



DISAGIO GIOVANILE

→ Il disagio costituisce per il giovane odierno una condizione quasi costitutiva.

→ L'esperienza della complessità appare ineludibile, così come inevitabile è il sentimento di incertezza e di indeterminatezza che l'accompagna.

DISAGIO:

Mancanza o carenza di adattamento.

Nelle società industrializzate i giovani sono dei disadattati strutturali.

QUATTRO POSIZIONI PER SPIEGARE IL DISAGIO

1. **perdita e destrutturazione dei modelli di riferimento** e dei processi di socializzazione validi per le generazioni precedenti. → CRISI- BISOGNO DI RICOSTRUZIONE → “sindrome di «destrutturazione temporale”, caratterizzata dall’assenza o frammentazione della memoria storica (Cavalli)
2. **Pluralizzazione dei riferimenti e delle opportunità disponibili ai giovani moderni.**
→ crescita della complessità sociale che si traduce in pluralizzazione dei mondi vitali e moltiplicazione dei codici/modelli culturali (Ricolfi, Sciolla, 1980) → surplus di stimoli ma improbabilità di esperienze agibili
3. **Frammentazione e di differenziazione delle esperienze** - pluralizzazione degli ambiti di vita e coesistenza di diversi modelli di riferimento, senza un preciso ordinamento gerarchico e unificante.
4. **ambivalenza e conflittualità nei processi di definizione dell’identità** di una società complessa. → “Da una parte agli individui viene chiesto di partecipare alla formazione della loro identità, dall’altra questa identità viene negata e la capacità di azione sottratta dall’intervento di apparati di controllo e di regolazione, che definiscono le condizioni, le modalità e i fini dell’agire individuale e collettivo. “ (Melucci, 1982) → i giovani sperimentano su di sé i **conflitti di identità, di vuoto e di indefinitezza.**

DISAGIO EVOLUTIVO E DISAGIO PATOLOGICO

- **Componente evolutiva:** connessa alla natura transizionale dell'età giovanile, sospesa tra infanzia ed età adulta, fase di fragilità interiore, in cui il soggetto è esposto maggiormente all'esterno. → conflitti e crisi sono componenti ineludibili dell'età giovanile, una “**patologia latente**” che va seguita con attenzione allo scopo di **evitare che si radichi nei meccanismi di maturazione della personalità.**
- **Patologia:** nel modello psicoanalitico classico la patologia emerge con l'esito di un insuccesso causato da uno stato psichico e mentale già compromesso nell'infanzia, ma che trova spazio di manifestazione soltanto nell'età adolescenziale (teoria criticata dagli studiosi successivi) → **Il disagio patologico viene da un insuccesso nello svolgimento dei compiti evolutivi.**

IL RISCHIO

In un arco di tempo molto vasto, il termine «Rischio» veniva utilizzato in vari ambiti della vita di un individuo o di una società, fino ad abbracciare, ai giorni nostri, ogni settore della nostra vita, da quello economico a quello finanziario, da quello sanitario a quello del sociale e via scorrendo.

BREVE PANORAMICA DEL TERMINE RISCHIO”:

- termine arabo **rizq**, usato successivamente in latino (risicum)
- XVI e XVII uso del termine in campo economico e commerciale
- XVIII e XIX uso della parola rischio per identificare la minaccia che i nuovi immigrati (irlandesi, ebrei ed italiani) costituivano nei confronti dei primi immigrati ormai integrati negli Stati Uniti (nord europei)
- anni '70: si parla di situazioni di rischio per indicare individui che hanno un processo di socializzazione diversa rispetto alla cultura di maggioranza.
- anni '80: complessità sociale il rischio diviene un fattore non più prevedibile.
- società post-moderna, complessa e globalizzata : la società della seconda modernità è detta anche società del rischio, il fattore rischio è una caratteristica inevitabile ed imprevedibile

RISCHIO E DISAGIO: QUALI LE DIFFERENZE?

- **IL DISAGIO:**

- riguarda una **soggettiva percezione di mancanza** o carenza di risorse esterne ed interne **rispetto al bisogno da soddisfare**
- riguarda una spiacevole sensazione di malessere o sofferenza dovuta alla **consapevolezza di non trovare risposte adeguate** ai bisogni
- riguarda il malessere dovuto alla **incapacità di adattamento alle richieste dell'ambiente** (propri bisogni in contrasto con le aspettative dell'ambiente)
- Il disagio è una **condizione provvisoria della persona**
- Il **problema** sussiste **quando il disagio permane** trasformandosi in **patologia**, in cui le risorse interne ed esterne non sono utilizzate o sono male utilizzate dal soggetto.

RISCHIO E DISAGIO: QUALI LE DIFFERENZE?:

IL RISCHIO:

«una situazione in cui a causa della **frustrazione, negazione, mortificazione dei bisogni fondamentali della persona** (cioè a causa di una situazione di soggettivo ed obiettivo disagio) **il soggetto è portato a dare soluzioni irrazionali al bisogno** fondamentale dell'esistenza e agli altri bisogni correlati»;

- Aumentando frustrazione e malessere la risposta al disagio diventa più impulsiva, poco risolutiva, talvolta aggressiva;
- circolo vizioso tra bisogno e risposta inadatta: il soggetto si rende conto di non esser riuscito (o esservi riuscito in parte) a risolvere il problema, sorgono nuovi stati di frustrazione e malessere
- la **reazione irrazionale ormai "viziata"** al bisogno, può diventare punto di non ritorno, tramutando in devianza.

CONCETTO DI RISCHIO E PROCESSI AD ESSO CORRELATI

- *RISCHIO* frustrazione o negazione delle opportunità di soddisfazione dei bisogni fondamentali, scaturiti sia da un'esigenza di ordine biologico - fisico - psichico (legata alla persona) che da un'esigenza di ordine esplorativo/creativo (legata alle relazioni sociali).
- *Autorealizzazione & Partecipazione* → processi che esprimono ed evidenziano quello che è il livello o grado in cui si presenta il rischio.
- *Emarginazione & Frammentazione* → processi che determinano il rischio e che conducono al fenomeno della disgregazione territoriale, causa di un diffuso senso di smarrimento nell'elaborazione e progettazione di un proprio progetto di vita.

LE VARIE TIPOLOGIE DI RISCHIO

- **Rischio devianza:** atti o comportamenti che si scostano o violano le norme e le aspettative di una collettività, conducendo il soggetto (che si sente abbandonato e sottoposto a costante controllo) ad interiorizzare lo stigma;
- **Rischio fisico:** comportamenti considerati dannosi per la salute del soggetto, che possono minare l'armonico sviluppo della personalità;
- **Rischio consumistico:** tendenza ad omologarsi alla società dei consumi, considerando il tempo libero come un qualcosa di lontano da quello del vissuto quotidiano;
- **Rischio formativo:** discrepanza a livello valoriale tra giovani e adulti & rapporto problematico tra giovani e agenzie formative.

LA SENSATION SEEKING (ZUCKERMAN)

- “[...] è un tratto definito dalla **necessità dell’individuo di provare sensazioni ed esperienze diverse, nuove e complesse e la volontà di assumersi rischi fisici e sociali per il gusto dell’esperienza stessa**”.
- Sensation seeking (ricerca di sensazioni) **può portare a delinquenza o creatività**: ambiente e società che ci circondano determineranno infatti quale tratto prevarrà.

IL *RISK TAKING* (ZUCKERMAN)

- il Risk taking (**assunzione di rischi**) è parte della definizione di sensation seeking, anche se il rischio non è una condizione necessaria per tale comportamento.
- Nelle situazioni in cui il rischio è coinvolto, gli “**high sensation seekers**” trovano che valga la pena assumersi rischi per provare quella determinata sensazione, mentre i “**low sensations seekers**” non la pensano allo stesso modo”
- il Risk taking **non dipende dai tratti caratteriali dell'individuo**, ma **dallo stato emotivo e motivazionale del momento**.

PREVENZIONE VS RECUPERO

Il comportamento umano è in funzione dell'interazione tra persona e ambiente

$$C = f(P, A)$$

	APPROCCIO CLINICO RIPARATIVO	APPROCCIO PREVENTIVO PROMOZIONALE
CONCETTO DI SALUTE	assenza di malattia o rischio	equilibrio di benessere fisico, psicologico e sociale
PROTAGONISTI	esperto	individui (utenti), gruppi comunità
PROBLEMA PRESENTATO	sintomo	distorsione dell'adattamento individuo-ambiente
OBIETTIVI	bloccare la malattia o ritardarne lo sviluppo	incrementare la salute, globalmente intesa, e migliorare la qualità della vita
METODI	prescrittivi	educativo-formativi
UTENZA	persone che presentano problemi	persone sane
RUOLO SOGGETTO	passivo, recettore di una corretta informazione da parte dell'esperto	attivo partecipante al proprio stato di benessere
FATTORI PSICOSOCIALI	sottovalutati o trascurati	determinanti dei comportamenti di rischio e salutotropi
CONFIGURAZIONE DEI SERVIZI	reattiva	proattiva

TIPI DI PREVENZIONE

Diverse classificazioni con cui vengono catalogati i vari tipi di intervento:

1. Degli **anni Sessanta**, la più conosciuta, è quella **Caplan**, che suddivide la **prevenzione in primaria, secondaria e terziaria** → **CRITERIO TEMPORALE**

	Azioni	Targhet	Finalità
Primaria	Interventi volti a ridurre l'incidenza di una patologia prima che possa manifestarsi	L'intera popolazione (sana)	Evitare lo sviluppo di nuovi casi
Secondiaria	Interventi volti a diminuire o eliminare gli effetti di fattori considerati a rischio	Una parte specifica della popolazione considerata più esposta a fattori ritenuti a rischio , anche se il disturbo non è conclamato	Individuare precocemente nuovi casi ed intervenire a patologia latente o in stato iniziale
Terziaria	Interventi volti a ridurre il rischio di aggravamento e/o di complicazioni relativi ad una data patologia	Specifico gruppo di individui il cui problema da trattare è ampiamente manifesto	Ridurre i danni e la cronicizzazione di una patologia

LIMITI DI QUESTA TASSONOMIA

- Presuppone una relazione **causa/patologia** chiara (**la realtà è più complessa: più fattori in gioco** contemporaneamente)
- Il **rapporto tra fattori di rischio e sviluppo del disturbo non è di causa/effetto**
- E' difficile stabilire se un programma è di **prevenzione primaria o secondaria**: si preferisce considerare le due tipologie come **due polarità di uno stesso continuum**
- Attualmente la maggior parte degli autori preferisce **parlare di recupero anzichè di prevenzione terziaria**
- Per alcuni **prevenzione primaria coincide con promozione**

2. Nel **1994** l'**Institute of Medicine (Mrazek- Haggerty)** propone una nuova classificazione: **prevenzione universale, selettiva e indicata**
 → **viene preso in considerazione** non tanto il tempo della comparsa della patologia bensì **il target** verso cui gli interventi vengono indirizzati

	Azioni	Target	Esempi di intervento
Universale	Interventi considerati auspicabili per l'intera popolazione	Intera popolazione	promuovere empatia, gestire lo stress e i conflitti, life skills, empowerment, creatività
Selettiva	Azioni considerate desiderabili per individui appartenenti ad un particolare sottogruppo la cui possibilità di sviluppare un determinato problema è superiore alla media . Il problema tuttavia non è ancora manifesto.	Sottogruppo della popolazione	home visitations, per la diade madre-bambino; programmi prescolari per quartieri poveri, interventi sul drop-out scolastico...
Indicata	Interventi rivolti ad individui riconosciuti come ad alto rischio per un determinato disturbo	Singoli individui identificati come ad alto rischio	disturbi della condotta e del comportamento alimentare, programmi per figli di genitori depressi...
"Riduzione del danno"	Interventi mirati a soggetti con danni già evidenti, per evitarne di ulteriori	Soggetti con danni già visibili	unità di strada per la distribuzione di siringhe pulite, preservativi...

3. A questa è stata affiancata **un'ulteriore tassonomia** che **prende in considerazione** anche i **possibili livelli di intervento**: azioni rivolte alla **persona (livello individuale)**, al suo **contesto prossimale (livello micro)** e all'**ambiente sociale più ampio (livello macro)**

	Azioni	Obiettivi
Individuale	Interventi rivolti al singolo	Accrescere conoscenze e fornire strumenti, abilità, competenze
Livello micro	Interventi rivolti al contesto: famiglia, scuola, lavoro, gruppo dei pari	Modificare l'ambiente prossimale: cambiando il contesto si favorirà il cambiamento del singolo
Livello macro	Interventi ad ampio spettro: politiche sociali, campagne mediatiche ed informative, legislazioni.	Agire sul "sistema" agevolando così un cambiamento sul singolo



4. **Classificazione di Regoliosi** → **criterio dell'estensione**

Prevenzione specifica: intervento su fattori di rischio di malattie o disagio psicosociale

Prevenzione a-specifica: interventi indirizzati ad alleviare condizioni di deprivazione culturale, affettiva e sociale e a migliorare le condizioni di vita in generale

In ambito di prevenzione troviamo programmi:

- Carenti di quadro teorico
- Carenti di un'adeguata metodologia
- Privi di criteri oggettivi per la valutazione dei risultati
- Privi di follow-up

→Scarto tra la quantità dei programmi realizzati e la qualità della loro elaborazione teorica.

(La prevenzione è stata introdotta solo di recente nelle scienze sociali e per questo non ha ancora un adeguato livello di elaborazione teorica e delle procedure metodologiche comparabili con quelle impiegate in ambito sanitario)

NELLA PREVENZIONE E' IMPORTANTE:

- Avere chiara la **situazione complessiva**,
- Identificare le **possibili cause**
- Avere come **finalità ultima dell'azione preventiva la loro eliminazione**
- Ponderando se è realisticamente possibile.

IN UN'EMERGENZA invece

- Azione tempestiva
- Finalità del progetto: eliminazione della situazione d'emergenza
- Il rischio è agire su un sintomo piuttosto che sulla causa effettiva.

PREVENZIONE PSICOSOCIALE- due scuole di pensiero:

- **Psicoterapica** (formata da psicologi clinici e psichiatri): volta a prevenire l'acutizzarsi del danno in soggetti già disturbati o provati da situazioni problematiche, per i quali son previsti trattamenti “differenziati” di tipo individuale o sistemico. Si potrebbe parlare già di recupero.
- **Educativa** (formata da sociologi e psicologi sociali) si rivolge invece a soggetti cosiddetti normali più o meno esposti al rischio, per i quali si prevedono interventi educativi “standardizzati” per svilupparne le abilità sociali e di autocontrollo.

CONTRIBUTO DI COLECCHIA

Target → principalmente **adolescenti**

• **soggetti a rischio**

+

• **soggetti “normali”** → **agenti di cambiamento**

PROGRAMMA

DUE OBIETTIVI:

- 1. Individuare i fattori di rischio** che possono determinare disagio, marginalità, devianza e tossicodipendenza
- 2. Individuare gli stimoli positivi** del contesto che possono **trasformare i fattori di rischio in fattori di protezione**

→ **FATTORI DI RISCHIO:** non più fattori esclusivamente negativi da rimuovere, ma aspetti integranti del contesto, **stimoli da elaborare in modo positivo**

CONTRIBUTO DI COLECCHIA

Correlazione significativa tra prevenzione e periodo adolescenziale

→ tendenza dell'adolescente alla ricerca del rischio

Proposta di un programma innovativo:

1. A livello teorico→ si propone un approccio interazionista con 2 opzioni

- Quadro di interazione dell'adolescente: circoscritto alla famiglia e gruppo dei pari;
- Interazioni esaminate in funzione dei significati che assumono per il soggetto, (che agisce in modo intenzionale per raggiungere determinati obiettivi).

CONTRIBUTO DI COLECCHIA

2. **A livello metodologico** → uso dei **fattori di rischio** (del soggetto e del contesto) **per una diagnosi precoce** del disagio della marginalità e della devianza.
- I **fattori di rischio** vengono **definiti in base ai seguenti parametri**:
 1. **l'area del disagio**: indicatori di tipo personale (comportamenti problematici, disturbi del sè...), interpersonale (relazioni familiari, gruppo dei pari...) e culturale (contrasto tra modelli culturali diversi...)
 2. **le caratteristiche intrinseche del fattore**: tra “indicatori forti”, e “indicatori deboli”
 3. **la correlazione tra fattori**: il profilo di rischio e il pattern degli indicatori deboli
 4. **il nesso causale tra fattori ed esiti psicopatologici nel soggetto**, secondo diverse concezioni: deterministica del modello clinico, probabilistica del modello psicosociale e processuale del modello della psicologia sociale (interazionista, che prevede la trasformazione di fattori di rischio in fattori di protezione)



- **Fattori di protezione del sè:**

1. **Stimoli positivi del contesto** di vita, che possono bilanciare, neutralizzare o trasformare gli indicatori di rischio
2. **Le capacità personali inesprese** del soggetto che possono essere valorizzate

Esempi di fattori protettivi:

1. la **complicità nel set** psicoterapico
2. la **funzione socializzante e terapeutica del gruppo dei pari**
3. la **tecnica della condivisione dei significati** da parte degli adulti
4. le **opportunità territoriali/ l'attivazione della solidarietà** nella comunità

CONTRIBUTO DI COLECCHIA

3. A livello operativo → interventi combinati di psicoterapia e attività di laboratorio

Le attività di laboratorio, sono diversificate in base ai bisogni espressi, guidate da un adulto significativo secondo le tecniche di condivisione dei significati (Colecchia) e valorizzano i **pari come agenti di cambiamento**

- **Laboratorio didattico** → per sviluppare i processi di apprendimento (in caso di problemi scolastici)
- **Laboratorio teatrale** → per lo sviluppo della capacità comunicativa (in caso di difficoltà di parola, specie in pubblico), ed allo scopo di effettuare il role-taking
- **Laboratorio audiovisivo** → per favorire i processi di elaborazione simbolica (nei soggetti con difficoltà ad esprimere il proprio vissuto)

TECNICA DELLA CONDIVISIONE DEI SIGNIFICATI

- **Negoziazione** delle posizioni dei partner
- Stile tipicamente interattivo, **stimola all'autonomia**
- Unica modalità relazionale **accettabile dall'adolescente**

CRITERI GENERALI DI CONDIVISIONE DEI SIGNIFICATI:

- Dialogare partendo da ciò che l'altro si aspetta da noi
- Riconoscere l'altro quale persona capace di scelte autonome e significative
- Individuare le istanze motivazionali sottese al comportamento dell'altro → causa-effetto
- Individuare gli aspetti positivi del comportamento dell'altro per svilupparli
- Astenersi da interventi correttivi (è preferibile)
- Negoziare tra il proprio punto di vista e quello dell'altro, distinguendo tra cause e effetti di ogni proposta → ritagliare su questi i margini di negoziazione

RIAFFERMAZIONE DELL'IMPORTANZA DEL GRUPPO DEI PARI

Valorizzazione del coetaneo come agente di cambiamento

→ potenziale energetico da sfruttare per il raggiungimento di obiettivi costruttivi.

→ A causa della somiglianza/vicinanza, i coetanei sono considerati partner affidabili o più credibili dei genitori/adulti → potenziali agenti di cambiamento.

RISORSA → responsabilizzare i giovani in attività di gruppo → fargli apprendere abilità e competenze attraverso l'esperienza formativa del gruppo

NEL MODELLO DI PREVENZIONE DI COLECCHIA invece:

- **Coetaneo come agente di cambiamento** → soprattutto per soggetti a rischio
- Conduzione del gruppo da parte di un **adulto significativo** → **tecniche di condivisione dei significati**
- Gruppo dei pari **fuori dal contesto scolastico** → compagni nuovi, nuove condizioni, esperienze sociali diverse
- **Nuovo obiettivo** (oltre socializzazione e cultura): stimolare i ragazzi a **organizzare le informazioni** prodotte in modo più strutturato (mappe concettuali)

ATTIVITÀ DI LABORATORIO : TRE PRESUPPOSTI

1. **Il coetaneo ha una funzione socializzante per tutti, di “coetaneo terapeuta” per i soggetti a rischio**
2. **L’immagine di sé non si costruisce attraverso un processo “intrapsichico” di apprendimento individuale, ma attraverso un processo “interpsichico” (immagini che il soggetto ha di se integrate con quelle che gli vengono dagli altri)**
3. **I disturbi precoci sono attinenti più o meno direttamente all’area della competenza sociale → un deficit cognitivo può essere trattato positivamente attraverso un’interazione positiva e prolungata, in setting pre-strutturato**
(costruttivismo sociale- Vigotsky)

CARATTERISTICHE DEL GRUPPO DEI PARI OPERANTE:

- **Disomogeneo = coetanei diversi per competenze e problemi** → per assicurare il rendimento produttivo del laboratorio (**livello di coesione interna intermedio**: nè troppo alto, pena la perdita di identità, né troppo basso, che porterebbe ad una caduta del rendimento)
- **Centrato sulla realizzazione di un compito comune** → lo stesso adulto si attiene ai criteri operativi, e non può esserci spazio che per un “**leader centrato sul compito**” (non sulla relazione), anche se **occorrerà** anche **promuovere l’interazione** tra i membri

CRITERI OPERATIVI

Le dimensioni dei fattori di rischio per lo sviluppo del sé riguardano:.

1.

CARATTERISTICHE PERSONALI

- **Immagine di sé**: tendenza a sentirsi inferiore
- **Livello di autostima**
- **Tendenza alla passività o all'iperattivismo**

→ **indicatori della passività**:

1. Carenze assertive
2. Dipendenza dagli altri
3. Difficoltà adattive
4. Difficoltà a segmentare spazio e tempo: vive nel qui (non esce dai confini di sicurezza) e ora (presentismo e scarsa progettualità)
5. Difficoltà ad operare scelte
6. Scarsa capacità inferenziale
7. Attitudine alla previsione

→ **indicatori dell'iperattivismo**: gli stessi della passività, con manifestazioni del soggetto estreme ed egodistoniche (assertività eccessiva ecc)

CRITERI OPERATIVI

CARATTERISTICHE FAMILIARI

Dietro il soggetto con pattern della “passività” → spesso **FAMIGLIA INVISCHIATA**:
→ avvolte **STILE EDUCATIVO IPERPROTETTIVO**

Dietro soggetto con pattern dell’”iperattivismo” → **FAMIGLIA SPACCATA**:
→ avvolte **STILE EDUCATIVO PERMISSIVO**

Forme di disagio dipendenti da stili di attaccamento disfunzionali (Ainsworth)

- Attaccamento ansioso-resistente
- Attaccamento evitante
- Attaccamento disordinato-disorganizzato

→ **I pattern di attaccamento sono fondamentali**: sia per la tenera età che li connota come irreversibili, sia perchè il genitore continuerà ad agire nello stesso modo tutta la vita, se nessuno lo educa.

→ **si possono prevedere fin dalla gestazione**: una madre insicura genererà un figlio dall’attaccamento insicuro ecc...si chiama **“trasmissione transgenerazionale”** (Fonagy)

GRUPPO DEI PARI

CRITERI OPERATIVI

1. Eccessiva chiusura del grupo verso l'esterno:

- ritenere i compagni più importanti dei genitori
- non rivelare ad estranei debolezze o errori di membri del gruppo
- non chiedere mai ad esterni aiuto per problemi interni

2. Massima coesione interna non dinamizzata:

- considerare i compagni la cosa più importante della vita
- sentirsi persi al di fuori di
- scusare qualsiasi offesa
- non prendere iniziative diverse da quelle proposte
- non invidiare il leader ma avere solo ammirazione incondizionata

3. Valori condivisi in maniera non interattiva:

- accettare il pensiero del gruppo senza chiedersi perchè
- accettare i valori del gruppo come facenti parte della propria identità personale
- credere in tali valori senza confrontarsi all'esterno

TECNICHE DI RILEVAMENTO DATI

- **Questionari sul disagio all'intera popolazione** → **item = aspetti specifici della condizione psicologica del disagio** → le opportunità territoriali hanno valore solo se correlate al sistema delle aspettative personali del soggetto
- **Gruppi di discussione:**
 - **con insegnanti** → per individuare gli aspetti tipici del disagio nelle varie classi
 - **con genitori** → per individuare forme di incomprensione quotidiana coi figli
 - **con adolescenti (di vari gruppi)** → per comprendere l'identità di ciascun gruppo
- **Interviste semi-strutturate** → per individuare il disagio sommerso e il suo significato. Soggetti favoriti sono i drop-out
- **Monitoraggio del fenomeno disagio sociale (quadro regionale e nazionale)**

POSSIBILE INTEGRAZIONE COLECCHIA- DE LEO

- Spiegazione della devianza non più globale
- Passaggio dall'approccio multi-fattoriale a quello processuale
- Importanza di individuare stimoli positivi per trasformare i fattori di rischio in fattori protettivi (rischio non più come "condanna" ma come fattore da elaborare positivamente)
- Azioni con valore strumentale o espressivo: importanza del significato attribuito alle azioni, bisogni sottintesi (compiti di sviluppo e costruzione dell'identità) e tecnica della condivisione dei significati, anticipazione mentale degli effetti
- Approccio interazionista
- Ausilio del gruppo dei pari come risorsa (coetaneo terapeuta ed agente di cambiamento)
- Intervento= pena + trattamento (psicoterapico + laboratoriale) con confini e funzioni ben distinti
- Minimo intervento penale (rapida uscita dal sistema + garanzie per il soggetto)
- Prevenzione a-specifica, primaria, universale → promozione life skills, empatia, creatività