



Cofinanciado por  
la Unión Europea

## Terapie familială HEDERA la domiciliu RAPORT DE IMPLEMENTARE - CONCLUZII



- Cercetători coordonatori:

Nuria Molano Mérida (EDUVIC)

Marta Rodríguez Lama (EDUVIC)

- EDUCĂTOR:

Nuria Molano Mérida (coordonator cercetare)

Marta Rodríguez Lama (coordonator de cercetare)

Javier Loyo Rivera (Coordonator Implementare)

Adela Camí Dealbert (supervizor de implementare)

- Agenți:

Géraldine Sagarna Brusseleers (coordonator cercetare și implementare)

Alaitz Garmendia Jauregui (coordonator de cercetare)

Begoña Guijarro Masero (supervizor de implementare)

Blanca Angulo López de Armentia (monitorizarea proiectului)

La Bottega Dei Ragazzi:

Daniela Ariadna Moreno Boudon (coordonator cercetare)

Denis Cesari (coordonator implementare)

- HoltIs:

Cătălin-George Fedor (coordonator cercetare și implementare)

Stefan Marian Cojocar (coordonator cercetare și implementare)

- Walker:

Stéphanie Destandau (coordonator cercetare)

Hélène Nogues (coordonator cercetare)

Patricia Barnetche (coordonator de cercetare)

Frédérique Pène (coordonator de implementare)

Christiane Expert (Coordonator Implementare)

Proiectul de cercetare HEDERA, Terapie Familială la Domiciliu, își propune să evalueze empiric aplicarea unui model terapeutic la domiciliu. Acest model, dezvoltat în colaborare de diverse organizații europene de servicii sociale, va fi evaluat prin colectarea de dovezi privind sănătatea relațională a familiilor participante și privind experiența, abilitățile și cunoștințele profesioniștilor care implementează modelul. Acest studiu empiric face parte din a doua fază a unui proiect educațional mai amplu, care vizează formarea profesioniștilor, finanțat prin grantul Erasmus+ KA220-VET pentru Parteneriate pentru Formare Profesională.

Această fază de cercetare aplicată aparține Pachetului de Lucru 3 (denumit în continuare, WP3). Este precedată de o primă fază constând în dezvoltarea teoretică și metodologică a modelului de terapie familială și proiectarea implementării acestuia, aparținând Pachetului de Lucru 2 (denumit în continuare, WP2), și este urmată de proiectarea și implementarea activităților de formare destinate profesioniștilor din acțiunea socială (Pachetul de Lucru 4, WP4).

Obiectivul acestui raport este de a reuni principalele aspecte ale designului cercetării realizate în cadrul WP2 și de a prezenta rezultatele finale obținute prin evaluarea empirică a familiilor și a profesioniștilor participanți (WP3).

## 1. Obiectivele cercetării

Din perspectiva familiilor participante, se ridică următoarele întrebări:

- A. Explorați componența și organizarea familiilor, precum și profilul sociodemografic ale membrilor săi adulți și minori.
- B. Evaluați nivelul de satisfacție al familiilor cu privire la procesul de intervenție terapeutic.
- C. Compararea nivelului de sănătate relațională a familiilor între începutul și sfârșitul procesului terapeutic. Mai exact, ne propunem să evaluăm coeziunea și adaptabilitatea familială, calitatea vieții, stresul parental și sentimentul de competență parentală al părinților; precum și adaptarea psihologică, sănătatea și sprijinul social perceput de minori.
- D. Analizați asemănările și diferențele dintre măsurătorile sănătății relaționale și ale satisfacției față de procesul terapeutic la familiile care primesc intervenție la domiciliu și cele care o primesc la cabinet (grupul de control).
- E. Verificarea relațiilor dintre diferitele aspecte ale sănătății relaționale a familiilor și caracteristicile sociodemografice și organizaționale ale acestora, atât la începutul procesului de intervenție terapeutică, cât și la sfârșitul acestuia.
- F. Examinați progresul înregistrat în măsurile de sănătate relațională, de la începutul până la sfârșitul intervenției, în diferite profiluri familiale, în funcție de componența, organizarea, caracteristicile sociodemografice ale membrilor acestora și motivul cererii terapeutice.
- G. Pentru a înțelege asemănările și diferențele dintre familiile din diferitele țări implicate în ceea ce privește măsurile de sănătate relațională și satisfacția lor față de procesul de intervenție terapeutică.

Din perspectiva terapeuților participanți , scopul este:

H. Studiarea caracteristicilor sociodemografice, educaționale și profesionale ale terapeuți.

I. Examinați nivelul abilităților terapeutice în contextul casnic al terapeuți înainte și după intervenție.

J. Analizarea structurii relaționale și a indicatorilor de protecție și risc ai familiilor la începutul intervenției și corelarea acestor aspecte cu datele sociodemografice, componența și organizarea familiei și măsurile de sănătate relațională raportate de familii.

K. Evaluați nivelul de satisfacție și dificultățile întâmpinate de terapeuți în ceea ce privește procesul de intervenție terapeutică, studiind relația acestor aspecte cu contextul intervenției (cabinet sau acasă) și cu măsurătorile anterioare raportate de familie și de terapeuți înșiși.

L. Să cunoască asemănările și deosebirile dintre terapeuții din diferitele țări implicate în ceea ce privește experiența lor în procesul de intervenție terapeutică.

Din perspectiva profesioniștilor responsabili de îndrumarea familiilor participante către servicii de sprijin terapeutic, scopul este:

M. Să cunoască evaluarea acestor profesioniști asupra procesului de intervenție terapeutică, în ceea ce privește nivelul de progres favorabil pe care îl percep în familiile deservite.

## 2. Participanți

În ceea ce privește originea familiilor participante la cercetare, acestea au fost familii îndrumate către serviciile de suport terapeutic ale fiecăreia dintre organizații. Mai exact, familiile au fost localizate în cadrul următoarelor servicii:

- EDUVIC: EDUVIC-Familii – Servicii de orientare și consiliere familială și servicii de terapie familială (Barcelona).
- AGINTZARI: Programul de plasament familial (Álava); Programul de plasament familial, Serviciul Post-Adopție al Consiliului Provincial al Bizkaia și Arlobi, Adoptia, Serviciul Betirako (Bizkaia); Serviciul de Asistență pentru Asistență Familiară și Adopție (Navarra); Echipa de intervenție socio-educativă din Bermeo (Bizkaia).
- WALKER: Serviciu de Sprijin Familiar, Institut Pedagogic Educațional și Terapeutic și Tratatul de Uniune (Bayonne).
- LA BOTTEGA DEI RAGAZZI: Serviciile Sociale ale Municipiilor Padova (PD), Rubano (PD), Abano Terme (PD), Torreglia (PD), CASF (PD); solicitări voluntare.
- HOLTIS: Program de Educație Parentală – Serviciul Psihoterapeutic (Iași).

Famiiliile participante trebuiau să se afle într-o situație vulnerabilă, cu copii și/sau adolescenți sub 18 ani locuind în casă și cu dificultăți relaționale legate de oricare dintre următoarele situații:

- Anxietate familială provenită din situații de criză nerezolvate, inclusiv pierderi și situații de adversitate pentru unii dintre membrii săi.
- Vulnerabilitatea figurilor parentale în dezvoltarea rolului și funcțiilor lor.
- Relații conflictuale între adulți care afectează fiii și fiicele.
- Performanțe școlare slabe din cauza stresului familial sau a lipsei de implicare a unor persoane importante parentală.
- Probleme de sănătate rezultate din neglijarea îngrijirilor de bază.
- Izolare socială rezultată din lipsa conexiunii sociale și a experiențelor negative cu în jurul.
- Comportamente de risc la fii și fiice rezultate din neglijența părinților.
- Singurătatea și stresul în procesele de diferențiere ale copiilor, legate de identitatea lor.

Următorul tabel prezintă datele privind participarea familiilor:

| FAMILII (grup)        |          | Intervenție finalizată și evaluare completă |
|-----------------------|----------|---------------------------------------------|
| AGINTZARI             | Acasă    | 10                                          |
|                       | Controla | 8                                           |
| LA BOTTEGA DEI RĂGAZI | Acasă    | 11                                          |
|                       | Controla | 8                                           |
| WALKER                | Acasă    | 8                                           |
|                       | Controla | 8                                           |
| EDUVIC                | Acasă    | 54                                          |
|                       | Controla | 49                                          |
| HOLTIS                | Acasă    | 5                                           |
|                       | Controla | 5                                           |
| TOTAL ENTITĂȚI        |          | 166                                         |

În plus, în ceea ce privește profilul terapeuților (45 în total), participanții au fost terapeuți familiali angajați în serviciile terapeutice menționate mai sus, cu pregătire în Terapie Familială Sistemică și cu cel puțin un an de experiență profesională în intervenție familială.

În cele din urmă, referinții profesionali ai familiilor (18 în total), care au participat ca informatori ai progresului acestora după încheierea intervenției, sunt cei care ar fi făcut trimiterea familiei către serviciile de suport terapeutic ale fiecărei entități.

### 3. Dimensiuni evaluate, instrumente și procedură

Evaluarea familiei a constat, în primul rând, într-un formular de contact inițial privind aspectele de bază ale componenței și organizării familiei și un interviu semi-structurat despre motivul consultării. Ambele au fost completate de către terapeut cu informațiile furnizate de familie. În plus, familiile au raportat datele sociodemografice ale membrilor lor utilizând un formular conceput în acest scop. Mai mult, familiile au completat chestionare standardizate concepute pentru a evalua următoarele dimensiuni: coeziunea și adaptabilitatea familiei, utilizând Scalele de Evaluare a Adaptabilității și Coeziunii Familiale (FACES); calitatea vieții, utilizând Scala Calității Vieții a Organizației Mondiale a Sănătății; stresul parental, utilizând chestionarul Parenting Stress Index - Short Form (PSI-SF); și simțul competenței parentale, utilizând Scala Parenting Simt of Competence (PSOC), precum și adaptarea psihologică a minorilor, utilizând Chestionarul Strengths and Difficulties (SDQ). La jumătatea procesului terapeutic, li s-a cerut să completeze un chestionar legat de experiența lor în cadrul intervenției până în acel moment.

La finalul intervenției, participanții au fost invitați să completeze un chestionar de satisfacție cu privire la procesul terapeutic. În plus, minorii au participat la evaluare completând un chestionar de autoevaluare, care i-a întrebat despre aspecte generale ale stării lor de sănătate și despre sprijinul social perceput.

În plus, terapeuții au evaluat structura relațională a familiei folosind un chestionar special conceput. De asemenea, au completat un formular privind indicatorii de protecție observați în cadrul familiei, un formular privind indicatorii de risc și un chestionar privind mediul familiei, toate dezvoltate special pentru această cercetare. Au evaluat obiectivele terapeutice și progresul pentru fiecare familie folosind un formular de urmărire a obiectivelor. În plus, au completat două chestionare auto-raportate concepute pentru acest studiu: unul privind caracteristicile sociodemografice, educaționale și profesionale și un altul privind experiența lor în procesul terapeutic cu fiecare familie.

În final, profesioniștii responsabili de fiecare familie au raportat progresul familiei în procesul terapeutic folosind un scurt chestionar conceput special în acest scop.

În ceea ce privește momentul și desfășurarea intervenției terapeutice, ambele grupuri (experimental și de control) au urmat același proces de intervenție, singura diferență constând în cadrul (acasă sau la birou). Intervenția terapeutică a constat în 10 ședințe de terapie familială (plus o ședință inițială de contact) și a fost concepută să se desfășoare la fiecare două săptămâni, cu o durată de o oră. Pe baza tipurilor de dificultăți relaționale prezentate de familii, care au fost abordabile în cadrul modelului de intervenție terapeutică menționat anterior, tehnicile care urmau să fie utilizate au fost stabilite și prezentate în manualul de intervenție. Un tabel rezumativ care detaliază structura ședinței și punctele de evaluare este prezentat mai jos.

| MOMENTUL DE PROCES TERAPEUTIC | SCOP                                                          | EVALUARE                        |
|-------------------------------|---------------------------------------------------------------|---------------------------------|
| Sesiunea 0 (contact inițial)  | Primirea familiei și prezentarea intervenției și a cercetării | - Documentul de contact inițial |

|             |                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Sesiunea 1  | Stabilirea relației terapeutice și evaluarea inițială (pre-test)                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Interviu inițial</li> <li>- Fișă de date sociodemografice</li> <li>- FEȚE IV</li> <li>- Calitatea vieții</li> <li>- PSI-SF</li> <li>- PSOC</li> <li>- SDQ</li> <li>- Autodeclarație pentru minori</li> <li>- Diagnosticarea structurii Relațional</li> <li>- Fișă cu indicatori de risc</li> <li>- Fișă cu indicatori de protecție</li> </ul> |
| Sesiunea 2  | Evaluarea dinamicii familiale și stabilirea obiectivelor terapeutice                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fișă de obiective inițiale și ulterioare (stabilirea obiectivelor terapeutice)</li> <li>- Ghid pentru observarea mediului înconjurător familia</li> </ul>                                                                                                                                                                                     |
| Sesiunea 3  | Dezvoltarea intervenției terapeutice                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Sesiunea 4  | Dezvoltarea intervenției terapeutice                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Sesiunea 5  | Dezvoltarea intervenției terapeutice și evaluarea intermediară                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Chestionar intermediar privind procesul terapeutic - familie</li> <li>- Formular de urmărire inițială și a obiectivelor (urmărirea obiectivelor)</li> </ul>                                                                                                                                                                                   |
| Sesiunea 6  | Dezvoltarea intervenției terapeutice                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Sesiunea 7  | Dezvoltarea intervenție terapeutică                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Sesiunea 8  | Dezvoltarea intervenție terapeutică                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Sesiunea 9  | Aprofundarea și consolidarea realizărilor                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Sesiunea 10 | Încheiere, plan de viitor, urmărire cu un profesionist de referință și evaluare finală (post-test) | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Chestionar final privind procesul terapeutic - familie</li> <li>- FEȚE IV</li> <li>- Calitatea vieții</li> <li>- PSI-SF</li> <li>- PSOC</li> <li>- SDQ</li> <li>- Autodeclarație pentru minori</li> <li>- Chestionar despre procesul terapeutic – terapeut</li> </ul>                                                                         |

|  |  |                                                                                                                                                                                                                |
|--|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  |  | <ul style="list-style-type: none"><li>- Fișă de obiective inițiale și ulterioare (evaluarea finală a obiectivelor terapeutice)</li><li>- Chestionar privind procesul terapeutic profesional relevant</li></ul> |
|--|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

#### 4. Evaluarea formării interne primite de profesioniștii din cadrul implementare

Fiecare organizație a desfășurat sesiuni de instruire pentru profesioniștii implicați în implementare. În acest scop, profesioniștii au primit un dosar digital care conținea documentul Modelului Hedera, Manualul de Colectare a Datelor și setul complet de instrumente. Conținutul comun de instruire al acestor sesiuni a fost următorul:

- 1) Introducere și context al modelului Hedera
- 2) Principiile cheie ale modelului
- 3) Metodologie și tehnici
- 4) Instrucțiuni pentru colectarea datelor
- 5) Întrebări și răspunsuri/Discuții
- 6) Concluzie și pașii următori

95% dintre participanți consideră sesiunea de instruire primită ca fiind „foarte bună” (62%) sau „bună” (33%), în timp ce 5% o consideră „suficientă”.

În ceea ce privește materialele de instruire, 90% dintre participanți le consideră „foarte bune” (50%) sau „bune” (40%), iar 10% consideră materialul „suficient”.

Claritatea și structura conținutului abordat în cadrul instruirii interne sunt luate în considerare un facilitator în executarea proiectului.

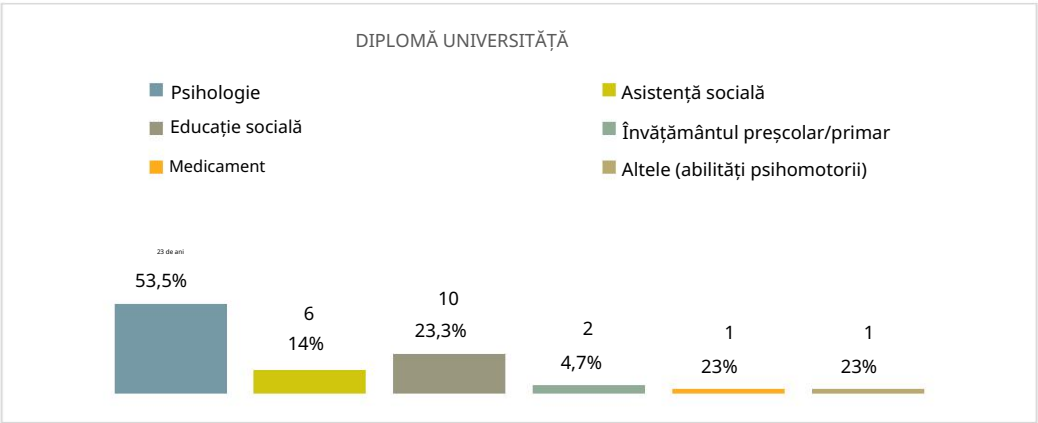
Instruirea internă a fost apreciată pentru furnizarea de instrumente și tehnici utile pentru practica terapeutică la domiciliu. Cu toate acestea, nevoia de instruire suplimentară se concentrează pe același aspect, ceea ce subliniază importanța sesiunilor de instruire suplimentare, mai concentrate pe tehnici și instrumente, care au avut loc în iulie și septembrie și vor continua să fie extinse în faza de implementare.

Răspunsurile privind nevoile de formare subliniază, de asemenea, importanța sprijinului continuu acordat profesioniștilor pe parcursul implementării (sesiuni lunare de supervizare), precum și a activităților care decurg din întâlnirile dintre coordonatorii de proiect și profesioniști. Mai exact, aceste sesiuni de supervizare sunt concepute nu doar pentru a sprijini învățarea experiențială în utilizarea tehnicilor și instrumentelor, ci și pentru a aborda probleme legate de contextul teritorial al proiectului.

5. Caracteristici sociodemografice, educaționale și profesionale ale terapeuților

Avem date de la 43 de profesioniști implicați, majoritatea aparținând EDUVIC (16, reprezentând 37% din total), urmați de Agintzari (12, 28%), Caminante (5,12%), Bottega Dei Ragazzi (7, 16%) și HoltIs (1, 3%).

Vârsta medie a profesioniștilor este de 41 de ani, cel mai tânăr având 28 de ani, iar cel mai în vârstă 57 de ani. În ceea ce privește sexul , marea majoritate sunt femei (34 de cazuri, reprezentând 79% din total). Restul sunt bărbați (9 cazuri, 21%). Majoritatea (58%) dețin o diplomă de master, iar 5% dețin un doctorat. Frecvența și procentul corespunzător fiecărui tip de diplomă universitară sunt prezentate mai jos:



În medie, profesioniștii implicați au 13,3 ani de experiență în intervenția familială (cea mai mică experiență este de 1 an, iar cea mai mare de 30 de ani), iar, în special în cazul terapiei familiale, experiența medie este de 5,6 ani, cea mai mare fiind de 26 de ani.

Din total, 24 de profesioniști (56%) aveau experiență în domeniul îngrijirii la domiciliu înainte de începerea proiectului. Această experiență anterioară era în medie de 8 ani (variind între 1 an și 23 de ani). Mai exact, 11 profesioniști aveau experiență în furnizarea de îngrijiri terapeutice în domeniul îngrijirii la domiciliu, în medie de aproximativ 4 ani (variind între 1 an și 9 ani). Nivelul mediu perceput al competențelor pentru furnizarea de terapie în domeniul îngrijirii la domiciliu a fost de 6,70, cu un minim de 4 și un maxim de 9 din 10 puncte.

Profesioniștii au raportat, de asemenea, avantajele și dezavantajele pe care le așteptau în ceea ce privește intervenția la domiciliu. Aceștia au putut răspunde deschis la aceste întrebări și, pe baza răspunsurilor lor, au fost apoi clasificați în categoriile de mai jos (fiecare profesionist putea numi mai multe categorii).

| Avantaj                                                                                  | % din mențiuni |
|------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| O mai mare acuratețe în înțelegerea dinamicii familiale și a contextelor lor relaționale | 63%            |
| Mai mult confort și încredere pentru familie                                             | 56%            |
| O mai bună adaptare la realitatea familială și transfer de competențe                    | 42%            |

|                                                                                                          |                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| Implicarea mai mare a unor membri ai familiei (în special a adolescenților)                              | 23%            |
| Alianță terapeutică sporită și eficientizată                                                             | 21%            |
| O mai mare aderență la procesul terapeutic                                                               | 9%             |
| Intensitate mai mare a intervenției datorită obținerii mai multor informații despre realitatea familială | 9%             |
| Dezavantaj                                                                                               | % din mențiuni |
| Dificultăți de adaptare, control și localizare în contextul casnic 70%                                   |                |
| Lipsa spațiului adecvat pentru desfășurarea terapiei și/sau prezența distragerilor                       | 30%            |
| Insecuritatea și prezența riscurilor necontrolate                                                        | 23%            |
| Dificultăți în gestionarea evenimentelor neprevăzute                                                     | 16%            |
| Sentimentul de invazie a spațiului privat al familiei                                                    | 12%            |
| Timpul petrecut de profesionist în deplasări                                                             | 12%            |
| Lipsa instrumentelor pentru lucrul de acasă                                                              | 12%            |
| Rezistența familiei la intervenția în casă                                                               | 9%             |

6. Profilul sociodemografic și relațional al familiilor participante

În medie, printre entități, constatăm că:

53% dintre familii au fost îndrumate către procesul terapeutic de către alți profesioniști (față de auto-solicitare).

35% dintre familii fuseseră consultate anterior de terapeutul care realiza implementarea.

22% dintre familii aveau experiență anterioară în procese terapeutice.

În 80% din familii, figura maternă a fost prima persoană din familie cu care copilul a intrat în contact

Ia legătura pentru a începe procesul terapeutic.

• Vârsta medie a părinților este de 43,30 ani.

38% dintre adulții participanți au studii superioare .

În ceea ce privește fiii și fiicele, cea mai frecventă grupă de vârstă este cea a copiilor între 11 și 15 ani (48%).

În ceea ce privește profilul relațional, există o predominanță a familiilor cu granițe neclare și un stil relațional încălzit. Această configurație este caracterizată de o implicare emoțională excesivă între membrii săi, intruziune, ambivalență și control reciproc excesiv. În concordanță cu

În cadrul acestei dinamici, cel mai recurent mit familial este cel al „armoniei”. Această credință, care susține imaginea unei familii unite și fără fricțiuni, acționează frecvent ca un impediment în recunoașterea și gestionarea conflictelor inerente oricărei conviețuirii.

Comparativ cu mediul fizic, observarea mediului social al familiei (activități, prietenii, participarea la viața cartierului) primește scoruri mai mici. Printre alți indicatori, este de remarcat faptul că, în medie, 73% dintre adulți nu participă sau participă doar minimal la viața cartierului.

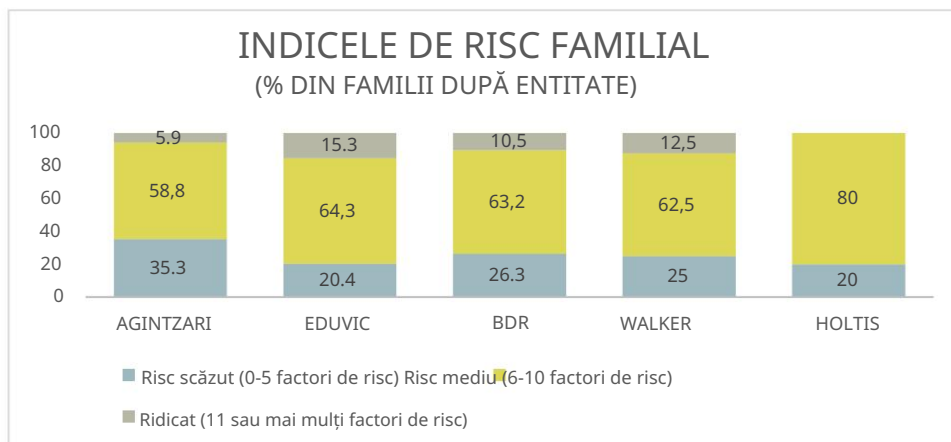
În ceea ce privește factorii de risc, există un consens între organizații cu privire la cei mai tipici factori de risc în familii. Este posibil să se identifice cei 6 cei mai frecvenți (prezenți în două sau mai multe organizații):

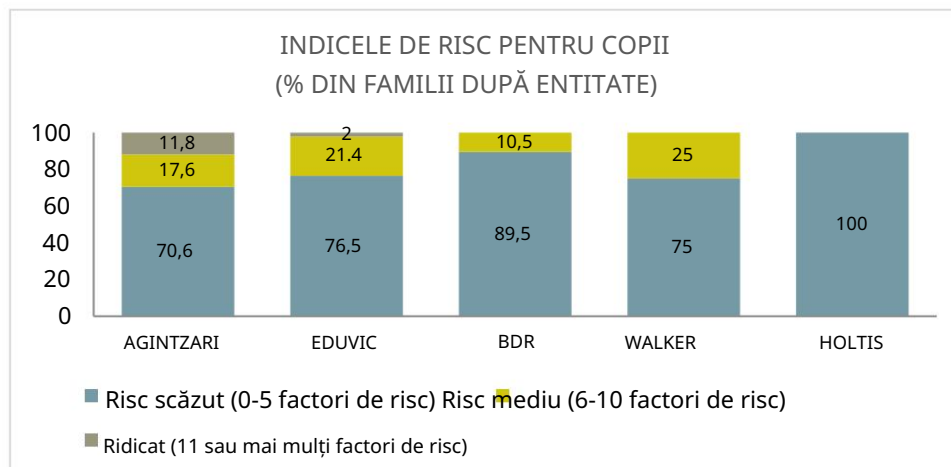
- Conflicte între tată și mamă
- Dificultăți în relațiile familiale și/sau de cuplu
- Dificultăți în funcțiile parentale normative și/sau afective
- Dificultăți în stabilirea rolurilor și ierarhiei familiale
- Adulți suprasolicitați de responsabilități • Criză familială

În mod similar, din totalul de 19 factori de risc legați de copil, este posibil să se recunoască 6 dintre cele mai tipice entități (prezente în două sau mai multe entități):

- Dificultăți de comportament
- Dificultăți socio-emoționale
- Dificultăți și asumarea de norme
- Comportamente transgresive
- Durere nerezolvată
- Dificultăți de adaptare la liceu sau la școală

Având în vedere efectul cumulativ al factorilor de risc psihosociali, a fost elaborat un indice de risc bazat pe numărul de factori de risc prezenți simultan, atât pentru familii, cât și pentru minori. O tendință observată în rândul organizațiilor este aceea că majoritatea familiilor deservite prezintă factori de risc familial general mai mari și un indice de risc specific copilului mai mic.





Analiza factorilor de protecție, la rândul său, ne conduce la recunoașterea celor 4 factori de protecție tipici în rândul entităților (prezenți în cel puțin 2 entități):

- Angajamentul îngrijitorilor
- Conștientizarea problemelor, dorința de schimbare
- Disponibilitatea resurselor economice/a locuințelor
- Interesele și abilitățile copiilor

## 7. Începutul procesului terapeutic

În motivele solicitării de consultație, analizând datele de la toate entitățile împreună, așa cum sunt exprimate de familii, cererea terapeutică este puternic axată pe sprijinul parental. Astfel, cel mai frecvent motiv de consultație se referă la nevoia de consolidare a rolului parental, înțeles ca prezența îndoielilor cu privire la exercitarea acestui rol sau dorința exprimată de a primi sprijin în acest domeniu (66%). În al doilea rând, se evidențiază nevoia de a oferi sprijin pentru bunăstarea copilului (32%), iar în al treilea rând (26%), se remarcă o situație de comportament disruptiv al copilului într-unul sau mai multe contexte din viața copilului (de exemplu, comportament rebel, dinamica conflictuală, absenteismul școlar, conflictul dintre frați sau violența față de unul dintre părinți). În al patrulea rând, sunt menționate problemele legate de abordarea unei legături părinte-copil deteriorate (23%).

Prezența ambilor părinți încă de la începutul procesului terapeutic (în medie, în 51% din eșantion) este un indicator important al motivației și capacității lor de a lucra împreună în beneficiul familiei. Datele colectate arată că, în majoritatea cazurilor, primul membru al familiei contactat telefonic pentru inițierea procesului terapeutic este în primul rând mama. Cu toate acestea, pentru interviul inițial față în față cu terapeutul, ambii părinți sunt implicați într-un procent semnificativ de cazuri. Acest lucru se aliniază cu abordarea de prezentare a acestei intervenții familiilor ca un proces familial, punând accent pe implicarea directă și comună a ambilor părinți în rezolvarea problemelor relaționale.

După analizarea în comun a obiectivelor stabilite între terapeuți și familii în diferitele entități, principalele linii directoare în definirea obiectivelor

Cele identificate sunt:

A. Managementul emoțional și sănătatea mintală:

Dezvoltați strategii de reglare emoțională și comportamentală atât pentru  
atât pentru copii, cât și pentru părinți.

Pentru a promova stima de sine, autonomia și abilitățile sociale, în special în  
fiii și fiicele.

Crearea unui mediu propice sănătății mintale a familiilor.

B. Îmbunătățirea comunicării:

Promovați o comunicare deschisă și clară, esențială pentru rezolvarea conflictelor și consolidarea  
relațiilor.

Construiți noi canale de comunicare și clarificați mesajele între membrii familiei.

C. Părintialitate și co-parentalitate:

Pentru a ajuta părinții să creeze limite clare în relații și să definească rolurile parentale și familiale,  
promovând un mediu cooperant, structurat și previzibil.

Învățați să respectați nevoile celorlalți membri ai familiei și să adaptați stilul parental la nevoile fiilor și  
fiicelor.

D. Legături familiale:

Consolidarea atașamentului și a relațiilor dintre membrii familiei, în special  
între părinți și copii.

Crearea unui mediu familial coeziv, suportiv și empatic pentru toți  
membri.

E. Reconstrucție relațională, sprijin specific pentru situații dificile și momente de  
tranziție:

Promovarea elementelor reziliente și a managementului schimbării în perioadele de tranziție.  
Restructurarea identității și dinamicii familiale în perioade de schimbare, cum ar fi divorțul sau pierderea  
unui membru al familiei.

Pentru a aborda situațiile traumatice și dificultățile emoționale prin sprijin  
psihoeducational.

Pentru a promova reconectarea emoțională și a crea un spațiu de sprijin pentru fiecare  
individual.

Consolidați rețeaua de sprijin extern (prietenii, activități sociale etc.).

Obiectivele stabilite până în prezent acoperă următoarele dificultăți relaționale concepute pentru a fi abordate prin  
intermediul Modelului Hedera, demonstrând o bună potrivire între designul modelului și nevoile familiilor.

## 8. Evaluarea procesului terapeutic și a măsurilor de sănătate relațională

### Obiective

Când am analizat evaluarea familiilor cu privire la nivelul de realizare a obiectivelor stabilite în sesiunea 2 și am reevaluat în sesiunile 5 și 10, am observat că îmbunătățirea a fost semnificativă statistic la toate entitățile și la nivel general. Nu s-au observat diferențe semnificative în comparația dintre grupul de control și grupul cu îngrijire la domiciliu.

### Coeziunea și adaptabilitatea familiei

Rezultatele comparative ale FACES IV în timp sugerează că eficacitatea intervenției Hederă variază între entități în raport cu diferențele

aspecte abordate de modelul circumplex. În acest sens, se observă un posibil efect pozitiv în EDUVIC și HoltIs, cu îmbunătățiri atât în ceea ce privește coeziunea, cât și flexibilitatea.

În plus, s-a înregistrat o scădere a dezangajării, ceea ce sugerează o îmbunătățire în rândul familiilor din HoltIs și Caminante. În mod similar, reducerea haosului de la HoltIs ar putea indica o îmbunătățire a situației familiilor românești deservite de această organizație.

Per total, comparația evoluției temporale între grupurile de control și cele de origine nu a arătat diferențe semnificative.

### Sentimentul de competență parentală

Compararea scorurilor medii ale satisfacției parentale înainte și după intervenție relevă creșteri în toate categoriile, cu creșteri semnificative statistic în două (Caminante și HoltIS). Același model se observă și în subscalele eficacității parentale, cu excepția Agintzari, unde scorurile rămân stabile. O comparație a tendințelor pre- și post-intervenție între grupurile de acasă și cele de control arată rezultate similare.

### Stresul parental

Comparând scorurile medii ale distresului parental înainte și după intervenție, am observat reduceri semnificative ale nivelurilor de stres după intervenție în toate cele cinci organizații. În ceea ce privește diferențele dintre scorurile medii pentru interacțiunea disfuncțională părinte-copil între începutul și sfârșitul intervenției, scorul mediu post-intervenție a fost mai mic în toate organizațiile, schimbarea fiind semnificativă în EDUVIC și HoltIS. Un model similar a fost observat și în cazul subscalei copilului dificil, unde scorurile medii post-intervenție au fost mai mici decât scorurile pre-intervenție, această diferență fiind semnificativă pentru Agintzari, EDUVIC și HoltIS. Analizând scorurile medii în general, luând în considerare datele din toate organizațiile împreună, am observat îmbunătățiri semnificative în toate cele trei subscale. Comparând schimbările pre- și post-intervenție în grupurile de acasă și de control, am observat tendințe similare.

Dacă luăm în considerare variabilele sociodemografice și organizaționale ale familiilor, observăm că grupul de familii cu un copil diagnosticat cu o tulburare psihologică sau probleme de sănătate mintală prezintă scoruri mai mari la subscalele de suferință parentală și copil dificil. În mod similar, găsim scoruri medii mai mari pentru copilul dificil în familiile cu antecedente de probleme de sănătate mintală la tată, mamă sau îngrijitor.

O altă variabilă observată de noi care influențează rezultatele este tipul de limite, clare sau vagi. În cadrul studiului Interacțiunea Disfuncțională Părinte-Copil, observăm că scorul este mai mic atunci când limitele sunt neclare.

Acestea sunt clare și mai mari atunci când limitele sunt neclare, o discrepanță constatată și în cazul distresului parental. Dacă ne concentrăm pe modelele de interacțiune familială, observăm cum subscala Interacțiune Disfuncțională Părinte-Copil prezintă scoruri mai mari pentru toți, cu excepția tipului democratic.

#### Adaptarea psihologică a membrilor minori

Când comparăm scorurile medii per total, luând în considerare datele de la toate entitățile împreună, observăm că, între perioadele de pre- și post-intervenție, scorurile la scalele clinice (simptome emoționale, probleme comportamentale, hiperactivitate și probleme cu semenii) scad, în timp ce scala de prosocialitate crește. În general, această tendință este similară atât în mediul de acasă, cât și în cel de control. În plus, scăderea scorurilor medii pentru simptomele emoționale, problemele comportamentale și hiperactivitate este semnificativă atât pentru EDUVIC, cât și pentru HoltIS; iar comportamentul prosocial crește semnificativ în eșantionul EDUVIC.

Dacă observăm cum interacționează această scală cu variabilele sociodemografice și organizaționale Dintre familii, am observat că grupul de familii care are un model de interacțiune Grupurile democratice prezintă scoruri medii semnificativ mai mici în ceea ce privește simptomele emoționale și problemele cu colegii.

#### Calitatea vieții

Între etapele inițiale și finale ale intervenției, o comparație globală a scorurilor medii, luând în considerare datele de la toate entitățile împreună, relevă creșteri semnificative ale calității vieții, sănătății fizice, sănătății mintale, relațiilor sociale și percepției mediului. Rezultatele sunt similare atât în grupul la domiciliu, cât și în cel de control.

În urma corelării datelor obținute pe baza scalei de viață cu variabilele sociodemografice și de organizare familială, am observat o scădere semnificativă a sănătății fizice și a satisfacției față de viață atunci când exista un istoric de probleme de sănătate mintală la tată, mamă sau îngrijitor. În mod similar, am observat că percepția calității vieții a fost semnificativ mai scăzută atunci când unul dintre copii a fost diagnosticat cu o tulburare psihologică sau o problemă de sănătate mintală.

Când observăm modelul de interacțiune familială, vedem cum stilurile de sacrificiu, hiperprotector și delegativ sunt legate de o scădere a sănătății fizice, a sănătății mintale, a relațiilor sociale și a mediului înconjurător.

În ceea ce privește organizarea familiei, am observat o scădere semnificativă a scorurilor oferite de familiile monoparentale la nivelul sănătății fizice, sănătății mintale, relațiilor sociale și mediu. În această ultimă subscală, se observă o scădere semnificativă a scorurilor și în familiile separate.

#### Auto-raportarea membrilor minori

Dacă comparăm scorurile medii la nivel global, luând în considerare datele de la toate entitățile împreună, între începutul și sfârșitul intervenției, constatăm creșteri semnificative ale activității fizice, stării de spirit și sentimentelor, vieții de familie și timpului petrecut. timpul liber, prietenii, viața școlară și sprijinul familial perceput. Per total, rezultatele sunt similare în grupul de acasă și în grupul de control.

### Chestionar intermediar și final privind satisfacția față de procesul terapeutic

În general, familiile sunt mulțumite sau, în mare parte, foarte mulțumite de terapie, atât în ceea ce privește impactul acesteia asupra vieții de familie, cât și satisfacția lor generală față de procesul terapeutic. Toate scorurile medii sunt în jur de 4 din 5. Prin urmare, în general, respondenții consideră că terapia are un efect evident benefic asupra relațiilor de familie și că intervenția este bine primită, existând un sentiment de încredere și utilitate în relația lor cu terapeuții. Deși nu par să existe diferențe majore între grupurile cu terapie la domiciliu și cele de control, impactul mediu al terapiei asupra vieții de familie și satisfacția față de procesul terapeutic este relativ mai mare în Bottega Dei Ragazzi și Caminante. Din perspectiva terapeuților, în organizații precum Agintzari și Bottega Dei Ragazzi, terapia la domiciliu tinde să aibă un impact mai mare și să ofere mai multă satisfacție decât terapia la cabinet.

În ceea ce privește întrebarea adresată familiilor cu privire la repetarea intervenției terapeutice la domiciliu, între 82% și 100% au spus că ar face-o. Aceste rezultate par să arate o evaluare foarte pozitivă a procesului și a beneficiilor pe care le-a avut pentru familii.

### Chestionar post-implementare pentru terapeuți

În ceea ce privește experiența lor cu terapia la domiciliu, terapeuții evidențiază câteva aspecte care au contribuit la dezvoltarea lor profesională. Mai jos sunt prezentate câteva procente ale celor mai relevante aspecte:

- Adaptare, flexibilitate și cadru terapeutic (25,4%). Terapeuții subliniază că au dezvoltat o capacitate mai mare de a-și adapta intervenția la particularitățile fiecărei familii și context.

Observarea contextului familial și ecologic (25,4%), terapeuții evidențiază în general aspectul îmbogățitor al cunoașterii și capacității de a observa aspecte pe care altfel nu le-ar fi observat. acces în sesiunile de birou.

Înțelegerea relațională, legătura și evaluarea (16,9%), lucrul în mediul domestic a permis accesul la dinamici, rutine și semnificații care nu sunt vizibile în consultație, aspect care se asociază cu o îmbogățire a evaluării clinice, a înțelegerii sistemului familial și a calității intervenției.

Dezvoltarea personală a terapeutului (9,9%), mai mulți profesioniști identifică o dezvoltare a autocunoașterii, a sensibilității și a umilinței terapeutice, aceștia prețuind faptul că practica în medii neconvenționale promovează o atitudine reflexivă, mai apropiată și mai favorabilă legăturii.

Instrumente, tehnici și învățare profesională (5,6%).

Evaluare pozitivă a noutății experienței (12,7%), percepută ca o oportunitate de creștere și reînnoire în propria practică.

Se observă un grad ridicat de convergență între profesioniștii din diferite organizații în evaluarea competențelor metodologice și a cunoștințelor dezvoltate. Categoria „utilizarea instrumentelor de evaluare” se remarcă în mod special, primind peste 70% din mențiuni în toate organizațiile. În al doilea rând, datorită naturii sale transversale și frecvenței ridicate, se află „dezvoltarea sesiunilor” (84% în medie în toate organizațiile).

Nivelul mediu perceput al competențelor pentru oferirea terapiei la domiciliu a fost de 6,70, cu un minim de 4 și un maxim de 9 din 10 puncte. După intervenție, media a fost de 7,66, 10 fiind cel mai mare scor de competență.

#### Chestionar pentru profesioniștii externi

În general, profesioniștii externi care sunt referințe pentru familii evidențiază îmbunătățirea comunicării, dobândirea unor ghiduri parentale, îmbunătățirea dinamicii relaționale și crearea unui spațiu sigur pentru familie ca fiind principalele beneficii ale procesului terapeutic.

În ceea ce privește beneficiile modalității la domiciliu, aceștia subliniază posibilitatea de a ajunge la copii și adolescenți reticenți în a participa, spațiul sigur creat pentru aceștia, încurajarea unei conexiuni cu terapeutul și valoarea ecologică mai mare.

#### 9. Concluzii finale

Odată ce eficacitatea modelului de intervenție terapeutică Hedera a fost dovedită, merită menționată gama largă de posibilități pe care le oferă în comparație cu modelul de intervenție tradițional. Abordarea casei dintr-o perspectivă terapeutică schimbă nivelul de informații la care avem acces, ajutându-ne să contextualizăm dificultățile cu care se confruntă familia și suferința pe care o trăiește. Această abordare bazată pe domiciliu are o valoare ecologică semnificativă, permițându-ne să înțelegem dinamica relațională în contextul lor specific.

Ne oferă acces la membri ai familiei care altfel nu ar putea sau nu ar dori să participe și aduce terapia în regiuni mai izolate unde aceste tipuri de resurse nu sunt disponibile. Prezența terapeutului în casă inversează rolurile tradiționale și întărește legătura terapeutică, permite o mai mare flexibilitate în timpul sesiunilor și facilitează conectarea copiilor în propriul lor spațiu sigur. Prezența terapeutului în casă dărâmă multe bariere pe care familiile le ridică adesea atunci când se confruntă cu agenți externi care vizitează casa, schimbându-le percepția asupra acestora.

Pe baza experienței noastre în implementarea modelului și a feedback-ului primit de la terapeuți și familii, suntem încrezători în valoarea intervenției la domiciliu ca instrument terapeutic în sine. Susținută de rezultatele în general similare dintre cele două grupuri de intervenție (acasă/cabinet), Hedera pare, în cele din urmă, să ofere o mare versatilitate, permițând intervenția completă la domiciliu sau alternarea sesiunilor la domiciliu cu sesiuni la cabinet, în funcție de nevoile specifice ale fiecărui caz.

Suntem încrezători în utilitatea modelului prezentat și suntem mulțumiți de rezultatele obținute în faza de implementare. Dovadă în acest sens este continuarea unor procese terapeutice inițiate și încorporarea modelului în serviciile unor organizații, având în vedere rezultatele pozitive obținute.