

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione

Corso di Laurea Magistrale in

PSICOLOGIA DI COMUNITÀ, DELLA PROMOZIONE DEL BENESSERE E DEL
CAMBIAMENTO SOCIALE



La promozione del benessere nel contesto carcerario: un fattore determinante
nel recupero del detenuto

The promotion of well-being in the prison context: a determining factor in prisoner recovery

Relatrice:

Prof.ssa Michela Lenzi

Laureando: Giovanni Gaeta

Matricola: 2050719

Indice

Introduzione	1
1. Il sistema carcerario italiano: caratteristiche e problematiche	3
1.1 Struttura organizzativa all'interno del carcere	5
1.2 Realtà carceraria	6
1.2.1 Sovraffollamento nelle carceri italiane	7
1.2.2 Carezza di personale	9
1.2.3 Suicidio e comportamenti suicidari	11
1.2.4 Isolamento carcerario	12
1.2.5 Disturbi mentali nei detenuti	13
2. Teorie e modelli riabilitativi di promozione del benessere	16
2.1 Teoria della riabilitazione	17
2.2 Relapse Prevention Model	17
2.2.1 Fattori di ricaduta: determinanti immediati e antecedenti occulti	18
2.2.2 Strategie di intervento del modello RP	19
2.3 Modello Risk-Need-Responsivity	22
2.3.1 Le basi teoriche del modello Risk-Need-Responsivity	23
2.4 Modello Good Lives-C	26
2.4.1 Presupposti eziologici secondo il modello Good Lives-C	27
2.4.2 Implicazioni per la pratica	29
2.5 Psicologia positiva e nascita della criminologia positiva	31
2.5.1 La criminologia positiva	31
2.5.1.1 Programmi di riabilitazione basati sulla criminologia positiva	33
2.6 Conclusione	34

3. Attività e programmi di promozione del benessere	36
3.1 Mindfulness e Yoga	36
3.1.1 Un corso di Vipassana in carcere: pratica della “criminologia positiva”	39
3.1.2 Mindfulness e uso di sostanze	43
3.2 Interventi basati sullo sport	46
3.2.1 Esercizi fisici selezionati migliorano il benessere psicologico dei detenuti	47
3.3 Risorse individuali come punti di forza	49
3.3.1 Un programma basato sugli interventi della Psicologia Positiva	50
3.4 Visite familiari: il ruolo protettivo delle relazioni	52
3.5 Programmi di benessere per agenti penitenziari?	54
3.6 Conclusione	56
Conclusioni Generali	58
Bibliografia	60

INTRODUZIONE

Il sistema carcerario italiano ha come obiettivo principale la rieducazione del detenuto al fine di un miglior reinserimento nella società una volta scontata la pena detentiva così come recita l'art 27 della Costituzione Italiana ovvero che "le pene non possono consistere in trattamenti contrari al senso di umanità e devono tendere alla rieducazione del condannato". Uno dei principi essenziali perché questo processo possa avvenire è il rispetto della dignità umana, occorre vedere i detenuti come singoli individui con le loro esigenze e potenzialità e non solamente come un collettivo. Ad oggi questa politica penale risulta alquanto demagogica, e quella sociale deficitaria, ancora troppo spesso la finalità rieducativa della pena e l'umanità stessa sono messe in discussione. Sebbene la lettura internazionale fornisca valide indicazioni per promuovere il benessere dei detenuti e diminuire i casi di recidiva, sia all'interno del carcere stesso che nel processo di ritorno alla vita sociale libera e alla comunità, in Italia le suddette linee guida sono ancora poco diffuse e studiate (Volpini et al., 2008).

Il presente lavoro si sviluppa in tre capitoli.

Il primo capitolo fornisce un quadro generale dell'organizzazione del sistema carcerario italiano e delle sue caratteristiche. Nel capitolo vengono descritte le problematiche principali che caratterizzano le carceri, come il sovraffollamento e la carenza di personale, condizioni che pregiudicano ogni progettualità socialmente strutturata e inducono le persone più vulnerabili a tornare in situazioni già conosciute.

Nel secondo capitolo vengono espone dettagliatamente le teorie riabilitative di riferimento per la promozione del benessere in carcere, presentando i loro aspetti salienti. Tutti i modelli trattati non si concentrano, come rilevato, invece, dai modelli

standard di trattamento, solo sui fattori di rischio ma spostano soprattutto il focus sulle risorse interne ed esterne degli individui.

Nel terzo ed ultimo capitolo sono presentate alcune evidenze empiriche di interventi di promozione del benessere che rimarcano l'importanza di creare un ambiente in cui i detenuti possano crescere sia a livello individuale che sociale così da ottenere un loro recupero positivo. La strada fondamentale da perseguire è quella di aumentare la consapevolezza del sé e l'abilità decisionale individuale, collettiva e comunitaria, rafforzando i processi sottostanti la decisione e quindi anche la partecipazione sociale come pratica di libertà e riconoscimento reciproco.

CAPITOLO 1

Il sistema carcerario italiano: caratteristiche e problematiche

Durante il periodo antecedente l'unità d'Italia il penitenziario era quell'edificio in cui venivano reclusi i soggetti ritenuti un male per la società allo scopo di estirpare un possibile pericolo. Le persone erano reclusi in questi edifici per svariati motivi. Potevano essere persone in attesa di giudizio, condannati oppure soggetti reputati dalla società, per le più disparate ragioni, "scomodi", "diversi" e "pericolosi" (Foucault, 1975).

Il sistema carcerario italiano per come lo conosciamo, prende forma nel periodo dell'Italia post-unitaria grazie a due documenti: il codice penale del 1889 e il "Regolamento generale degli stabilimenti carcerari e dei riformatori governativi", considerati le fondamenta del nostro sistema penitenziario. Il primo documento, anche detto codice Zanardelli, unificava tutta la legislazione penale italiana andando a fare una prima distinzione tra "stabilimenti carcerari" e "stabilimenti riformatori", ciò comportava una differenziazione per i trattamenti dei reclusi in base alla loro età e alla loro rispettiva condizione giuridica, mai avvenuta, invece, in precedenza. Il secondo documento, del 1891, invece individuava nel trattamento differenziato, individualizzato e scientifico il cardine della nuova politica penitenziaria, ponendo in primo piano il condannato, analizzando la sua realtà umana e sociale.

Avvicinandoci ai giorni nostri sono ovviamente state fatte molte modifiche, una tra le più importanti e fondamentali è la legge "26 luglio 1975 n. 354" e successive modifiche, che riguarda le norme sull'ordinamento penitenziario e sulla esecuzione delle misure private e limitative della libertà. Tale legge si basa sul concetto di trattamento penitenziario finalizzato alla rieducazione e sulla garanzia del rispetto

della dignità umana, ovvero, occorre individuare il trattamento migliore per ogni singolo individuo, attraverso un'analisi psicologica della personalità e delle specifiche condizioni del carcerato, che unito al rispetto delle regole rendono possibile una riduzione della pena e il reinserimento sociale dello stesso.

Il sistema penitenziario in Italia è unico ma è strutturato in sezioni regionali (Marietti, 2013). Le carceri italiane sono classificate in due categorie principali: la “Casa Circondariale”, e la “Casa di Reclusione”. L’assegnazione a una delle due strutture dipende dalla pena detentiva che dovrà scontare il soggetto a seconda del reato commesso e di conseguenza della pena inflitta in arresto o reclusione. Entrambe le pene prevedono la privazione della libertà personale: per l’arresto la pena copre un periodo che va dai 5 giorni fino a 3 anni, mentre per la reclusione, trattandosi di reati gravi, la durata può estendersi dai 25 giorni ai 24 anni, sino a comprendere anche l’ergastolo. La “Casa Circondariale” è destinata ai detenuti in attesa di giudizio o che devono scontare una pena inferiore ai 5 anni, mentre la “Casa di Reclusione” è destinata a carcerati condannati a pene più lunghe. Oltre a queste due strutture principali, altri istituti rientrano all’interno del sistema carcerario: la casa mandamentale, ove sono detenute le persone in attesa di giudizio con accuse di reati lievi, oppure condannate a pene fino a un anno (anche se questi siti sono in via di dismissione); il carcere speciale, struttura preposta alla detenzione dei condannati per delitti di criminalità organizzata; il carcere minorile per i minori che commettono un reato. Al momento, diversamente da altri paesi l’Italia non ha carceri di massima sicurezza destinati a detenuti pericolosi, i quali vengono assegnati a sezione di massima sicurezza riservate all’interno delle varie strutture, in stretto isolamento dagli altri.

La legislazione italiana prevede che l'assegnazione dei prigionieri alle strutture, quando possibile, segua un criterio territoriale, ovvero, i detenuti dovrebbero essere inseriti in strutture vicine al loro comune di residenza. Tuttavia non sempre questa disposizione viene eseguita e questo, in particolare, per tre motivi: la ragionevole presunzione che l'assegnazione a una struttura all'interno della propria provincia di residenza possa essere pericolosa per il detenuto e/o per gli altri; le particolari esigenze della struttura detentiva (ad esempio, sovraffollamento o inaccessibilità); o le possibili esigenze della persona incarcerata, come un'assistenza sanitaria particolare o lo studio (Drago, Galbiati & Vertova, 2011).

- **1.1 Struttura organizzativa all'interno del carcere**

All'interno del carcere, non sono presenti solo i carcerati, ma anche il personale del carcere preposto alla custodia degli stessi e al mantenimento dello stato di sicurezza globale. L'organigramma del carcere prevede: al vertice il direttore che è responsabile della sicurezza, del trattamento dei detenuti e del bilancio amministrativo; la polizia penitenziaria, dipendente dal Ministero della Giustizia, responsabile della sicurezza interna e dei trasferimenti all'esterno dei detenuti; i capi sezione delle varie aree del carcere che devono rendere conto delle loro azioni e decisioni al direttore (Marietti, 2013). Altra figura che ruota nel processo di recupero del recluso, a cui è delegata la responsabilità delle questioni sociali e della rieducazione, e che apporta un contributo significativo nei rapporti con le famiglie di origine, è quella dell'assistente sociale. Non di minore importanza è il ruolo dell'educatore, che lavora all'interno del carcere stesso, ed ha la responsabilità degli interventi di supporto dedicati ai singoli detenuti, coordinando le attività connesse all'osservazione ed alla realizzazione dei progetti individualizzati del trattamento, occupandosi dei percorsi per la socializzazione e

quindi l'accesso a misure alternative. Infine, tra le figure professionali che operano all'interno del carcere vi sono i medici e gli operatori sanitari.

Collaborano con gli operatori all'interno del carcere i volontari, una preziosa risorsa sia per la popolazione detenuta sia per il personale, in quanto, spesso, va a colmare tutti quei vuoti che l'istituzione penitenziaria, per diversi motivi, fatica sempre più spesso a riempire. Inoltre, i mediatori culturali sono chiamati a svolgere un'importante funzione di supporto per i detenuti di origine straniera. Gli operatori all'interno del carcere per la maggior parte sono alle dipendenze del Ministero della Giustizia, come educatori e assistenti sociali, o sotto quelle del Servizio Sanitario Nazionale.

- **1.2 Realtà carceraria**

La realtà carceraria italiana è complessa da molti punti di vista. Il sovraffollamento, citato precedentemente come una delle problematiche per cui gli istituti carcerari non possono accettare nuovi detenuti, è solo uno dei problemi legati alle carceri italiane. Altre difficoltà sono determinate dalla carenza di personale presente nelle carceri (Maculan, 2017; Council of Europe Annual penal Statistics SPACE I – Prison Population, 2015), dal fenomeno del suicidio (Sattar, 2003; Borril, 2003; Kokkevi, 1995), che riguarda in particolare i carcerati ma in percentuale minore anche il personale, dal grado di isolamento dei detenuti dal resto della società (Jiang & Winfree, 2006, Blevins et al., 2010, Listwan et al., 2013) e infine dalla presenza di disturbi mentali in un notevole numero di detenuti (Teplin, 1984, 1994; Fazel & Danesh, 2002; Fazel e Seewald, 2012). Il ricercare delle soluzioni a queste problematiche non fornisce, solamente, una vita più dignitosa ai carcerati ma può determinare anche una diminuzione dei casi di recidiva. In uno studio condotto da Drago e collaboratori (2011), emerge che la propensione individuale a tornare a delinquere dipenda non solo dalle condizioni detentive in cui vivono i detenuti, ma,

altresì, dai legami che si creano tra gli stessi in una sorta di “scuola criminale”. Nei paragrafi seguenti andremo ad analizzare più nel dettaglio queste problematiche e a capirne le cause e le conseguenze che ne scaturiscono.

- **1.2.1 Sovraffollamento nelle carceri italiane**

In questo momento, secondo i dati aggiornati il 31 Gennaio 2023 dal Ministero della Giustizia, in Italia ci sono in totale 189 istituti penitenziari per una capienza totale di 51.249 detenuti. Al momento questi istituti ospitano 56.674 detenuti. Da questi numeri possiamo dedurre quindi come ci siano quasi 5.000 detenuti in più rispetto alla capienza massima degli istituti. Il tasso di sovraffollamento ufficiale medio è del 119 per cento (Antigone, 2023). Ad oggi le regioni più affollate sono Puglia, Lombardia e Liguria con tassi di sovraffollamento maggiori del 125 per cento (Antigone, 2023). Dal 1990 al 2007 il numero di detenuti per 100.000 abitanti è cresciuto in Italia da 45 a 82 (Eurostat, 2009), quasi il doppio, aumentando negli anni. Dal 30 Aprile del 2022 la capienza ufficiale è cresciuta dello 0,8 per cento. In Europa tale aumento è stato superato solamente da Romania e Cipro (ANSA, 2013).

La realtà attuale palesa l'importanza e la gravità del fenomeno a cui ci stiamo riferendo. L'aumento dei detenuti ha portato ad un progressivo deterioramento delle condizioni di vita, ha ridotto l'efficacia della riabilitazione dei singoli carcerati e ha ostacolato i rapporti con le comunità all'esterno delle strutture. Per questo motivo, nel 2013, la Corte Europea dei Diritti dell'Uomo (CEDU) ha condannato l'Italia per trattamenti inumani e sovraffollamento degli istituti carcerari, accusando lo stato di violare l'art. 3 della CEDU (Garro & Cirami 2017), che proibisce la tortura e il trattamento disumano o degradante (Corte Europea dei Diritti dell'Uomo, 1978). La sentenza del 2013 è inerente al caso Torreggiani, riguardante sette detenuti che stavano scontando la pena in celle triple e con meno di quattro metri a testa a

disposizione, i quali hanno presentato ricorso; una delle strutture in questione, nel 2010, aveva ospitato 415 detenuti nonostante una capienza normale di 178 e massima di 376 carcerati. A seguito della sentenza le autorità italiane hanno fornito il primo piano d'azione durante un incontro tra gli alti funzionari del Ministro della Giustizia italiano e il Dipartimento per l'esecuzione delle sentenze della CEDU (Facuzza, 2017). Il piano d'azione prevedeva quattro fasi fondamentali per un risanamento dei luoghi di detenzione: prioritariamente adottare delle misure legislative volte a ridurre i flussi di ingresso ed incrementare le uscite delle persone detenute, ad esempio attuando delle modifiche nei trattamenti terapeutici e riabilitativi per alcune categorie di detenuti, come degli affidamenti in prova in comunità o centri riabilitativi per i tossicodipendenti, che secondo stime del Ministero della Giustizia sono il 30 per cento del numero complessivo di detenuti in Italia; il secondo punto, invece, riguardava l'attuazione di un "regime carcerario aperto" per carcerati detenuti in strutture di media o bassa sicurezza (si parla dell'88 per cento della popolazione carceraria totale), aumentando la libertà all'interno del perimetro carcerario, potenziando gli spazi dedicati al lavoro, allo sport e alle attività ricreative e culturali; a seguire, interventi in materia edilizia, costruendo nuovi edifici e ristrutturando il patrimonio esistente per creare nuovi posti; infine misure risarcitorie per chi abbia presentato ricorso alla corte di Strasburgo, mediante la riduzione di "pena ancora da scontare di una percentuale determinata in relazione al periodo di tempo in cui tali detenuti hanno vissuto in condizioni carcerarie inadeguate" (Haider, 2013, pag 36).

Il comitato ha espresso giudizio favorevole nei confronti della risposta data dalle autorità italiane alla sentenza Torregiani e altri; l'adozione del piano costituisce un primo ed essenziale passo verso la risoluzione del problema. La riforma delle politiche penali e dell'organizzazione del sistema penitenziario italiano è avvenuta

attraverso due piani d'azione. Da una parte si è cercato di andare a influenzare le cause del sovraffollamento, mentre, dall'altra, sono stati previsti dei cambiamenti a livello giurisdizionale che potessero riparare le violazioni dei diritti dei detenuti. Tuttavia, come ammesso dallo stesso Governo italiano nella sua relazione, e fatto notare da alcune organizzazioni non governative (ONG), ad oggi la messa in atto di questa riforma nella pratica sembra tutt'altro che ideale (Relazione al Parlamento, 2014).

Nonostante il sovraffollamento delle strutture carcerarie italiane rappresenti ancora una minaccia e il funzionamento dei rimedi preventivi e compensativi possa apparire ancora problematico, la scelta della Corte di adottare una sentenza pilota ha permesso di individuare le misure ritenute necessarie per risolvere il problema strutturale del sovraffollamento (Facuzza, 2017). Osservando il trend della popolazione carceraria in Italia dal 2000 descritto nel rapporto del consiglio d'europa "Statistiques Pénales Annuelles du Conseil de l'Europe" (Aebi & Tiago, 2020), il paese sembra avere due strade per risolvere la questione sovraffollamento, la prima è "ridurre la durata delle pene" e la seconda è "di costruire più prigioni". La sentenza pilota si è rivelata essere un modo positivo per attuare un cambiamento legislativo nonostante questi cambiamenti siano estremamente difficili e lenti (Facuzza, 2017).

- **1.2.2 Carenza di personale**

Quando si parla di carenza di personale nelle carceri italiane bisogna prestare attenzione a cosa si intende; infatti, una delle caratteristiche più rappresentative del sistema carcerario italiano è la presenza di un elevato numero di operatori di polizia penitenziaria, soprattutto se paragonata al numero presente degli altri operatori, come ad esempio gli educatori. Gli agenti della polizia penitenziaria, in Italia, corrispondono all'89,36 per cento del personale che opera all'interno degli istituti di

pena, si noti che le figure più pedagogiche come gli educatori invece siano solo il 2,17 per cento. Si stima che nel nostro paese il rapporto fra detenuti e agenti è di 1,67, vale a dire poco più di un detenuto e mezzo per poliziotto (Maculan, 2017). Secondo le statistiche fornite dal Council of Europe Annual penal Statistics Space I (2015), il rapporto fra detenuti ed operatori addetti alla sicurezza in altri paesi è maggiore, ad esempio in Francia è 2,5, in Inghilterra e Galles 3,9, e la media europea dei poliziotti penitenziari rispetto alle altre figure professionali è del 68 per cento, decisamente un valore più basso rispetto a quello presente in Italia (Aebi et al., 2015). I dati appena prospettati confermerebbero che in Italia ci siano più agenti penitenziari rispetto alla media europea, ma secondo i dati del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria (DAP) l'organico in forza del personale della polizia penitenziaria risulterebbe carente del 20 per cento rispetto all'organico previsto dalla normativa sull'ordinamento penitenziario. Le motivazioni di questa discrepanza sono dettate dal fatto che vengono concessi numerosi distacchi presso altri servizi e che le nuove assunzioni non bilancerebbero il personale che ha cessato il rapporto di lavoro e a cui è stato concesso il distacco.

Se per gli agenti penitenziari il divario fra organico previsto ed organico in forza è del 20 per cento, per gli educatori il divario è molto più marcato, infatti il valore corrisponderebbe al 35 per cento (Council of Europe Annual penal Statistics SPACE I – Prison Population, 2015). La soluzione a questa mancanza di personale potrebbe avvenire seguendo i modelli proposti dagli altri stati europei, riorganizzando le risorse attuali operanti affinché si possa tempestivamente esprimere una valutazione clinica del detenuto e strutturare un percorso soggettivo di riabilitazione.

- **1.2.3 Suicidio e comportamenti suicidari**

La morte per suicidio e i comportamenti suicidari sono problematiche che coinvolgono il mondo intero, ma in particolar modo la popolazione carceraria, sia per coloro che scontano pene comunitarie, come l'affidamento in prova ai servizi civili, la semilibertà, la liberazione anticipata o la detenzione domiciliare, sia per i detenuti (Sattar, 2003; Borril, 2003; Kokkevi, 1995). Proprio quest'ultimi a causa della moltitudine di comportamenti pericolosi messi in atto sono riconosciuti come una popolazione ad elevato rischio di suicidio, presentando un'ampia gamma di problemi di salute fisica e mentale. Attraverso le analisi di diversi studi sulla mortalità in carcere si è, difatti, notato come i detenuti abbiano maggiore probabilità di morire prematuramente rispetto alle persone che non sono mai state in carcere (Salive, 1990; Dalton, 199; Wobeser, 2002) e che una delle principali cause sia il suicidio. In Italia tra il 2002 al 2012 ci sono stati quasi mille decessi per morte non naturale nelle carceri, di cui più della metà per suicidio (Ministero di Giustizia, Ristretti Orizzonti, 2013). I suicidi e i comportamenti suicidari, in generale, rappresentano un evento stressante sia per i detenuti che per gli agenti; infatti, anche le guardie carcerarie hanno iniziato a manifestare problematiche psicologiche di un certo rilievo: tra il 2000 e il 2011 sono stati segnalati 68 suicidi (ANSA, 2013).

I fattori che spingono le persone a togliersi la vita sono variabili e complessi, è comprensibile che gli individui che si trovano in situazioni di particolare vulnerabilità siano più a rischio: in particolare contribuiscono condizioni socioculturali deprivanti e malattie psichiatriche e/o invalidanti. La concomitanza di disturbi mentali con livelli elevati di svantaggio sociale ed esclusione (Barraclough, 1974; Hawton, 2000) frequenti nelle persone detenute, è un aspetto che contribuisce a determinare tassi di suicidio più elevati: le condizioni della vita carceraria, in strutture fatiscenti, con

poche attività disponibili e con scarsa presenza di volontariato, lo specchiarsi quotidianamente con la sofferenza dei compagni, della detenzione e spesso della malattia contribuiscono a far perdere ogni speranza al detenuto (Hawton, 2000).

Occorre porre attenzione anche al periodo iniziale dopo il rilascio, alcuni studi hanno dimostrato che nei primi 12 mesi i detenuti erano esposti ad un rischio di suicidio molto più elevato rispetto alla popolazione generale (Pratt, 2006), durante i quali si verifica circa un quinto dei suicidi totali. Questo aspetto fondamentale, da non trascurare, ci fa riflettere sulle responsabilità del servizio penitenziario; la prevenzione con un adeguato trattamento riabilitativo, il sostegno e la preparazione all'integrazione sociale nel mondo esterno sono elementi determinanti al fine della riduzione di eventi suicidari, fornendo programmi di pianificazione della dimissione che consentano ai detenuti rilasciati di collegarsi ai sistemi sanitari della comunità.

Quali possono essere le strategie d'intervento necessarie per cambiare questa rotta? Migliorare i servizi medici carcerari, destinando ai penitenziari maggiori risorse sanitarie, e sviluppare diverse politiche e linee guida nazionali specifiche per la detenzione carceraria (Fazel et al., 2011). Se si offrisse una diagnosi e una riabilitazione più decorosa in carcere diminuirebbe la possibilità di rilasciare i detenuti nelle comunità di appartenenza con le loro comorbilità fisiche e psicologiche non trattate se non addirittura aggravate. La conseguenza è una maggiore possibilità che l'autore di reato una volta rilasciato metta in atto comportamenti suicidari o atteggiamenti criminali che contribuiscono a recidivare (Fazel et al., 2011).

- **1.2.4 Isolamento carcerario**

L'isolamento carcerario viene misurato dal numero di volontari che operano all'interno della struttura e dalla distanza tra il carcere e il capoluogo di provincia

della regione in cui è situato. Questi due fattori sono strettamente correlati fra loro, infatti, più una struttura carceraria è distante dal capoluogo, più alti sono i costi per le associazioni, i gruppi di volontari e le organizzazioni per i diritti civili per accedere al carcere e sviluppare attività sociali, di istruzione e formazione professionale per i detenuti. I gradi di osmosi tra il carcere e il resto della società sono maggiori nelle strutture situate vicino al centro del capoluogo. L'isolamento carcerario porta ad un peggioramento dei comportamenti dei detenuti e ad una maggiore possibilità di recidiva. Una maggiore vicinanza alla società può fare in modo che il carcerato riduca i livelli di stress e tensione, mantenga legami sociali e possa accedere alle risorse sociali durante e dopo la detenzione (Fishman, 1988, Hairston, 1991, Wolff & Draine, 2004, Jiang & Winfree, 2006, Blevins et al., 2010, Listwan et al., 2013). Studi qualitativi condotti con interviste a detenuti hanno evidenziato l'importanza dei legami sociali per aiutare gli individui a gestire l'incarcerazione e la transizione verso la società (Datesman & Cales, 1983, Adams, 1992, Maruna, 2001, Arditti et al., 2003, Maruna & Immarigeon, 2004, Christian et al., 2006). L'isolamento carcerario contribuisce alla propensione, una volta scontata la pena, a compiere nuovamente azioni criminali, in gergo tecnico "recidiva". È stato accertato come un sistema più socializzante oltre a migliorare la situazione presente del detenuto possa concorrere ad una reintroduzione nel mondo esterno con meno rischi di ricaduta, da qui l'importanza affinché associazioni di volontariato cooperino con attività sociali e culturali da proporre ai detenuti.

- **1.2.5 Disturbi mentali nei detenuti**

Le persone con disturbi mentali sono a più alto rischio di arresto e detenzione rispetto agli altri individui (Teplin, 1984, 1994). Nonostante la maggior parte del carico di salute attribuito a un disturbo mentale di un detenuto preceda la sua incarcerazione, la

risposta di tipo psicotico ad eventi particolarmente traumatizzanti può essere più frequente nei carcerati che scontano la loro prima pena detentiva, a causa dello stress che la situazione comporta e alla mancanza di un supporto iniziale insufficiente (Andersen, 2004). Il primo trauma che un detenuto subisce è rappresentato sicuramente dall'ingresso in carcere, manifestando disturbi non solo psichici ma anche psicosomatici riguardanti diversi organi e apparati.

Rispetto alla popolazione generale, i detenuti presentano tassi più elevati di disturbi mentali (Fazel & Danesh, 2002; Fazel e Seewald, 2012) e ciò va ad aumentare notevolmente il carico di lavoro degli operatori sanitari (Kanato, 2008). La carenza di programmi di salute mentale, in grado di fornire un trattamento utile agli autori di reato e agli operatori all'interno delle strutture carcerarie, produce un'impossibilità nel fornire un'assistenza efficace ai detenuti con disturbi mentali e ciò comporta un aumento del rischio di: suicidio e comportamenti suicidari (Preti & Cascio 2006), mortalità prematura (Kariminia et al., 2007; Merral et al., 2010; Pratt et al., 2010) e recidiva dopo il rilascio (Baillargeon et al., 2009; Fazel & Yu, 2011; Hall et al., 2012). Esistono inoltre rischi clinici oggettivi, non dovuti solamente ad una malattia di cui il detenuto è affetto, ma al contesto strutturale e sociale dell'ambiente in cui il soggetto risiede nella comunità. Spesso, i percorsi diagnostico-terapeutici non procedono come previsto, a causa di ostacoli e tentativi di manipolazione, sia da parte del sistema sanitario stesso, attraverso le problematiche citate in precedenza (Bolcato et Al., 2021).

Il disturbo antisociale di personalità, in particolare in comorbidità con l'uso di sostanze stupefacenti, e disturbi mentali più gravi come il disturbo bipolare, la schizofrenia e i disturbi psicotici correlati sono i disturbi più frequenti nella popolazione carceraria (Fazel & Yu, 2011; Fazel et al., 2010). Queste demenze sono

associate anche a una rete e un supporto sociale meno efficienti, o in alcuni casi inesistenti, che non fanno altro che aumentare la gravità dei casi (Gayer-Anderson & Morgan, 2013).

Nonostante i numeri elevati di soggetti affetti da disturbi mentale, non bisogna pensare che l'implementazione di programmi di gestione del rischio clinico nei reparti sanitari delle carceri rappresenti un'utopia e che quindi non debba essere posta come obiettivo. Anche se sono necessari processi diagnostici e terapeutici efficaci e una rigorosa supervisione, un'accurata e attenta gestione del rischio clinico è fondamentale (Bolcato et Al., 2021).

CAPITOLO 2

Teorie e modelli riabilitativi di promozione del benessere

Uno dei fini principali degli istituti penitenziari, sulla base del principio di umanizzazione della pena detentiva (art. 27 della Costituzione italiana), è la riabilitazione delle persone, tramite una moltitudine di servizi riabilitativi che permettono ai detenuti di ridefinire il significato della loro esistenza (Mathiesen, 1990).

Dalle prime teorie riabilitative a quelle dei giorni nostri, il focus si è spostato da una concentrazione esclusiva sui fattori di rischio ad una crescente attenzione verso le risorse interne ed esterne, individuali ed ambientali, che favoriscono il reinserimento positivo nella comunità (Cesana et al., 2018).

In questo capitolo si analizzeranno i modelli riabilitativi principali, che mirano a identificare le principali risorse dei detenuti e a riconoscere i fattori di rischio e di protezione che influenzano maggiormente il successo riabilitativo. I modelli di riferimento che andremo ad indagare in maniera più approfondita, dopo un introduzione generale sulle teorie riabilitative, sono: il Relapse Prevention Model (Marlatt & Gordon, 1985), un approccio cognitivo-comportamentale che si concentra sulla gestione delle situazioni ad alto rischio che possono indurre a ricadere in atteggiamenti criminali e abusi, il modello Risk Need Responsivity (Andrews e et al., 1990; Andrews & Bonta, 2006a, 2006b; Blanchette & Brown, 2006; Ward, Melser & Yates, 2007), una versione più specifica, recente e teoricamente dettagliata del modello Relapse Prevention, ed infine il Good Lives Model-Comprehensive (Ward, Mann & Gannon, 2007), che integra, agli aspetti più efficaci del modello Risk Need Responsivity, caratteristiche uniche della psicologia positiva.

Conclusa la parte riguardante i modelli focalizzeremo l'attenzione su due concetti: la psicologia positiva (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000) e la criminologia positiva (Ronel & Elisha, 2011). Le due prospettive sono interconnesse fra loro ed entrambe cercano di migliorare la qualità della vita e il benessere delle persone.

- **2.1 Teoria della riabilitazione**

Molte volte i termini “trattamento”, “terapia” e “riabilitazione” sono utilizzati come sinonimi, ma come andremo ad osservare, in realtà non è così. Il corretto utilizzo del termine “trattamento” e “terapia” è riferito all'applicazione di strategie e teorie psicologiche volte a effettuare un cambiamento di comportamento dei criminali. Tuttavia, il termine “riabilitazione” si riferisce ai valori, agli obiettivi generali, ai principi e ai presupposti eziologici utilizzati per guidare il trattamento e la terapia (Ward & Marshall, 2004). Per Ward e Marshall (2004) una teoria della riabilitazione valida dovrebbe specificare gli obiettivi del trattamento, fornire una giustificazione di questi obiettivi basandosi sull'eziologia e sui valori alla base dell'approccio utilizzato, identificare gli obiettivi clinici e infine delineare il trattamento. Le teorie eziologiche e i modelli di intervento sono concettualmente collegati dalle teorie riabilitative, che fungono da ponte tra i fattori che si pensa causino il crimine e le strategie di trattamento implementate. Infine, un buon modello riabilitativo dovrebbe specificare il trattamento più consono, definire le caratteristiche di un rapporto con detenuti e infine spiegare al meglio il ruolo e l'importanza dell'alleanza terapeutica (Ward & Marshall, 2004).

- **2.2 Relapse Prevention Model**

Il modello Relapse Prevention (RP) di Marlatt e Gordon (1985) si basa sulla psicologia socio-cognitiva. Questo approccio cognitivo-comportamentale si concentra

sulla gestione delle situazioni ad alto rischio che possono portare alla ricaduta del soggetto (Beech & Mann, 2002; Hanson et al., 2002; Marshall, 2004). Il modello incorpora sia una teoria concettuale di ricaduta, in cui vengono classificati dettagliatamente i fattori e le situazioni che possono trasformarsi o contribuire alla ricaduta, che un insieme di strategie cognitive e comportamentali per prevenire o, almeno, limitare questi comportamenti nocivi, elaborate dal terapeuta a seconda dell'individuo e dei suoi personali punti deboli (Larimer, Marlatt & Palmer, 1999). Nel modello RP il trattamento inizia con una valutazione delle caratteristiche ambientali ed emotive di situazioni potenzialmente associate a ricaduta. Dopo aver identificato le caratteristiche, il terapeuta lavora da un lato nell'analizzare le risposte del singolo alle situazioni ad alto rischio, e dall'altro nell'esaminare le variabili esistenziali che aumentano l'esposizione a quest'ultime. Sulla base di questo attento esame del processo di ricaduta, il terapeuta condivide col paziente strategie per far fronte alle aree di rischio del suo repertorio cognitivo e comportamentale al fine di ridurre la probabilità di recidiva (Marlatt & Gordon, 1985; Marlatt et al., 1999).

- **2.2.1 Fattori di ricaduta: determinanti immediati e antecedenti occulti**

Il modello RP prevede che i fattori di ricaduta si dividano in due categorie: determinanti immediati e antecedenti occulti (Marlatt & Gordon, 1985; Marlatt et al., 1999).

Con il concetto di determinanti immediate si intendono le situazioni ad alto rischio. Secondo il modello RP una persona che ha intrapreso un cambiamento comportamentale, dovrebbe iniziare a saggiare una maggiore autoefficacia e un miglior autocontrollo, che dovrebbero aumentare con il mantenimento del comportamento. Alcune situazioni possono essere delle minacce per il senso di

controllo della persona e far sì che quest'ultima ricada negli atteggiamenti antecedenti al processo di cambiamento. Marlatt, nel 1996, ha classificato le caratteristiche ambientali, intrapersonali e interpersonali che inducono alla ricaduta. Le più significative tra queste sono: gli stati emotivi negativi, definiti come situazioni intrapersonali ad alto rischio (Marlatt & Gordon, 1985), le situazioni che coinvolgono un'altra persona o un gruppo di persone e la pressione sociale, che comprende sia la persuasione diretta che quella indiretta. In realtà si è visto come le situazioni ad alto rischio non siano l'innescò immediato delle ricadute. Sono piuttosto le risposte delle persone a queste situazioni a determinare se il soggetto ricadrà negli atteggiamenti negativi: infatti una persona in grado di utilizzare strategie di coping efficaci ha meno probabilità di ricadere in certi comportamenti e anzi, si presume che possa sperimentare un maggiore senso di autoefficacia e autocontrollo (Bandura, 1977; Marlatt & Gordon, 1985; Marlatt et al., 1995, 1999).

Gli antecedenti occulti, invece, sono fattori meno evidenti delle situazioni ad alto rischio ed includono fattori legati allo stile di vita, come il livello di stress generale, e i fattori cognitivi, come la razionalizzazione e la negazione. Questi fattori fanno in modo di esporre maggiormente i soggetti alle situazioni rischiose e ne diminuiscono le motivazioni a resistere. A causa di questi antecedenti occulti è possibile individuare una serie di decisioni, apparentemente irrilevanti, ma che combinate fra loro predispongono le persone a situazioni ad alto rischio (Marlatt et al., 1999).

- **2.2.2 Strategie di intervento del modello RP**

Le strategie d'intervento del modello RP comprendono approcci cognitivi e comportamentali per affrontare ogni fase dei comportamenti associati al crimine e alle dipendenze. Questi approcci comprendono strategie specifiche che si concentrano

maggiormente sui determinanti immediati e strategie più globali di autogestione che si concentrano sugli antecedenti occulti.

Le strategie specifiche si concentrano non solo nella gestione delle situazioni ad alto rischio, ma anche sul miglioramento della consapevolezza delle reazioni cognitive, emotive e comportamentali. Innanzitutto, per anticipare e affrontare le situazioni ad alto rischio, le persone devono saper identificare quali sono le circostanze in cui potrebbero trovarsi in difficoltà. Per ridurre i rischi una volta identificate le situazioni ad alto rischio, la strategia più efficace consiste nel migliorare le abilità di coping dell'individuo attraverso l'apprendimento delle abilità più adatte alla persona. Tali abilità possono essere più comportamentali/cognitive ed includere sia strategie adatte per la specifica situazione, sia strategie più generali quali la meditazione, la gestione della rabbia e l'espressione positiva di sé, col fine di migliorare la capacità di coping in diverse circostanze, anche al di fuori dei contesti ad alto rischio (Marlatt et al., 1999).

Altri due approcci utilizzati sono il rafforzamento dell'autoefficacia e la ristrutturazione cognitiva (Marlatt & Gordon, 1985; Marlatt et al., 1999). Il primo consiste nell'uso di procedure di potenziamento del sé, volte ad aumentare il senso di padronanza della persona e la sua capacità di gestire ogni possibile situazione rischiosa. Le procedure possono essere diverse; una di quelle maggiormente utilizzate nel modello RP è il cambio di mentalità del soggetto a cui viene insegnato che il cambiamento del comportamento criminale è un processo di acquisizione di abilità piuttosto che una prova di forza di volontà. Così facendo l'individuo, man mano che acquisisce e mette in pratica le nuove abilità, riuscirà in misura maggiore a mettere in atto il comportamento migliore in diverse situazioni (Marlatt et al., 1999). Un'altra strategia per migliorare l'efficacia consiste nel suddividere il compito generale del

cambiamento di comportamento in compiti più leggeri e gestibili che possono essere affrontati uno alla volta con meno problematiche (Bandura, 1977).

Il secondo approccio viene utilizzato generalmente durante tutto il processo di trattamento RP per aiutare le persone a modificare le loro attribuzioni e percezioni del processo di ricaduta. Quando questi soggetti ricadono nel comportamento negativo percepiscono tale ricaduta come un fallimento. Con questo trattamento viene insegnato a riformulare la loro percezione delle ricadute, cambiando questa visione fallimentare in un errore di apprendimento, che segnala la necessità di migliorarsi ulteriormente e acquisire nuove competenze per affrontare le situazioni ad alto rischio in maniera più efficace (Marlatt et al., 1999).

Le strategie d'intervento specifiche sono fondamentali per affrontare al meglio le situazioni ad alto rischio, ma come detto in precedenza, è importante attuare delle strategie di autocontrollo globali sia per modificare il proprio stile di vita rendendolo più equilibrato che per affrontare gli antecedenti occulti della ricaduta. Per aiutare gli individui a raggiungere un maggior equilibrio nello stile di vita si utilizzano approcci cognitivo-comportamentali, come training di rilassamento, la gestione dello stress e la gestione del tempo. Un altro metodo per migliorare lo stile di vita dei soggetti è incoraggiare lo sviluppo delle "dipendenze positive" (Glaser, 1976), tra le quali troviamo attività come la meditazione, lo yoga e l'esercizio fisico, che migliorano il senso di autoefficacia e di autocontrollo, e che hanno effetti a lungo termine sull'umore, sulla salute e sul coping. Infine, per i casi di dipendenza dall'uso di sostanze, vengono utilizzate tecniche di controllo degli stimoli e degli impulsi. Un aspetto importante del modello RP è quello di insegnare ai soggetti ad anticipare e accettare le reazioni dovute a stimoli esterni o voglie personali, vedendoli come una risposta emotiva o fisiologica "normale" a cui possono resistere (Marlatt et al., 1999).

- **2.3 Modello Risk-Need-Responsivity**

Il modello Risk-Need-Responsivity (RNR) (Andrews & Bonta, 2003; Blanchette & Brown, 2006; Ward, Messler & Yates, 2007) di riabilitazione per i detenuti è forse il più influente per la valutazione e il trattamento dei criminali. È una versione più specifica, recente e teoricamente dettagliata del modello RP, precedentemente descritto. Il modello RNR di riabilitazione dei detenuti è applicato in tutto il mondo e ha portato ad una riduzione significativa dei tassi di recidiva e a comunità più sicure (Andrews & Bonta, 2003, Andrews et al., 2006, Ward et al., 2007), rappresentando un punto di riferimento per la classificazione del trattamento a seconda delle caratteristiche del criminale (Andrews & Bonta, 2003).

Il modello comprende tre principi che guidano l'intervento riabilitativo: il principio del rischio, che suggerisce che gli autori a più alto rischio di recidiva beneficeranno di livelli d'intervento più elevati, come il trattamento ad alta intensità, a differenza dei soggetti a basso rischio; il principio del bisogno, che propone che solo i fattori associati alla riduzione della recidiva siano oggetto di intervento, ed infine il principio di responsività, il quale afferma che i programmi riabilitativi dovrebbero essere individuali e programmati per le caratteristiche del singolo, come la motivazione, lo stile di apprendimento e le caratteristiche intra e inter personali (Andrews & Bonta, 2003; Blanchette & Brown, 2006; Ward, Messler & Yates, 2007). Se questi tre principi danno modo di programmare i livelli d'intensità e modificare il programma del trattamento a seconda dell'individuo, non deve assolutamente mancare la discrezionalità professionale basata su valutazioni personali compiute dal terapeuta e non seguendo unicamente trattamenti standardizzati, per cui il giudizio clinico consente la flessibilità e la modificazione del trattamento in determinate circostanze (Andrews & Bonta, 2003; Blanchette & Brown, 2006; Ward, Messler & Yates, 2007).

Partendo da questi principi gli interventi riabilitativi devono avere come obiettivo principale sia i fattori di rischio dinamici (aperti ai cambiamenti) che criminogeni, essendo che uno dei suoi prerequisiti chiave è che alcuni fattori di rischio dinamici sono direttamente collegati al rischio di recidiva (Andrews et al., 2011)

- **2.3.1 Le basi teoriche del modello Risk-Need-Responsivity**

Esistono tre modelli teorici, correlati fra loro, associati al modello RNR: la Prospettiva della Psicologia della Condotta Criminale (PCC), la Prospettiva della Personalità e della Psicologia Sociale sulla Condotta Criminale (GPSPP) e la Prospettiva del Rinforzo Interpersonale della Comunità (PIC-R) (Andrews & Bonta, 2003).

La PCC mira allo studio del crimine ponendo l'attenzione sulle differenze individuali del comportamento criminale e sull'identificazione dei correlati psicologici del reato (Andrews & Bonta, 2003). Secondo Andrews & Bonta (2003), modelli distinti di fattori sociali e psicologici aumentano le probabilità che un individuo compia un crimine. Essi affermano che per diminuire i tassi di recidiva si debbano identificare le cause principali sottostanti il crimine, così da poter prenderle di mira nei trattamenti, tenendo sempre conto delle differenze individuali, così da personalizzare il trattamento a seconda delle caratteristiche dei criminali e soddisfarne le esigenze. Gli autori sostengono perciò che esista una "personalità generale e una psicologia sociale del comportamento antisociale" in grado di spiegare la criminalità (Andrews & Bonta, 2003, pag. 2).

La GPSPP è una teoria del comportamento criminale basata su una serie di fattori cognitivi, comportamentali, biologici e situazionali. Coerentemente con la PCC, il GPSPP cerca di fornire un modello completo delle cause del comportamento criminale (Andrews & Bonta, 2003; Ogloff & Davis, 2004) evidenziando la natura

multifattoriale della condotta criminale. Nonostante la GPSPP riconosca la varietà di cause dietro al crimine, è principalmente una prospettiva di personalità e di apprendimento sociale (Ogloff & Davis, 2004). Infatti, la ricerca empirica alla base suggerisce come i costrutti di personalità e di apprendimento sociale contribuiscano in modo indipendente alla produzione di comportamenti criminali (Andrews & Bonta, 2003; Andrews et al., 2006).

Secondo questo modello teorico esistono tre fattori causali, che possono lavorare sia indipendentemente che in maniera sinergica, che fanno sì che un autore di reato definisca una situazione come favorevole al commettere un crimine o che, invece, faccia desistere da esso (Andrews & Bonta, 2003).

Il primo è la situazione immediata, definita in precedenza situazione ad alto rischio, che è soggetta a potenti stimoli (ad esempio potenziali ricompense) che possono facilitare l'azione criminale. I meccanismi principali includono il senso di autoefficacia, i deficit di autogestione e le cognizioni antisociali.

Il secondo fattore causale è la presenza di un gruppo di pari che delinquono insieme al criminale o che favoriscano attivamente il comportamento antisociale del soggetto. I meccanismi principali dietro questo fattore comprendono la pressione sociale, il rinforzo e l'adozione di norme di gruppo, anche se potrebbero essere più semplicemente collegati alle opportunità ambientali e alla scarsa rete sociale dell'individuo.

Infine, il terzo tipo di causa è espressa da tutti quegli atteggiamenti, valori, credenze ed emozioni che favoriscono il comportamento criminale. Queste espressioni sono fortemente associate al crimine e se vengono modificate riducono notevolmente la possibilità di recidiva (Andrews & Bonta, 2003). Oltre a questi tre fattori causali nella

GPSPP vengono descritte altre variabili che possono influenzare il comportamento criminale come: le esperienze legate alla prima infanzia, la famiglia d'origine, il sesso, l'età, l'etnia, il rendimento scolastico/lavorativo e un gruppo di caratteristiche della personalità, tra cui l'impulsività (Andrews & Bonta, 2003; Andrews et al., 1990, 2006).

Dunque, la GPSPP in realtà è una teoria che espone le cause maggiormente associate alla criminalità senza descrivere i meccanismi sottostanti al reato, ed è proprio per questa capacità di guidare la formulazione di teorie più specifiche per tipi di crimine che viene definita "teoria quadro" (Ward et al., 2007).

Per ovviare alle problematiche della GPSPP viene presentata ora la PIC-R che non fa riferimento solamente ai fattori causali ma che si interessa anche dei meccanismi che avvengono all'inizio e al mantenimento dei comportamenti criminali. Un assunto principale di questo modello è che il comportamento criminale venga acquisito e mantenuto attraverso una combinazione di condizionamento operante, di condizionamento classico e di apprendimento osservativo (Andrews & Bonta, 2003). La teoria afferma che gli individui possono adottare questi comportamenti attraverso rinforzi positivi considerati dei "guadagni"; è molto probabile che queste azioni, se non interrotte sul nascere, si rafforzino nel tempo, diventando un comportamento abituale nel futuro della persona. Oltre alla propria esperienza, gli individui sono fortemente influenzati da ciò che osservano. Se ad esempio un ragazzo o una ragazza vedessero figure di riferimento utilizzare comportamenti antisociali per risolvere conflitti e problematiche, potrebbero anche a loro volta avere un atteggiamento favorevole nei confronti di queste azioni. Ovviamente non è sempre così, l'apprendimento osservativo è solo una delle possibili, molteplici, cause che determinano un comportamento criminale. Andrews e Bonta sottolineano come il

PIC-R sia “un esempio dell’approccio generale dei possibili modelli che possono derivare dal GPSPP” (2003, pag. 165).

Una delle principali implicazioni terapeutiche di questi modelli è che i trattamenti dovrebbero focalizzarsi sulla modifica o sull’eliminazione dei fattori di rischio dinamici, oltre al fatto che il processo riabilitativo deve essere indirizzato dalla rilevazione empirica dei correlati del crimine influenti per l’autore di reato preso in considerazione e non derivato da obiettivi dettati apriori da teorie cliniche e criminologiche.

Le descrizioni delle tre teorie ci mostrano come singolarmente non sono in grado di fornire le componenti eziologiche e teoriche per fondare il modello RNR, ma unite fra di loro insieme ai tre principi elencati nel paragrafo precedente ci permettono di avere una visione più approfondita del modello.

- **2.4 Modello Good Lives-C**

Il modello Good Lives-C (GLM-C) (Ward & Gannon, 2006; Ward et al., 2007) è un approccio positivo al trattamento dei detenuti, in particolar modo si sviluppa e concentra su autori di reati sessuali. Questo modello parte dal presupposto che i criminali sono soggetti orientati verso degli obiettivi e ricercano una serie di beni primari. Con beni primari si intendono i primary human goods (Kekes, 1989; Deci & Ryan, 2000; Ward & Stewart, 2003) che comprendono componenti di vita intrinseche ed estrinseche. Esempi di bisogni primari sono: la vita, la pace interiore, l’autonomia e la padronanza, la comunità, la spiritualità, la felicità e la creatività (Deci & Ryan, 2000; Aspinwall & Staudinger, 2003, Linley & Joseph, 2004). Secondo questo modello il reato corrisponderebbe ad un tentativo socialmente inadeguato di perseguire questi bene primari. La riabilitazione ha come obiettivo quello di

permettere ai detenuti di raggiungere i primary human goods attraverso mezzi accettabili. Questo riadattamento è un processo che coinvolge diversi tipi di valori: i valori individuali (ciò che è nell'interesse del criminale), i valori etici (ciò che è nell'interesse della comunità) e i valori epistemici (i modelli di riferimento). Il GLM-C, inoltre, pone molta importanza all'identità personale e a ciò che costituisce un buon modo di vivere per questi individui. Secondo gli autori (Ward et al., 2007) è fondamentale il ruolo dell'identità personale per comprendere l'opinione che gli individui hanno di sé stessi e dei loro valori individuali, che vengono poi espresse tramite le loro azioni e il loro stile di vita.

Alla base dei programmi di riabilitazione che fanno riferimento al GLM-C c'è il concetto di benessere psicologico affiancato a quello della gestione del rischio, tenendo sempre in considerazione l'interazione individuo-ambiente così da inserire all'interno del programma riabilitativo le capacità di adattamento e di coping. Il piano di trattamento dovrebbe prendere in considerazione i punti di forza del detenuto, i beni primari, i contesti di vita dell'individuo e specificare esattamente quali sono le abilità e le risorse necessarie per raggiungere questi beni. Infine, un ultimo aspetto fondamentale è il rispetto della capacità del detenuto di prendere autonomamente decisioni così da identificarsi nel proprio status di individuo autonomo.

- **2.4.1 Presupposti eziologici secondo il modello Good Lives-C**

Ward e Gannon (2006) hanno proposto che il reato, è causato da una serie di variabili che interagiscono fra di loro; le variabili sono: fattori biologici, fattori ecologici (circostanze sociali, culturali e personali) e fattori neuropsicologici. I fattori biologici ed ecologici impattano significativamente sul funzionamento neuropsicologico degli individui determinandone tre sistemi connessi fra di loro: i sistemi di

motivazione/emozione, di percezione e memoria e di selezione e controllo delle azioni (Ward & Beech, 2006; Ward & Gannon, 2006). Questi tre sistemi sono alla base dei comportamenti di un individuo e forniscono anche il fondamento scientifico per analizzare e comprendere come e perché le persone agiscono. Insieme spiegano le radici delle motivazioni e degli obiettivi, la scelta delle strategie per raggiungerli e come le credenze preesistenti influenzino la definizione dell'ambiente in cui gli individui operano e si comportano (Ward & Beech, 2006; Ward & Gannon, 2006).

Per il GLM-C esistono due percorsi per la manifestazione di comportamenti criminali: diretto e indiretto (Purvis, 2005; Ward & Gannon, 2006; Ward et al., 2007). Il percorso diretto è implicato quando il crimine è un obiettivo primario della persona e avviene attraverso il perseguimento di obiettivi e strategie legate al proprio piano di vita. Il percorso indiretto, invece, si verifica quando il perseguimento di uno o più beni crea un effetto a catena nella vita della persona e questi effetti, per la maggior parte imprevedibili, aumentano la possibilità che si verifichi un reato.

In questo modello, i bisogni criminogeni sono ostacoli, esterni ed interni, che impediscono il raggiungimento dei beni umani primari, ostacolando spesso il pensiero riflessivo. Ward e collaboratori (2007) sostengono che ci sono quattro principali difficoltà nei progetti di vita dei delinquenti: i mezzi, utilizzati per assicurarsi i beni primari attraverso l'utilizzo di strategie inappropriate, gli scopi, con una serie di beni importanti tralasciati nel proprio stile di vita, il conflitto, tra differenti beni ricercati che fanno sperimentare stress ed infelicità (Emmons, 1999) ed infine le capacità, intesa come mancanza di abilità del soggetto per attuare una vita soddisfacente nel contesto in cui vive o per adattarsi a delle situazioni imprevedibili. Quest'ultima caratteristica ha dimensioni sia interne, come la mancanza di abilità, che esterne,

come l'assenza di opportunità e di supporto da parte dell'ambiente in cui vive l'individuo.

- **2.4.2 Implicazioni per la pratica**

Il GLM-C ha due obiettivi fondamentali per i detenuti: promuovere i beni umani primari e gestire, o quantomeno ridurre, il rischio. Questi obiettivi rispecchiano perfettamente i presupposti eziologici alla base del modello, per cui secondo gli autori (Ward et al., 2007) i criminali ricercano i beni primari attraverso il comportamento criminale sia in maniera diretta che indiretta; mentre i fattori di rischio rappresentano deficit interni (competenze, valori e credenze) ed esterni (risorse, supporto sociale e opportunità) per attuare un piano di vita sano in contesti specifici. Queste condizioni, se presenti senza carenze, consentono di diminuire o addirittura eliminare l'insieme dei bisogni criminogeni di ciascun individuo.

La gestione di questo duplice obiettivo può risultare un compito critico a livello terapeutico. Se si cerca di aumentare il benessere di un autore di reato senza tener conto del livello di rischio individuale, lo può rendere felice ma pericoloso; al contrario se si prova a gestire maggiormente il rischio a discapito della promozione del benessere, si potrebbe portare il soggetto ad essere ostile sia nei confronti della terapia che del mondo esterno (Ward et al., 2007).

Dal punto di vista del GLM-C, il terapeuta deve ricorrere ad un approccio costruttivo e umanistico (Ward et al., 2007). L'autore del crimine deve essere visto come una persona che cerca di vivere nel miglior modo possibile nelle circostanze specifiche del momento. Il fatto che abbia commesso atti delinquenti non significa che sia necessariamente cattivo o distruttivo, ma che stia cercando, con i propri mezzi e la propria natura umana, seppur sbagliando, di perseguire una buona vita. Certo è che

alcuni detenuti sono invece spinti all'atto criminale da motivazioni e inclinazioni di natura psicopatica e sadica, anche se costituiscono la minoranza (Ward et al., 2007). Il trattamento, come detto in precedenza, deve rivolgere l'attenzione agli interessi dei detenuti per comprendere ciò che è utile a loro per raggiungere i beni primari. Proprio per questo motivo, al fine che la terapia funzioni in maniera più efficace, gli individui devono sentirsi coinvolti e impegnati durante il trattamento.

Il GLM-C può essere attuato in maniera sistematica e strutturata come il trattamento standard; tuttavia, i compiti terapeutici devono essere modificati per potersi adattare alle persone in base ai loro piani di "Good Lives" (Ward et al., 2007). Questo modello, oltre a differenziarsi dal trattamento standard per la personalizzazione della terapia, pone una maggiore attenzione all'uso del linguaggio. Il GLM-C è un modello positivo, basato sul presupposto che le persone siano più propense ad attuare un cambiamento positivo improntato al proprio sviluppo. Di conseguenza il tipo di linguaggio deve essere conforme a questo approccio: orientato al futuro, ottimista e con obiettivi definibili e raggiungibili (Ward et al., 2007). Un esempio di tecnica utilizzata durante i trattamenti basati sul GLM-C si rifà al modello della Terapia Dialettico Comportamentale (Linehan 1993). La Dialectical Behavioral Therapy (DBT) è un approccio è un intervento utile per comportamenti antisociali caratterizzati da una mancata capacità di regolare l'emozioni e di gestire gli impulsi. Le competenze insegnate in un trattamento DBT sono principalmente le seguenti: alcune competenze di mindfulness, l'abilità di accettazione del dolore emotivo, l'autoefficacia e la regolazione emotiva.

- **2.5 Psicologia positiva e nascita della criminologia positiva**

La psicologia positiva (Seligman e Csikszentmihalyi, 2000) si concentra sulla ricerca di tutto ciò che contribuisce al benessere e al funzionamento ottimale di individui (Cameron et al., 2003; Easterbrook, 2003; Murray, 2003). In questo si affianca all'approccio tradizionale della psicologia che poneva maggiormente l'attenzione agli aspetti negativi della persona, tra i quali la malattia mentale, la sofferenza o comunque le conseguenze negative dovute ad eventi stressanti (Seligman & Steen, 2005). Di conseguenza, la psicologia positiva si concentra maggiormente sui punti di forza degli individui al fine di migliorare il loro benessere psicologico e fisico (McCullough et al., 2008; Emmons, 2019) sviluppando interventi efficaci e strategie per consolidare i risultati anche a lungo termine (Peterson & Seligman, 2004).

Dagli studi condotti nell'ultimo ventennio si evince infatti un rapporto diretto tra qualità umane, come gratitudine, ottimismo e speranza, e un minor tasso di sintomi negativi tra le persone esposte ad eventi di vita stressanti (McCullough et al., 2002; Martin & Stermac, 2010; Chen, 2017).

Partendo da questa prospettiva della psicologia positiva Ronel ed Elisha (2011) hanno adottato questi concetti all'interno della criminologia, sviluppando il concetto di criminologia positiva.

- **2.5.1 La criminologia positiva**

La criminologia positiva (Ronel & Elisha, 2011) è una prospettiva multidisciplinare, che unisce teorie e modelli di criminologia, giustizia penale, psicologia e sociologia. Questo nuovo approccio al crimine e agli autori di reato ha una visione più ampia e ottimistica dell'autore di reato; va oltre i fattori di rischio riconoscendo l'individuo criminale come un soggetto con le capacità di cambiare e riabilitarsi (Ward &

Maruna, 2007; Ronel & Elisha, 2011, 2023). Uno degli obiettivi principali della criminologia positiva è la promozione di esperienze integrative che operano ai livelli intrapersonali, interpersonali e spirituali dell'individuo applicando interventi che siano vissuti positivamente dalla popolazione target e che possano portare ad un cambiamento nella direzione ambita (Ronel & Elisha, 2020).

Il concetto sviluppato negli anni da Ronel ed Elisha (2011) cerca di unire al suo interno una serie di approcci esistenti ma che non valutavano il reato e l'autore di reato nella sua interezza, come la criminologia della pace (Wozniak, 2014) e molti altri. La criminologia positiva offre un punto di vista positivo sia dei successi ma anche dei fallimenti, entrambi visti come momenti e opportunità di apprendimento; oltre a ciò, mira a migliorare ed arricchire i programmi d'intervento sia di prevenzione che di riabilitazione dei detenuti, delle vittime di reato e della comunità (Ronel & Elisha, 2020).

La criminologia tradizionale, che si è interessata maggiormente sull'eziologia del crimine rispetto alla sua comprensione, ha implementato diversi programmi d'intervento al fine di ridurre i comportamenti criminali e i tassi di recidiva (Bumby & Hansen, 1997; Marshall & Serran, 2000; McGuire, 2000). Tuttavia, i livelli dei tassi di recidiva non hanno avuto una riduzione significativa utilizzando questi interventi terapeutici e di promozione del benessere tradizionali. Risulta quindi necessario l'utilizzo di modelli "positivi" che operano sullo sviluppo delle abilità dell'individuo, dei suoi punti di forza e dei valori personali e interpersonali piuttosto che sull'eliminazione delle caratteristiche negative e dei fattori di rischio degli autori di reato (Wormith et al., 2007). In particolare, si è notato che l'esposizione e l'inserimento in un ambiente caratterizzato dall'accettazione sociale, intesa come sostegno sociale da parte di amici, familiari e operatori carcerari (Elisha et al., 2012;

Maruna, 2001) o da parte di volontari gentili (Ronel, 2006; Benisty, 2012; Ben Zvi & Haimoff-Ayali, 2015), è risultato essere una componente essenziale nel processo di recupero. È stato dimostrato che gli individui che vengono sostenuti e aiutati dagli altri sviluppano sentimenti e atteggiamenti positivi sia verso sé stessi, come la speranza e la gratitudine, che verso la comunità, dimostrato dal desiderio di molti di questi soggetti ad operare all'interno della società attraverso attività di volontariato (Maruna, 2002).

- **2.5.1.1 Programmi di riabilitazione basati sulla criminologia positiva**

Negli ultimi anni hanno iniziato a svilupparsi molti programmi d'intervento nelle carceri volti ad aumentare il benessere mentale dei detenuti, ad esempio le attività basate sulla spiritualità (Hallett & Johnson, 2014; Jang et al., 2018). La forza spirituale sviluppa concetti esistenziali sulla vita e su virtù come la compassione, il perdono e la gratitudine (Maruna et al., 2006; Hallett & McCoy, 2014; Jang et al., 2018). L'ascetismo è uno strumento ottimale per la trasformazione dello stile di vita dei delinquenti e aumenta le possibilità di costruire una nuova identità di sé, elementi essenziali per il processo di cambiamento e di riabilitazione (Maruna, 2001). Gli effetti della spiritualità sui detenuti contribuiscono alla vita del detenuto sia all'interno del carcere, diminuendo i livelli di depressione, ansia e aggressività, sia a lungo termine, con una significativa riduzione della recidiva (Jang et al., 2018).

Un altro esempio di riabilitazione basata sulla criminologia positiva sono i programmi di intervento che sono gestiti dagli stessi detenuti o da ex detenuti a beneficio di altri carcerati. Questi programmi d'intervento utilizzano le abilità e i punti di forza degli ex reclusi riabilitati e la loro personale esperienza per aiutare gli altri detenuti a riformarsi, tramite una varietà di ruoli; ad esempio, tramite la consulenza e il

mentoring tra pari (Jang et al., 2020). Tra i numerosi benefici evidenziati da questi programmi vi sono: l'opportunità di sperimentare risultati positivi derivati da loro azioni e comportamenti, lo sviluppo dell'autoefficacia, dell'autostima, dell'autocontrollo e della fiducia in sé stessi, lo sviluppo di un senso e di uno scopo nella vita ed infine un impegno più forte a resistere dal mettere in atto comportamenti criminali (Maruna et al., 2004; Aresti et al., 2010; Marsh, 2011; LeBel et al., 2015; Heidemann et al., 2016; Einat, 2017; O'Sullivan et al., 2020; Woods, 2020). Un esempio di programma riabilitativo di questo genere è l'Angola Inmate Minister, in Louisiana negli Stati Uniti. Questo programma dà la possibilità ai detenuti di poter conseguire una laurea di primo livello gratuitamente, in cambio i futuri laureati accettano di assistere i loro compagni di carcere attraverso diversi ruoli, come consulenza, mentoring, orientamento e formazione professionale (Jang et al., 2020). In questo programma sono identificati quattro elementi fondamentali della criminologia positiva: l'importanza di avere un trattamento rispettoso da parte del personale carcerario, il valore della costruzione di relazioni di fiducia, la riparazione del danno attraverso interventi positivi ed infine la pratica spirituale per sviluppare un'identità positiva di sé e l'integrazione sociale tra i detenuti (Hallett et al., 2017).

- **2.6 Conclusione**

Le teorie e i modelli illustrati in questo capitolo descrivono modalità di riabilitazione e di trattamento differenti fra loro, ma, al contempo, sono orientate verso lo stesso obiettivo: permettere al detenuto, una volta concluso il periodo detentivo, di reintegrarsi nel mondo esterno al carcere migliorando le abilità individuali e sociali così da diminuire i casi di recidiva.

Negli anni la ricerca sulle modalità di promozione del benessere e di riabilitazione per i detenuti ha continuato a svilupparsi nel tentativo di superare i limiti delle teorie precedenti. I risultati ottenuti sono molto positivi, sicuramente un ulteriore sviluppo teorico e un maggior dialogo tra le varie teorie riabilitative potrebbe portare ad un'integrazione dei diversi approcci, andando a colmare i limiti dei vari modelli, o ad un utilizzo di modelli differenti per i diversi aspetti della prevenzione e del trattamento.

Nel capitolo successivo verranno presentate alcune tra le attività e i programmi utilizzati in carcere come evidenze empiriche dei modelli che promuovono il benessere dei detenuti, dimostrando, a livello pratico, i risultati positivi che questi trattamenti producono negli autori di reato e nella comunità, andando a diminuire i casi di recidiva una volta scontata la propria pena.

CAPITOLO 3

Attività e programmi di promozione del benessere

Come descritto nei precedenti capitoli, nella maggior parte degli ambienti carcerari si vive costantemente in situazioni di disagio e degrado, al limite del vivibile. È possibile creare un contesto in cui i carcerati, nonostante il luogo in cui si trovano, possano crescere sia individualmente che collettivamente, così da reinserirsi positivamente nella comunità? La risposta è sì, e in questo capitolo si andranno ad analizzare alcuni interventi che possono far sì che ciò si realizzi.

In particolar modo ci concentreremo su interventi riguardanti: mindfulness e yoga, sport, terapie basate sul rinforzo delle risorse individuali e non solo sulla riduzione dei fattori di rischio e sull'importanza degli agenti esterni sui detenuti. Il focus si sposterà infine sugli interventi di supporto e benessere del personale basati su programmi d'assistenza, anche se come dimostrato dalla ricerca attuale il lavoro da svolgere per questi ultimi è ancora in fase embrionale.

• 3.1 Mindfulness e Yoga

Tra gli interventi di promozione del benessere sembrano avere molte possibilità di riuscita le pratiche meditative, come yoga e mindfulness.

Lo yoga è una disciplina fisica, psicologica e spirituale che mira a trovare l'equilibrio tra mente e corpo; infatti, irrobustendo il corpo e trasmettendo allo spirito serenità e tranquillità si possono prevenire molte malattie fisiche e mentali, portando il praticante ad una condizione di equilibrio e benessere psicofisico.

Tra le tecniche di meditazione più diffuse troviamo la mindfulness, descritta come lo “sviluppo di uno stato mentale caratterizzato dalla consapevolezza non giudicante dell'esperienza del momento presente, che include sensazioni fisiche, pensieri,

emozioni e l'ambiente, ed è caratterizzato da un atteggiamento di apertura e curiosità (Grow et al., 2014).

Van der Kolk (2014) spiega come i benefici terapeutici dello yoga derivino da una migliore sincronia tra mente e corpo, questa conclusione si deduce dal concetto che la regolazione del movimento fisico è una priorità fondamentale del sistema nervoso. Un migliore senso di connessione dà luogo a un maggiore controllo del proprio stato d'animo (Salmon et al., 2009), ciò è di fondamentale importanza per persone che soffrono di condizioni psicologiche come la depressione, disturbi del sonno e il disturbo post-traumatico da stress. Oltre ad alleviare il disagio mentale dei soggetti, lo yoga migliora la salute e la forma fisica (Field, 2011), grazie all'aumento della forza, della flessibilità e dell'energia vitale. Si evince, dunque, come lo yoga possa essere utilizzato come un metodo alternativo per la promozione del benessere (Hagen & Nayar, 2014; Tulloch et al., 2018) e il trattamento e la prevenzione dei malesseri di salute sia mentale che fisica (Crawley & Sparks, 2005; Khalsa, 2007; Mooventhan & Nivethitha, 2017; Jean et al., 2022).

La letteratura mostra che queste tecniche sembrano portare effetti positivi sul benessere psicologico e di vita dei detenuti, andando a fornire benefici specifici per affrontare gli effetti negativi della detenzione (Auty, Cope & Liebling, 2015), come depressione, ansia (Banerjee et al., 2007; Michalsen et al., 2005; Sharma & Haider, 2013; Vadiraja et al., 2009) e stress (Bilderbeck et al., 2013).

La mindfulness, che ha origine da una pratica buddista, è stata incorporata con successo nei programmi di terapia cognitivo-comportamentale (Tang et al., 2007) e in alcuni corsi riguardanti il comportamento delinquenziale in carcere (Howells et al., 2010). Questi tipi di formazione mirano a insegnare agli individui a riconoscere i pensieri e le emozioni negative senza permettere che questi influenzino la loro salute

mentale. I programmi di trattamento che utilizzano la mindfulness all'interno delle carceri si sono rivelati efficaci nella gestione della rabbia (Howells et al., 2010) e dello stress.

Questi interventi, infatti, fanno in modo di diminuire la ruminazione depressiva, cioè l'atto di soffermarsi su situazioni negative o stressanti, che non fa altro che aumentare i livelli di stress e di rabbia in un individuo (Morrison & O'Connor, 2005).

La meditazione, come lo yoga, agisce anche sulla riduzione dei livelli di cortisolo, sostanza chimica prodotta dall'organismo in risposta allo stress, che può far insorgere o aggravare problemi di salute fisica e mentale, andando così a ridurre i sintomi della malattia, se già presente, o fare in modo che questa non si verifichi direttamente (Ross & Thomas, 2010).

Il contesto "carcere" lascia alle persone molto tempo per riflettere sulla propria vita, per questo motivo la pratica di tecniche meditative risulta efficace; non solo favorisce il miglioramento del proprio benessere psicofisico, ma fa sì che parte di questo tempo a disposizione venga impiegato per una auto-riflessione positiva e gratificante (Silva & Hartney, 2012).

All'interno dell'ambiente carcerario, acquisire competenze riguardanti la consapevolezza e l'auto-riflessione risulta di grande utilità, essendo un mondo composto da individui che si trovano a vivere molte situazioni stressanti e impegnative comuni. Infatti, tali benefici delle pratiche yogiche e meditative si estendono a tutta la popolazione carceraria, sia a coloro che hanno problemi di salute psicologica o fisica diagnosticati, sia a quelli senza diagnosi. La perdita di controllo, di contatti con la famiglia e il mondo esterno, della privacy e in alcuni casi dello status sono esperienze dolorose che vengono vissute da tutti i detenuti (Crewe, 2007; Liebling, 1999).

Nei sottoparagrafi seguenti andremo ad analizzare i risultati di due studi, tra i più significativi e rappresentativi in letteratura, che hanno valutato e confermato gli effetti positivi di questi interventi in carcere: uno studio qualitativo con 22 detenuti che hanno partecipato ad un corso di Vipassana (Ronel, Frid, & Timor, 2013) e una ricerca che ha analizzato l'utilizzo delle tecniche meditative per ridurre l'uso di sostanze nella popolazione detenuta (Bowen et al., 2006; Bowen et al., 2009).

- **3.1.1 Un corso di Vipassana in carcere: pratica della “criminologia positiva”**

La “criminologia positiva” ha come fondamento l'utilizzo di esperienze positive e integranti per aiutare gli individui ad allontanarsi dalla criminalità (Ronel & Elisha, 2011). La criminologia positiva si basa sulla scuola della psicologia positiva (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000) ponendo l'accento sull'inclusione sociale e sull'unificazione e l'integrazione delle dimensioni individuali, sociali e spirituali degli individui. Con questa visione si osserva un cambiamento radicale, si passa da un paradigma “problema e trattamento” a un paradigma più completo, in cui il trattamento per risolvere problematiche comportamentali prevede lo sviluppo della salute fisica, emotiva, spirituale e relazionale (Best, 2010; McNeill, 2006; White & Kurtz, 2005), che ha come finalità una visione più positiva della propria persona (Maruna, 1997, 2004). La criminologia positiva può essere implementata in qualsiasi situazione, sia individualmente che in gruppi sociali, al fine di produrre processi di cambiamento là dove si sono manifestati comportamenti devianti e criminali, attraverso, come detto in precedenza, esperienze positive, come la meditazione, che aiutano a prevenire o scoraggiare il proseguimento di tali comportamenti.

In queste condotte sembra avere un ruolo l'egocentrismo (Ronel, 2000, 2010) che comporta un senso di separazione tra l'io e gli altri e si manifesta come un atteggiamento di chi fa riferimento solo alla propria persona prescindendo dagli altri

punti di vista. Di conseguenza questi individui sono portati a sperimentare solitudine e alienazione sociale ed esistenziale.

Un'attività che permette al soggetto di allontanarsi da questa forma di egocentrismo può essere la Vipassana, un'antica tecnica indiana di meditazione contemplativa la cui pratica si concentra sulle sensazioni del proprio corpo durante la respirazione fino a raggiungere livelli più trascendentali, purificando il corpo e la mente da ciò che causa ansia e dolore. Il valore più alto di questa tecnica è la libertà, intesa come liberazione dai vincoli che creano modelli comportamentali e di pensiero. La Vipassana si basa su tre elementi fondamentali: la moralità, intesa come astinenza da qualsiasi atto che possa portare sofferenza alla propria persona o agli altri, la consapevolezza, come acquisizione della padronanza della propria mente, e la saggezza, intesa come saggezza esperienziale che si basa sull'auto-osservazione, sentire oggettivamente ma non reagire alle sensazioni fisiche (Hart, 1994; Fontana 1995; Hetu, 2006).

Molte ricerche negli anni hanno misurato gli effetti positivi della Vipassana sui detenuti andando ad evidenziare come sia un mezzo efficace per la loro riabilitazione: favorendo il loro benessere psicologico (Hetu, 2006; Himelstein, 2011) e diminuendo l'utilizzo di sostanze nelle persone con problemi di dipendenza (Bowen, 2006; Bowen et al., 2007).

Nel 2013 Ronel, Frid e Timor hanno condotto una ricerca qualitativa sull'esperienza dei detenuti e sulle loro percezioni soggettive del processo di cambiamento che ne è seguito (Kockelmans, 1987) dopo che avevano partecipato ad un corso di Vipassana all'intero dell'ambiente carcerario. Hanno partecipato 22 detenuti maschi del carcere di Hermon, in Israele, di età compresa tra i 20 e 50 anni. Tutti i partecipanti hanno avuto un passato di abuso di sostanze, e sono stati incarcerati per una serie di reati come: violenza domestica, reati contro il patrimonio, reati sessuali e reati legati alla

droga. Come strumento di ricerca è stata somministrata un'intervista semi-strutturata ed individuale, in tre momenti diversi: pochi giorni prima dell'inizio del corso, subito dopo la sua conclusione e 3/4 mesi dopo. Le interviste avevano tre diverse linee guida formulate per le diverse fasi dello studio, queste linee guida forniscono una direzione iniziale alla conversazione con il detenuto per poi proseguire in base ai dati emersi durante lo svolgimento dell'attività, consentendo la narrazione personale dei singoli partecipanti per ogni costrutto indagato (Patton, 1990; Shkedi, 2003). I risultati erano associati alla criminologia positiva attraverso 4 temi principali: l'altruismo percepito rispetto alla propria persona, le relazioni positive con il personale carcerario, l'atmosfera sociale positiva e il superamento di una "prova", che è rappresentata dalla partecipazione completa al programma.

I volontari, che raffigurano l'altruismo percepito dai detenuti, sono stati descritti dai partecipanti come amorevoli e altruisti, per molti è stata la prima volta che incontravano qualcuno che mostrava un interesse vero nei loro confronti. Il loro impatto sugli autori di reato è stato significativo. Precisamente, sono serviti come modelli e hanno ispirato il desiderio di seguirli come esempi e di provarli ad emulare attraverso uno sforzo genuino. La solida consapevolezza del sé che si è sviluppata durante la meditazione ha aumentato la consapevolezza dei partecipanti sul ruolo dei volontari, potenziando così l'impatto dell'altruismo percepito nei i detenuti. Ne consegue che la presenza di volontari accuratamente selezionati contribuisca ad un esito positivo del processo riabilitativo del detenuto.

In secondo luogo, quest'attività ha creato un contesto unico di informalità e di vicinanza tra il personale e i detenuti, andando a creare all'interno della struttura un'atmosfera sociale positiva. Da quanto emerso dalle interviste svolte nel periodo successivo al programma, il corso di Vipassana, e l'ambiente che questa attività ha

generato, hanno alterato i ruoli e le norme abituali carcerarie. Hanno dato vita ad un filo umano comune, trasformando temporaneamente i partecipanti in un gruppo, con meno distanze formali e gerarchia tra i suoi diversi membri. All'interno di questo gruppo la definizione quotidiana del "detenuto" si è trasformata dando vita ad una nuova espressione (Trice & Roman, 1970): "soggetti praticanti Vipassana". Tale trasformazione ha apportato un impatto significativo sui partecipanti.

In terzo luogo, i componenti dello studio, al di fuori del contesto dell'attività, hanno comunque formato un sottogruppo all'interno della popolazione carceraria che sosteneva i valori della Vipassana. Come ci si aspettava questo sottogruppo ha continuato ad esistere anche alla fine del corso, aiutando di conseguenza a mantenere vive le sensazioni acquisite durante la meditazione. Questo gruppo di persone ha operato come una subcultura all'interno del carcere agevolando il cambiamento personale, così come avviene nei gruppi di recupero di auto-aiuto (Ronel, 1998).

Infine, il corso di Vipassana ha presentato una sfida mai affrontata prima. Questa tecnica meditativa è stata una prova impegnativa per i partecipanti che sono rimasti in una posizione seduta per gran parte della giornata, riflettendo e confrontandosi con sé stessi, seguendo una dieta vegetariana, astenendosi dal cibo da dopo il mezzogiorno, privati di stimoli esterni e con divieto, durante le ore diurne, di fumare e di parlare. Si sottolinea che la frequenza del corso era su base volontaria e che al termine della giornata il detenuto era libero di continuare a frequentare o abbandonare la pratica nei giorni successivi. Continuare a frequentare questa attività assumeva una vittoria significativa, aumentava il valore attribuito a questa esperienza e permetteva loro di acquisire degli strumenti individuali, come un maggior autocontrollo e un maggior senso di autoefficacia.

Sulla base dei presupposti della criminologia positiva, l'esperienza benefica della pratica di Vipassana ha portato ad una maggiore unificazione, operante su tre dimensioni: sociale, individuale e spirituale. Sulla dimensione sociale, l'essere accettati senza etichette a priori dai volontari o la rottura dei confini con il personale del carcere ha aumentato il senso di inclusione dei partecipanti. Per quanto riguarda la dimensione individuale la consapevolezza acquisita, il maggior autocontrollo e l'aumento della loro autostima hanno permesso ai detenuti di sperimentare un senso di auto-integrazione (Ronel et al., 2013). Infine, per quanto riguarda la dimensione spirituale, ha permesso ai partecipanti una riduzione dell'atteggiamento egocentrico, trasformandolo e attribuendogli un senso di appartenenza alla comunità, sentendosi socialmente accettati e inclusi in qualcosa più grande di loro (Ronel, 2000).

• **3.1.2 Mindfulness e uso di sostanze**

Un esempio molto significativo dell'uso e delle potenzialità di pratiche meditative come programmi riabilitativi è l'impiego di queste tecniche per prevenire e ridurre l'uso spropositato di sostanze stupefacenti. I tassi di ricaduta dopo trattamenti abituali per l'abuso di sostanze sono stimati oltre il 60 per cento (McLellan et al., 2000), per questo i disturbi da uso di sostanze sono descritti come "malattie cronache recidivanti" (Connors et al., 1996, Dixon et al., 1998). I trattamenti più comuni sono i programmi dei 12 passi o di mutuo sostegno (Room, 1998) e il modello Relapse Prevention (RP) di Marlatt e Gordon (1985), un trattamento cognitivo-comportamentale che si concentra sulle risposte date dai soggetti in situazioni di rischio elevato, combinate all'allenamento delle proprie abilità, attraverso interventi cognitivi volti a prevenire o almeno limitare le ricadute. Nonostante la RP sia utilizzata per diverse tipologie di abusi di sostanze (Roffman et al., 1990; Carroll, 1998; Schmitz et al., 2001; Baker et al., 2001; Kosten, 2003) con molte evidenze a

supporto della sua efficacia (Carrol, 1996; Monti et al., 1997; Irvin et al., 1999; Kadden, 2001; Fals-Stewart & O'Farrel, 2003) la ricaduta rimane un problema significativo per oltre la metà dei pazienti.

Per fronteggiare queste problematiche, partendo dai fondamenti base della mindfulness citati nei paragrafi precedenti, è stato inserito un nuovo approccio, che unisce la RP alla mindfulness, chiamato Mindfulness-Based Relapse Prevention (MBRP), che integra aspetti fondamentali della RP con pratiche della Mindfulness-Based Stress Reduction (Kabat-Zinn, 1990) e la Mindfulness-Based Cognitive Therapy (Teasdale et al., 2000), utilizzate per la riduzione dello stress e per la depressione. I partecipanti a questo tipo di trattamento vengono per prima cosa istruiti a identificare situazioni che per loro sono ad alto rischio di ricaduta, successivamente, attraverso le pratiche di mindfulness, si allenano ad aumentare la consapevolezza dei segnali di allarme, interni (emotivi e cognitivi) ed esterni (situazionali), e a sviluppare abilità di coping efficaci e autoefficacia, così da favorire scelte comportamentali più sane. Le pratiche si concentrano, in particolar modo, sull'accettazione delle emozioni, degli stati fisici e di quelli cognitivi positivi e negativi diminuendo di fatto la necessità di utilizzare le sostanze per alleviare la propria sofferenza.

Una delle ricerche più significative in letteratura in cui viene analizzato l'utilizzo della mindfulness come metodo preventivo per l'abuso di sostanze è uno studio pilota condotto da S. Bowen e collaboratori (2009). A questa ricerca hanno partecipato 168 persone di età compresa tra i 18 e i 70 anni, per poter aderire allo studio è stato necessario da parte delle persone coinvolte completare un trattamento ambulatorio/ospedaliero nelle 2 settimane precedenti al fine di ottenere l'autorizzazione medica per la partecipazione. Per l'idoneità a partecipare alla ricerca, oltre all'autorizzazione medica, si è svolto un colloquio telefonico utilizzando più

strumenti contemporaneamente per valutare l'esperienza di vita di un disturbo psicotico e la suicidalità e i comportamenti suicidari.

Una volta scelti i partecipanti ritenuti idonei sono stati somministrate altre tipologie di strumenti prima e subito dopo l'intervento della durata di 8 settimane, a 2 e 4 mesi dall'intervento. Sono stati misurati: l'uso quotidiano delle sostanze; il craving, cioè il desiderio impellente di assumere la sostanza di cui si è dipendenti; le conseguenze nella vita dei soggetti portate dalla dipendenza da sostanze, il controllo degli impulsi, la vita sociale e individuale; gli effetti della mindfulness e della pratica meditativa ed infine l'accettazione, intesa come accettazione rispetto all'evitamento di situazioni a rischio e all'autocontrollo in caso di esperienze private negative.

Sono stati erogati due differenti tipologie di trattamento: il trattamento MBRP e il trattamento abituale (TAU).

Il primo consisteva in 8 sessioni settimanali di 2 ore in gruppi da 6 a 10 partecipanti, con la presenza di 2 terapeuti. Ogni sessione aveva un tema centrale, come ad esempio il riconoscimento dei pensieri e delle emozioni in relazione ai fattori scatenanti delle ricadute o la pratica di abilità in situazioni ad alto rischio. Le sessioni iniziavano con una meditazione guidata di 20-30 minuti, seguita da discussioni sul ruolo della mindfulness nella prevenzione delle ricadute e dalla revisione dei compiti, esercizi giornalieri assegnati ai partecipanti da praticare tra una sessione e l'altra per fare in modo che potessero esercitarsi al di fuori delle sessioni di gruppo.

I partecipanti all'altra tipologia di terapia, TAU, hanno continuato a frequentare il trattamento standard fornito dall'agenzia, attraverso un percorso in 12 passi, orientato al processo di cambiamento, e includendo in alcuni gruppi abilità di RP. Le sessioni, in questo caso, duravano un'ora e mezza e i soggetti si riunivano da una a due volte a settimana. A questi gruppi non venivano assegnati compiti extra.

I risultati di questo studio, al termine delle varie somministrazioni degli strumenti, dimostrano l'efficacia iniziale dell'MBRP, offrendolo come alternativa ai programmi standard di cura. I risultati mostrano un significativo miglioramento dall'astenersi all'uso di sostanze rispetto al TAU e rispetto ai costrutti misurati, come il craving, il controllo degli impulsi e la propria vita, sia individuale che sociale. Questo successo si stima che diminuisca con il passare del tempo; infatti, a 4 mesi dall'intervento i partecipanti al MBRP tornano a livelli simili al TAU. Si attribuisce questo calo al fatto che al termine delle 8 settimane di corso, i gruppi MBRP, siano ritornati ai trattamenti abituali che non favoriscono, necessariamente, la continuazione delle pratiche precedentemente apprese nel MBRP. Questi risultati finali non sorprendono e anzi suggeriscono la necessità di un mantenimento e di un supporto continui dopo il trattamento mindfulness.

- **3.2 Interventi basati sullo sport**

È ampiamente dimostrato, in ambito scientifico, come l'attività fisica regolare abbia un impatto positivo sul benessere fisico e sulla salute mentale dei soggetti (Arent et al., 2000; Biddle & Asare, 2011; Lancet, 2016; Organizzazione Mondiale della Sanità, 2016). Pertanto, nonostante l'attività fisica non possa essere l'assistenza primaria per la salute mentale, l'offerta di pratiche sportive all'interno del carcere è un servizio potenzialmente in grado di soddisfare una parte dei bisogni di natura psichica e fisica dei detenuti. Malgrado gli studi che esaminano l'impatto degli interventi basati sullo sport all'interno delle popolazioni carcerarie siano stati definiti "embrionali" (Gallant et al., 2015, pg. 46; Jugl et al., 2021), esiste una ricerca notevole sull'uso dello sport per la promozione del benessere di popolazioni a rischio, producendo non solo benefici a livello individuale ma anche sociale, come la coesione sociale e la riduzione della criminalità nelle comunità di appartenenza (Cameroon & MacDougall, 2000;

Nichols, 2007; Coalter, 2009). Inoltre, la letteratura presente suggerisce che la partecipazione regolare ad un'attività sportiva riduca i tassi di depressione ed ansia, diminuisca i livelli di rabbia e stress e abbia effetti positivi sull'umore rispetto a stili di vita inattivi dal punto di vista fisico (Hassmén et al., 2000; Krawczynski & Olszewski, 2000; Salmon, 2001; Bilderbeck et al., 2013), oltre che a migliorare le condizioni generali di salute soprattutto in soggetti con malattie cardiovascolari e croniche (Papa et al., 2021).

In una ricerca di Pérez-Moreno et al. (2007) sono stati studiati gli effetti di un'attività di allenamento cardiorespiratorio e di resistenza della durata di 4 mesi su detenuti adulti co-infetti da HIV e iscritti a un programma di mantenimento con metadone. È stato riportato che l'esercizio fisico supervisionato possa migliorare condizioni debilitanti nei detenuti, in quanto, questa attività agisce sull'umore tramite la regolazione della temperatura corporea, l'attività surrenale e la neurotrasmissione di noradrenalina e dopamina (Anshel, 1996). Oltre a questi aspetti più fisiologici la pratica di sport aiuta le persone a distrarsi dalle situazioni stressanti della propria vita e dare un senso di maggior controllo su di essa (Brugman & Ferguson, 2002).

Nel paragrafo seguente andremo ad analizzare una ricerca di Claudia Battaglia e collaboratori (2014) essendo una tra le più importanti sia in Italia che in Europa, il cui obiettivo è verificare l'impatto dell'attività fisica sul benessere psicologico dei detenuti e determinare quali sono i disturbi sui quali l'impatto è maggiore.

- **3.2.1 Esercizi fisici selezionati migliorano il benessere psicologico dei detenuti**

Lo studio in questione è stato condotto in Italia, i partecipanti sono 75 detenuti maschi del carcere di Larino (Campobasso), di età compresa tra i 18 e i 50 anni e con almeno un anno di detenzione ancora da scontare. Dopo aver coinvolto le persone ritenuti idonei al progetto, essi sono stati assegnati in modo casuale a tre gruppi: protocollo di

allenamento cardiovascolare e di resistenza (CRT), protocollo di allenamento di forza ad alta intensità (HIST) e il trattamento abituale; nel mentre i membri di tutti e tre i gruppi hanno continuato a svolgere le attività quotidiane facoltative del carcere.

I gruppi sperimentali (CRT e HIST) hanno svolto i protocolli di allenamento per 1 ora, due volte alla settimana per 9 mesi.

Le sessioni di allenamento del protocollo CRT comprendevano esercizi riscaldamento, esercizi aerobici alternati a esercizi di resistenza ed esercizi defaticanti. Inizialmente le attività venivano svolte al 70 per cento della frequenza cardiaca massima prevista dall'età dei partecipanti, successivamente nel corso dei 9 mesi la durata e l'intensità delle sessioni di allenamento sono aumentate gradualmente.

Le sessioni di allenamento HIST, invece, consistevano in ciclismo moderato come riscaldamento, esercizi anaerobici alternati a esercizi di forza massimale ed esercizi defaticanti. L'allenamento anaerobico veniva svolto in questo caso al 90 per cento della frequenza cardiaca massima del partecipante. Anche per questo protocollo la durata e l'intensità sono aumentate con il passare dei mesi.

Nel periodo antecedente alla sperimentazione, i partecipanti si sono sottoposti ad una valutazione clinica da parte dei medici del carcere e ogni soggetto ha compilato un questionario di autovalutazione del proprio benessere psicologico. Le 10 dimensioni analizzate nel corso del questionario sono: somatizzazione (SOM), disturbo ossessivo-compulsivo (O-C), sensibilità interpersonale (I-S), depressione (DEP), ansia (ANX), ostilità (HOS), ansia fobica (PHOB), psicoticismo (PSY), ideazione paranoica (PAR) e disturbi del sonno (SLEEP).

All'ingresso nello studio non sono state riscontrate differenze significative sia per quanto riguarda le caratteristiche detentive sia per lo stato di salute fisica e mentale.

Le analisi hanno rilevato come il protocollo CRT ha diminuito in maniera significativa i punteggi della sensibilità interpersonale e dell'indice di gravità globale (GSI) degli individui mentre il gruppo HIST presentava una diminuzione significativa dei livelli di ansia. Per entrambi i gruppi sono stati registrati dei miglioramenti sia dei livelli di ansia fobica che dei livelli di depressione, che invece è aumentata nel gruppo di controllo durante questo periodo sperimentale.

In conclusione, è presente una relazione tra esercizio fisico e miglioramento psicofisico dei detenuti. I risultati sono in linea con quelli riscontrati della popolazione generale (Petruzzello et al., 1991; Calfas e Taylor, 1994; Long e Van-Stavel, 1995). Considerando gli alti tassi di disturbi mentali e frustrazione tra i detenuti (Brinded et al., 2001), i miglioramenti riscontrati in queste persone sono ancora più importanti. L'attività fisica oltre che aiutare i carcerati a livello fisico e mentale, insegna loro la disciplina, la costanza e a definire degli obiettivi; tutti elementi che riducono la noia, la tensione e migliorano l'autostima (Amtmann, 2001). Queste competenze generano un miglioramento della qualità di vita (Fox, 1999), di autoefficacia e una maggiore consapevolezza e percezione del sé (Spence et al., 2005).

- **3.3 Risorse individuali come punti di forza**

La psicologia positiva è una disciplina psicologica che si concentra sul funzionamento ottimale dell'individuo, sottolineando l'importanza che i soggetti diventino membri di valore della società e della loro comunità (Robbins, 2008); per questo motivo interventi di questo tipo possono giovare ai detenuti in attesa del loro rilascio. Gli interventi basati sulla psicologia positiva si interessano maggiormente della comprensione e dello sviluppo dei punti di forza individuali del carattere e della personalità (Breen et al., 2010). A titolo esemplificativo, l'astinenza dall'abuso di sostanze è stata correlata alla speranza, ad una maggior soddisfazione di vita e al

benessere (Irving et al., 1998); portando così a ragionare su come i costrutti della psicologia positiva possano andare ad influenzare alcuni comportamenti esternalizzanti. Diventa di fondamentale importanza, dunque, favorire il rafforzamento di queste risorse intrinseche dell'essere umano al fine di migliorare il loro benessere psicologico e diminuire il rischio di adozione di comportamenti violenti, che possono causare recidiva.

Un esempio di programma che incorpora i principi della psicologia positiva è il Positive Re-Entry in Corrections Program (PRCP), che utilizza i principi di Seligman (2011) basati sul miglioramento del benessere e la realizzazione dell'individuo; esso si compone di cinque elementi (PERMA): le emozioni positive, l'impegno, le relazioni positive, il significato che attribuiamo alle nostre esperienze e la realizzazione, definita come il raggiungimento di obiettivi e risultati fini a sé stessi. Tutti gli elementi del PERMA sono incorporati nel PCRCP attraverso attività progettate per aumentare la padronanza di queste abilità. Di seguito analizzeremo uno studio (Kim H. Huynh et al., 2015) che esamina più a fondo alcuni costrutti fondamentali della psicologia positiva che sono correlati alla salute mentale dei detenuti e all'aumento del PERMA.

- **3.3.1 Un programma basato sugli interventi della Psicologia Positiva**

In uno studio del 2015, condotto da Kim H. Huynh e collaboratori, è stata misurata l'efficacia e l'impatto del PCRCP sui livelli di gratitudine, soddisfazione di vita e speranza dei detenuti.

La gratitudine è una combinazione di punti di forza interpersonali, emozioni positive, capacità riflessiva e comportamenti pro-sociali adattivi, che interagiscono per il benessere dell'individuo (Breen et al., 2010; Nelson, 2009). È correlata positivamente con l'ottimismo (Emmons et al., 2003), con relazioni positive (Breen et al., 2010;

Seligman & Csikszentmihalyi, 2000) e con il benessere psicofisico (Breen et al., 2010), mentre è correlata inversamente all'ansia (McCullough et al., 2002) e alla depressione (Froh et al., 2011).

La soddisfazione per la vita è associata al benessere soggettivo (Emmons et al., 2003; Nelson, 2009) e alla socialità positiva (Diener et al., 1985), inoltre, è stata identificata come un fattore protettivo contro gli stati affettivi negativi (McCullough et al., 2002), essendo che individui con livelli più alti di soddisfazione di vita presentano livelli più alti di emozioni positive (Breen et al., 2010; McCollough et al., 2002).

La speranza, intesa come visione di un individuo sui risultati futuri, è legata al comportamento pro-sociale (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000), all'empatia e alla diminuzione della solitudine (Marshall et al., 1997). È legata inversamente, inoltre, al rischio di recidiva (Martin & Stermac, 2010).

Lo studio si è principalmente concentrato ad insegnare queste abilità ai detenuti per facilitare il futuro reinserimento nella società. I partecipanti provenivano dal Washington State Corrections Facility ed in totale erano due gruppi da 31 persone ciascuno. Il primo gruppo ha partecipato ad un programma di 8 settimane, mentre il secondo ad uno della durata di 12 settimane. Ai due gruppi sono state somministrate misure self-report sia prima che dopo il programma per misurare i cambiamenti dei tre costrutti precedentemente descritti; per la gratitudine sono state valutate le espressioni e le esperienze di gratitudine e apprezzamento nella vita quotidiana (McCullough et al., 2002) , per la soddisfazione di vita è stata svolta una breve valutazione globale della soddisfazione complessiva di un individuo nei confronti della vita (Diener et al., 1985; McDowell, 2010), ed infine per la speranza è stata misurata l'interazione tra pensieri e azioni orientate agli obiettivi individuali (Snyder et al., 1991).

I detenuti hanno partecipato a seminari di gruppo settimanali con la presenza di facilitatori. Ogni sessione comprendeva cinque componenti: la discussione del compito di psicologia positiva assegnato la sessione precedente, come ad esempio il diario della gratitudine dove poter scrivere ciò per cui si è grati nella vita o praticare l'ottimismo stabilendo degli obiettivi al fine di motivare il soggetto al cambiamento, una lezione e dimostrazione di un'abilità legata alla psicologia positiva, la discussione di quest'ultima in piccoli gruppi, la pratica e la discussione della nuova abilità in un gruppo più grande e, infine, la presentazione di un nuovo compito per la settimana successiva.

I risultati hanno indicato un significativo miglioramento sia per quanto riguarda la gratitudine e la speranza che per la soddisfazione di vita dal periodo antecedente a quello successivo all'intervento, per entrambi i gruppi. L'analisi finale non ha prodotto, invece, differenze tra i due gruppi per quanto riguarda le tempistiche dei due programmi, dimostrando come l'aver incluso sessioni aggiuntive non ha apportato benefici supplementari. Ne consegue che limitare l'arco temporale del programma, in futuro, sembrerebbe consentire di economizzare i costi per la programmazione di questi interventi da parte del sistema penitenziario e facilitare la loro attuazione.

- **3.4 Visite familiari: il ruolo protettivo delle relazioni**

Le relazioni familiari permettono ai detenuti di mantenere la loro identità sociale e forniscono loro un senso di sicurezza e benessere (Hairston, 1988). Queste relazioni, tuttavia, sono considerate sia un fattore di rischio che un fattore protettivo (Stouhamer-Loeber et al., 2002). Numerose ricerche hanno analizzato i rischi legati ai meccanismi associati alle relazioni familiari che influenzano il comportamento delinquenziale (Rhule-Louie & McMahon, 2007). Uno studio condotto da Ryan e Yang (2005) ha, però, constatato che i carcerati che ricevevano visite da parte della

famiglia avevano tassi di reato inferiori a quelli che non ne ricevevano. Un'analisi di Poelmann e collaboratori (2010), inoltre, ha riscontrato altri benefici dovuti ai contatti con i propri familiari: una riduzione dei livelli di angoscia e un miglioramento delle relazioni stesse; mentre, Segrin e Flora (2001) hanno scoperto che un matrimonio soddisfacente, nonostante la detenzione, riduca la solitudine aumentando la percezione di vicinanza da parte della famiglia. In uno studio di Siennick e collaboratori (2013), dove è stato esaminato l'effetto delle visite in prigione sulle probabilità di comportamenti criminali, è stata osservata una diminuzione dei reati e delle infrazioni all'aumentare delle visite, soprattutto per quelle svolte dai coniugi.

Queste sono solo alcune delle evidenze a sostegno del fatto che il contatto fra detenuti e i loro familiari migliori il benessere delle persone in carcere. Ciononostante, le prove sulla recidiva, invece, sono contraddittorie. Rhule-Louie e McMahon (2007) hanno notato che gli individui scelgono partner che sostengono i loro comportamenti criminali, mentre Sampson, Laub e Wimer (2006) attraverso uno studio longitudinale su 500 giovani detenuti hanno rilevato che il matrimonio era associato ad una riduzione del 35 per cento di reati. Sampson e collaboratori hanno descritto quattro cause principali del matrimonio che determinerebbero una riduzione della recidiva: crea obblighi sociali verso il partner, provoca cambiamenti significativi individuali, il/la partner esercita un controllo sociale indiretto ed infine il matrimonio porta ad un cambiamento della propria identità verso una "figura" più responsabile.

Se il matrimonio è un fattore protettivo per i detenuti, incoraggiare a mantenere la relazione con il partner nello stato detentivo può in molti casi favorire un benessere psicologico e diminuire la possibilità di recidiva.

Non si può sottovalutare l'esistenza di difficoltà oggettive nel mantenere costanti le visite per tutta la pena detentiva. Sebbene, per i detenuti le visite sono viste come uno

dei momenti più importanti del tempo che passano in prigione per le loro famiglie può essere difficoltoso sia dal punto di vista emotivo, sia da quello gestionale (Dixey & Woodall, 2012), gli impegni lavorativi, la distanza tra casa e carcere, problemi di salute sono tutte problematiche che possono rendere difficile partecipare alle visite (Fuller, 1993).

Hairston, già nel 1988, suggerisce che senza la possibilità di visite costanti, con la conseguente lontananza dalla famiglia, i detenuti perdono speranza nel futuro e diventano più deboli a livello sociale, diminuendo drasticamente le loro risorse emotive. Di conseguenza, oltre a diminuire il loro benessere individuale, aumentano le probabilità che possano recidivare.

Infine, da una revisione sistematica della letteratura sui benefici delle visite familiari in carcere (Vladu et al., 2021) si evince un'associazione positiva tra visite, salute mentale e diminuzione dei comportamenti violenti, aumentando di conseguenza il benessere del detenuto e dello stesso carcere.

- **3.5 Programmi di benessere per agenti penitenziari?**

Da molti anni si è posta l'attenzione sul benessere psicofisico degli agenti penitenziari. La ricerca ha ampiamente dimostrato che nelle guardie carcerarie è altamente probabile si manifesti un disagio generato dallo svolgimento di un lavoro alquanto complesso (Dowden & Tellier, 2004; Trounson, Pfeifer & Skues, 2019). Le cause sono numerose e possono essere sia di carattere psicologico sia fisiche. Una delle minacce più temute è il rischio di violenza e, di conseguenza, le interazioni con detenuti con precedenti di violenza aggravano ulteriormente i livelli di stress degli agenti (Finn, 1998; Brower, 2013). Il sovraffollamento complica ulteriormente il contesto carcerario (Finn, 1998; Misis et al., 2013) andando a diminuire la qualità di vita, esponendo gli operatori a malattie infettive, aumentando i livelli di violenza tra i

carcerati e incrementando, di conseguenza, la necessità di vigilanza (Brower, 2013; Hartley et al., 2013). Inoltre, le condizioni fisiche dell'ambiente detentivo, come l'accesso limitato all'illuminazione naturale, i livelli di rumore, pulizia e privacy, contribuiscono ad aumentare il disagio somatico e psicologico e la possibilità di uso di sostanze nel personale carcerario (Bierie, 2012).

Lo stress cronico sul luogo di lavoro vissuto dalle guardie carcerarie è associato a esiti negativi significativi, con conseguenti possibili ripercussioni sia a livello operativo, soprattutto nella gestione di criticità, che a livello personale. Dal punto di vista organizzativo, lo stress degli agenti può contribuire ad attuare pratiche non sicure all'interno della struttura ed un possibile aumento di assenteismo (Brower, 2013; Trounson et al., 2019). Per quanto riguarda l'aspetto individuale, lo stress ha effetti negativi fisicamente, con alti livelli di problematiche cardiovascolari, d'ipertensione e gastrointestinali (Dowden & Tellier, 2004; Morgan, 2009; Harvey, 2014), e psicologicamente, con un'alta prevalenza di disturbi d'ansia (Bourbonnais et al., 2007; Morgan, 2009), tra cui sintomi depressivi (Obidoa et al., 2011) disturbo da stress post traumatico (Spinaris et al., 2012) , uso di sostanze (Tartaglini & Safran, 1997) e alti tassi di suicidio rispetto alla popolazione lavorativa generale (Stack e Tsoudis, 1997).

Nonostante queste preoccupazioni, vagliando la letteratura presente, risultano pochi i programmi di benessere indirizzati alle guardie carcerarie. Analizzando la meta-analisi svolta da Trounson, Pfeifer e collaboratori (2020) si è notato come, nel complesso, non esistano ad ora programmi efficaci nel ridurre i livelli di stress e di psicopatologie nelle guardie carcerarie. Gli interventi di promozione del benessere osservati e valutati comprendevano una serie di interventi sulle crisi, programmi psicoeducativi e programmi di esercizio fisico. Come evidenziato dai risultati ottenuti

nessuno di questi interventi ha avuto un effetto significativo sui livelli di stress e sulle psicopatologie. Questo è dovuto principalmente a due aspetti: la mancanza di una base teorica e specifica del contesto e, di conseguenza, il bisogno di disegni di studio più rigidi. Se vengono a mancare questi due aspetti è difficile identificare i fattori che possono contribuire al miglioramento del benessere degli agenti e al successo di questi programmi, anche perché come è stato descritto in precedenza i fattori che influenzano il benessere per questa popolazione sono molteplici e di diversa natura.

Il lavoro futuro dei ricercatori dovrà essere indirizzato alla progettazione, allo sviluppo, all'implementazione e alla valutazione di questi interventi, così da aumentare le evidenze scientifiche e garantirne la continuità e replicabilità.

• **3.6 Conclusione**

I risultati mostrati in questo capitolo mettono in rilievo la fattibilità e l'efficacia degli interventi di promozione del benessere. Questi programmi sono risultati molto significativi per diverse aree di interesse; infatti, non solo hanno migliorato il benessere psicologico dei detenuti ma hanno incrementato anche il loro benessere fisico e le loro abilità individuali e sociali. Due tra gli effetti maggiori di questi interventi sono stati: la riduzione della recidiva da parte degli autori di reato una volta scontata la pena e la riduzione dell'utilizzo sconsiderato di sostanze. I risultati ottenuti sono migliori rispetto a quelli ottenuti dai trattamenti standard del carcere, anche se ovviamente sono presenti alcuni limiti da dover superare.

Se per i detenuti esistono programmi di promozione del benessere, sono scarsi quelli che riguardano gli operatori penitenziari, infatti gli interventi utilizzati per questi soggetti sono per lo più generali e non specifici per il loro ruolo professionale, non portando, così, a risultati significativi.

Nel capitolo successivo verranno presentate le riflessioni conclusive di tutto ciò che è emerso nel corso di questa indagine e una riflessione sul lavoro che si dovrà svolgere nella ricerca futura per migliorare i modelli di riferimento e di conseguenza gli interventi offerti.

CONCLUSIONI GENERALI

Nonostante la "Legge 26 luglio 1975, n.354" sia stata introdotta quasi quarant'anni fa, in Italia la situazione del sistema penitenziario ha iniziato realmente ad assumere un cambio di prospettiva nei confronti dei detenuti solamente a seguito della sentenza "Torreggiani ed altri c. Italia" (Ministero della Giustizia, 2013), emessa dalla Corte Europea dei Diritti dell'Uomo (CEDU). Dopo la sentenza, di cui sopra, il dipartimento dell'amministrazione penitenziaria (DAP) si è espresso favorevolmente nell' applicazione di misure di detenzione alternative, efficaci nel favorire un processo di cambiamento e recupero di alcune abilità sociali ed individuali che permetterebbero ai detenuti un reinserimento positivo nella società. Anche se i dati a nostra disposizione fanno emergere come molte questioni relative al contesto carcerario continuano ad essere presenti e non permettano l'efficacia di attività e trattamenti, un esempio predominante è il fenomeno del sovraffollamento, che si ripropone regolarmente nella storia delle istituzioni penitenziarie.

In conclusione, la ricerca condotta su questo tema critico del benessere dei detenuti all'interno del sistema carcerario ha rivelato una serie di sfide significative e opportunità per il miglioramento. Le evidenze presentate indicano che le condizioni di detenzione e il trattamento dei detenuti influenzano profondamente la loro salute fisica e mentale, nonché la loro prospettiva di riabilitazione e reinserimento nella società. È chiaro che le istituzioni carcerarie devono riorientare i loro sforzi verso politiche e pratiche più umane ed efficaci, mettendo un'attenzione maggiore sul sostegno alla salute mentale, l'istruzione, la formazione professionale e la riabilitazione.

Affrontare le sfide attuali richiederà la collaborazione di governi, organizzazioni non governative, operatori carcerari, professionisti della salute mentale e la società nel suo

complesso. Inoltre, è essenziale promuovere un maggiore coinvolgimento della comunità nella riabilitazione e nella preparazione dei detenuti per il loro ritorno nella società.

Migliorare il benessere dei detenuti non è solo una questione di compassione, ma anche di responsabilità sociale ed economica. Un sistema carcerario che si concentra sul benessere dei detenuti, sulla loro riabilitazione e reinserimento, non solo migliora la vita di coloro che sono direttamente interessati, ma può anche contribuire a ridurre la recidiva, abbattere il sovraffollamento carcerario e ridurre i costi sociali ed economici legati alla criminalità.

In definitiva, lavorare verso un sistema carcerario che mette il benessere dei detenuti al centro delle sue operazioni è un obiettivo che può portare a un mondo più giusto, più sicuro e più compassionevole. È un obiettivo che richiede impegno, risorse e sforzi collettivi, ma è anche un obiettivo che è fondamentale per il progresso di qualsiasi società che aspira a valori di giustizia, equità e umanità.

BIBLIOGRAFIA

Aebi, F.M, Tiago, M.M., & Burkhardt, C. (2015). Council of Europe Annual penal Statistics SPACE I – Prison Population.

Aebi, F.M, & Tiago, M.M. (2020). Council of Europe Annual penal Statistics SPACE I – Prison Population.

Amtmann, J. (2001). Physical activity and inmate health. *Current Compendium* 26-69.

Andersen, H.S. (2004). Mental health in prison populations. A review – with special emphasis on a study of Danish prisoners on remand. *Acta Psychiatrica Scandinavica (Supplementum)* 424, 5–59.

Andrews, D. A., & Bonta, J. (2006). *The psychology of criminal conduct*. Newark, NJ: LexisNexis/Matthew Bender.

Andrews, D. A., Bonta, J., & Wormith, J. S. (2006). The recent past and near future of risk and/or need assessment. *Crime & Delinquency*, 52, 7–27.

Andrews, D. A., Bonta, J., & Wormith, J. S. (2011). The Risk-Need-Responsivity (RNR) Model: Does Adding the Good Lives Model contribute to Effective crime prevention? *Criminal Justice and Behavior*, 38(7), 735–755. doi:10.1177/0093854811406356

Andrews, D. A., Zinger, I., Hoge, R. D., Bonta, J., Gendreau, P., & Cullen, F. T. (1990). Does correctional treatment work? A clinically relevant and psychologically informed meta-analysis. *Criminology*, 28, 369–404.

ANSA (Rome, November 22, 2012). Available at: <http://www.italianallegro.com/home/news/another-political-failureprison-overcrowding-new-amnesty-soon/>

ANSA (Strasbourg, May 3, 2013). Italy's prisons third most overcrowded in Europe Behind Serbia and Greece. Available at: http://www.ansa.it/web/notizie/rubriche/english/2013/05/03/Italyprisons-third-most-overcrowded-Europe_8646685.html

ANSA (Strasbourg, May 27, 2013). Italy forced to fix prison overcrowding in final ruling. European Court of Human Rights finds jails 'inhumane, degrading'. Available at: http://www.ansa.it/web/notizie/rubriche/english/2013/05/27/Italyforced-fix-prison-overcrowding-final-ruling_8775900.html

Anshel, M. H. (1996). Effect of chronic aerobic exercise and progressive relaxation on motor performance and affect following acute stress. *Behaviour Medicine* 21: 186–196.

Antigone (2023). <https://www.antigone.it/news/3481-carceri-rapporto-antigone-sovraffollamento-suicidi-violenze-un-2022-da-dimenticare>

Arent, S., Landers, M., & Etnier, J. (2000). The effects of exercise on mood in older adults: A meta-analytic review. *Journal of Ageing and Physical Activity*, 8, 407-430

Aresti, A., Eatough, V., & Brooks-Gordon, B. (2010). Doing time after time: An interpretative phenomenological analysis of reformed ex-prisoners' experiences of self-change, identity and career opportunities. *Psychology, Crime & Law*, 16, 169–190.

Aspinwall, L. G., & Staudinger, U. M. (2003). *A psychology of human strengths: Fundamental questions and future directions for a positive psychology*. Washington, DC: American Psychological Association.

Auty, K. M., Cope, A., & Liebling, A. (2017). A systematic review and meta-analysis of yoga and mindfulness meditation in prison: Effects on psychological well-being and behavioural functioning. *International journal of offender therapy and comparative criminology*, 61(6), 689-710.

Baillargeon, J., Binswanger, I.A., Penn, J.V., Williams, B.A., & Murray, O.J. (2009). Psychiatric disorders and repeat incarcerations: the revolving prison door. *American Journal of Psychiatry* 166, 103–109.

Baker, A., Boggs, T.G., & Lewin, T.J. (2001). Randomized controlled trial of brief cognitive-behavioural interventions among regular users of amphetamine. 96, 1279–1287

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191–215. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>

Banerjee, B., Vadiraj, H. S., Ram, A., Rao, R., Jayapal, M., Gopinath, K. S., . . . , & Prakash Hande, M. (2007). Effects of an integrated yoga program in modulating psychological stress and radiation-induced genotoxic stress in breast cancer patients undergoing radiotherapy. *Integrative Cancer Therapies*, 6, 242-250. doi:10.1177/1534735407306214

Barraclough, B. M., Bunch, B., & Nelson, B. (1974). A hundred cases of suicide: clinical aspects. *British Journal of Psychiatry* 125, 355- 373.

Battaglia, C., di Cagno, A., Fiorilli, G., Giombini, A., Borrione, P., Baralla, F., ... & Pigozzi, F. (2015). Participation in a 9-month selected physical exercise programme enhances psychological well-being in a prison population. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 25(5), 343-354.

Beech, A. R., & Mann, R. (2002). Recent developments in the assessment and treatment of sexual offenders. In J. McGuire (Eds.), *Offender rehabilitation and treatment: Effective programmes and policies to reduce re-offending* (pp. 259–288). Chichester, UK: Wiley.

Ben Zvi, T., & Haimoff-Ayali, R. (2015). The effect of “the good” and the self-centeredness barrier- Positive criminology in the lived reality of youth at risk. In N. Ronel & D. Segev (Eds.), *Positive criminology* (pp. 32–51). Routledge.

Benisty, M. (2012). The “Shalhevet” project—A non-framing framework: An educational program aimed at preventing substance abuse [Unpublished Master’s thesis]. Bar-Ilan University.

https://www.nli.org.il/he/dissertations/NNL_ALEPH003454726/ NLI

Best, D. (2010). Mapping routes to recovery: The role of recovery groups and communities. In R. Yates & M. S. Malloch (Eds.), *Tackling addiction: Pathways to recovery* (pp. 32-43). London, England: Jessica Kingsley.

Biddle, S. J., & Asare, M. (2011). Physical activity and mental health in children and adolescents: A review of reviews. *British Journal of Sports Medicine.*, 45, 886-895.

Bierie, D. M. (2012). The impact of prison conditions on staff well-being. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 56, 81-95.

Bilderbeck, A. C., Farias, M., Brazil, I. A., Jakobowitz, S., & Wikholm, C. (2013). Participation in a 10-week course of yoga improves behavioural control and decreases psychological distress in a prison population. *Journal of Psychiatric Research*, 47, 1438-1445. doi:10.1016/j.jpsychires.2013.06.014

Blanchette, K., & Brown, S. L. (2006). *The assessment and treatment of women offenders: An integrative perspective*. New York, NY: John Wiley & Sons.

Bolcato M., Fiore V., Casella F., Babudieri S., Lucania L., & Di Mizio G. (2021). Health in prison: Does penitentiary medicine in Italy still exist?. 9, 1511. <https://doi.org/10.3390/healthcare9111511>

Borrill, J., Burnett, R., & Atkins, R. (2003). Pattern of self-harm and attempted suicide among white and black/mixed race female prisoners. *Criminal Behaviour and Mental Health* 13, 229-240.

Bourbonnais R., Jauvin N., & Dussault J. (2007). Psychosocial work environment, interpersonal violence at work and mental health among correctional officers. *International Journal of Law & Psychiatry*, 30, 355-368.

Bowen, S., Witkiewitz, K., Dillworth, T. M., Chawla, N., Simpson, T. L., Ostafin, B. D., ... & Marlatt, G. A. (2006). Mindfulness meditation and substance use in an incarcerated population. *Psychology of addictive behaviors*, 20(3), 343.

Bowen, S., Chawla, N., Collins, S. E., Witkiewitz, K., Hsu, S., Grow, J., ... & Marlatt, A. (2009). Mindfulness-based relapse prevention for substance use disorders: A pilot efficacy trial. *Substance abuse*, 30(4), 295-305.

Breen, W. E., Kashan, T. B., Lenser, M. L., & Fincham, F. D. (2010). Gratitude and forgiveness: Convergence and divergence on self-report and informant ratings. *Personality and Individual Differences*, 49, 932-937. doi:10.1016/j.paid.2010.07.03

Brinded, P.M., Simpson, A.I., Laidlaw, T.M., Fairley, N., & Malcolm F. (2001). Prevalence of psychiatric disorders in New Zealand prisons: A national study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 35: 166–173.

Brower, J. (2013). Correctional officer wellness and safety literature review. Washington, DC: U.S. Department of Justice.

Brugman, T., & Ferguson, S. (2002). Physical exercise and improvements in mental health. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services* 40: 24–31.

Bumby, K. M., & Hansen, D. J. (1997). Intimacy deficits, fear of intimacy, and loneliness among sexual offenders. *Criminal Justice and Behavior*, 24(3), 315–331.

Calfas, K.J., & Taylor, W.C. (1994). Effects of physical activity on psychological variables in adolescents. *Pediatric Exercise Science* 6: 406–423.

Cameron, K. S., Dutton, J. E., & Quinn, R. E. (Eds.). (2003). *Positive organizational scholarship: Foundations of a new discipline*. Berrett-Koehler.

Cameron, M., & MacDougall, C. J. (2000). Crime prevention through sport and physical activity (Vol. 165). Australian Institute of Criminology.

Carroll, K.M. (1996). Relapse prevention as a psychosocial treatment: a review of controlled clinical trials. *Exp Clin Psychopharmacol* 4:46–54.

Carroll, K.M. (1998). Treating drug dependence: recent advances and old truths. In: Miller WR, Heather N, eds. *Treating Addictive Behaviors*. 2nd ed. Applied Clinical Psychology; New York: Plenum Press. 217–2

CEDU, Corte Europea dei Diritti dell’Uomo (1978).

CEDU, Corte Europea dei Diritti dell’Uomo (2013).

Cesana M. L., Giordano F., Boerchi D., Rivolta M. & Castelli C. (2018). Drawing to reconstruct: Pilot study on acknowledging prisoners' internal and external resources in a penitentiary institution, *World Futures*, 74:6, 392-411, DOI: 10.1080/02604027.2018.1445913

Chen, G. (2017). Does gratitude promote recovery from substance misuse? *Addiction Research & Theory*, 25(2), 121–128.

Coalter, F. (2009). *The value of Sport: Crime reduction and community safety*. London: Sport England/UK Sport.

Connors, G.J., Maisto, S.A., & Donovan, D.M. (1996) Conceptualizations of relapse: a summary of psychological and psychobiological models. 91:5–13.

Crawley, E., & Sparks, R. (2005). Hidden injuries? Researching the experiences of older men in English prisons. *The Howard Journal of Criminal Justice*, 44, 345-356. doi:10.1111/j.1468-2311.2005.00380.x

Crewe, B. (2007). Power, adaptation and resistance in a late-modern men’s prison. *British Journal of Criminology*, 47, 256-275. doi:10.1093/bjc/azl044

Dalton, V. (1999). Death and dying in prison in Australia: national overview, 1980–1998. *Journal of Law Medicine & Ethics* 27, 269-274.

Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The “what” and “why” of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11, 227–268.

Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.
doi:10.1207/s15327752jpa4901_13

Dixon, L, McNary, S., & Lehman, A.F. (1998). Remission of substance use disorder among psychiatric inpatients with mental illness. *Am J Psychiatry*; 155:239–243.

Dowden C., & Tellier C. (2004). Predicting work-related stress in correctional officers: A meta-analysis. *Journal of Criminal Justice*, 32, 31-47.

Drago, F., Galbiati, R., & Vertova, P. (2011). Prison Conditions and Recidivism. *American Law and Economics Review*, pg 108-109.

Easterbrook, (2003). *The progress paradox: How life gets better while people feel worse*. Random House.

Einat, T. (2017). The wounded healer: Self-rehabilitation of prisoners through providing care and support to physically and mentally challenged inmates. *Journal of Crime and Justice*, 40, 204–221.

Elisha, E., Idisis, Y., & Ronel, N. (2012). Window of opportunity: Social acceptance and life transformation in the rehabilitation of imprisoned sex offenders. *Aggression and Violent Behavior*, 17, 323–332.

Elisha, E., & Ronel, N. (2023). Positive Psychology and Positive Criminology: Similarities and Differences. *Criminal Justice Policy Review*, 34(1), 8-19.

<https://doi.org/10.1177/08874034211065992>

Emmons, R. A. (1999). *The psychology of ultimate concerns*. New York: Guilford

Emmons, R. A. (2019). From the science of gratitude to a global gratitude movement. *Journal of Psychology and Christianity*, 38(3), 198–205.

Emmons, R. A., McCullough, M. E., & Tsang, J. (2003). The assessment of gratitude. In S. Lopez & C. R. Snyder (Eds.), *Handbook of positive psychology assessment* (pp. 327-342). Washington, DC: American Psychological Association.

Evers, T. J., Ogloff, J. R. P., Trounson, J. S., & Pfeifer, J. E. (2020). Well-Being Interventions for Correctional Officers in a Prison Setting: A Review and Meta-Analysis. *Criminal Justice and Behavior*, 47(1), 3-21. <https://doi.org/10.1177/0093854819869975>

Facuzza, F. (2017). Torreggiani and Prison Overcrowding in Italy. *Human Rights Law Review*, 17, 153–173

Fals-Stewart, W., & O'Farrell, T.J. (2003). Behavioral family counseling and naltrexone for male opioid dependent patients. *J Consult Clin Psychol*. 71: 432–442.

Fazel, S., & Baillargeon, J. (2011). The health of prisoners. *Lancet* 377, 956- 965.

Fazel, S., & Danesh, J. (2002). Serious mental disorder in 23,000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *Lancet* 359, 545–550.

Fazel, S., Lichtenstein, P., Grann, M., Goodwin, G.M., & Långström, N. (2010). Bipolar disorder and violent crime: new evidence from population-based longitudinal studies and systematic review. *Archives of General Psychiatry* 67, 931–938.

Fazel, S., & Seewald, K. (2012). Severe mental illness in 33,588 prisoners worldwide: systematic review and meta-regression analysis. *British Journal of Psychiatry* 200, 364–373.

Fazel, S., & Yu, R. (2011). Psychotic disorders and repeat offending: systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin* 37, 800–810.

Field, T. (2011). Yoga clinical research review. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 17, 1-8. doi:10.1016/j.ctcp.2010.09.007

Finn, P. (1998). Correctional officer stress: A cause for concern and additional help. *Federal Probation*, 62, 65-75.

Fontana, D. (1995). *Elements of meditation*. Tel Aviv, Israel: Ofarim. (Hebrew edition)

Foucault, M. (1975). *Discipline and Punish - The Birth of the Prison*. Vintage Books, New York: 1995.

Fox, K.R. (1999). The influence of physical activity on mental well-being. *Public Health Nutrition* 2: 411–418.

Froh, J. J., Fan, J., Emmons, R.A., Bono, G., Huebner, S. E., & Watkins, P. (2011). Measuring gratitude in youth: Assessing the psychometric properties of adult gratitude scales in children and adolescents. *Psychological Assessment*, 23, 311-324. doi:10.1037/a0021590

Fuller, L. G. (1993). Visitors to women's prisons in California: An exploratory study. *Federal Probation*, 57, 41–47.

Gallant, D., Sherry, E., & Nicholson, M. (2015). Recreation or rehabilitation? Managing sport for development programs with prison populations. *Sport Management Review*, 18(1), 45-56

Garro, M., & Cirami, F. (2017). The ECHR condemns prison overcrowding in Italy: The total reorganization of the institution and the social reintegration of the prisoner. *Journal of Prison Education and Reentry* Vol. 4, pg. 24.

Gayer-Anderson, C., & Morgan, C. (2013). Social networks, support and early psychosis: a systematic review. *Epidemiology and Psychiatric Sciences* 22, 131–146

Gendreau, P., French, S. A., & Gionet, A. (2004). The principles of effective correctional treatment. *Journal of Community Corrections*, 13, 4-30.

Glaser, R. (1976). Components of a psychology of instruction: Toward a science of design. *Review of Educational Research*, 46(1), 1–24. <https://doi.org/10.2307/1169916>

Hagen, I. & Nayar, U.S. (2014). Yoga for children and young people's mental health and well-being: research review and reflections on the mental health potentials of yoga. *Front. Psychiatry* 5-35. doi: 10.3389/fpsyt.2014.00035

Haider, D. (2013). The Pilot-Judgment Procedure of the European Court of Human, pg. 36.

Hairston, C. F. (1988). Family ties during imprisonment: Do they influence future criminal activity? *Federal Probation*, 88, 48–52.

Hall, D.L., Miraglia, R.P., Lee, L.W., Chard-Wierschem, D., Sawyer, D. (2012). Predictors of general and violent recidivism among SMI prisoners returning to communities in New York State. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law* 40, 221–231.

Hallett, M., & Johnson, B. (2014). The resurgence of religion in America's prisons. *Religions*, 5, 663–683.

Hallett, M., & McCoy, S. (2014). Religiously motivated desistance: An exploratory study. *International Journal of Offender Rehabilitation and Comparative Criminology*, 58, 1–19.

Hallett, M., Hays, J., Johnson, B., Jang, S. J., & Duwe, G. (2017). "First stop dying": Angola's Christian seminary as positive criminology. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 61(4), 445–463.

Hanson, R. K., Gordon, A., Harris, A. J. R., Marques, J. K., Murphy, W., & Quinsey, V. L. (2002). First report of the collaborative outcome data project on the effectiveness of psychological treatment for sex offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 14, 169–194.

Hart, W. (1994). *The art of living: Vipassana meditation as taught by S.N. Goenka*. Tel Aviv, Israel: Zmora Bitan. (Hebrew edition)

Hartley, D., Davila, M., Marquart, J., & Mullings, J. (2013). Fear is a disease: The impact of fear and exposure to infectious disease on correctional officer job stress and satisfaction. *American Journal of Criminal Justice*, 38, 323-340.

Harvey, J. (2014). Perceived physical health, psychological distress, and social support among prison officers. *The Prison Journal*, 94, 242-259.

Hassmén, P., Koivula, N., & Uutela, A. (2000). Physical exercise and psychological well-being: A population study in Finland. *Preventive Medicine* 30: 17–25.

Hawton, K., & van Heeringen, K. (2000). *The international handbook of suicide and attempted suicide*. John Wiley and Sons: Chichester.

Heidemann, G., Cederbaum, J. A., Martinez, S., & LeBel, T. (2016). Wounded healers: How formerly incarcerated women help themselves by helping others. *Punishment and Society*, 18(1), 3–26.

Hetu, V. (2006). Effect of Vipassana on the psyche of inmates: A socio-psychological study. *Indian Journal of Criminology & Criminalistics*, 27, 48-64.

Himmelstein, S. (2011). Meditation research: The state of the art in correctional settings. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 55, 646-661

Howells, K., Tennant, A., Day, A., & Elmer, R. (2010). Mindfulness in forensic mental health: Does it have a role? *Mindfulness*, 1, 4-9.

Huynh, K. H., Hall, B., Hurst, M. A., & Bikos, L. H. (2015). Evaluation of the positive re-entry in corrections program: A positive psychology intervention with prison inmates. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 59(9), 1006-1023.

Irvin, J.E., Bowers, C.A., Dunn, M.E., & Wang, M.C. (1999). Efficacy of relapse prevention: a meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol*. 67: 563–570.

Irving, L. M., Seidner, A. L., Burling, T. A., Pagliarini, R., & Robbins-Sisco, D. (1998). Hope and recovery from substance dependence in homeless veterans. *Journal of Social & Clinical Psychology*, 17, 389-406. doi:10.1521/jscp.1998.17.4.389

Jang, S. J., Johnson, B. R., Hays, J., Hallett, M., & Duwe, G. (2018). Existential and virtuous effects of religiosity on mental health and aggressiveness among offenders. *Religions*, 9(6), Article 182. <https://doi.org/10.3390/rel9060182>

Jang, S. J., Johnson, B. R., Hays, J., Hallett, M., & Duwe, G. (2020). Prisoners helping prisoners change: A study of inmate field ministers within Texas prisons. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 64(5), 470–497.

Jean, M., Umair, M., Muddaloor, P., Farinango, M., Ansary, A., Dakka, A., ... & Khan, S. (2022). The effects of yoga on bipolar disorder: a systematic review. *Cureus*, 14(8).

Jugl, I., Bender, D., & Lösel, F. (2023). Do sports programs prevent crime and reduce reoffending? A systematic review and meta-analysis on the effectiveness of sports programs. *Journal of Quantitative Criminology*, 39(2), 333-384.

Kabat-Zinn, J. (1990). *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness*. New York: Delacorte.

Kadden, R.M. (2001). Behavioral and cognitive-behavioral treatment for alcoholism research opportunities. *Addict Behav.* 26:489–507.

Kanato, M. (2008). Drug use and health among prison inmates. *Current Opinion in Psychiatry* 21, 252–254.

Kariminia, A., Law, M., Butler, T., Corben, S.P., Levy, M.H., Kaldor, J.M., & Grant, L. (2007). Factors associated with mortality in a cohort of Australian prisoners. *European Journal of Epidemiology* 22, 417–428.

Kekes, J. (1989). *Moral tradition and individuality*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press.

Khalsa, S. B. (2007). Yoga as a therapeutic intervention. *Principles and practice of stress management*, 3, 449-462.

Kokkevi, A., & Stefanis, C. (1995). Drug abuse and psychiatric comorbidity. *Comprehensive Psychiatry* 36, 329-337.

Kosten, T.R. (2003) Buprenorphine for opioid detoxification: a brief review. *Addict Disord Treat.* 2:107–112.

Krawczynski, M., & Olszewski, H. (2000) Psychological well-being associated with a physical activity program for persons over 60 years old. *Psychology of Sport and Exercise* 1: 57–63.

Lancet (1991). Health care for prisoners: implications of “Kalk’s refusal”. *Lancet* 337, 647-648.

Lancet. (2016). Physical activity 2016: Progress and challenges progress in physical activity over the olympic quadrennium (Vol. 388, pp. 1326e1336). Retrieved from: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(16\)30581-5.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(16)30581-5.pdf).

Larimer, M.E., Palmer, R.S., & Marlatt, G.A. (1999). Relapse prevention. An overview of Marlatt's cognitive-behavioral model. *Alcohol Res Health*. 23(2):151-60. PMID: 10890810; PMCID: PMC6760427.

LeBel, T. P., Richie, M., & Maruna, S. (2015). Helping others as a response to reconcile a criminal past: The role of the wounded healer in prisoner reentry programs. *Criminal Justice and Behavior*, 42, 108–120.

Liebling, A. (1999). Prison suicide and prisoner coping. *Crime and Justice*, 26, 283-359.

Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.

Linley, P. A., & Joseph, S. (2004). Applied positive psychology: A new perspective for professional practice. In P. A. Linley & S. Joseph (Eds.), *Positive psychology in practice* (pp. 3–12). New Jersey, NY: John Wiley & Sons.

Long, B.C., Van-Stavel, R. (1995). Effects of exercise training on anxiety: A meta-analysis. *Journal of Applied Sport Psychology* 7: 167–189.

Eurostat, 2009.

Kockelmans, J. J. (1987). Husserl’s original view on phenomenological psychology. In J. J. Kockelmans (Ed.), *Phenomenological psychology* (pp. 3-29). Dordrecht, Netherlands: Martinus Nijhoff

Maculan, A. (2017). "Sotto organico": il personale degli istituti penitenziari. *Antigone*.

Marietti, S. (2013). Prison conditions in Italy, European Prison Observatory. *Antigone Edizioni*, pg. 14

Marlatt, G.A. (1996). Taxonomy of high-risk situations for alcohol relapse: evolution and development of a. *Addiction*, 91: 37-50. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.91.12s1.15.x>

Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (Eds.). (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York, NY: Guilford Press.

Marsh, B. (2011). Narrating desistance: Identity change and the 12-step script. *Irish Probation Journal*, 8, 49–68.

Marshall W. L., & Serran, G. A. (2000). Current issues in the assessment and treatment of sexual offenders. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 7, 85–96.

Marshall, W. L. (2004). Adult sexual offenders against women. In C. R. Hollin (Ed.), *The essential handbook of offender assessment and treatment*, pg. 147–162. Chichester, UK: Wiley.

Marshall, W. L., Champagne, F., Brown, C., & Miller, S. (1997). Empathy, intimacy, loneliness, and self-esteem in nonfamilial child molesters: A brief report. *Journal of Child Sexual Abuse*, 6(3), 87-98. doi:10.1300/J070v06n03_06

Martin, K., & Stermac, L. (2010). Measuring hope: Is hope related to criminal behaviour in offenders? *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 54(5), 693–705.

Martin, K., & Stermac, L. (2010). Measuring hope: Is hope related to criminal behaviour in offenders? *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 54, 693-705. doi:10.1177/0306624x0933613

Maruna, S. (1997). Desistance and development: The psychosocial process of “Going Straight.” Paper presented at the British Criminology Conference, Queens University, Belfast.

Maruna, S. (2001). *Making good: How ex-convicts reform and rebuild their lives*. American Psychological Association Books.

Maruna, S. (2002). *Making good: How ex-convicts reform and rebuild their lives*. *Theoretical Criminology*, 6, 227–234

Maruna, S. (2004). Desistance from crime and explanatory style: A new direction in the psychology of reform. *Journal of Contemporary Criminal Justice*, 20, 184

Maruna, S., LeBel, T., Mitchell, N., & Naples, M. (2004). Pygmalion in the reintegration process: Desistance from crime through the looking glass. *Psychology, Crime and Law*, 10(3), 271–281.

Maruna, S., Wilson, L., & Curran, K. (2006). Why God is often found behind bars: Prison conversions and the crisis of self-narrative. *Research in Human Development*, 3, 161–184. Maslow, A. H. (1962). *Toward a psychology of being*. Van Nostrand.

Mathiesen, T. (1990). *Prison on trial: A critical assessment*. London, England: Sage.

McCullough, M. E., Emmons, R. A., & Tsang, J. (2002). The grateful disposition: A conceptual and empirical topography. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 112-127.

McCullough, M. E., Kimeldorf, M. B., & Cohen, A. D. (2008). An adaptation for altruism? The social causes, social effects, and social evolution of gratitude. *Current Directions in Psychological Science*, 17(4), 281–285.

- McDowell, I. (2010). Measures of self-perceived well-being. *Journal of Psychosomatic Research*, 69, 69-79. doi:10.1016/j.jpsychores.2009.07.002
- McGuire, T. J. (2000). Correctional institution-based sex offender treatment: A lapse behavior study. *Behavioral Sciences and the Law*, 18, 57–71.
- McLellan, A.T., Lewis, D.C., O'Brien, C.P., & Kleber, H.D. (2000). Drug dependence, a chronic mental illness: implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *JAMA*. 284:1689–1695.
- McNeill, F. (2006). A desistance paradigm for offender management. *Criminology & Criminal Justice*, 6, 39-62.
- Merrall, E.L., Kariminia, A., Binswanger, I.A., Hobbs, M.S., Farrell, M., Marsden, J., Hutchinson, S.J., Bird, S.M. (2010). Meta-analysis of drug-related deaths soon after release from prison. *Addiction* 105, 1545–1554.
- Michalsen, A., Grossman, P., Acil, A., Langhorst, J., Ludtke, R., Esch, T., . . . & Dobos, G. J. (2005). Rapid stress reduction and anxiolysis among distressed women as a consequence of a three-month intensive yoga program. *Medical Science Monitor*, 11(12), CR555-CR561.
- Ministero della Giustizia, Ristretti Orizzonti (2013). Data journalism project developed by Jacopo Ottaviani. Interactive map. Available at: <http://www.ilfattoquotidiano.it/patrie-galere-deaths-italian-prisonssince-2002-2012/>
- Misis, M., Kim, B., Cheeseman, K., Hogan, N.L., & Lambert, E.G. (2013). The impact of correctional officer perceptions of inmates on job stress. *SAGE Open*, 3, 1-13.
- Monti, P.M., Rohsenow, D.J., Michalec, E., Martin, R.A., & Abrams, D.B. (1997). Brief coping skills treatment for cocaine abuse: substance use outcomes at three months. *Addiction*. 92:1717–1728.

Mooventhan, A., & Nivethitha, L. (2017). Evidence based effects of yoga in neurological disorders. *Journal of Clinical Neuroscience*, 43, 61-67.

Morgan W. J. (2009). Correctional officer stress: A review of the literature 1977–2007. *American Jails*, 23, 33-43.

Morrison, R., & O'Connor, R. C. (2005). Predicting psychological distress in college students: The role of rumination and stress. *Journal of Clinical Psychology*, 61, 447-460. doi:10.1002/jclp.20021

Murray, C. (2003). *Human accomplishment: The pursuit of excellence in the arts and sciences*. HarperCollins.

Nelson, C. (2009). Appreciating gratitude: Can gratitude be used as a psychological intervention to improve individual well-being? *Counseling Psychology Review*, 24, 38-50. doi:2010- 04367-005

Nichols, G. (2007). *Sport and crime reduction: The role of sports in tackling youth crime*. Abingdon: Routledge.

O'Sullivan, R., Hart, W., & Healy, D. (2020). Transformative rehabilitation: Exploring prisoners' experiences of the community-based health and first aid programme in Ireland. *European Journal on Criminal Policy and Research*, 26, 63–81.

Obidoa, C., Reeves, D., Warren, N., Reisine, S., & Cherniack M. (2011). Depression and work family conflict among corrections officers. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 53, 1294-1301.

Ogloff J. R. O., & Davis M. R. (2004). Advances in offender assessment and rehabilitation: Contributions of the risk-needs-responsivity approach. *Psychology, Crime, and Law*, 10, 229–242.

Papa, V., Tafuri, D., & Vaccarezza, M. (2021). Could physical activity have any role in cardiovascular disease prevention in prisoners? A systematic review. *International journal of environmental research and public health*, 18(5), 2307.

Patton, M. Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods*. Thousand Oaks, CA: SAGE.

Pérez-Moreno, F., Cámara-Sánchez, M., Tremblay, J.F, Riera-Rubio, V.J, Gil-Paisán, L., & Lucia, A. (2007). Benefits of exercise training in Spanish prison inmates. *International Journal of Sports Medicine* 28: 1–7.

Peterson, C., & Seligman, M. E. P. (2004). *Character strengths and virtues: A handbook and classification*. American Psychological Association.

Petruzzello, S.J., Landers, D.M., Hatfield, B.D., Kubitz, K.A., & Salazar, W. (1991). A meta-analysis on the anxiety-reducing effects of acute and chronic exercise. Outcomes and mechanisms. *Sports Medicine* 11: 143–182.

Poehlmann, J., Dallaire, D., Loper, A. B., & Shear, L. D. (2010). Children's contact with their incarcerated parents: Research findings and recommendations. *American Psychologist*, 65, 575–598. doi: 10.1037/a0020279

Pratt, D., Appleby, L., Piper, M., Webb, R., & Shaw, J. (2010). Suicide in recently released prisoners: a case-control study. *Psychological Medicine* 40, 827–835.

Pratt, D., Piper, M., & Appleby, L. (2006). Suicide in recently released prisoners: a population-based cohort study.

Preti, A., & Cascio, M.T. (2006). Prison suicides and self-harming behaviours in Italy, 1990-2002. *Medicine, Science and the Law* 46, 127–134.

Purvis, M. (2005). *Good lives plans and sexual offending: A preliminary study*. Unpublished doctoral dissertation, University of Melbourne, Australia.

Relazione al Parlamento (2014, pg. 128)

Rhule-Louie, D. M., & McMahon, R. J. (2007). Problem behaviour and romantic relationships: Assortative mating, behaviour contagion and desistance. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 10, 53–100. doi:10.1007/s10567-006-0016-y

Robbins, B. D. (2008). What is the good life? Positive psychology and the Renaissance of humanistic psychology. *The Humanistic Psychologist*, 36, 96-112. doi:10.1080/08873260802110988

Roffman, R.A., Stephens, R.S., Simpson, E.E., & Whitaker, D.L. (1990). Treatment of marijuana dependence: preliminary results. *J Psychoactive Drugs*. 20:129–137.

Ronel, N. (1998). Narcotics anonymous: Understanding a bridge of recovery. *Journal of Offender Rehabilitation*, 27, 179-197.

Ronel, N. (2000). From self-help to professional care: An enhanced application of the 12-step program. *Journal of Applied Behavioral Science*, 36, 108-122.

Ronel, N. (2006). When good overcomes bad: The impact of volunteers on those they help. *Human Relations*, 59(8), 1133–1153.

Ronel, N. (2010). Criminal behavior, criminal mind: Being caught in a criminal spin. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*. doi:10.1177/0306624 X10384946

Ronel, N., & Elisha, E. (2011). A different perspective: Introducing positive criminology. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 55(2), 305– 325.

Ronel, N., & Elisha, E. (2011). A different perspective: Introducing positive criminology. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 55(2), 305– 325.

Ronel N., & Elisha E. (2020). Positive criminology: Theory, research, and practice. Oxford Research Encyclopedias. <https://doi.org/10.1093/acrefore/9780190264079.013.554>

Ronel, N., Frid, N., & Timor, U. (2013). The practice of positive criminology: A Vipassana course in prison. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 57(2), 133-153.

Room, R. (1998). Mutual help movements for alcohol problems: an international perspective. *Addict Res.* 6:131–145.

Ross, A., & Thomas, S. (2010). The health benefits of yoga and exercise: A review of comparison studies. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 16

Ryan, J. P., & Yang, H. (2005). Family contact and recidivism: A longitudinal study of adjudicated delinquents in residential care. *Social Work Research*, 29, 31–39. doi:10.1093/swr/29.1.31

Salive, M.E., Smith, G.S., & Brewer, T.F. (1990). Death in prison: changing mortality patterns among male prisoners in Maryland, 1979–87. *American Journal of Public Health* 80, 1479-1480.

Sabol, W. J., West, H. C., & Cooper, M. (2008). Prisoners in 2008 (Publication No. NCJ 228417). Washington, DC: Bureau of Justice Statistics.

Salmon, P. (2001). Effects of physical exercise on anxiety, depression, and sensitivity to stress: A unifying theory. *Clinical Psychology Review* 21: 33–61.

Sampson, R., Laub, J. H., & Wimer, C. (2006). Does marriage reduce crime? A counterfactual approach to within-individual causal effects. *Criminology*, 44, 465–512. doi:10.1111/j.1745-9125.2006.00055.x

Salmon, P., Lush, E., Jablonski, M., & Sephton, S.E. (2009). Yoga and mindfulness: Clinical aspects of an ancient mind/body practice. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16, 59-72. doi:10.1016/j.cbpra.2008.07.002

Sattar, G. (2003). The death of offenders in England and Wales. *Crisis* 24, 17-23.

Schmitz, J.M., Stotts, A.L., Rhoades, H.M., Grabowski, J. (2001) Naltrexone and relapse prevention treatment for cocaine-dependent patients. *Addict Behaviors*. 26:167–180.

Segrin, C., & Flora, J. (2001). Perceptions of relational histories, marital quality and loneliness when communication is limited: An examination of married prison inmates. *Journal of Family Communication*, 1, 151–173. doi:10.1207/S15327698JFC0103_01

Seligman, M.E.P. (2011). *Flourish: A visionary new understanding of happiness and wellbeing*. New York, NY: Free Press.

Seligman, M.E.P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55, 5–14.

Seligman, M.E.P., & Steen, T.A. (2005). Positive psychology progress: Empirical validation of interventions. *American Psychological Association*, 60, 410–421.

Sharma, M., & Haider, T. (2013). Yoga as an alternative and complementary therapy for patients suffering from anxiety: A systematic review. *Journal of Evidence-Based Complementary & Alternative Medicine*, 18, 15-22. doi:10.1177/2156587212460046

Sherrilyn, et al. (1997) Development and validation of the Drug-Taking Confidence Questionnaire: A measure of coping self-efficacy. *Addictive Behaviors*. Volume 22, Issue 5, Pg. 655-670 doi; [https://doi.org/10.1016/S0306-4603\(97\)00006-3](https://doi.org/10.1016/S0306-4603(97)00006-3).

Shkedi, A. (2003). *Words of meaning*. Tel Aviv, Israel: Ramot. (Hebrew edition)

Siennick, S. E., Mears, D. P., & Bales, W. D. (2013). Here and gone: Anticipation and separation effects of prison visits on inmate infractions. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 50, 417–444. doi:10.1177/0022427812449470

Silva, F., & Hartney, C. (2012). Evaluation of the insight prison project. Oakland, CA: National Council on Crime and Delinquency

Snyder, C. R., Harris, C., Anderson, J. R., Holleran, S. A., Irving, L. M., & Sigmon, S. T. (1991). The will and the ways: Development and validation of an individual-differences measure of hope. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 570-585. doi:10.1037/0022-3514.60.4.570

Spence, J.C., McGannon, K.R., & Poon, P. (2005). The effect of exercise on global self-esteem: A quantitative review. *Journal of Sport & Exercise Psychology* 27: 311–334.

Spinaris C. G., Denhof M. D., & Kellaway J. A. (2012). Posttraumatic stress disorder in United States corrections professionals: Prevalence and impact on health and functioning.

Stack S., & Tsoudis O. (1997). Suicide risk among correctional officers: A logistic regression analysis. *Archives of Suicide Research*, 3, 183-186.

Statistiques Pénales Annuelles du Conseil de l'Europe, 2020.

Stouhamer-Loeber, M., Loeber, R., Wei, E., Farrington, D. P., & Wikstrom, P. H. (2002). Risk and promotive effects in the explanation of persistent serious delinquency in boys. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 111–123. doi:10.1037/0022-006x.70.1.111

Tartaglini A., & Safran D. (1997). A topography of psychiatric disorders among correction officers. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 39, 569-573.

Teasdale, J.D., Segal, Z.V., Williams, J.M.G, Ridgeway, V.A., Soulsby, J.M., & Lau M.A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *J Consult Clin Psychol*. 68:615–623.

Teplin, L.A., (1984). Criminalizing mental disorder. The comparative arrest rate of the mentally ill. *American Psychologist* 39, 794–803.

Teplin, L.A. (1994). Psychiatric and substance abuse disorders among male urban jail detainees. *American Journal of Public Health* 84, 290–293.

Trice, H. M., & Roman, P. M. (1970). Delabeling, relabeling, and Alcoholics Anonymous. *Social Problems*, 17, 538-546.

Trounson J. S., Pfeifer J. E., & Skues J. (2019). Perceived workplace adversity and correctional officer psychological well-being: An international examination of the impact of officer response styles. *The Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 30, 17-37.

Tulloch, A., Hannah Bombell, H., Catherine Dean, C., & Tiedemann, A. (2018). Yoga-based exercise improves health-related quality of life and mental well-being in older people: a systematic review of randomised controlled trials, *Age and Ageing*, Volume 47, Issue 4, pg 537–544, <https://doi.org/10.1093/ageing/afy044>

Vadiraja, S. H., Rao, M. R., Nagendra, R. H., Nagarathna, R., Rekha, M., Vanitha, N., . . . & Rao, N. (2009). Effects of yoga on symptom management in breast cancer patients: A randomized controlled trial. *International Journal of Yoga*, 2, 73-79. doi:10.4103/0973- 6131.60048

Van der Kolk, B. (2014). *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma*. New York, NY: Penguin Group.

Vladu, A., Kalebic, N., Audley, J., Stevens, A., & Taylor, P. J. (2021). Benefits and risks of conjugal visits in prison: A systematic literature review. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 31(5), 343-361.

Ward T., & Beech A. (2006). An integrated theory of sexual offending. *Aggression and Violent Behavior*, 11, 44–63.

Ward T., & Gannon T. (2006). Rehabilitation, etiology, and self-regulation: The Good Lives Model of rehabilitation for sexual offenders. *Aggression and Violent Behavior*, 11, 77–94.

Ward T., & Maruna S. (2007). *Rehabilitation*. Routledge.

Ward T., & Stewart C. A. (2003). Criminogenic needs and human needs: A theoretical model. *Psychology, Crime, and Law*, 9, 125–143.

*Ward T., & Stewart C. A. (2003). The treatment of sex offenders: Risk management and good lives. *Professional Psychology, Research and Practice*, 34, 353–360.

Ward T., Mann R. E., & Gannon T. A. (2007). The good lives model of offender rehabilitation: Clinical implications, *Aggression and Violent Behavior*. Volume 12, Issue 1, 2007, pg. 87-107. doi: <https://doi.org/10.1016/j.avb.2006.03.004>.

Ward T., Melsner J., & Yates P. M. (2007). Reconstructing the Risk-Need-Responsivity Model: A theoretical elaboration and evaluation. *Aggression and Violent Behavior*, 12(2), 208–228.

Ward, T., & Marshall, W. L. (2004). Good lives, aetiology and the rehabilitation of sex offenders: A bridging theory. *Journal of Sexual Aggression: Special Issue: Treatment & Treatability*, 10, 153–169.

White, W., & Kurtz, E. (2005). *The varieties of recovery experience: A primer for addiction treatment professionals and recovery advocates*. Chicago, IL: Great Lakes Addiction Technology Transfer Center.

Wobeser, W.L., Datema, J., Bechard, B., & Ford, P. (2002). Causes of death among people in custody in Ontario, 1990–1999. *Canadian Medical Association Journal* 167, 1109-1113.

Woods, M. (2020). “Helping others and helping myself”: Wounded healers as peer workers. *Irish Probation Journal*, 17, 191–211.

World Health Organisation (2016). Physical activity strategy for the WHO european region. Retrieved from http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0014/311360/Physical-activity-strategy-2016-2025.pdf

Wormith, J. S., Althouse, R., Simpson, M., Reitzel, L. R., Fagan, T. J., & Morgan, R. D. (2007). The rehabilitation and reintegration of offenders. *Criminal Justice and Behavior*, 34(7), 879–892.

Wozniak J. F. (2014). Unlocking the legal system from vengeance, harm, and punitive justice: Toward a compassionate revolution of peace, caring, and unitive justice. *Journal of Theoretical and Philosophical Criminology*, 6(3), 232–249.