

CRIMINOLOGIA

01

Giovanni Cellini

“ALTERNATIVE AL CARCERE:
LA INTENSIVE PROBATION
E UN ESEMPIO DI TRATTAMENTO
INTENSIVO EFFICACE”

RASSEGNA ITALIANA DI
CRIMINOLOGIA
anno III - n. 1 - 2009

Il presente lavoro nasce e si realizza con l'obiettivo di trattare alcuni fra i più recenti sviluppi dei programmi di trattamento in libertà, alternativi al carcere. Porremo un'attenzione particolare alla *probation* e a quelle sue specifiche applicazioni caratterizzate da un forte orientamento alla riabilitazione; ci riferiremo soprattutto ai contesti di USA e Gran Bretagna, dove storicamente la *probation* è stata "inventata" e maggiormente sviluppata e dove, pertanto, si possono riscontrare significativi elementi di cambiamento e innovazione.

Partiremo quindi da una trattazione della *intensive probation*, per poi concentrare la nostra attenzione su un esempio di applicazione efficace di una simile alternativa al carcere: la *Multisystemic Therapy* (MST), sviluppata negli USA da S.W. Henggeler. Poco conosciuta e studiata in Italia, quest'ultima ha dato prove di efficacia, che cercheremo di evidenziare, nel trattamento di giovani con disturbi antisociali e con problemi di giustizia. A tale proposito faremo ampi riferimenti al testo base sull'argomento, di *Henggeler e coll.* (1998).

2 • Modelli di probation intensiva: rischi e risorse

La nuova generazione di *community corrections* è rappresentata da modelli di *probation* e *parole* caratterizzati da strategie orientate al controllo, quali stretto monitoraggio e intensiva sorveglianza, piuttosto che al trattamento. Questi modelli, sviluppatasi a partire dagli anni '80 del XX secolo in Canada e USA in particolare, sono stati denominati, a seconda del contesto di applicazione, "*Intensive Supervision Programs*" o "*Intensive Supervision Probation/Parole*" (la sigla è ISP o IPS). Obiettivi delle molte giurisdizioni degli USA che attuarono gli ISP erano: la riduzione del sovraffollamento carcerario, la riduzione del rischio per la sicurezza pubblica, il risparmio di risorse economiche e, soprattutto, la riduzione della recidiva.

Petersilia e Turner (1993), autori di una importante ricerca su 14 programmi di *probation* intensiva realizzati negli USA, spiegano che l'interesse verso gli ISP deriva da vari fattori. Innanzitutto vi è il dato dell'incremento, tra gli ammessi alla *probation*, del numero di autori di reati gravi: i bisogni e i problemi di queste persone, secondo i sostenitori degli ISP, non possono essere affrontati con il modello tradizionale di *probation*. Un altro motivo di interesse è dato dalla maggiore flessibilità della pena che gli ISP permettono, al fine di adattare le risposte al crimine commesso meglio di quanto non sia possibile fare attraverso le risposte tradizionali, in alternativa l'una con l'altra (carcere o *probation* "ordinaria"). Nelle ultime due decadi del XX

secolo, quindi, ogni Stato americano adotta programmi di *probation* intensiva, diretti a soggetti adulti; a monte di queste scelte vi è la convinzione che gli ISP possano ridurre la popolazione detenuta¹, diminuire i rischi per la sicurezza pubblica, risparmiare denaro pubblico. L'assunto di partenza, infatti, è che gli ISP costano meno del carcere: si ritiene che questi programmi prevenivano il crimine attraverso la stretta sorveglianza e quindi facciano da deterrente alla recidiva; ridotta la recidiva, ridotto il bisogno di ricorrere al carcere, quindi ridotti i costi.

In realtà, come vedremo meglio più avanti, tale assunto viene messo in discussione dagli autori della ricerca.

Petersilia e Turner (1993), mettendo a confronto gruppi di autori di reato sottoposti a IPS con gruppi di soggetti in *probation* tradizionale (gruppi di controllo), analizzano, nello specifico, i risultati di un progetto del National Institute of Justice (NIJ), che ha coinvolto, come detto, 14 programmi di *probation* intensiva, diretti a circa 2000 autori di reato, che non scontavano una pena per crimini violenti, realizzati in 9 Stati degli USA, lungo un periodo che va dal 1986 al 1991.

Questi programmi si caratterizzano per il forte orientamento al controllo e alla sorveglianza e per una maggiore rigidità rispetto alla *probation* tradizionale: maggior numero di contatti settimanali con l'operatore di *probation* (*probation officer*), più controlli – casuali e non preannunciati – sull'uso di droga, prescrizioni molto rigide.

I risultati della ricerca dimostrano, in primo luogo, che non vi è un rapporto diretto tra livello di contatti col *probation officer* e recidiva; ovvero non è chiaro se gli aspetti di sorveglianza abbiano un effetto positivo sul comportamento successivo del reo: ad esempio, sebbene la media di contatti diretti nel programma di Seattle (3,4 al mese) fosse molto inferiore a quella del programma di Macon (16,1), la percentuale di soggetti arrestati nuovamente dopo il termine del programma era molto simile (rispettivamente 46% contro 42%).

I risultati sulla recidiva, in generale, non sono positivi: in 11 dei 14 programmi studiati, la percentuale di arrestati durante il primo anno successi-

1 Negli USA, dal 1968 al 1993, la popolazione detenuta era quadruplicata; si veda in proposito *Marvell* (1995), che riprende dati ufficiali statali e federali: dai 187.274 detenuti (con pene di sei mesi o superiori) del 1968 si era passati ai 946.946 del 1993. Nello studio che stiamo analizzando, *Petersilia e Turner* (1993) sottolineano che, a fronte dell'aumento di "carcerizzazione" registrato negli USA, il livello di criminalità violenta è sostanzialmente cresciuto. La tendenza negli USA all'aumento dei tassi di criminalità dopo la Seconda Guerra Mondiale e fino agli inizi degli anni '90, viene analizzata, fra gli altri, da *Garland* (2004).

vo al termine del periodo di *probation* intensiva era infatti più elevata che nel gruppo di controllo.

Rispetto all'analisi costi-benefici si rileva, da un lato, che la ISP è più costosa della *probation* ordinaria; d'altro canto i costi giornalieri del carcere sono molto più elevati rispetto a quelli della *probation* intensiva. Nel caso specifico: se la media del costo annuale per ogni detenuto è 12000 dollari, per ogni condannato in ISP è di soli 4000. Molti dei partecipanti alla *probation* intensiva, tuttavia, commettendo nuovi reati, trascorrono parte dell'anno seguente al programma in carcere, eliminando in tal modo una quota del risparmio della misura alternativa alla detenzione; inoltre i risultati della ricerca dimostrano che i programmi di ISP portano a un maggior numero di incarcerazioni rispetto alla *probation* tradizionale, a causa dell'elevato numero di violazioni delle prescrizioni – che hanno come conseguenza, appunto, il carcere –, e dunque maggiori costi. Prescrizioni più stringenti, al punto da essere considerate fortemente afflittive dagli autori di reato sottoposti alla ISP², aumentano infatti la probabilità che esse siano violate da parte di un numero più ampio di soggetti.

Il risultato più importante della ricerca di Petersilia e Turner (1993), a nostro parere, è quello relativo al tema del trattamento: dove la componente trattamentale di programmi di ISP è stata più intensa, la recidiva è stata inferiore. Ad esempio nei casi di 2 programmi, attuati in California e in Texas, dove gli autori di reato hanno ricevuto un supporto da *counselors* (per problemi di alcool e droga), mantenuto il lavoro, risarcito il danno e svolto attività gratuite a favore della comunità, la percentuale di recidiva è stata tra il 10 e il 20% inferiore a quella di altre realtà in cui queste attività trattamentali non erano previste. Inoltre si è visto che i risultati migliori si sono avuti dove vi è stata maggiore partecipazione dei condannati alle attività di trattamento, in particolare quelle relative alle sostanze stupefacenti; in tutte le sedi dei 14 programmi circa la metà dei soggetti ha riportato problemi di droga e in molti casi lo staff della ISP ha incontrato difficoltà ad ottenere, dai servizi specialistici, trattamenti appositi per i tossicodipendenti (non stupisce pertanto che per circa un terzo di tutti i recidivi il nuovo arresto era dovuto a reati legati all'uso di droga).

È stato quindi dimostrato che questi programmi di *probation* intensiva

2 Nella Costa County, California, una delle 14 realtà in cui è stata attuata la sperimentazione oggetto della ricerca di Petersilia e Turner (1993), sono state somministrate delle interviste ai partecipanti alla ISP, sul tema della percezione della rigidità del programma. I risultati di queste interviste evidenziano che gli autori di reato sottoposti a *probation* intensiva ritengono di avere una maggiore probabilità di essere arrestati per violazioni delle prescrizioni, rispetto ai condannati in *probation* ordinaria.

non riducono la recidiva, a meno che non siano realizzati con una forte componente trattamentale-riabilitativa che integri quella di controllo.

Si tratta di un risultato importante, confermato da ricerche sulla *probation* svolte in realtà diverse da quella statunitense. McIvor (1991), ad esempio, studiando il contesto britannico, sottolinea come le *community corrections* raggiungano i risultati migliori quando gli obiettivi non vengono limitati al controllo, ma sono costruttivi e centrati sull'ambiente di vita del soggetto e quando gli approcci tengono in considerazione le difficoltà e i problemi degli autori di reati. Analogamente, in Svezia, alcune sperimentazioni sul monitoraggio elettronico – strumento di massimo controllo intensivo – hanno dimostrato che questo funziona se usato come parte di un complesso ampio di attività di *probation* (Van der Laan, 1999).

Dunque modelli di *probation/parole* centrati su strategie di controllo come stretto monitoraggio e sorveglianza intensiva hanno evidenziato una sostanziale inefficacia. Al contrario, programmi di *probation* caratterizzati da un forte orientamento al trattamento e alla riabilitazione hanno dato risultati positivi, a partire dalla riduzione della recidiva, e si propongono come la nuova generazione di *community corrections*; tali risultati sono emersi soprattutto da recenti innovazioni nel trattamento della delinquenza giovanile cronica, in particolare dall'approccio della Terapia Multisistemica (MST), che illustreremo di seguito come esempio di trattamento intensivo efficace.

Sviluppata da S.W. Henggeler, psichiatra statunitense, professore alla Medical University della South Carolina, la MST è un modello di trattamento rivolto a giovani con seri disturbi del comportamento, che entrano in contatto col sistema della giustizia penale e/o con i servizi di salute mentale. Basato sulla permanenza in famiglia, tale modello cerca di modificare le modalità di “funzionamento” del giovane nei suoi ambienti naturali – casa, scuola, quartiere, gruppo dei pari –, in modo da promuovere il comportamento positivo e da far diminuire quello antisociale; i suoi obiettivi, quindi, sono quelli di: ridurre l'attività criminale dei giovani, ridurre altri tipi di comportamenti antisociali – come l'abuso di alcool e droga –, raggiungere questi obiettivi con risparmio di risorse economiche e diminuendo il ricorso al carcere e alle collocazioni al di fuori dell'ambiente familiare-domestico.

La terapia multisistemica propone quindi un approccio che utilizza un modello individualizzato di trattamento, basato sulla collaborazione con le famiglie, al fine di individuare quei fattori, nella rete sociale del giovane, che determinano i suoi problemi e quelli che possono contribuire ad attenuarli.

I gravi disturbi antisociali dei giovani, come problemi di condotta, uso di sostanze stupefacenti, delinquenza, sono determinati da più fattori:

- caratteristiche individuali, quali: scarse abilità verbali, atteggiamento favorevole al comportamento antisociale, sintomatologia psichiatrica;
- caratteristiche della famiglia: mancanza di controllo, disciplina lassista e inefficace, elevato livello di conflittualità, difficoltà dei genitori come abuso di droga, condizioni psichiatriche e precedenti penali;
- relazioni col gruppo dei pari: tendenza ad associarsi con i coetanei devianti, scarse capacità relazionali, difficoltà ad associarsi con i coetanei ben integrati nella società;
- fattori scolastici: risultati scadenti, abbandono scolastico, aspetti logistici come strutture fatiscenti e ambienti caotici;
- caratteristiche del quartiere e della comunità circostante: elevata mobilità, poco supporto e disponibilità da parte dei vicini, elevata disorganizzazione, sottocultura criminale (Henggeler et al., 1998).

La MST si fonda su basi teoriche compatibili con questa multifattorialità, in particolare sulla teoria dei sistemi (Von Bertalanffy, 1968) e sulla teoria dell'ecologia sociale (Bronfenbrenner, 1979).

La **teoria dei sistemi** elabora un paradigma che prevede lo spostamento da una visione dei fenomeni meccanicistica e lineare ad una prospettiva che osserva la causalità come occorrenze simultanee, influenze reciproche, fenomeni interrelati. Con la visione sistemica, il tutto rappresenta qualcosa in più della somma delle parti. Mentre il tradizionale paradigma scientifico è caratterizzato dalla causalità lineare e da concezioni binarie e meccanicistiche, la teoria dei sistemi studia i fenomeni, quindi anche i comportamenti, come globalità e come interazione dinamica delle loro parti. Inoltre ogni fenomeno/comportamento è visto come il risultato di una pluralità di cause.

Il paradigma sistemico si pone come prospettiva interdisciplinare e pertanto si è sviluppato ed evoluto in varie aree della scienza.

Come detto, anche la **teoria dell'ecologia sociale** gioca un ruolo fondamentale nell'elaborazione della MST. Bronfenbrenner (1979) paragona l'ambiente individuale ad *“un insieme di strutture contenute l'una nell'altra, come un set di bambole russe. Al livello più interno, al centro, vi è l'ambiente che contiene la persona”*; ogni struttura è quindi vista come un sistema o sottosistema, che gioca un ruolo che integra la vita della persona.

Come la teoria dei sistemi, *“la teoria dell'ecologia sociale vede gli individui come entità in crescita, che ristrutturano i loro ambienti di vita, contemporaneamente influenzati da questi ambienti stessi”* (Henggeler et al., 1998). La teoria dell'ecologia sociale si differenzia invece dalla teoria dei sistemi nell'attenzione all'influenza reciproca dei più ampi e più numerosi contesti nella vita di un

individuo: se le interazioni tra individuo e famiglia o scuola sono viste come importanti, le connessioni tra sistemi (o cerchi concentrici) sono considerate altrettanto importanti.

4 • I principi del trattamento della MST

La MST si basa su 9 principi, che illustreremo in sintesi in questo paragrafo, sempre seguendo il modello di Henggeler (1998):

“Principio 1. Lo scopo primario della valutazione della MST è di comprendere il legame tra i problemi individuati e il loro contesto sistemico allargato”.

La MST quindi si concentra sui fattori che contribuiscono, direttamente o indirettamente, ai problemi comportamentali; questi, in generale, riguardano tanto gli scambi tra il ragazzo e i sistemi multipli in cui egli è inserito (famiglia, gruppo dei pari, scuola e quartiere) quanto gli scambi tra questi stessi sistemi (famiglia-scuola, famiglia-gruppo dei pari). Così il terapeuta cerca di stabilire come ogni fattore, singolo o in combinazione, aumenta o diminuisce la probabilità di problemi di comportamento del giovane.

“Principio 2. I contatti terapeutici enfatizzano il positivo e usano i punti di forza del sistema come leve di cambiamento”.

Il successo del trattamento di seri problemi comportamentali nei ragazzi è legato alla realizzazione della collaborazione con le famiglie e allo sviluppo di un'alleanza di supporto con queste. In altre parole, se il terapeuta vede la famiglia sotto una luce negativa, la famiglia stessa percepisce questo atteggiamento negativo e lo sviluppo di un'alleanza tra terapeuta e famiglia diventa difficile. Porre attenzione, invece, sui punti di forza e sulle interazioni, aumenta la probabilità di buoni risultati; in particolare aiuta ad individuare i fattori di protezione (ad esempio le risorse familiari e i supporti della società) che conducono allo sviluppo di interventi supportati da migliori informazioni e diminuisce la frustrazione di terapeuta e famiglia, enfatizzando il *problem solving* (ad esempio ponendo l'attenzione su come possono avvenire i cambiamenti desiderati anziché chiedersi il perché di comportamenti così negativi).

“Principio 3. Gli interventi mirano a promuovere il comportamento responsabile e a far decrescere quello irresponsabile tra i membri della famiglia”.

Aumentare il comportamento responsabile dei ragazzi è un obiettivo più facilmente raggiungibile rispetto a quello di trattare la “psicopatologia”; questa, infatti, come riflesso in etichette diagnostiche quali *disturbo del comportamento*, *disturbo borderline di personalità* e così via, implica un'entità fissa e potenzialmente intrattabile.

Per promuovere il comportamento responsabile viene usata solitamente l'applicazione sistematica di rinforzi positivi e di disciplina. Tra le linee-guida di tale applicazione (delineate dai teorici dell'apprendimento sociale), si evidenziano le seguenti:

- le possibilità devono essere spiegate chiaramente al giovane ed adattarsi alla natura del comportamento (ad esempio: non rientrare all'ora prestabilita potrebbe significare stare a casa il weekend successivo; rubare comporta la restituzione del valore del furto);
- il giovane dovrebbe sempre comprendere la ragione delle regole e dovrebbe essere stimolato al loro rispetto;
- l'uso di rinforzi per promuovere il comportamento responsabile va enfatizzato; i genitori non dovrebbero dare per scontato il comportamento "buono", ma sottolineare quest'ultimo come obiettivo importante per le sue conseguenze positive;
- la disciplina deve prevedere attività costruttive (ad esempio lavori in casa) accanto a privazioni, da rinforzare positivamente (ad esempio: uso del telefono o dei videogiochi);
- la disciplina fisica deve essere scoraggiata, in quanto potrebbe aggravare i frequenti problemi di aggressività che i giovani già hanno; inoltre potrebbe incrinare le relazioni affettive genitore-bambino, che rappresentano uno dei fuochi della MST;
- la sanzione deve essere minore per minori trasgressioni; più significativa per quelle maggiori;
- la durata delle punizioni non deve eccedere quella delle trasgressioni.

In ogni situazione il terapeuta deve essere preparato a rinforzare il comportamento positivo dei genitori attraverso elogi e incitamenti per i loro sforzi; deve anche aiutare la costruzione di rinforzi "naturali" nell'ambiente vicino ai genitori (ad esempio facendo in modo che la nonna elogi i genitori perché aiutano i figli nei compiti).

“Principio 4. Gli interventi sono focalizzati sul presente, orientati all'azione, relativi a problemi specifici e ben definiti”.

La MST pone l'accento sulle circostanze attuali della vita familiare come un passo verso il cambiamento del suo "funzionamento" futuro. Questo approccio contrasta con quelli che concentrano molta attenzione sull'analisi del passato della famiglia.

La brevità della MST richiede che la famiglia lavori sulla risoluzione di problemi che persistono da lungo tempo, e che questa sia messa nelle condizioni (insieme agli altri soggetti dell'ambiente in cui è inserita) di raggiungere gli obiettivi. Se l'analisi del terapeuta è corretta, se il terapeuta e la famiglia concordano sugli obiettivi e sui metodi per raggiungerli, se la famiglia lavora intensamente per raggiungere quegli obiettivi, i risultati positivi di solito emergono. Inoltre se la famiglia e il terapeuta sono orientati al fare, vengono spesso registrati miglioramenti ulteriori.

“Principio 5. Gli interventi designano come bersaglio sequenze di comportamento dentro e tra i sistemi in cui sono presenti i problemi identificati”.

Questo principio orienta il professionista verso la modifica di quegli aspetti delle relazioni familiari e dell’ambiente sociale che sono legati a problemi ben definiti. Così gli interventi sono basati sulla valutazione da parte del terapeuta, delle sequenze di comportamenti dentro la famiglia che attenuano o contribuiscono a far persistere il problema.

Molta attenzione è dedicata, inoltre, agli scambi tra i sistemi che sono associati al problema; ad esempio la MST cerca di mettere i genitori nelle condizioni di sganciare il giovane dai gruppi di coetanei devianti e di facilitare il loro avvicinamento ai coetanei ben integrati nella società; inoltre aiuta le famiglie a sviluppare un supporto sano legato al proprio ambiente (da parte di vicini, amici, famiglia allargata, membri della parrocchia, ecc.).

“Principio 6. Gli interventi sono stabiliti in funzione delle differenti fasi di sviluppo e si adattano ai bisogni di queste”.

I giovani e coloro che si prendono cura di loro hanno differenti bisogni a seconda dei periodi della loro vita. Ad esempio, per i bambini e gli adolescenti giovani occorrono sforzi notevoli diretti ad aumentare il controllo da parte dei genitori; mentre per gli adolescenti più grandi gli interventi dovrebbero essere più diretti a preparare il giovane ad entrare nel mondo degli adulti.

Inoltre il professionista, nel predisporre gli interventi individuali, deve tener conto del livello di sviluppo cognitivo e sociale: ad esempio, un diciassettenne che ha un’età mentale ed una maturità sociale di un quattordicenne va trattato in maniera molto diversa da un diciassettenne che ha una rete di amici sui vent’anni.

Altro fattore importante, quando si individuano gli interventi, è la fase di sviluppo di chi si occupa dei giovani: ad esempio, i nonni che sono coinvolti con un ruolo primario della cura dei ragazzi-nipoti hanno bisogni molto diversi da quelli di un genitore tradizionale.

Infine, per mettere in atto interventi appropriati, occorre tener conto degli scambi del soggetto con i sistemi extrafamiliari. Sfortunatamente i giovani con disturbi antisociali tendono a sviluppare relazioni con i coetanei che esercitano su di essi influenze negative; gli interventi dovrebbero quindi centrarsi sulla determinazione di modi in cui può essere sviluppata l’amicizia con i coetanei ben integrati nella società, anche rimuovendo le barriere che impediscono quest’amicizia.

“Principio 7. Gli interventi sono concepiti in modo da richiedere un impegno giornaliero o settimanale da parte dei membri della famiglia”.

Progettare interventi che richiedano impegni giornalieri e settimanali, porta una serie di vantaggi:

- i problemi identificati possono essere risolti più velocemente;
- la non adesione al trattamento diventa subito evidente e quindi il terapeuta può subito identificare i cambiamenti da operare;
- i risultati del trattamento possono essere valutati continuamente e quindi vi sono maggiori opportunità per eventuali azioni correttive;
- i membri della famiglia, con una frequenza giornaliera di interventi, hanno maggiori opportunità di ricevere feedback positivi; tali rinforzi promuovono la motivazione della famiglia e il mantenimento del cambiamento.

“Principio 8. L’efficacia dell’intervento è valutata continuamente da prospettive multiple e ci si assume la responsabilità di superare le barriere che ostacolano i risultati di successo”.

Questo principio assicura che il terapeuta abbia una visione continua ed accurata del procedere del trattamento e, quindi, riceva prontamente feedback sulla fattibilità degli interventi. La maggior parte degli interventi, se ben messi in atto, danno i risultati programmati in breve tempo (1-2 settimane al massimo). Se l’intervento non funziona, quindi, se ne può subito prendere in considerazione uno alternativo; di solito, infatti, i problemi possono essere risolti in molti modi.

“Principio 9. Gli interventi sono concepiti per promuovere un trattamento generalizzato e il mantenimento a lungo termine del cambiamento terapeutico, mettendo in grado i terapeuti di indirizzare i bisogni dei membri della famiglia all’interno di contesti multi-sistemici”.

Progettare interventi che promuovano la generalizzazione del trattamento e il mantenimento dei risultati positivi implica che il terapeuta favorisca l’*empowerment* dei soggetti trattati. L’*empowerment*, secondo una prospettiva multisistemica, si riferisce al fatto che i membri della famiglia entrino in possesso delle capacità di affrontare in modo efficace ed indipendente le inevitabili sfide dell’educazione dei ragazzi. Il professionista quindi:

- enfatizza lo sviluppo delle abilità che i membri della famiglia utilizzeranno per muoversi nel loro ambiente sociale;
- sviluppa la capacità dei membri della famiglia di far fronte ai problemi presenti e futuri;
- accentua i punti di forza e le risorse della famiglia;
- utilizza molto i fattori protettivi disponibili nell’ambiente naturale.

La priorità è chiaramente quella di sviluppare le risorse dell’ambiente di vita (amici, vicini, famiglia allargata) piuttosto che altri servizi esterni.

Il terapeuta, infine, per aumentare la probabilità della generalizzazione e del mantenimento dei risultati, incoraggia e rinforza lo sviluppo delle abilità di *problem solving* della famiglia, individua coloro che nell’ambiente sociale possano rafforzare i nuovi e positivi comportamenti dei membri della famiglia (casa, scuola, comunità), promuove la generalizzazione quando è ne-

cessaria (ad esempio, facendo in modo che il giovane manifesti il “buon comportamento” non solo verso gli adulti, ma anche nei confronti di fratelli e coetanei).

5 • Come viene attuata la MST

Si è visto che la MST pone l’accento sul cambiamento delle famiglie dei giovani seguiti e del loro ambiente sociale.

Si è anche evidenziato che la MST richiede un trattamento intensivo. Quando ci si trova di fronte a situazioni – come quelle trattate da questo tipo di terapia – in cui i giovani sono a rischio concreto ed imminente di una collocazione al di fuori dell’ambiente familiare (carcere, istituto, comunità, ecc.) l’intensità dei bisogni richiede una risposta altrettanto intensa.

Pertanto, la MST è un vero e proprio modello di servizio alle persone, basato sull’ambiente familiare-domestico, le cui caratteristiche chiave, seguendo lo schema di Henggeler (1998), sono:

- **basso numero di casi da seguire: di solito da 3 a 6 famiglie per un terapeuta a tempo pieno**
- **fornire il servizio di MST nell’ambiente naturale della famiglia: casa, scuola, quartiere**
- **durata limitata del trattamento: 3-5 mesi per famiglia, a seconda della gravità dei problemi e dei successi degli interventi**
- **il terapeuta opera all’interno di un team, formato da 3 o 4 professionisti, ognuno dei quali ha in carico il caso**
- **disponibilità di un terapeuta (o almeno di un praticante) del team, 24 ore su 24 e 7 giorni su 7**
- **fissare gli appuntamenti secondo le convenienze e la disponibilità della famiglia, ad esempio di sera o nei weekend**
- **contatti quotidiani, face to face o telefonici, con le famiglie.**

Va ricordato inoltre che, al fine di garantire elevati livelli di efficacia del trattamento, è prevista una costante attività di supervisione clinica dei team che svolgono la MST.

L’intento di questo modello è di fornire un servizio intensivo, che sia alternativo a collocazioni al di fuori dell’ambiente familiare domestico.

Un siffatto modello, *home-based*, ha una serie di vantaggi, tra i quali (Henggeler et al., 1998):

- i dati valutativi delle situazioni, che formano la base del programma di trattamento, hanno una validità molto maggiore quando raccolti nei contesti dove i problemi si manifestano;

- servizi *home-based* riducono fortemente le barriere di accesso ai servizi istituzionali tradizionali, che si manifestano soprattutto per quelle famiglie (come quelle con ragazzi con disturbi antisociali) che evitano di mostrare e di esporre i loro problemi a questi servizi; ciò ha effetti positivi sulla tenuta delle famiglie e dei giovani: il 98% dei casi seguiti, infatti, porta a termine l'intero percorso di MST (Henggeler *et al.*, 1996);
- andare dalle famiglie e comunicare con queste nel loro ambiente è un messaggio di rispetto, da parte del professionista, che facilita l'approccio e l'alleanza terapeutica;
- i progressi del trattamento possono essere meglio monitorati e, quindi, eventuali aggiustamenti e correzioni possono essere apportati più velocemente e più facilmente realizzati.

6 • Alcuni risultati significativi della MST

L'applicazione della MST è iniziata negli USA verso la fine degli anni '70 del XX secolo; si tratta quindi di un modello di trattamento relativamente recente. Negli ultimi anni sono state spese risorse significative per effettuare ricerche rigorose sull'efficacia della MST.

La valutazione più comprensiva ed estensiva della MST è stata realizzata da Borduin *et al.* (1995), attraverso la comparazione della MST, basata sulle risorse familiari (*home-based*), con la terapia individuale (IT), attuata in studio (*office-based*). Questa ricerca è stata effettuata su 200 giovani autori di reato, di età compresa tra 12 e 17 anni (e sulle rispettive famiglie), individuati dal Dipartimento di giustizia minorile, assegnati in modo casuale alla MST (n=92) o alla IT (n=84) -vi furono 24 rifiuti-. I giovani autori di reato avevano significativi tassi di recidiva (una media di 4,2 arresti precedenti; il 63% aveva subito carcerazioni); il 67% erano maschi; il 70% erano bianchi, il 30% afroamericani. Il 65% dei giovani proveniva da famiglie caratterizzate da un basso livello socioeconomico, il 53% viveva con entrambi i genitori.

L'analisi, effettuata con una serie di valutazioni standardizzate prima e dopo il trattamento multisistemico, evidenzia, nei casi assegnati alla MST, cambiamenti nel "funzionamento" della famiglia, che vengono ritenuti tali da portare alla riduzione del comportamento deviante dei giovani criminali cronici. In particolare, i membri della famiglia incrementano il supporto reciproco e diminuiscono l'ostilità e il conflitto durante le loro discussioni; inoltre, i genitori coinvolti nella MST mostrano maggiori riduzioni di sintomatologia psichiatrica rispetto ai genitori di quei giovani che hanno seguito la terapia individuale. I risultati più interessanti appaiono però quelli sulla recidiva, registrati nei 4 anni successivi alla conclusione del tratta-

to (*follow-up*): coloro che hanno seguito il percorso completo della MST hanno meno probabilità di essere nuovamente arrestati. In particolare (si veda il grafico 1), gli autori di reato che hanno completato la MST hanno un tasso di recidiva sensibilmente inferiore (22%) rispetto a coloro che hanno interrotto la MST (47%), ai giovani che hanno completato la IT (71%), ai giovani che hanno interrotto la IT (71%), a quelli che hanno rifiutato qualsiasi trattamento (88%). Significativo anche il dato che mostra come quelli che interrompono la MST hanno un minor rischio di essere nuovamente arrestati di quelli che portano a termine il trattamento individuale. Ulteriori risultati significativi sono i seguenti: fra i giovani nuovamente arrestati durante il periodo di *follow-up*, quelli che hanno seguito la MST sono di meno e perseguiti per reati meno gravi, rispetto a quelli sottoposti alla IT; inoltre i giovani seguiti con la MST hanno meno probabilità di essere arrestati per crimini violenti; infine, chi ha sperimentato la terapia multisistemica viene arrestato nuovamente per reati legati all'uso di droga in misura molto minore di coloro che hanno seguito la terapia individuale.

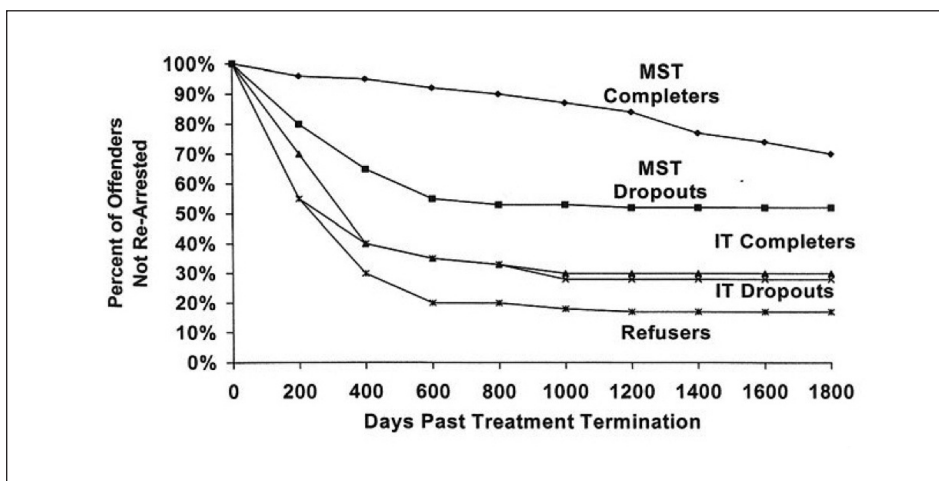


GRAFICO 1. La MST e la recidiva
 Fonte: Henggeler et al. (1998), pag. 241

Va sottolineato che i risultati della ricerca di Borduin *et al.* (1995) mostrano che l'efficacia della MST non viene modificata dalle condizioni demografiche (razza -bianchi/afroamericani-, età, classe sociale, genere, precedenti carcerazioni).

Un'altra importante ricerca (Henggeler *et al.*, 1992), realizzata a Simpsonville, South Carolina, dal Dipartimento di salute mentale in collaborazione col Dipartimento di giustizia minorile, esamina la MST come alternativa al carcere di giovani autori di reato violenti e cronici. L'obiettivo primario del

progetto alla base di questa ricerca era quello di diminuire l'attività criminale, le collocazioni al di fuori dell'ambiente familiare-domestico, i costi dei servizi. Il progetto includeva 84 giovani (autori di reato recidivi), il 54% dei quali arrestato per crimini violenti. Il 77% dei giovani era di sesso maschile, l'età media era 15,2 anni; il 25% non viveva con nessuno dei due genitori biologici; il 26 % erano afroamericani, il resto bianchi. I giovani furono destinati in modo casuale a ricevere la MST (n=43) o i servizi tradizionali del Dipartimento di giustizia minorile dalla South Carolina (n=41). La durata media del trattamento fu 13 settimane. Le serie di valutazioni, consistenti in strumenti di misurazione standardizzati, vennero effettuate prima e dopo il trattamento.

I risultati dello studio di Simpsonville mostrano l'efficacia della MST nella riduzione dei tassi di attività criminale e di istituzionalizzazione. Nel periodo di 59 settimane dopo il trattamento, i giovani che hanno ricevuto la MST hanno un tasso di riarresto significativamente inferiore (0,87 contro 1,52) e meno settimane trascorse in carcere (5,8 contro 16,2) rispetto a quelli che invece sono stati seguiti dai servizi tradizionali. Quindi, coloro che hanno seguito la MST, anche se trascorrono una media di 73 giorni in più nella comunità (all'esterno del carcere), commettono meno reati. I dati del periodo di 2,4 anni seguenti al trattamento testimoniano inoltre la capacità della MST di ridurre la recidiva nel lungo termine: le differenze dei tassi di recidiva tra i giovani autori di reato sottoposti alla MST e quelli in carico ai servizi tradizionali si mantengono pressoché costanti nel lungo periodo (grafico 2).

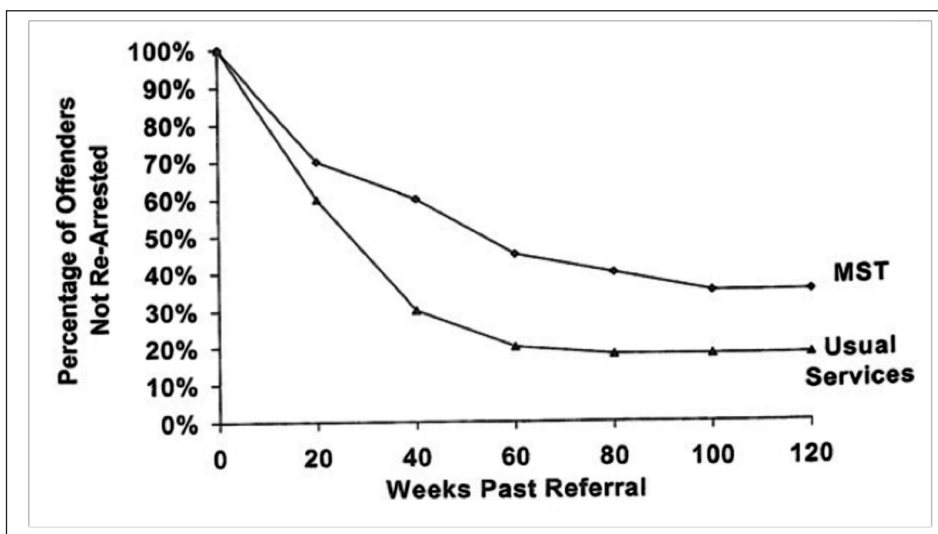


GRAFICO 2. La MST e la recidiva

Fonte: Henggeler et al. (1998), pag. 244

I due studi appena richiamati, di Borduin *et al.* (1995) e Henggeler *et al.* (1992), sono stati i primi a dimostrare la riduzione della recidiva per giovani autori di reati gravi sottoposti alla MST; questi risultati di successo hanno dato l'avvio a diversi altri studi e progetti sull'applicazione della MST come modello efficace.

Tra questi evidenziamo in primo luogo una ricerca di Schaeffer e Borduin (2005), che esaminano l'attività criminale a lungo termine di 176 giovani autori di reato violenti e cronici, che hanno partecipato o alla terapia multisistemica (MST) o alla terapia individuale (IT). Vengono quindi analizzati i dati su arresti e carcerazioni dopo un *follow-up* medio di 13,7 anni, quando l'età media dei partecipanti era di 28,8 anni. I risultati mostrano che i partecipanti sottoposti alla MST hanno minori tassi di recidiva rispetto alle loro controparti (IT): rispettivamente 50% vs 81%. Inoltre chi ha seguito la MST subisce minori arresti (57% in meno). Questa ricerca dimostra quindi l'efficacia dell'approccio multisistemico nel ridurre l'attività criminale di giovani autori di reati violenti ed è, ad oggi, quella che analizza i risultati della MST nel più lungo periodo di *follow-up*.

Un altro studio, di Henggeler, Clingempeel, Brondino, Pickrel (2002), è stato effettuato su 118 giovani autori di reato con problemi di tossicodipendenza. Di questi, 80 hanno partecipato alla ricerca sul *follow-up* di 4 anni, che mette a confronto coloro che sono stati sottoposti alla MST con quelli seguiti dai servizi tradizionali. Le valutazioni, basate su una metodologia complessa e diversificata, hanno riguardato il comportamento illecito, l'uso di droga e la sintomatologia psichiatrica. Tra i risultati più importanti si evidenziano significativi effetti sull'attività criminale aggressiva, con una media di 0,15 condanne all'anno per chi aveva seguito la MST, contro lo 0,57 di chi aveva usufruito dei servizi tradizionali, e sui tassi di astinenza dall'uso di droga : 55% (MST) vs 28% (servizi tradizionali).

La MST ha trovato applicazione anche in contesti diversi da quello statunitense. Citiamo in proposito due recenti ricerche, su giovani con gravi comportamenti antisociali, realizzate in Norvegia. Un primo studio (Ogden, Hagen, 2006) ha riguardato 100 adolescenti norvegesi con seri disturbi antisociali, assegnati secondo un procedimento casuale alla MST o ai servizi tradizionali del sistema di *welfare*; nel *follow-up* di 18 mesi, la MST si è dimostrata più efficace nella riduzione dei sintomi dei disturbi antisociali, nella diminuzione di collocazioni extra-familiari, nell'aumento di abilità sociali. Questi risultati sono stati confermati da una seconda ricerca (Ogden, Hagen, Andersen, 2007), di poco successiva e strettamente legata a quella appena citata, che è stata svolta con un metodo molto articolato, in due fasi temporali diverse, su un gruppo di 105 adolescenti, di età compresa tra 12 e 17 anni, in prevalenza maschi.

Per completare la disamina di alcuni dei risultati più significativi della

MST, si ritiene importante evidenziare che sono presenti nella letteratura scientifica studi in controtendenza rispetto a quelli appena ricordati. In particolare Littell, Popa, Forsythe (2005) hanno realizzato una rassegna dei programmi di MST attuati, effettuando una ricerca su archivi bibliografici elettronici (tra i quali Cochrane Library), su siti *web* dei Governi e a carattere scientifico, e mediante interviste ad esperti. La ricerca ha selezionato quegli studi riguardanti giovani di età compresa tra i 10 e i 17 anni, con problemi sociali e/o di comportamento, sottoposti a programmi di MST, che venivano messi a confronto con i servizi tradizionali o altri tipi di trattamento. Tra gli studi analizzati (266 fra titoli e *abstracts*, 95 *reports* integrali, 35 studi specifici), i ricercatori ne hanno selezionati 8 in particolare, dei quali 6 realizzati negli USA, 1 in Canada, 1 in Norvegia. Da questi sono stati estratti e valutati alcuni dati significativi. Secondo questa ricerca, basata su critiche ad alcuni limiti metodologici dell'approccio multisistemico (come il numero dei partecipanti ai programmi, ritenuto statisticamente poco significativo), i risultati degli studi analizzati tendono ad essere in favore della MST, ma con effetti molto modesti; non è chiaro quindi se la MST abbia vantaggi clinicamente significativi rispetto agli altri servizi. La MST non è dunque "né migliore né peggiore" degli altri interventi presi in considerazione; ciò però non significa, sottolineano gli autori, che la MST sia inefficace in assoluto. Interessante, fra gli altri, il risultato relativo all'applicazione della MST fuori dal contesto statunitense: viene evidenziato che uno degli 8 studi selezionati, realizzato in Canada (*Leschied, Cunningham, 2002*) non mostra differenze significative nei risultati sul comportamento disturbato di giovani sottoposti a MST rispetto a quelli che usufruiscono dei servizi tradizionali. Gli autori commentano che una possibile ragione di questo risultato sia da ricondurre al fatto che i servizi sociali, sanitari ed educativi del Canada si caratterizzano per una maggiore presenza e "robustezza" rispetto a quelli degli USA.

• Conclusioni

Il contesto statunitense si caratterizza per scelte politiche tese a destinare una grossa quota di risorse fiscali all'allontanamento dei giovani antisociali e con problemi di giustizia dal loro contesto di vita: familiare, di quartiere, della comunità. Circa il 70% del bilancio nazionale sulla salute mentale dei giovani e degli adolescenti viene speso per collocazioni esterne all'ambiente familiare (*Burns, Friedman, 1990*). Eppure vi sono prove dell'inefficacia delle più costose e restrittive collocazioni *out-of-home*.

Ad esempio, studi effettuati nello stato dell'Oregon, mostrano che i più qualificati ed importanti programmi di intervento realizzati su bambini con

problemi di aggressività ottengono successi solo fino a quando non avviene il rientro nel contesto familiare, e che l'unico modo per superare le difficoltà è dato dal lavoro sul nucleo familiare, appunto, e sull'ambiente naturale dei bambini stessi. Gli interventi sul solo bambino, infatti, compresi quelli a carattere residenziale, vengono neutralizzati al rientro in famiglia, con il ripetersi di quelle stesse dinamiche che stanno alla base dei disturbi del comportamento (Patterson, Reid, Dishion, 1992).

Un altro dato da evidenziare è che spesso nelle collocazioni esterne alla famiglia avviene l'aggregazione di giovani problematici. Studi longitudinali dimostrano che l'inserimento di ragazzi con disturbi comportamentali in programmi di trattamento di gruppo produce, nel lungo periodo, effetti negativi in termini di delinquenza e malattia mentale. L'influenza dei pari devianti, quindi, supera ed annulla quella del terapeuta che si prende cura del giovane (Dishion, McCord, Paulin, 1999³).

Vi sono poi diverse ricerche che dimostrano come i servizi tradizionali di salute mentale per bambini e adolescenti, basati sui contatti in ufficio (*office-based*), non danno prova di grande efficacia (Weiss, Weiss, Donenberg, 1992).

Coerentemente con i risultati delle ricerche appena richiamati, i sostenitori MST sottolineano l'efficacia dell'approccio da loro utilizzato nel trattamento dei giovani con disturbi antisociali e ritengono che ne conseguano importanti implicazioni di *policy*. Essi, in particolare, propongono: la redistribuzione dei fondi di spesa da servizi *institution-based* a servizi *community-based*, l'aumento della responsabilità di chi fornisce questi servizi, il miglioramento della formazione dei professionisti che si occupano del disagio mentale (Henggeler et al., 1998).

Si tratta di mutamenti delle politiche sociali che sono certamente di non facile attuazione in un contesto come quello degli USA, dove, per usare le parole dello stesso Henggeler (1998), *“l'opinione pubblica crede che i giovani autori di reato debbano essere rimossi dalla comunità, che quello di cui essi hanno bisogno è disciplina e che loro famiglie non meritino aiuti; parallelamente le televisioni commerciali sono utilizzate per convincere il pubblico che l'ospedalizzazione psichiatrica privata è la risposta adeguata a problemi come la depressione dei bambini,*

3 Questi autori hanno analizzato un programma finalizzato alla prevenzione individuale della delinquenza, iniziato negli anni '30 del XX secolo e realizzato in due città industrializzate del Massachusetts: Cambridge e Somerville. Essi rilevarono, in particolare, che nel corso di questo programma molti ragazzi erano stati inviati a campi estivi. Nella loro ricerca *follow-up*, fatta a 40 anni di distanza dall'intervento, Dishion e McCord constatarono che i ragazzi che avevano partecipato più volte a questi campi estivi avevano 10 volte di più rispetto al gruppo di controllo la probabilità di andare incontro ad un'evoluzione negativa (criminalità, malattia mentale, morte precoce).

mentre i servizi di salute mentale community-based non hanno budget pubblicitari per competere”.

Riteniamo importante sottolineare l'efficacia, che abbiamo cercato di illustrare, di interventi tesi a mantenere il giovane nel proprio ambiente di vita e, aspetto che a volte rischia di passare in secondo piano, centrati sul rapporto diretto e sul contatto costante tra il giovane e i professionisti esperti che lo seguono⁴.

Lontani dall'idea di aver descritto, attraverso la trattazione dell'opera di Henggeler, un modello da esportare *tout court*, ma interessati ad una modalità di trattamento di autori di reato che ha dimostrato di poter dare buoni risultati, riteniamo di concludere con un'ipotesi di adattamento dello strumento della MST al contesto italiano, con riferimento al sistema penitenziario. Considerate le caratteristiche e soprattutto i principi della MST, si reputa che questa potrebbe trovare forme di applicazione sperimentale nel settore della giustizia minorile, come percorso alternativo al carcere. Si potrebbe ad esempio prevedere che, nei casi di giovani con comportamenti antisociali e in possesso di requisiti ben definiti (quali ad esempio: presenza e disponibilità della famiglia, motivazione e adesione al percorso da parte del giovane, durata della pena compatibile con quella della terapia multisistemica, ecc.) il servizio sociale minorile (USSM – Ministero della Giustizia), possa inviare il minore al percorso di MST, che andrebbe condotto da un gruppo di terapeuti esterni, ad esempio del servizio di salute mentale dell'ASL e/o del privato sociale, con cui il Ministero della Giustizia potrebbe prevedere delle convenzioni. L'invio sarebbe preferibile in fase di indagini preliminari, in quanto svincolerebbe la MST da provvedimenti di tipo “prescrittivo”, accentuando così la reciproca e positiva accettazione tra giovane e terapeuta, che costituisce uno dei principi della MST.

È evidente peraltro che una simile ipotesi comporterebbe delle criticità, prima fra tutte quella relativa ai costi. Occorrerebbe chiedersi, innanzitutto, chi sosterrrebbe le spese, ad esempio, per la formazione e per la gestione ordinaria degli operatori; ed inoltre se attuali linee di indirizzo in tema di politiche sociali e di giustizia potrebbero includere investimenti di risorse su attività a forte componente trattamentale, come quelle della MST.

4 Sul ruolo di questi professionisti sembra importante, in questa sede, ricordare il declino della competenza esperta dell'assistenza sociale e clinica a favore di investimenti su competenze più di tipo manageriali e contabili, avvenuto in particolare negli anni '80 del XX secolo con la cultura del controllo. C'è dunque da chiedersi se l'investimento in programmi come quelli della MST, centrati sull'apporto di professionisti esperti, possa ridare a questi maggiore spazio, sottraendo processi decisionali sulla criminalità al giudizio dell'opinione pubblica e quindi a possibili pressioni di matrice populista (Garland, 2004).

• Bibliografia

- BANDINI T., GATTI U., GUALCO B., MALFATTI D., MARUGO M.I., VERDE A. (2003): *Criminologia*. Vol.I, Giuffrè, Milano.
- BRONFENBRENNER U. (1979): *The ecology of human development*. Harvard University Press, Cambridge, MA.
- BORDUIN C.M., MANN B.J., CONE L., HENGGELER S.W., FAUCCI B., BLASKE D.M. (1995): "Multisystemic treatment of serious juvenile offenders: long term prevention of criminality and violence", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 569-578.
- BURNS B.J., E FRIEDMAN R.M. (1990): "Examining the research base for child mental health services and policy", *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 144-150.
- CIAPPI S., COLUCCIA A. (1997): *Giustizia criminale*. Franco Angeli, Milano.
- COHEN J. (1985): *Visions of social control*. Polity Press, Cambridge.
- CORRECTIONAL SERVICE OF CANADA – FORUM ON CORRECTION RESEARCH (2007): *Community supervision: Current practice and future directions*. Vol. 10, n. 1.
- DISHION T.J., McCORD J., POULIN F. (1999): "When intervention harm: Peer groups and problem behaviour", *American Psychologist*, 54, 755.
- GARLAND D. (2004): *La cultura del controllo*. Il Saggiatore, Milano.
- GATTI U., MARUGO M.I. (1992): "La sospensione del processo e messa alla prova: limiti e contraddizioni di un "nuovo" strumento della giustizia minorile italiana", *Rassegna Italiana di criminologia*, n.1, 1992.
- HENGGELER S.W., MELTON B., SMITH L.A. (1992): "Family preservation using multisystemic therapy: an effecting to incarcerating serious juvenile offenders", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 953-961.
- HENGGELER S.W., SCHOENWALD S.K., BORDUIN C.M., ROWLAND M.D., CUNNINGHAM P.B. (1998): *Multisystemic treatment of antisocial behaviour in children and adolescents*. The Guilford Press, New York.
- HENGGELER S.W., CLINGEMPEEL W., BRONDINO M.J., PICKREL S. (2002): "Four-year follow-up of multisystemic therapy with substance abusing and dependent juvenile offenders", *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, p. 869-874.
- LESCHIED A., CUNNINGHAM A. (2002): "Seeking effective interventions for serious young offenders: Interim results of a four-year randomized study of multisystemic therapy in Ontario, Canada". *Center for Children & Families in the Justice System*, London.
- LITTELL J.H., POPA M., FORSYTHE B. (2005): "Multisystemic Therapy for social, emotional, and behavioral problems in youth aged 10-17", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4. Art. No.: CD004797. DOI: 10.1002/14651858.CD004797.pub4.
- LOHMAN J.D., WAHL A., CARTER R.M. (1967): "The supervision caseload", in AA.VV.: *The San Francisco Project Research Report n.11*, University of California, School of Criminology, Berkeley.
- MARVELL T.B. (1995): "Sentencing guidelines and prison population growth", *The Journal of Criminal Law & Criminology*, vol.85, n.3.
- McIVOR G. (1991): "Social work intervention in community service", *British Journal of Social Work*, 21: 591-610.
- OGDEN T., HAGEN K.A. (2004): "Multisystemic treatment of anti-social adolescents in Norway: Replication of clinical outcomes outside the U.S"., *Child and Adolescent Mental Health*, 9(2), p. 77-83.
- OGDEN T., HAGEN K.A. (2006): "Multisystemic of serious behaviour problems in youth:

- Sustainability effectiveness two years after intake”, *Child and Adolescent Mental Health*, 11, 142-149.
- OGDEN T., HAGEN K.A., ANDERSEN O. (2007): “Sustainability of the effectiveness of a programme of multisystemic treatment (MST) across participant groups in the second year of operation. Findings by The Norwegian Center for Child Behavioral Development”, *Journal of Children’s Services*, Vol. 2, Issue 3, November 2007, 4-14.
- PATTERSON G.R., REID J.B., DISHION T.J. (1992): *Antisocial Boys*. Castalia Publishing Company, Eugene (Oregon).
- PETERSILIA J., TURNER S. (1993): “Evaluating Intensive Supervision Probation/Parole: results of a nationwide experiment”, *U.S. Department of Justice, Office of Justice Programs, National Institute of Justice*, pp. 1-9.
- RAYNOR P. (2002): “Community Penalties. Probation, Punishment and ‘what works’ ”, in MAGUIRE P. et al.: *The Oxford Handbook of Criminology*, Oxford University Press, Oxford.
- SCHAEFFER C.M., BORDUIN C.M. (2005): “Long term follow-up to a randomized clinical trial of multisystemic therapy with serious juvenile offenders”, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73 (3), p.445-453.
- VAN DER LAAN P. (1999): “Electronic monitoring in Europe: outcoming from experiments in England and Wales, the Netherlands and Sweden”, *Bulletin of the Conference Permanente Européenne de la Probation*, 13: 8-10.
- VON BERTALANFFY L. (1968): *General Systems Theory*. Braziller, New York.
- WEISS J.B., WEISS B., DONENBERG G.R. (1992): “The lab versus the clinic: effects of child and adolescents psychotherapy”, *American Psychologist*, 47, 1578-1585.