



Fondatore: Prof. Franco Granone

**CORSO DI FORMAZIONE IN
IPNOSI CLINICA E COMUNICAZIONE IPNOTICA**

Anno 2024

**FIGHT OR FLIGHT DOVE LA FUGA NON È POSSIBILE
E IL COMBATTIMENTO NON È CONSENTITO IPNOSI
COME STRUMENTO DI ADATTAMENTO ALLA
CONDIZIONE DI DETENZIONE**

Candidato

Patrizia Ortolani

Relatore

Dott. Rocco Iannini

INDICE

1. Introduzione	3
1.1 Rapporto ANTIGONE	4
1.2 Perché il carcere	6
1.3 La mia scelta	7
1.4 La ferita	9
1.5 Le criticità delle carceri oggi	10
1.6 La recidiva	13
2. Scopo del progetto	15
3. Materiali e metodi	16
3.1 Setting	16
3.2 Strumenti di raccolta dati	16
3.3 Arruolamento dei pazienti	17
3.4 Peculiarità dei pazienti	17
3.5 Lo spazio di cura	17
3.6 Peculiarità accessorie	18
4. Risultati	19
4.1 I successi	20
4.2 i fallimenti	24
4.3 Gli esiti inattesi	26
4.4 Work in progress	26
4.5 Challenge. Le prossime sfide	28
5. Discussione	31
6. Conclusioni	32
7. Abstract	37
8. Bibliografia	39

1. Introduzione

La reazione di combattimento o fuga, o “fight or flight”, è una risposta neurologica che si attiva quando un evento viene percepito come pericoloso per la propria incolumità. E' riconosciuta come il primo stadio della sindrome generale di adattamento che regola le reazioni allo stress.

Di fronte a un pericolo combattiamo o fuggiamo, e sopravviviamo. Quando è possibile...

È difficile trovare un luogo più stressante del carcere. Ci sono chiare evidenze a dimostrazione dello stress estremo a cui i detenuti sono spesso esposti, supportate dalla narrazione dei vissuti di detenzione in diversi contesti.

Ciò pone indicazione alla necessità di specifici interventi per ridurre il livello di stress dei carcerati. La medicina penitenziaria dispone di risorse limitate di intervento, in genere confinate alle competenze degli operatori autorizzati all'ingresso nei penitenziari, già gravati da compiti appena sufficienti a garantire l'assistenza sanitaria di base. Essi sono spesso gli unici riferimenti prontamente disponibili a garantire, tra l'altro, supporti di salute mentale. A loro è richiesta pertanto una personale abilità nel gestire un repertorio di strategie efficaci a contenere il disagio psicologico e/o i problemi comportamentali dei detenuti. [1].

Antigone nasce dall'incesto tra Edipo e Giocasta
Decide di disobbedire al re per dare onorata sepoltura ad un fratello
ma viene scoperta. Il re dà così ordine di murarla viva in una grotta.

La condurrò dove non c'è nessuno e in una grotta solitaria,
viva la seppellirò con un cibo scarso
(*Sofocle - Antigone*)

L'ingresso in carcere richiede l'adeguamento alla cultura della prigione. Le carceri sono sovraffollate ed ospitano molti detenuti con difficoltà di resilienza in condizioni di convivenza forzata.

Il processo di adattamento alla detenzione passa attraverso una routine logorante, assenza di riservatezza, isolamento affettivo, frustrazioni costanti, perenne stato di allerta e una diversa scala di valori che rende il clima relazionale tra reclusi altamente instabile, caratterizzato da diffidenza e aggressività. Tutto ciò genera un sovraccarico emozionale che ostacola la socializzazione, l'instaurarsi di sane relazioni interpersonali e l'acquisizione di abitudini adeguate all'ambiente.

L'adattamento alla vita detentiva avviene gradualmente nel corso della permanenza in istituto. Il primo contatto con una struttura così totalizzante genera comportamenti regressivi, immaturi, ansiosi e instabili. Se il ristretto non riesce ad adattarsi, la sua fatica si esprime attraverso effettivi disordini del comportamento che si concretizzano in ansia, problemi affettivi, depressione e aggressività etero o autodiretta. [2]

È dimostrato che la riduzione dello stress si traduce in abbattimento dei problemi psicologici e comportamentali [1].

Tiresia, l'indovino cieco, individua la prigioniera-tomba
ma quando il re si ricrede e si recano a liberare Antigone
la fanciulla è già morta.

In fondo alla caverna vediamo lei appesa per il collo,
legata a un cappio di filo di lino
(*Sofocle - Antigone*)

Ogni anno l'associazione Antigone elabora un rapporto documentato sulle condizioni di detenzione nelle carceri italiane. Evidenzia la ricorrenza di atti autolesionistici e di suicidi, la costante richiesta di farmaci analgesici e sedativi da parte dei detenuti, la frequenza delle recidive dopo l'estinzione della pena.

Questa è una succinta sintesi dell'ultimo rapporto pubblicato, che si intitola emblematicamente "Nodo alla gola".

1.1 Rapporto ANTIGONE

"Al 31 marzo 2024 in Italia erano 61.049 le persone detenute, a fronte di una capienza ufficiale di 51.178 posti.

In aumento i suicidi, che erano già 30 al 15 aprile 2024, dall'inizio dell'anno uno ogni 3,5 giorni.

Gli atti di autolesionismo erano 18,1 ogni 100 detenuti, i tentati suicidi 2,4, le aggressioni al personale 3,5 e le aggressioni verso altri detenuti 5,5 ogni 100 detenuti. Un bollettino di guerra.

I detenuti stranieri nelle carceri italiane per adulti erano 19.108, pari al 31,3% del totale della popolazione detenuta.

Ci sono celle in cui non sono garantiti 3 mq calpestabili per ogni persona, celle senza riscaldamento e celle senza acqua calda, celle senza doccia e celle in cui il wc non è in un ambiente separato, bensì in un angolo della cella. In prevalenza non è assicurata la separazione dei giovani adulti dagli adulti.

In media sono stati registrati 11,8 provvedimenti di isolamento disciplinare ogni 100 detenuti, 18,1 atti di autolesionismo, 2,39 tentati suicidi, 3,5 aggressioni a danno del personale e 5,5 aggressioni a danno di altri detenuti, sempre ogni 100 detenuti, numeri che ci danno indicazioni importanti sulla sofferenza socialmente strutturata della comunità penitenziaria. È stato riferita una media di 12,3 diagnosi psichiatriche gravi ogni 100 detenuti presenti mentre, sempre tra i presenti, 19,7% assumeva stabilizzanti dell'umore, antipsicotici o antidepressivi, ed il 40% sedativi o ipnotici.

A causa degli effetti dannosi che produce sul corpo e sulla mente dei detenuti, l'isolamento rappresenta una delle maggiori criticità che affligge i sistemi penitenziari contemporanei a livello globale.

Da fonti di stampa emerge che, durante il 2023 su un totale di 70 suicidi, almeno 11 persone si sono tolte la vita in una cella di isolamento; un dato che conferma gli effetti estremamente gravi che produce sulle persone che sperimentano la vita in isolamento.

I numeri relativi al fenomeno dell'autolesionismo in carcere devono far riflettere sul disagio profondo prodotto dalla carcerazione e sull'estrema rilevanza che ha ancora la dimensione corporale all'interno della penalità e, soprattutto, sul ruolo che assume durante l'esecuzione di una privativa della libertà.

Le manifestazioni di protesta individuale, come ad esempio gli scioperi della fame o della sete, sono stati 1.931 nel primo trimestre 2024.

Il mantenimento dei rapporti con i familiari, i conviventi e le persone care rappresenta non solo un diritto inviolabile della persona ristretta, ma soprattutto un elemento del trattamento "rieducativo".

Il Regolamento Penitenziario, concede una telefonata a settimana, della durata di dieci minuti, e tendenzialmente solo con i familiari, tenendo fuori amici e tutte le persone terze. In merito ai colloqui, l'art.37 afferma: "I detenuti e gli internati usufruiscono di sei colloqui al mese.

SOPRAVVIVERE NONOSTANTE LA DETENZIONE

“Mi suiciderò, perché sono libero. E non considero la libertà una parola vana: l'estendo, al contrario, fino al diritto di togliermi la vita se la prevedo per sempre infelice.”

E. Coeurderoy, 1855

L'affermazione “sopravvivere nonostante la detenzione in carcere” vuole essere un riconoscimento alle notevoli capacità di sopravvivenza messe in atto dalle persone che si trovano in una condizione di privazione della libertà ad alto impatto afflittivo, nonché una riflessione sulla detenzione stessa come prima causa della scelta suicidaria che all'interno degli istituti di pena sempre più spesso si pone in essere.

Se il suicidio è l'atto di togliersi la vita, una persona che viene privata della sua identità, della sua storia e della sua dignità, faticosamente può dirsi una persona in vita. Il suicidio va inteso come scelta di togliersi la vita, ma anche come scelta di abbandono della realtà, un lasciarsi andare nell'impossibilità di autodeterminarsi nel contesto penitenziario.

Il dato assoluto delle persone che si sono tolte la vita, è potenzialmente sfumato e vi sono molte vie per lasciarsi lentamente andare. Emblematico è il caso dell'uomo dormiente protagonista un ventottenne originario del Pakistan che si trovava in una stanza di degenza del centro clinico di un istituto penitenziario da mesi, apparentemente sdraiato e dormiente, di fatto in una sorta di coma psicologico.

Quella sensazione di essere precipitato in un altrove esistenziale, totalmente ininfluenza o duramente stigmatizzato anche dal linguaggio dei media e talvolta anche dalle istituzioni (...) Anche perché spesso vi si è giunti dopo vite condotte con difficoltà e lungo il bordo del precipizio che separa sempre più concretamente il percepirsi parte della collettività e il collocarsi ai suoi limiti estremi (ex Garante nazionale, 2023) [3].

1.2. Perché il carcere

Nel 1978 con la legge Basaglia si aboliscono i manicomi dopo anni di denunce contro la loro disumanità.

Abbiamo invece ancora le carceri, che tradiscono i principi fondamentali della Costituzione. Il carcere è il luogo chiuso per eccellenza. La paura e l'angoscia per una condizione senza via di scampo può generare insonnia, crisi di ansia e attacchi di panico.

Che uomini e donne potrà mai restituirci un sistema penitenziario se non persone più arrabbiate, più cattive e meno responsabili?

Papa Francesco ha definito le carceri “luoghi di spersonalizzazione e di oblio, dominati dalla cultura dello scarto”.

La prigione rappresenta una macchina livellatrice in un regime generale di anonimato mortificante. Nessuno sfugge alla degradazione del carcere. Tutti indistintamente sono maltrattati quanto basta per avvertirne la sua funzione punitiva. Il rumore metallico delle porte blindate è eredità di cui non ti libererai più.

In carcere si entra quanto più possibile nudi: spoliazione fisica e spoliazione psicologica si accompagnano. Dopo l'ingresso ci sono una porta blindata, una grata e i tuoi compagni di cella con i loro volti, i loro corpi, i loro odori e i loro vissuti personali.

La grande maggioranza dei detenuti consuma ansiolitici per dormire, in quella “grotta” chiusa dal blindato.

Salvo sporadiche eccezioni se ne esce con meno salute, nessuna prospettiva o quasi, e un legittimo sospetto nei confronti della società civile, delle sue regole e delle sue istituzioni.

Il carcere è amputazione della vita sociale tramite restrizione della libertà e soggezione a una disciplina speciale in appositi luoghi a ciò predisposti. Poiché da una tale segregazione nascono sofferenze, si dice che il carcere è una pena.

Il carcere è nato più che come sanzione, come pulizia della società dai suoi scarti: poveri, vagabondi, mendicanti, sbandati, tossicodipendenti, irregolari di ogni genere, da offrire in sacrificio all'ordine sociale. Determina privazione di dimensioni essenziali della vita come l'affettività e la sessualità. La dignità, che assume il significato della dimensione dell'umano e della sua ricchezza, ed è associata alla libertà dall'oppressione morale e fisica, all'inviolabilità del corpo e della mente, all'autodeterminazione, all'uguaglianza, alla socialità e alla relazionalità, sembra l'argomento finale e decisivo in tutte le questioni in cui la posta in gioco è l'IMMAGINE che l'essere umano ha della propria natura. Numerose sono le concezioni etiche e giuridiche a sostegno della pena, ma quali che siano queste concezioni, il carcere le contraddice tutte. [4]

...ero carcerato e siete venuti a trovarmi.
(Matteo 25, 36)

1.3 La mia scelta

Ho conosciuto la realtà penitenziaria in qualità di infettivologa, specialista presso l'area sanitaria della Casa Circondariale di Rimini, in aggiunta alla mia attività ospedaliera.

L'appropriatezza della mia competenza è stata inizialmente legata alla frequenza di infezioni da HIV e virus epatitici nella popolazione detenuta, allora caratterizzata per il 70-80% da tossicodipendenti. Il bisogno più intensamente manifestato era la speranza di un trattamento efficace associata a riservatezza assoluta e parallelamente la ricerca di informazioni sulla malattia e sul relativo trattamento.

Il passaparola di corridoio ha connotato la mia figura come persona affidabile e di riferimento. I rapporti con i pazienti sono diventati amichevoli, si sono estesi a persone senza infezioni in atto, bisognosi principalmente di ascolto.

Durante un trattamento per epatite, un etilista impenitente mi riferiva che ad ogni assunzione di farmaco provava una sensazione di benessere che comportava anche il rifiuto dell'idea dell'alcol, il desiderio di mantenere l'astinenza. E ripeteva come un mantra: "Quelle tre pillole rosa..." immagine del blister che conteneva la dose quotidiana di antivirale.

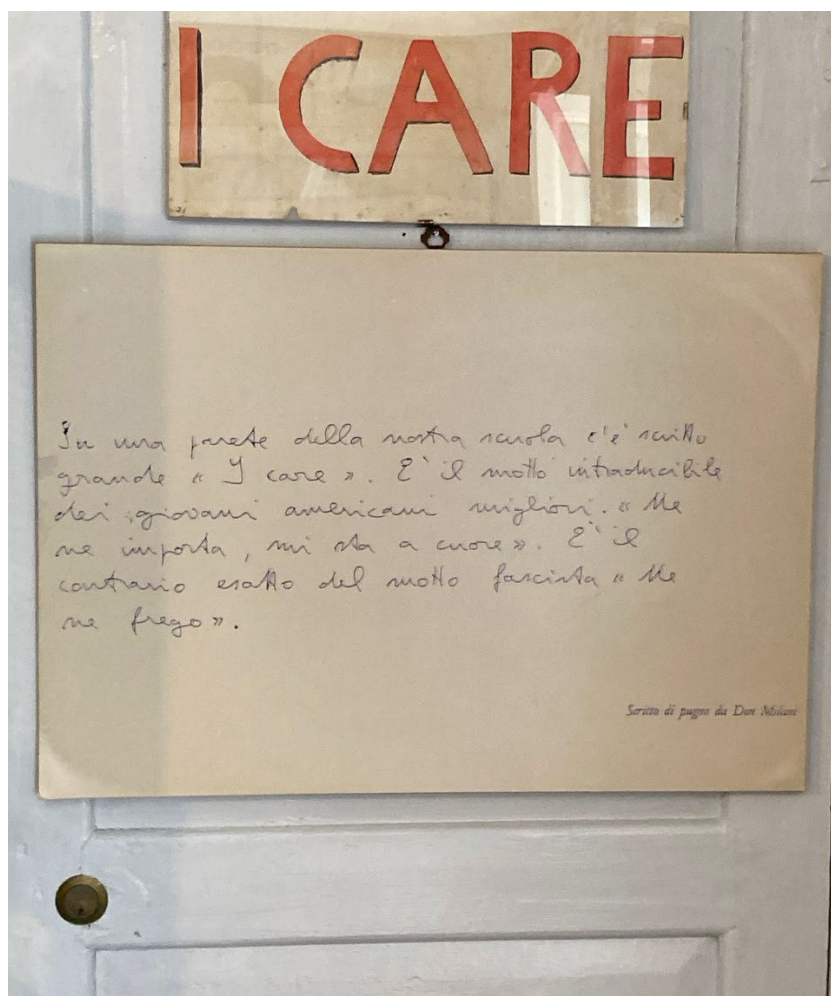


Adesso lo chiamerei monoideismo.

Da qui si è rafforzata la consapevolezza che quella che stavo curando non era solo un'epatite ma una ferita più profonda della persona.

Così è successo che al momento del pensionamento ho pensato che potevo curare, forse guarire qualche persona anche senza farmaci, ed ho proseguito il mio lavoro come volontaria.

L'ipnosi e la comunicazione ipnotica trovano in questo contesto un setting ideale di applicazione.



Scuola di Barbiana. Pannello autografo di don Lorenzo Milani

1.4 La ferita

P. Schellenbaum nel suo libro "La ferita dei non amati" sostiene che la ferita generata dalla mancanza di amore genera una sofferenza che causa carenza di fiducia di base. Dargli voce rappresenta l'inizio della guarigione. I figli cresciuti in famiglie dove l'amore è qualcosa che si può comperare reagiscono rubando.

Citando Mesmer afferma che il rapporto con la realtà totale di un individuo comprese le sue condizioni di vita e le sue emozioni di paura, rabbia e tristezza, mobilita l'energia vitale, riconoscendo l'elemento psichico nella malattia e intendendo la volontà di salute del paziente come l'aspetto più importante della guarigione. [5]

L'effetto benefico scaturisce dall'energia che il terapeuta è in grado di trasmettere al paziente, e che deriva soprattutto dalla calorosa, partecipe attenzione nei confronti del paziente stesso. [6].

Riprendendo il concetto, Giorgio Pieri, ideatore e coordinatore nazionale del progetto CEC per una espiazione alternativa al carcere, sostiene che dietro ogni atto delinquenziale è sotteso un urlo di disperazione che racconta di una ferita vecchia che continua, malgrado le apparenze, a sanguinare. [7]

Il grado di civilizzazione di una società
Si misura dalle sue prigioni.
(Dostoevskij)

1.5 Le criticità del carcere oggi

Il carcere oggi è la principale modalità di esecuzione della sanzione penale.

In Italia l'istituzione soffre di individuate criticità così sintetizzabili:

- Sovraffollamento, in media del 120%: costringe la persona a stare in uno spazio inferiore ai 3 metri quadrati;
- Suicidio: 18 volte superiore a quanto avviene nel resto della società;
- Scarso ricorso alle pene alternative: esce chi ha un buon avvocato, chi ha i soldi per pagarsi una casa, chi ha un lavoro. I poveri restano in carcere. Sono quelli con scarse risorse economiche, con qualche ritardo mentale o con problematiche psichiatriche, tantissimi stranieri specie extracomunitari;
- Disagio psichiatrico: una ricerca del 2019 afferma che il 4% dei detenuti è affetto da disturbi psichiatrici, contro l'1% della popolazione generale. La depressione colpisce il 10% dei reclusi, mentre il 65% convive con un disturbo della personalità. La percentuale di popolazione carceraria che soffre di disturbo da stress post-traumatico, con particolare riferimento ai detenuti migranti, va dal 4 al 20%;
- Abuso di psicofarmaci: circa il 50% dei detenuti è in terapia con psicofarmaci, circa il 75% ricorre a ipnoinduzione farmacologica;
- Recidiva: la recidiva dichiarata dallo Stato è del 69%, ma tanti esperti sostengono che si supera l'80% [7].

La situazione della Casa Circondariale riminese è fotografata nella relazione effettuata dopo la visita del 21 aprile 2025 redatta da una delegazione di parlamentari in visita all'istituto, in aggiunta alla scheda annuale 2024 dell'associazione Antigone [8].

L'ISTITUTO IN SINTESI

Con oltre 150 ristretti (53% stranieri) su una capienza regolamentare di 118 e tollerabile di 165, l'istituto si presenta relativamente sovraffollato con previsione di ulteriore pressione di ingresso nella stagione estiva.

Prima sezione, affollata e invivibile: 39 persone per 23 posti regolamentari. È la sezione che già da alcuni anni la AUSL Romagna indica pericolosa per la salute dei detenuti e che deve essere chiusa per ristrutturazione. Di anno in anno si rinviano i lavori nonostante i fondi siano già stanziati. Vero luogo di tortura sul territorio riminese. Il Magistrato di sorveglianza riconosce a chi vi è recluso, il risarcimento per trattamenti inumani e degradanti.

La direzione riferisce di un'istanza di estensione alle 24h della copertura medica.

Alcuni numeri.

I detenuti presenti in carcere sono 156 per una capienza regolamentare di 118, sovraffollamento del 133%.

I detenuti tossicodipendenti sono 62, il 40%. Stranieri 83, il 53%.

I detenuti in attesa di giudizio definitivo sono 51, il 32%, di cui 38 in attesa di primo giudizio.

Il personale penitenziario è come sempre in sofferenza, all'organico mancano almeno 30 persone.

Va detto che la situazione della salute mentale in carcere è tragica. Diversi i detenuti che mostrano un rischio suicidario di livello tale da dovere essere osservati. La collaborazione degli altri detenuti è indispensabile e fattiva. La sofferenza psichiatrica comunque è diffusa ed è necessario farsene carico. Ricordiamo che queste persone usciranno ed è bene che abbiano un equilibrio psichico su cui contare“.

GLI SPAZI DETENTIVI

Le condizioni delle celle sono globalmente discrete ad eccezione di quelle all'interno della prima sezione. Si tratta di spazi piuttosto angusti, le finestre sono schermate, il pavimento appare spesso scrostato e così anche i muri. Nella prima sezione il wc non è collocato in ambiente separato e gli spazi sembrano più piccoli. In alcune celle manca l'areazione

all'interno del bagno. Le docce sono comuni e si presentano in pessime condizioni, gravate da seri problemi di muffa. Tendenzialmente migliori le condizioni delle altre sezioni, con celle più ampie e maggiormente curate, wc in ambiente separato e doccia all'interno del bagno dotato di finestra, il cucinotto e il lavello sono disposti all'esterno del bagno. Le celle, ad esempio della seconda sezione, possono ospitare sino a 3 o 4 persone. La sezione destinata alla custodia attenuata prevede celle ampie e luminose, oltreché spazi comuni ampi e confortevoli

Da segnalare che la collocazione nella prima sezione determina (ex art. 3 Cedu) un risarcimento ai detenuti nei termini di 1 giorno di pena su 10 scontati. Tale automatismo ha paradossalmente determinato - a parere del personale ascoltato - che diversi reclusi aspirino ad esservi collocati nonostante gli spazi angusti e le condizioni pessime di manutenzione. Nel corso della visita in questa sezione, tuttavia, diversi detenuti ci hanno segnalato la precarietà delle condizioni strutturali, con particolare riferimento ai locali-doccia. [9]

EVENTI CRITICI

<i>Casi di autolesionismo nel corso dell'anno precedente</i>	<i>18</i>
<i>Suicidi nel corso dell'anno precedente</i>	<i>0</i>
<i>Tentati suicidi nel corso dell'anno precedente</i>	<i>3</i>

I dati relativi agli eventi critici sopra riportati fanno riferimento alla prima metà del 2024. Nello specifico si segnalano 21 aggressioni tra detenuti e 7 al personale (agenti minacciati).

SANITÀ

<i>È presente un medico 24h/24</i>	<i>NO</i>
<i>Numero settimanale complessivo di ore di presenza degli psichiatri</i>	<i>0</i>
<i>Numero settimanale complessivo di ore di presenza degli psicologi</i>	<i>59</i>
<i>Specialisti che entrano regolarmente in istituto:</i>	
<i>Infettivologo</i>	<i>Si</i>
<i>Cardiologo</i>	<i>Si</i>
<i>Gastroenterologo</i>	<i>No</i>

<i>Pneumologo</i>	<i>No</i>
<i>Ortopedico</i>	<i>No</i>
<i>Dermatologo</i>	<i>No</i>
<i>Oculista</i>	<i>No</i>
<i>Dentista</i>	<i>Si</i>

Per decesso è venuta a mancare la figura storica del dermatologo. 9 ore di dentista appaiono poche ma vengono giudicate “sufficienti” (giacché le cure di protesi non vengono erogate).

Lo psichiatra ora è previsto per 2 giorni alla settimana per un totale di 6 ore.

Gli spazi dell’infermeria risultano piuttosto bui e angusti.

Il numero di persone con diagnosi psichiatriche gravi e di pazienti che assumono psicofarmaci è stato fornito in maniera orientativa.

La sicurezza sociale non è data dalla certezza della pena ma dalla certezza del recupero

(G. Pieri)

1.6 La recidiva

La recidiva è uno dei parametri principali, sia pure indiretto, necessario per valutare l'efficacia e l'efficienza di tutto il sistema penale e in particolare del settore penitenziario. La valutazione del rischio di recidiva non è una prassi metodologica corrente. È per questo che, con decreto del Ministro della Giustizia del 20 giugno 2018, è stato istituito un gruppo di lavoro denominato “Osservatorio permanente sulla recidiva” che ha l'obiettivo di predisporre un sistema di analisi per valutare l'efficacia dei programmi di trattamento e di reinserimento sociale adottati. Tale sistema è propedeutico allo studio dei fattori predittivi sul fenomeno della recidiva nel sistema dell'esecuzione penale ed ha come obiettivo quello di individuare le modalità operative più efficaci. [7]. Sul sito del Ministero della Giustizia la relativa pagina è aggiornata all'8 novembre 2023, e presenta unicamente una scheda di sintesi priva di relazioni sulla propria attività.

Nel 2006 un indulto promulgato d'urgenza con l'obiettivo di affrontare la terribile situazione di sovraffollamento nelle carceri, comportò il rilascio di 22.259 detenuti in 6 mesi, un terzo

della popolazione carceraria totale. Questa misura è fallita non perché ha rilasciato “criminali incalliti e recidivi” ma perché tutte le altre condizioni sono rimaste invariate. Il numero dei detenuti è cresciuto ancor più rapidamente rispetto ai periodi precedenti. La popolazione interessata era caratterizzata da una significativa marginalità sociale.

L'articolo 27 della Costituzione parla della funzione rieducativa dello “scontare la pena” (e non punizione), anche allo scopo di ridurre la recidiva (“La pena non può consistere in trattamenti inumani e deve mirare alla riabilitazione del condannato”).

Il Codice Penale italiano considera la recidiva un indicatore dell’elevata propensione del trasgressore a commettere un reato. I dati ISTAT relativi agli anni 2006-2017 mostrano che le condanne di individui già condannati in precedenza costituivano il 52,3% del totale. La sanzione penale non ha raggiunto il suo scopo di deterrenza contro la criminalità.

Sembra che condizioni di vita dignitose, anche se in regime di detenzione, di responsabilizzazione e di laboriosità, costituiscano fattori efficaci per attivare percorsi di reinserimento positivi. I più recenti progetti ministeriali, oltre ad attivare risorse per l’inclusione sociale e lavorativa delle persone a rischio di devianza, fanno appello ad incoraggiare queste persone a prendere le distanze dall’ambiente “generatore di criminalità” di origine. Viene sollecitata una “attenzione personalizzata” alle persone prendendosi cura di loro, cercando di “generare per loro esperienze nuove, diverse da quelle del loro passato”, e “avvicinarle ad esperienze, valori e ambienti dignitosi”.

Continuare a credere nella funzione reintegrativa della pena, nella trasformazione del modo in cui gli individui vedono se stessi, e nella loro forza personale è l’unica chiave per ridurre il rischio di recidiva e quindi proteggere la popolazione in generale [10].

2. Scopo del progetto

Nell'ambito del corso di formazione in Ipnosi clinica e comunicazione ipnotica tenuto a Rimini, un gruppo di operatori sanitari in formazione propone di introdurre lo strumento della comunicazione ipnotica all'interno dell'area sanitaria della locale Casa Circondariale. Tali operatori che già operano od hanno operato nell'ambiente penitenziario ritengono che la modalità comunicativa innovativa determini un favorevole cambiamento di approccio nel dialogo con i detenuti, migliorando la compliance ai trattamenti sanitari proposti.

Sanitari formati all'utilizzo della comunicazione ipnotica e allo strumento dell'ipnosi clinica possono introdurre un cambiamento significativo in aggiunta alle varie tecniche già utilizzate con beneficio presso la casa circondariale di Rimini nell'ottica di ridurre lo stress e la reazione ad esso.

In presenza di iperarousal con stato di allerta costante, la rabbia rischia di esplodere in maniera disfunzionale, con amplificazione della sofferenza fisica e psichica.

Lo scopo è quello di fornire una comfort zone in situazioni di disagio e di conseguenza ridurre gli eccessi comportamentali auto o eterodiretti, da considerare una patologia stress correlata.

L'ipnosi, con la sua capacità di agire sull'attività dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene si configura come uno strumento terapeutico strategico e potente, capace di modulare la risposta allo stress e migliorare la qualità di vita.

Ci poniamo come obiettivo una migliore gestione dei rapporti interpersonali da parte dei detenuti sia tra loro, che col personale del carcere e la diminuzione della richiesta dei farmaci ansiolitici e analgesici.

In ultima ipotesi si prefigura che la presa in carico della ferita intima alla base del comportamento sanzionato, possa determinare una cura della persona in grado di fornire soluzioni di vita alternative alla recidiva del reato.

Nessuna simile esperienza precedente compare in letteratura.

3. Materiali e metodi

Il carcere presenta alcune peculiarità che rappresentano ostacoli o anche opportunità ineludibili.

3.1 Setting

Il progetto è stato proposto all'interno della Casa Circondariale di Rimini, nello specifico nell'ambito dell'area sanitaria, in collaborazione con medici e psicologi già operanti nell'infermeria.

L'accesso alle aree trattamentali di un carcere è consentito solo dietro autorizzazione del direttore di Istituto. Non è ammesso chi abbia precedenti penali o rapporti di parentela/ conflitto con i detenuti. La scelta di operare con lo strumento dell'ipnosi e della comunicazione ipnotica è ricaduta pertanto tra operatori strutturati o volontari già in possesso di tale autorizzazione. Si tratta nello specifico della mia figura, già in servizio come infettivologa negli anni precedenti, ed ora ammessa come volontaria per colloqui di promozione della salute, e dell'odontoiatra titolare del servizio ordinario.

Una psicologa-psicoterapeuta precedentemente titolare di incarico di servizio interno, ha scelto di operare invece presso una struttura di esecuzione penale esterna.

3.2 Strumento di raccolta dati

I dati sanitari dei pazienti sono raccolti all'interno di una cartella clinica informatizzata, all'interno della quale vengono registrate tra l'altro le prescrizioni farmacologiche, l'aderenza alle terapie o il rifiuto delle stesse, le lesioni evidenti di nuova insorgenza, gli atti autolesionistici, gli scioperi della fame, le date di ingresso e di uscita dall'istituto.

La prescrizione farmacologica è di competenza esclusiva dei medici dell'amministrazione penitenziaria ed incidentalmente del medico di guardia dell'emergenza territoriale quando interpellato nelle ore notturne.

Verrà valutata la riduzione della richiesta di farmaci, e la riduzione degli atti autolesionistici. Nel tempo, sicuramente non all'interno di questo lavoro, potrebbe essere apprezzata la riduzione della recidiva.

3.3 Arruolamento dei pazienti

E' stata chiesta una collaborazione ai medici dell'amministrazione penitenziaria e agli psicologi presenti nell'equipe, che per regolamento visitano in ingresso ogni nuovo giunto in Istituto, e successivamente in base alle necessità, al fine di individuare pazienti con manifesti segni di disagio o difficoltà di adattamento, consistenti fondamentalmente in richieste compulsive di farmaci o comportamenti molesti. Tutti i pazienti indicati dal personale medico e anche paramedico sono stati inviati a me per un colloquio di accoglienza e successiva presentazione della possibilità di aderire all'utilizzo dell'ipnosi come strumento clinico di facilitazione.

La iniziale comprensibile diffidenza nei confronti della proposta è stata vinta in virtù della fiducia già goduta in precedenza dalla sottoscritta, del bisogno contingente e non da ultimo della notizia dell'esito del trattamento diffusa dai primi che l'hanno sperimentato.

A parte sono stati valutati gli interventi odontoiatrici con ricorso, a supporto, dell'ipnosi.

3.4 Peculiarità dei pazienti

La prevalenza di soggetti con storia di tossicodipendenza attiva o anamnesticamente inizialmente è stata ritenuta un ostacolo all'abilità dei pazienti ad essere indotti in trance ipnotica, tuttavia il requisito non è stato considerato criterio di esclusione. All'atto pratico si è diffusa la notizia che attraverso l'ipnosi si poteva raggiungere uno stato di benessere intuitivamente assimilabile agli effetti illusori degli stupefacenti, che ha favorito le richieste spontanee di arruolamento nello studio.

3.5 Lo spazio della cura

Le condizioni ambientali dove fisicamente risulta possibile accogliere e trattare i pazienti non sono sicuramente ideali. Gli spazi sono limitati in numero, tanto che risultano contesi tra i vari operatori e capita di non riuscire a trovare un luogo fisico in cui operare. Non si tratta di veri e propri ambulatori. Gli incontri si svolgono a volte in un ufficio, altre volte in uno spogliatoio o al più nel gabinetto odontoiatrico, dove la poltrona del riunito supplisce

alla mancanza di un lettino. L'ambiente accogliente va costruito in maniera virtuale, con parole che, parafrasando un noto testo, diventano finestre e abbattono i muri [11].

Ogni incontro è sorvegliato. Viene salvaguardata la riservatezza del colloquio, ma non si può evitare la possibilità di essere osservati dagli agenti di polizia penitenziaria direttamente o tramite telecamere a circuito chiuso.

I pazienti non sono spontaneamente presenti, ma giungono al colloquio per chiamata, con tempi di trasferimento non sempre prevedibili. Per lo stesso motivo i tempi della cura sono condizionati dalla presenza dell'agente nell'area sanitaria. Allo scadere del turno, ogni trattamento deve terminare.

E' tassativamente vietato utilizzare fotocamere o mezzi di ripresa. Ciò impedisce di documentare con immagini le sedute ipnotiche.

Ricorda Signore questi servi disobbedienti alle leggi del branco.

Non dimenticare il loro volto.

F. De Andrè

3.6 Peculiarità accessorie

La sospensione del giudizio, presupposto cardine in comunicazione ipnotica, acquisisce un valore più pregnante quando applicata a soggetti per definizione sottoposti a giudizio o in attesa di esserlo.

L'atteggiamento dell'operatore ha ben chiaro che questo deve essere il punto di partenza imprescindibile del colloquio.

Il paziente resta positivamente sorpreso e sollevato dall'approccio che esclude l'etichetta che suo malgrado gli viene attribuita.

Va infine posta una attenzione particolare ad evitare di fornire false illusioni. Alleviare lo stress non significa allontanarsi dall'aderenza alla realtà concreta.

"People may not remember exactly what you did, or what you said,
but they will always remember how you made them feel"
(Maya Angelou)

4. Risultati

Nel corso dello studio in circa tre mesi sono stati selezionati oltre 10 pazienti maschi, di età compresa tra 25 e 62 anni e di varie provenienze geografiche, che presentavano evidenti situazioni di disagio nell'adattamento alla detenzione, individuati per conoscenza diretta dopo colloquio di presentazione, o segnalati dal personale socio-sanitario della struttura.

Il consenso all'arruolamento è stato sempre acquisito verbalmente, nell'ambito di una spontanea cessione di fiducia che si creava tra paziente e operatore per la semplice offerta di disponibilità all'ascolto. Nell'eterogeneità delle situazioni, che impedisce sostanzialmente qualsiasi tentativo di analisi statistica, un dato è risultato a mio parere unificante, ed è il significato della presenza femminile della mia persona, che in un ambiente totalmente maschile ha aperto un canale comunicativo diverso, costituendo il primo step del rapport successivamente consolidato.

Alcuni pazienti sono stati incontrati più volte, altri in seduta unica quando la calendarizzazione subiva l'interferenza di trasferimenti, scarcerazioni o provvedimenti disciplinari. Gli interventi hanno quindi presentato in massima parte caratteristiche di estemporaneità. Nel limite del possibile è stato costruito un percorso di rinforzo, soprattutto dove le caratteristiche di complessità del caso richiedevano di affrontare volta per volta singoli aspetti.

Ai soggetti che mostravano di aver compreso la possibilità di ricreare il momento di benessere vissuto, veniva fornito un ancoraggio, che alcuni hanno successivamente utilizzato. Ogni incontro si è concluso con un abbraccio, a ratificare l'intesa, il comune sentire, il raggiungimento dell'obiettivo e a suggellare anche fisicamente il traguardo superato.

I risultati sono stati facilitati dalla costante condizione di bisogno manifestata. Ogni intervento apparentemente inefficace è risultato almeno in grado di arrecare un temporaneo sollievo nella grande aridità affettiva contingente.

Personalmente ho avuto momenti di rifiuto, voglia di mandare tutto all'aria, sentendomi addosso tutto il male del mondo, incapace di dare una risposta alla ricorrente domanda: "perché lo fai?".

Tuttavia mi rendevo conto di trovarmi in una situazione privilegiata per una serie di motivi:

- Ero autorizzata all'ingresso in Casa Circondariale
- Ero volontaria: la mia era un'offerta gratuita, non una imposizione
- Dallo scambio derivava una crescita reciproca innescata dal messaggio: comprendo la tua storia, ti accetto. Tu per me non sei un rifiuto
- L'induzione era favorita dall'abbandono completo di chi ha bisogno di aiuto e si fa accompagnare nel percorso terapeutico
- Nell'abbracciare la complessità dei casi era possibile fornire risposte diverse a bisogni diversi come abiti di sartoria cuciti su misura, consentendo il "diritto di essere liberi" a persone private della libertà

Credo che la felicità e la gioia siano lo scopo della vita.

Se sappiamo che il futuro sarà molto buio o doloroso

Perdiamo la nostra determinazione a vivere.

Perciò la vita è qualcosa che si basa sulla speranza.

Dalai Lama

4.1. I successi

S. 25 anni, di origine gambiana, orfano di madre dalla giovane età, giunto in Italia via mare un anno fa, senza precedenti penali, coinvolto in una rapina dal fratello, ha agito in stato di ebbrezza con modalità che lui stesso definisce estranee al suo modo di essere. Non avvezzo al consumo di alcolici o stupefacenti, ha assunto liquori ad alta gradazione senza conoscerne l'effetto sulla propria persona. Valutato mentre era in attesa di giudizio, è stato successivamente condannato in primo grado ad oltre 5 anni di carcere.

Chiede di avere un colloquio con me per la sua angoscia con evidente partecipazione emotiva. Dall'inizio della detenzione riferiva una profonda paura non meglio definita, in cui si sovrapponevano esperienze traumatiche del viaggio dal paese di origine all'Italia, con tanto di periodo di prigionia in Nordafrica alla convivenza attuale con persone non conosciute in un ambiente percepito come "difficile".

Quel mondo non gli appartiene. Da quando è in carcere non riesce a dormire, come testimoniato dai compagni di cella.

Nelle prime settimane è stato collocato in una sezione attenuata e qui riferisce momenti di reale felicità quando gli è stato consentito di dedicarsi ad un videogioco lì disponibile.

Mi regala la sua fiducia senza riserve. Provo ad aiutarlo a rilassarsi, soprattutto per verificare la sua capacità di comprensione della lingua. Il ragazzo parla arabo, inglese, francese ed ha svolto funzioni di interprete occasionalmente, ma fatica molto ad esprimersi in italiano.

Indotto piacevolmente ad una immersione in fondo al mare e alla liberazione dal peso delle proprie paure, lui “vede” quel mondo colorato e ritrova la sua pace. Ha cominciato a dormire bene come confermato dai compagni, senza necessità di ipnoinduzione farmacologica, utilizzando l’ancoraggio fornito a termine seduta.

Successivamente ha chiesto di ripetere l’esperienza insieme a me. Avendo lui un ciuffo di capelli biondo, l’ho assimilato al pesciolino Nemo, quello nato con una pinna atrofica, curioso, pieno di vita, coraggioso ed amichevole con chiunque, quello che ce l’aveva fatta.

L’ho invitato a rivivere un momento bello della sua vita. Al termine della seduta ha riferito di essersi visto al centro di una festa, in cui chi lo circondava, lo sollevava esultando.

Pochi i traumi da curare grazie alla sua giovane età e alla sua grande voglia di riscatto.

Nei mesi successivi S., che faticava a parlare italiano, comincia a frequentare la scuola e in poco tempo si è distinto arrivando a conseguire la licenza media con il massimo dei voti. È riuscito a smettere di fumare, ha sempre mantenuto un comportamento corretto, ha saputo elaborare il trauma della condanna mantenendo il sorriso, gestisce le sue paure. Ha aderito ad un programma di esecuzione penale esterna che dovrebbe partire a breve.

E’ verosimile prevedere un basso rischio di recidiva.

R. 58 anni, italiano. Un uomo enorme, che, dicono, quando si arrabbia perde il controllo e fa davvero paura. Alle spalle una famiglia problematica con genitori dediti al gioco d’azzardo e rapporti incestuosi con la sorella per i quali acquisisce consapevolezza tardiva con rimorso.

Ha un rapporto conflittuale con le donne, gestito nei suoi racconti con la conquista fisica per ovviare a un sostanziale timore psicologico.

Manifesta una acuta sensibilità per le situazioni personali percepite come ingiustizie con reazioni spropositate che si traducono in rivendicazioni o lettere di denuncia inviate a raffica fino al presidente della repubblica. Innegabilmente vive situazioni paradossali: entra in carcere l’1-12-23. Un anno dopo pare possa ottenere il permesso per passare il Natale a casa ma poi il magistrato il 23 dicembre, tra i tanti impegni dimentica di firmare l’autorizzazione e va in ferie. Il permesso non viene concesso.

Lo incontro nel poco tempo a disposizione, nelle ore in cui l'agente di polizia penitenziaria è presente in infermeria. Quando parla è un fiume in piena, inarrestabile.

Ascolto più volte il suo narrato. Evitando di contraddirlo acquisto la sua fiducia, e lui stesso ammette che non gli faccio paura. Neanche lui fa paura a me, nonostante la sua aggressività verbale sfrenata.

In seguito ad un episodio di autolesionismo, in cui teatralmente minacciava di buttarsi dalle scale, lo faccio chiamare . “Vieni che ti racconto una favola”, e il gigante che vorrebbe far paura a tutti, detenuto per tentato omicidio, mi ascolta fissandomi con gli occhi umidi e incantati. La favola è una sintesi de “La bella e la bestia”.

La volta successiva decido di fargli rivivere un momento piacevole. Propongo una seduta di ipnosi. Lo faccio accomodare sulla poltrona del dentista, da cui la sua mole deborda in larghezza e lunghezza. E' accondiscendente anche se piuttosto diffidente. Esce dalla trance ridendo, ha rivissuto un evento felice, di quelli da lui trascorsi in aeronautica militare. Vola sul suo aereo, tirando la cloche. Gli lascio un ancoraggio, pollice nel palmo della mano. Apparentemente scettico, mi dirà più avanti che di notte si sveglia con la mano che stringe forte il pollice.

R. si mostra intenzionato a collaborare. Chiede che gli venga sospesa la somministrazione di antidepressivi. Non viene assecondato ma spontaneamente comincia a rifiutare la terapia.

A questo punto gli regalo la prima metafora. L'incredibile Hulk quando vede una ingiustizia innesca una reazione incontrollabile e diventa verde e gigante. Per la sua mole lascia una scia di danni dietro di sé e tutti ne hanno paura perché non lo capiscono e non conoscono le sue buone intenzioni.

Segue un episodio increscioso. R. rivolge un apprezzamento ad una operatrice della casa circondariale, pubblicamente, in mezzo al corridoio. Nelle intenzioni si trattava di un complimento bonario, nei fatti viene recepito come offensivo, l'operatrice si spaventa e promuove un provvedimento disciplinare. Viene predisposto il trasferimento di R. presso altro istituto. Lui si chiude in un mutismo assoluto con rifiuto di colloquio con chiunque e tenta nuovamente il suicidio questa volta appendendosi con un lenzuolo in cella. Viene soccorso non senza difficoltà, e R. imperterrito dà inizio ad uno sciopero della fame e della sete e al rifiuto di ogni terapia. Il gesto è palesemente dimostrativo. Dopo 5 giorni ho occasione di avvicinarlo in un evento di gruppo all'interno della sezione detentiva. Per tutto il tempo dell'incontro siedo vicino a lui, gli faccio notare i presunti segni dell'ipoglicemia nel suo diametro pupillare e gli tengo la mano. *“Ho imparato che non è per nulla semplice “tenere una mano”; dopo che la si è tenuta, qualcosa cambia nella relazione:”* [13].

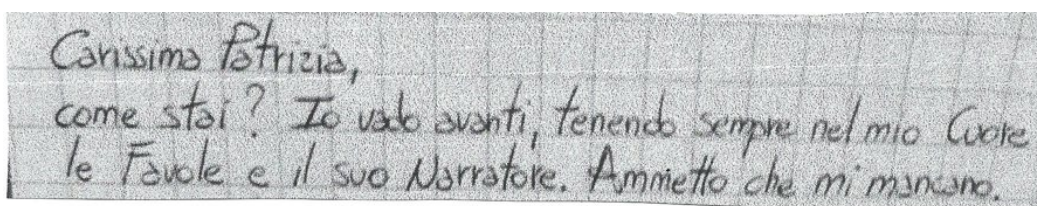
Al termine lo invito pubblicamente a recedere dal suo proposito e lo accompagno in infermeria dove dichiara la sua disponibilità a riprendere l'alimentazione.

Nell'ultimo nostro colloquio appare categorico: "Vogliono che io cambi, ma non diventerò mai come loro vogliono". Casualmente porto lo sguardo sulle sue enormi dita e mi viene spontaneo ricorrere ad un'altra nota fiaba, quella di Hänsel e Gretel, dove il bambino si salva facendo toccare alla strega un ossicino di pollo al posto del suo dito. R. forse capisce che può restare se stesso facendo vedere agli altri quello che ci si aspetta da lui.

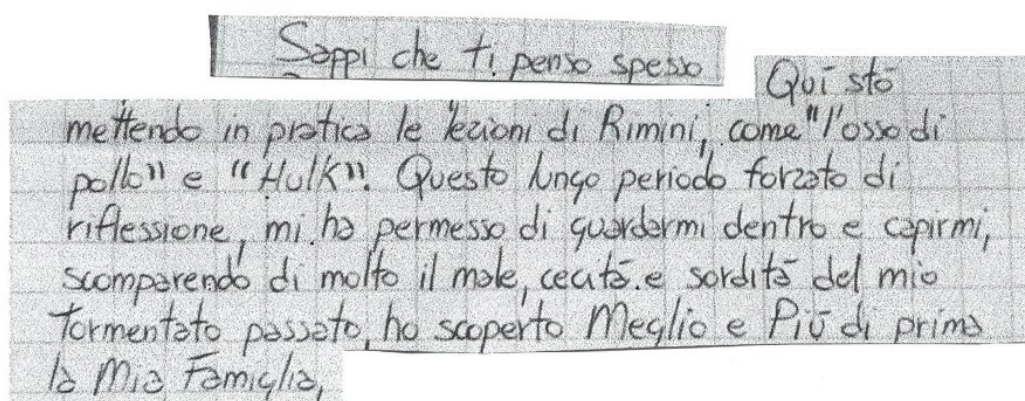
Infine lo invito, mentre è in trance, a sfogliare il calendario, fino a una data sicuramente successiva al suo fine pena. E' il 24 dicembre, come l'ultimo che ha dovuto trascorrere in carcere, ma di un anno prossimo venturo. Racconta di essersi trovato a casa, con la sua famiglia, ha visto le sbarre che si dissolvevano e lo sfondo dietro che da rosso diventava verde.

Non lo incontrerò più. Verrà trasferito. Tramite contatti ho saputo che all'arrivo nel nuovo istituto è stato pesantemente picchiato da un gruppo di compagni di pena.

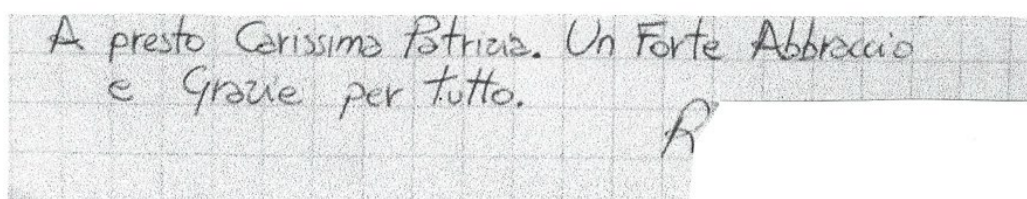
Pochi giorni fa mi è pervenuto un suo scritto:



Carissima Patrizia,
come stai? Io vado avanti, tenendo sempre nel mio Cuore
le Favole e il suo Narratore. Ammetto che mi mancano.



Sappi che ti penso spesso. Qui sto
mettendo in pratica le lezioni di Rimini, come "l'osso di
pollo" e "Hulk". Questo lungo periodo forzato di
riflessione, mi ha permesso di guardarmi dentro e capirmi,
scomparendo di molto il male, cecità e sordità del mio
tormentato passato, ho scoperto Meglio e Più di prima
la Mia Famiglia,



A presto Carissima Patrizia. Un Forte Abbraccio
e Grazie per tutto. R

A., 37 anni. Detenuto da tempo e prossimo alla scarcerazione, richiede di propria iniziativa di effettuare esami ematici per un check-up di base. Riferisce però di essere ipersensibile alla vista del sangue e di essere soggetto a svenimenti durante i prelievi. Gli propongo di effettuare il prelievo in ipnosi. Piuttosto scettico, manifesta il desiderio di informarsi più approfonditamente. Gli consegno materiale divulgativo che illustra le definizioni dei processi ipnotici. Resta convinto che si tratti di ciarlataneria o pseudomagia, così ne parliamo finché accetta la proposta. Già durante il pre-talk mostra più volte fissità dello sguardo, pur in assenza di alcun intento di induzione della trance ipnotica. Riuscirà invece in ipnosi ad affrontare il prelievo senza difficoltà soggettive, prendendone atto alla vista dei tre cerotti sulle sue braccia, frutto dei vari tentativi necessari per l'accesso venoso. L'infermiere operatore che seguiva le mie parole, è stato per un attimo vicino anche lui alla trance ipnotica.

G., 29 anni pescatore, scolarità di base, proiettato unicamente alla ripresa del suo lavoro. Appare indifeso. Piange più volte durante il colloquio, incapace di trovare una soluzione al proprio disagio. Trova le risorse per vedere se stesso di nuovo sulla barca, proiettato in una data prossima, non lontana.

“Nel processo terapeutico non bisogna tanto rimuovere conflitti e tensioni e togliere sensi di colpa e angosce, quanto dare al nostro paziente il coraggio di esistere”. [15].

Il suo adattamento all'ambiente non deve essere stato facile. Lo incontro in corridoio dopo qualche settimana. Gli manca un incisivo. Avulsione “spontanea” è annotato sulla sua cartella clinica. Commenta: “Qua va così”.

Ha ottenuto l'affidamento al lavoro. Ora è a casa.

4.2 I fallimenti

P. 48 anni, conosciuto durante una precedente carcerazione. All'epoca mi facevo carico di curare una sua epatite cronica, prima che venisse trasferito per 8 anni in un altro istituto. Ricordo quando gli arrivò la condanna, troppo lunga per poter essere scontata in una piccola casa circondariale. Capì che l'avrebbero mandato altrove. Ingoiava le lacrime e non riusciva a parlare. Racconta che è stata una esperienza dura, in cui ha ottenuto encomi per aver salvato vite. Durante il Covid fu mandato agli arresti domiciliari e in poco tempo trovò casa, compagna e lavoro.

Sorride pensando al suo cane. Lavorava come necroforo, orgoglioso di poter avere un buono stipendio, anche a costo di ore di straordinario, in un impiego obiettivamente difficile (funerali, riesumazioni, cremazioni di salme o resti mortali). E' di nuovo detenuto per una inattesa condanna definitiva per un vecchio reato, ora che la sua vita era riavviata.

L'esperienza lo sostiene, ma lo stress si materializza in forma di severa crisi ipertensiva. Lo prendo in carico ma i medici non rinunciano a prescrivergli una terapia antiipertensiva e non ho modo di verificare i risultati dell'ipnosi.

Riesce ad effettuare cure odontoiatriche con il supporto dell'ipnosi.

Qualche giorno fa l'ho rivisto mentre rientrava in istituto per la notte. Ha ripreso il lavoro, in regime di semilibertà.

H., 32 anni, nordafricano, agitato. Lo invito a colloquio su sollecitazione del dentista che con lui ha ottenuto ottimi risultati in termini di rapida induzione di trance ipnotica ed ottima riproducibilità grazie all'ancoraggio, per verificare se con un diverso operatore si può ottenere lo stesso beneficio.

Non è disponibile né interessato alla proposta. Il bisogno percepito era evidentemente condizionato dalla problematica odontoiatrica.

G., 39 anni, di cui 24 trascorsi in carcere, è un uomo disilluso, non libero dalla ricerca di benefici farmacologici. Conosciuto da tempo, ritorna in istituto per avvicinamento ai familiari. Lamenta un dolore descritto come lancinante in sede inguinale, per effetto di una vecchia lesione testicolare in attesa di trattamento chirurgico. Non è obiettivamente una particolare sofferenza nel suo comportamento. Proviene da una sede in cui gli era concesso di assumere THC per via aerosol, a suo dire estremamente efficace nel controllo della sintomatologia dolorosa, e richiede insistentemente di confermare la concessione al trattamento. Interpretando la richiesta come strumentale, gli viene revocata la terapia.

Sarebbe a mio parere un candidato proponibile per un trattamento ipnoterapico in quanto riferisce di avere un'area cutanea sulla coscia destra di completa anestesia. Con le adeguate suggestioni vorrei indurlo a trasferire questa zona sul testicolo dolente per ottenere un sollievo almeno parziale.

Otengo invece un categorico rifiuto. Con il controllo del dolore lo priverei della possibilità di vedersi prescrivere il cannabinoide e di ottenere qualche beneficio di legge per motivi di salute. In mancanza di un obiettivo concordato, è impossibile procedere.

“Non si deve pensare che le parole possano sostituire i farmaci”. [16].

4.3 Gli esiti inattesi

A., 40 anni. Soffre di sarcoidosi e non manca di sottolinearlo ad ogni occasione. Si mostra estremamente ansioso e per questo chiede supporto. Si lascia facilmente indurre in una condizione di trance in cui, conoscendo la data della sua imminente scarcerazione, lo invito a scorrere il calendario in avanti. Mi dice di vedersi a casa ed io gli faccio trovare una lavagna. Lui racconta che su quella lavagna compare un nome ed io glielo faccio cancellare. Il nome però ritorna sempre e ancora riesce a cancellarlo finché finalmente la lavagna resta pulita.

A questo punto si alza improvvisamente in piedi e corre verso la porta dicendo che deve scappare. Con calma lo riconduco a sedersi e mi faccio spiegare la sua esperienza. Quello che compariva sulla lavagna era il nome della donna che assillava i suoi pensieri, l'origine dei suoi problemi. Quando finalmente è riuscito a cancellarla, probabilmente si è accorto che non voleva stare senza di lei.

Ora è la morte. Ma non è la morte: è soltanto l'attesa.

A. Zarri

4.4 Work in progress

Nel linguaggio domestico riminese L. si direbbe sulla schiena del buratello (anguilla), ossia in una posizione ad alto rischio caduta, valida per tutte le situazioni limite dove si rischia molto. (G. Nardi - Vocabolario domestico). Alto, giovane e bello, 35 anni senegalese, pacato e molto intelligente, balzato agli onori delle cronache per una torbida vicenda ancora insoluta, sta suo malgrado su tutti i giornali e su molte ciarliere trasmissioni televisive che sparano giudizi ad ogni piè sospinto. L. però non ha ancora avuto il piacere di addivenire ad un giudizio formale, e da 11 mesi vive una carcerazione cautelare per un delitto atroce al quale si professa totalmente estraneo.

Mentre ero assente per motivi personali ho appreso dai giornali che aveva intrapreso lo sciopero della fame e della sete e dopo 7 giorni è stato ricoverato in ospedale in "coma metabolico". E' stato destinato al reparto di psichiatria perché ovviamente chi sceglie volontariamente di non continuare a vivere in condizioni insostenibili non può essere che un pazzo. Nell'ultimo barlume di lucidità ha fornito il consenso al ricovero per evitare il TSO.

Lo incontro dopo la dimissione. Devo insistere perché acconsenta al colloquio. Non parla con nessuno degli operatori. Afferma che la sua scelta è legata alla caduta di qualsiasi soluzione alternativa. “Se vogliono la mia morte, gliela do”.

Il setting è difficile. Non posso giocare su una prospettiva favorevole futura. Rischia seriamente una condanna all’ergastolo.

Nel momento in cui mostra di cominciare ad affidarsi, devo giocare sulla ricerca di alternative più funzionali. Lo conduco con la narrazione nel mondo fantastico di Momo, personaggio fantastico dell’omonima opera di M. Ende, per cercare di valorizzare il tempo in ogni sua singola ora. Mi restituisce una ratifica di esperienza di luce e colori.

Ci sarà ancora da lavorare molto.

A., 40 anni è un film già visto. E’ uno di quelli che hanno già trascorso tanti anni in carcere che pensano di riuscire facilmente ad adattarsi di nuovo. Il recente fallimento di un programma di esecuzione penale esterna agli arresti domiciliari fa pensare che il carcere sia la soluzione giusta per lui, senza alternative praticabili.

Racconta un fantasmagorico epilogo della sua carcerazione domiciliare, in cui è riuscito involontariamente a far esplodere una bomboletta di gas sul pavimento e ad appiccare fuoco all’appartamento.

Nel corso della conversazione emergono accenni a conflitti familiari irrisolti, con padre e sorella vittime (o carnefici) di vite o convivenze al limite.

Il linguaggio di A. è infarcito di termini da decifrare. Parla dei propri capelli dicendo che non li pettinava da anni e li raccoglieva legandoli. Poi però accenna ad una caduta massiva dei capelli stessi eppure presenta una capigliatura folta, ora tagliata corta, e nessun segno di alopecia. Ma lo lascio parlare. Attribuisce il problema allo stress. Allo stesso modo riferisce della comparsa di “prolasso rettale”, poi lo descrive come esteso a tutta la gamba fino alla caviglia. E ancora cerco di capire. Mi parla infine del suo ginocchio, dove è inserita una protesi articolare, e a questa attribuisce la produzione di scosse “elettromagnetiche” per le quali ha bisogno di “mettere a terra” la gamba per consentire lo scarico dell’energia. Provo a tradurre. Nella solitudine dei suoi arresti domiciliari questo ragazzo ha potuto parlare solo con il WEB. Ha utilizzato l’A.I. per ottenere risposte ai propri dubbi, ma ha posto i quesiti utilizzando termini impropri, e l’intelligenza artificiale ha amplificato le inesattezze creando un mondo parallelo alla realtà dove cocaina e chissà quali altre sostanze hanno animato allucinazioni.

Coerentemente con il suo racconto, l’ascoltatore superficiale etichetta il vissuto come un quadro dissociativo, tanto che all’epilogo dell’incendio della casa il ragazzo si ritrova

ricoverato in psichiatria con un TSO. All'esaurimento dell'effetto psichedelico delle sostanze il suo eloquio torna lineare, ma costellato delle improprietà di linguaggio e delle suggestioni fuorvianti dell'A.I.

Provo a rimodulare il suo racconto, mostrandogli l'immagine di due ambienti paralleli, uno raccontato con i termini da lui usati ed uno con i vocaboli appropriati a descrivere le situazioni come appaiono nella realtà oggettivabile. Accetta, per ora, di provare a rientrare dalla "stanza accanto".

Ho studiato in scuole americane per ventun'anni
E in tutto quel tempo non ricordo nessuno
Che mi abbia chiesto come mi sentivo.

Rosenberg [11]

4.5 Challenge. Le prossime sfide

Sono due gli incontri stimolanti che mi si sono presentati quando ormai pensavo di aver completato la casistica. Sto ancora studiando quale possa essere l'approccio da proporre ma non ho dubbi sull'opportunità di fornire anche a loro una via di uscita verso il riscatto.

S. 62 anni, già mio paziente per 30 anni quando lavoravo come infettivologa. Credo di avergli consentito di salvarsi concedendogli di venire a visita nelle ore notturne quando la sala d'attesa era vuota. Aveva già infezioni opportunistiche maggiori in atto, ma rifiutava l'accesso in ospedale per timore di essere riconosciuto. A lungo l'ho registrato con un nome di fantasia senza conoscere la sua vera identità. Fu per una singolare coincidenza che conobbi il suo vero nome, quando fu arrestato una prima volta e il suo avvocato mi chiese una relazione clinica. La sua foto compariva sul giornale locale in formato cartolina.

Adesso lo ritrovo "dentro", incastrato in una storia che sa di rivalsa.

Il mio ruolo ora è cambiato, ma la fiducia che riscuoto è sempre la stessa. Lo osservo nella sua statuaria figura, che mi sovrasta almeno di mezzo metro. Ha sempre avuto una attenzione maniacale per il proprio fisico. Resta dignitoso nella forzata trascuratezza dell'immagine attuale: non è ancora riuscito a radersi per indisponibilità del rasoio. I capelli spuntano bianchi sotto una tinta ormai vecchia.

Siede sconsigliato, parla sottovoce, ha sempre lo sguardo rivolto verso il basso. Riesce a rimandare indietro le lacrime quando riflette consapevole dell'assenza di prospettive a breve per la sua vicenda. Racconta che da lì non si esce uguali a prima.

Cosa inventerò per sostenerlo, dopo l'esame di realtà che mi impone di fargli capire che almeno per questa estate non se ne parla di tornare a lavorare come bagnino di salvataggio?

Mentre scrivo ho una mezza idea. Lo guiderò a lanciare a se stesso il salvagente che lo terrà a galla, e penso che lo chiamerò con il nome fittizio che già una volta gli ha permesso di sopravvivere.

F. 21 anni. All'incontro di gruppo in sezione partecipa per la prima volta. E' silenzioso e osserva. Si capisce che non vuole prendere la parola. Nemmeno quando i compagni di cella accennano che la sua è una situazione particolare acconsente a parlarne. Emergono alcune notizie, apparentemente non significative: presto accederà ad una comunità educante per esecuzione penale esterna. Eppure è ancora in attesa di giudizio, non ha una condanna definitiva. Nella stessa comunità è accolto anche il padre. Forse la faccenda è davvero complicata.

E' alla prima carcerazione. Ha un comportamento assolutamente corretto. Ha avuto una convivenza conflittuale alla sua precedente allocazione, tanto che ha chiesto ed ottenuto il trasferimento nella terza sezione, quella a celle chiuse. Significa che la porta è chiusa tutto il giorno tranne che per l'ora d'aria. Oltre 20 ore al giorno in 8 metri quadri insieme ad altre 3 persone.

Sembra inaccessibile, ma accetta di partecipare il giorno successivo ad una lezione di alfabetizzazione di base per chi conosce a fatica la lingua italiana. Per questa avventura mi appoggio ad una mia collega volontaria, insegnante di professione. Su nostra sollecitazione F. ci racconta una storia di abbandono scolastico, e la sua mancanza di fiducia nella possibilità attuale di concludere un corso di studi. Gli ho portato un libro da leggere, una raccolta di lettere inviate ad un altro detenuto suo coetaneo, e gli affido il compito di rispondere ad una di queste come se fosse rivolta a lui, per poi leggere il suo lavoro a tutta la classe. Partecipa in silenzio alle 2 ore di sillabario, forse tediose per lui che è molto più avanzato rispetto al livello dell'utenza.

Durante la lezione viene convocato al comando. Torna poco dopo con una comunicazione giudiziaria in mano. Dice solo che sono notizie non buone. Mi immagino che cosa significhi affrontare da solo, a 21 anni, la lettura di un procedimento a suo carico redatto in gergo forense.

A fine mattina mi offre una apertura inattesa: mi chiede di poter partecipare attivamente alla prossima lezione e di essere chiamato anche lui alla lavagna. Leggo una luce nei suoi occhi. Accetto la sfida rilanciando. Lo chiamerò ma gli farò fare qualcosa di molto difficile. Ho già in mente la lezione: sarà alfabetizzazione affettiva. L'intento è quello di dare un nome alle emozioni per trasformarle in un processo di guarigione della ferita. [14]

“Le persone che si vergognano non sono libere. La ferita del non amore brucia. Dargli voce rappresenta l'inizio della guarigione”. [6].

La speranza ha due bellissimi figli: lo sdegno e il coraggio.
Lo sdegno per la realtà delle cose, il coraggio per cambiarle.

Sant'Agostino

5. Discussione

Potrebbe apparire frustrante, e sfociare nello sconforto, la mancanza di risultati dovuti a cause esterne. Ambienti poco idonei, non sempre disponibili, contesi con altri operatori, privi della necessaria riservatezza. Incontri condizionati dalla difficoltà di convocare i pazienti. Perdita al follow-up per scarcerazione, trasferimento, revoca del consenso. Monitoraggio della somministrazione dei farmaci utopico, prescrizioni farmacologiche standardizzate dalla consuetudine e dalla necessità di contenimento dei comportamenti incongrui.

Ci sono studi che dimostrano che la riduzione dello stress si traduce in abbattimento dei problemi psicologici e comportamentali.

Varie sono le tecniche valutate positivamente nel perseguimento dello scopo con beneficio, dal rilassamento muscolare alla meditazione trascendentale. Operatori formati all'utilizzo della comunicazione ipnotica e allo strumento dell'ipnosi possono introdurre una innovazione significativa nella gestione dei detenuti con l'auspicio di fornire una comfort zone in situazioni di stress, e di conseguenza di ridurre la richiesta di farmaci analgesici o sedativi e moderare gli eccessi comportamentali auto o eterodiretti. [1].

Come insegna Granone, l'ipnosi usufruisce degli stessi canali percorsi dallo stress. [15].

6. Conclusioni

Mi sono trovata ad operare dove la speranza era spenta, cambiando l'immagine mentale che le persone hanno di se stesse per essere state precedentemente giudicate, evitando da parte mia il giudizio, ma mostrando al contrario accettazione.

“Le parole possono guarire con effetti, meccanismi e azioni simili ai farmaci. La scienza oggi descrive la speranza come una entità concreta che ha il potere e la forza di modificare il cervello e l'intero organismo. Persone dotate di grandi speranze tollerano meglio il dolore. Una aspettativa precisa di fine del dolore ne aumenta la sopportazione rispetto al non conoscere esattamente cosa avverrà nel futuro.

Il fine di ottenere una ricompensa nel futuro è in grado di inibire un comportamento nel presente. Possiamo chiamare speranza tutto questo, l'aspettativa, cioè, che il futuro sarà migliore. La speranza è correlata all'attivazione di una zona anteriore del cervello che nel presente mi impedisce di mettere in atto un comportamento altrimenti deleterio.

L'individuo che soffre ha per lo più fiducia nel medico. La fiducia si costruisce attraverso vari fattori. I comportamenti del medico sui quali il paziente generalmente basa la propria fiducia sono la competenza, la compassione, la riservatezza, l'affidabilità e la capacità di comunicazione.

Dal punto di vista biologico ed evoluzionistico, la fiducia è una proprietà del cervello umano che ha rilevanza determinante nell'innescare un comportamento prosociale o antisociale.”

[16].

Ho incontrato persone per le quali il livello di stress superava abbondantemente il limite dell'utilità diventando disfunzionale. Il ritmo sonno-veglia risultava costantemente alterato impedendo al cervello il ristoro del riposo.

Mi sono stati consentiti tempi di ascolto anche lunghi o ripetuti.

Non è stato necessario indurre uno stato di trance ipnotica in tutti i pazienti. Spesso è stato sufficiente entrare in sintonia nella maniera giusta, gestendo efficacemente la comunicazione ipnotica. Ho fornito risposte diverse a bisogni diversi. Ho raccolto i bisogni inespressi nelle parole e negli sguardi, ho imparato a decodificare i tatuaggi.

Mi ero posta tre obiettivi sostanziali:

- Riduzione della richiesta o della prescrizione di farmaci ansiolitici, psicoattivi o analgesici.
- Riduzione degli atti autolesionistici
- Abbattimento della recidiva

E' risultato materialmente impossibile raccogliere dati sul consumo dei farmaci.

La prescrizione delle terapie non era di mia competenza e il trattamento delle patologie croniche o degli episodi acuti veniva gestito da medici diversi che si alternavano senza uno schema preciso, con l'aggiunta delle prescrizioni estemporanee o telefoniche del servizio di guardia medica territoriale nelle ore notturne. Non era quasi mai presente una figura che fosse in grado di fornire un supporto non farmacologico alle richieste dei pazienti.

Nelle cartelle cliniche è piuttosto frequente rilevare le note infermieristiche in cui si specifica che non è stato possibile verificare la reale assunzione del farmaco somministrato. I farmaci sono una valida merce di scambio, e il loro accumulo a scopo di baratto è una realtà frequente.

Considero pertanto fallito in misura assoluta il primo obiettivo dello studio.

Alcuni pazienti tra quelli studiati hanno però richiesto espressamente una riduzione del numero o del dosaggio dei farmaci prescritti, e dove non sono stati assecondati hanno rifiutato di assumerli al momento della somministrazione.

Mi piace aggiungere un episodio aneddótico che mi è stato riportato nei giorni scorsi. Una sera in prossimità dell'orario di fine turno sanitario è stato condotto in infermeria un ragazzo in stato di agitazione che minacciava di procurarsi dei tagli sulla cute secondo un modello rivendicativo o ricattatorio ricorrente. Gli agenti avevano tentato ogni mezzo di persuasione in cella senza riuscire a farlo desistere. L'infermiera in servizio aveva condiviso con me il racconto del corso che stavo frequentando, interessata a sua volta all'utilizzo della comunicazione ipnotica. Ha accolto il ragazzo come si può ricevere un fastidio in un momento di stanchezza e tuttavia è riuscita a chiedergli quasi istintivamente: "Vuoi un abbraccio?". Il ragazzo, preso in contropiede, è stato smontato nei suoi propositi ed ha deciso di tornare in cella a dormire.

La modalità di comunicazione ipnotica è stata trasmessa da un operatore all'altro.



L'aneddoto si allaccia manifestamente con il secondo obiettivo dello studio. I suicidi e gli atti autolesionistici sono espressione di quanto la vita dei detenuti valga poco nella loro percezione. *“Non temo la morte ma ho paura di non vivere”* canta Marracash.

“Non ci si suicida perché si desidera distruggersi, ma perché non si può sopportare una forma di esistenza in cui noi significhiamo nulla e siamo nulla”. [15]

Anche per questo parametro non posso fornire statistiche. Il breve tempo di osservazione consente di produrre solo episodi aneddotici di nessuna valenza scientifica. In più, considerando che il dato influisce sulla reputazione dell'istituto nello specifico, e del sistema detentivo in generale, ritengo che la registrazione degli eventi sia riportata in maniera parziale, e che alcuni episodi siano declassati al livello di gesti dimostrativi. Quanto riferito

ad esempio al secondo paziente descritto nei casi clinici è stato etichettato come simulazione, tranne che dai diretti testimoni di cui ho raccolto la voce.

I detenuti, in particolare nordafricani sono soliti manifestare proteste o rivendicazioni autoinfliggendosi una serie di tagli sulle braccia o sull'addome, con strumenti rudimentali o con lamette da barba. Ne consegue inevitabilmente un cruento spettacolo che richiede interventi urgenti per fermare le emorragie o apporre suture. Il gesto sortisce spesso il risultato di ottenere ascolto, riscuotere qualche beneficio, ottenere un incarico lavorativo. Sono del parere che offrire ascolto preventivamente, o fornire a questi soggetti una modalità comunicativa non violenta risulterebbe più efficace.

Non so in quale modo potrei conteggiare quanto "non" si è verificato, rispetto a quanto avrebbe potuto accadere.

Ho incontrato persone che prima non erano capaci di sollevare lo sguardo. Nessuno di loro ha successivamente messo in atto comportamenti autolesivi.

"Come si fa a sognare da "dentro"? Si inizia quando si decide di fare i conti con la propria responsabilità e si interrompe l'identificazione con il proprio reato. Questo consente di comprendere che la propria libertà comincia a costruirsi da dentro con il proprio comportamento. Persone abituate ad essere ignorate oppure notate per i problemi che creano, è facile che quasi si affezionino a quell'immaginario negativo che viene loro attribuito. Per interrompere questo circuito è decisivo fare in modo di valorizzare ogni bellezza di cui sono capaci". [13]

Ho proposto una *"guarigione attraverso il rapporto, un caloroso interessamento e una reale, consapevole partecipazione alla vita dell'altro. Una tale partecipazione implica risonanza ed empatia. Un abbraccio dopo una seduta non rende il paziente più dipendente ma più libero"* [6].

In relazione all'abbattimento del tasso di recidiva, si dovrà attendere l'evidenza nel tempo, in convergenza di intenti con tutte le varie risorse che la società civile riesce ad esprimere.

L'obiettivo viene in sintesi puntato su un unico scopo, offrire un percorso riabilitativo secondo un nuovo paradigma e arrivare in tempo per trovare Antigone viva.

Se l'utopia di abolire il carcere appare eccessivamente ambiziosa, non possiamo non pretendere che la *pena* non sia una *punizione*. Mi piacerebbe sostenere a gran voce quanto dimostrato dal prof. Casiglia che *"ogni aspetto retributivo nell'irrogazione della pena e ogni altro provvedimento afflittivo appare privo di logica"* [17], ma, come sostiene il prof. Rivello

nella prefazione allo stesso testo, *“occorrerà prima una acquisita consapevolezza al riguardo anche da parte dell’uomo della strada”*.

Resta una domanda inevasa, una domanda che prima o poi tutti mi pongono: Perché lo fai?
The answer my friend is blowing in the wind...

“Quando diamo dal cuore lo facciamo con una gioia che nasce dall’avvicinare volontariamente la vita di un’altra persona. Questo donare offre beneficio sia a chi dà che a chi riceve.” [11].

7. Abstract

La reazione di combattimento o fuga, o “fight or flight”, è una risposta neurologica che si attiva quando un evento viene percepito come pericoloso per la propria incolumità. E' riconosciuta come il primo stadio della sindrome generale di adattamento che regola le reazioni allo stress.

Il carcere è un contesto nel quale lo stress raggiunge livelli massimali e diviene disfunzionale per impossibilità di attuare reazioni fisiologiche di combattimento o fuga.

Ne consegue la messa in atto di comportamenti lesivi per l'incolumità propria o altrui da parte dei detenuti fino a situazioni estreme per perdita di significato della propria vita.

Lo strumento dell'ipnosi e della comunicazione ipnotica nel bagaglio professionale degli operatori sanitari in carcere rappresenta una modalità di approccio innovativa nella gestione dello stress in detenzione. Fornisce la possibilità di convogliare le risorse dei detenuti verso il recupero di potenzialità personali soffocate da precedenti ferite affettive. Ne deriva un percorso di ristrutturazione dei comportamenti capace di mostrare una vera possibilità di recupero in alternativa alla esiguità dei risultati che l'istituzione penitenziaria attualmente produce.

L'umanizzazione del rapporto, al di là del suo valore intrinseco, consente di restituire alla persona una dignità irrinunciabile, che si traduce nel recupero del significato della propria vita.

La parola utilizzata come farmaco viene proposta in alternativa o a fianco di rapide soluzioni medicalizzate nell'ottica di ridurre la prescrizione di sedativi o psicofarmaci.

L'esperienza che l'ipnosi consente, fornisce una comfort zone alternativa all'ambiente di vita difficile in cui il detenuto è inserito, modificando i comportamenti auto o eteroaggressivi che potrebbero manifestarsi.

Il riorientamento affettivo che cura le ferite profonde di chi ha commesso reati vuole portare ad un recupero autentico della persona che abbatta la recidiva e consenta in prospettiva di pensare al carcere come istituzione non più attuale nel mondo civile.

sempre alti
gli obituri
i calici
i sogni

8. Bibliografia

- [1] Kristoffersson G.K. (2013). Stress management techniques in the prison setting. *Journal of forensic nursing*. 9 (2): 111-117.
- [2] Calles-Rubiales N, Ibáñez del Prado C: (2020). Influence of prisoners' mental health on the relational climate of prisons. *Review Esp Sanid Penit*. 22(3):116-125
- [3] NODO ALLA GOLA (2024) : XX Rapporto di Antigone sulle condizioni di detenzione
- [4] Manconi L., Anastasia S., Calderone V., Resta F. (2022). *Abolire il carcere*. Chiarelettere editore, Milano
- [5] Mesmer F.A. (1779) , *Mémoire sur la découverte du magnétisme animal*. Didot Paris
- [6] Schellenbaum P. (1995). *La ferita dei non amati*. Red edizioni, Bussolengo (VR)
- [7] Pieri G. (2021) *Carcere - L'alternativa è possibile*. Editoresempre, Rimini
- [8] Casa circondariale di Rimini. Associazione Antigone: Scheda relativa alla visita svolta nel 2024
https://www.antigone.it/osservatorio_detenzione/emilia-romagna/91-casa-circondariale-di-rimini3939
- [9] newsrimini.it-Visita in carcere del Partito Radicale
- [10] Sette R. (2021) Fight against recidivism in Italy: A case study analysis. *Urban Crime - An International Journal*. Vol. 2-No 1- April 2021: 31-52
- [11] Rosenberg M.B (2003) *Le parole sono finestre [oppure muri]*. Edizioni Esserci, Reggio Emilia
- [12] Orlandi M. (2024) *La rivoluzione della cura*. Edizioni Romena
- [13] Cambareri D. (2024) *Ti sogno fuori*. Edizioni San Paolo
- [14] Pert C.B. (1997) *Molecole di emozioni*. TEA
- [15] Granone F. (1972) *Trattato di ipnosi*. UTET
- [16] Benedetti F. (2018) *La speranza è un farmaco*. Mondadori
- [17] Casiglia E. (2022) *Le cose accadono*. CLEUP