660;
- LINEHAN, M. (2015). DBT Skills Training, Manuale, schede e fogli di lavoro. Raffello Cortina Editore, Milano;
- LIOTTI, G. & MONTICELLI, F. (2014). Teoria e clinica dell’alleanza terapeutica. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- MEEK, R. (2007). Parenting education for young fathers in prison. *Child and Family Social Work*, 12: 239-247;
- MUMOLA, C.J. (2000). Special report Incarcerated parents and their children, Washington DC, US Department of Justice. Bureau of Justice Statistics;

GIURISPRUDENZA PENALE WEB, 2019, 2-BIS - “AFFETTIVITÀ E CARCERE:
UN BINOMIO (IM)POSSIBILE?”

- MURRAY, J., & FARRINGTON, D.P. (2008). The effects of parental imprisonment on children. In *Crime and Justice. A review of Research*, M. Tonry Ed., University of Chicago Press, 37: 133-206;
- MURRAY, J. (2012). What happens when a Parent goes to prison?, Footnote <http://www.footnote1.com/what-happens-when-a-parent-goes-to-prison/>;
- National Association for the Care and Resettlement of Offenders (2000). *The forgotten majority: the resettlement of short term prisoners*. London;
- PARIS, C. (2017). “Il mio papà in carcere, genitorialità e interventi possibili”, *State of Mind*, <http://www.stateofmind.it/2017/10/genitori-in-carcere/>;
- PRIOR, M., SARTORI, G., & MARCHI, S. (2003). *Cognizione sociale e comportamento: uno strumento per la misurazione*. Domeneghini, Padova;
- SHLAFER, R. J., & POEHLMANN, J. (2010). Attachment and caregiving relationships in families affected by parental incarceration. *Attachment and Human Development*, 12 (4), 395-415;
- STEADMAN, H.J., OSHER , F.C., ROBBINS, P.C., CASE, B., SAMUELS, S. (2009). Prevalence of Serious Mental Illness Among Jail Inmates, *Psychiatric Services*, 60 (6);
- TRICE, A.D., & BREWSTER, J. (2004). The effects of maternal incarceration on adolescent children;
Journal of Police and Criminal Psychology, 19, 27-35.