Cofinanziato dall'Unione europea
Erasmus+

Modello Hedera

Terapia familiare a domicilio

Fondamenti teorici e metodologici

Coordinazione EDUVIC

Nuria Molano Mérida
Marta Rodríguez Lama

EDUVIC

Adela Camí Dealbert
Javier Loyo Rivera

HoltIS

Stefan Cojocaru
Cătălin-George Fedor

Agintzari

Géraldine Sagarna Brusseleers
Alaitz Garmendia Jauregui
Begoña Guijarro Masero
Blanca Angulo López de Armentia

Caminante

Stéphanie Destandau
Hélène Nogues
Patricia Barnetche
Frédérique Pène
Christiane Expert

La Bottega Dei Ragazzi

Daniela Ariadna Moreno Boudon
Denis Cesari

Pubblicato in Iași, 2026

expert projects publishing

This work is licensed under CC BY-SA 4.0. To view a copy of this license, visit https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/

Indice

1.- PRESENTAZIONE DEL PROGETTO HEDERA 1

1.1. Motivazione 3

1.2. Destinatari 5

1.3. Entità associate 6

1.4. Obiettivi 10

1.3. Processo di costruzione del modello HEDERA 13

1.3.1. Implementazione e valutazione del modello HEDERA: ricerca applicata 14

2. MODELLO HEDERA: BASI TEORICHE E METODOLOGICHE 22

2.1. Fondamenti teorici 24

2.2. Basi metodologiche 42

2.2.1. Intervento domiciliare 42

2.2.2. Principi metodologici 44

2.2.3. Procedura di intervento 46

Riferimenti 91

Allegati 99

1.- PRESENTAZIONE DEL PROGETTO HEDERA

Il progetto europeo HEDERA Erasmus+ (2023-1-ES01-KA220-VET-000164938) nasce con lo scopo di formare professionisti dell'azione sociale in un modello di intervento terapeutico familiare che promuove la salute relazionale intervenendo direttamente nelle case delle famiglie. In questo progetto, il modello di intervento è stato ideato, implementato e valutato per offrire una formazione basata su solidi principi teorici e metodologici, e supportata da prove sperimentali.

Il modello HEDERA, concepito nell'ambito di questo progetto, propone un intervento sistemico innovativo che integra la casa come spazio terapeutico, affiancandola e combinandola con lo studio professionale. Si basa sul presupposto che la **casa** non sia solo un contesto, ma anche uno **strumento che rafforza il legame terapeutico, facilita l'osservazione ecologica e promuove processi di cambiamento relazionale più profondi**.

Il modello HEDERA prevede un intervento terapeutico a domicilio per le famiglie che presentano **difficoltà relazionali,** al fine di migliorare **la salute delle relazioni familiari,** fattore essenziale per la promozione **del benessere generale e della salute mentale** dei suoi membri.

La salute relazionale si riferisce alla capacità di stabilire e mantenere relazioni significative con sé stessi, con altre persone, gruppi e comunità, sulla base delle nostre interazioni e connessioni con gli altri (Bermejo, 2009; Frosch et al., 2021; Willis & Eddy, 2022). Nello specifico, ci si riferisce alla:

- **Capacità di relazione con se stessi**. Capacità di connessione e intimità. Capacità di differenziarsi pur mantenendo un senso di appartenenza. Capacità di affrontare e gestire situazioni difficili e risolverle efficacemente. Capacità di autoregolazione. Flessibilità e adattabilità al cambiamento.
- **Capacità di mantenere relazioni sane all'interno dell'ambiente familiare**. Capacità di stabilire una struttura e dinamiche familiari funzionali: esercizio appropriato di ruoli e funzioni; capacità di bilanciare limiti e affetto nelle relazioni familiari; capacità di costruire un senso di appartenenza e promuovere l'autonomia; figure genitoriali che offrono affetto, protezione e socialità, ecc.

- **Capacità di mantenere relazioni significative con persone al di fuori dell'ambiente familiare**. Capacità di costruire rapporti di fiducia, rispetto e sostegno reciproco.
- **Capacità di mantenere relazioni sane con la comunità**. Conoscere e utilizzare al meglio le risorse e i servizi locali. Avere fiducia nelle relazioni all'interno della rete di supporto professionale.

In sostanza, la salute relazionale comprende tre dimensioni dello stesso **triangolo**: **salute nelle relazioni interpersonali, salute cognitiva** e **salute emotiva**. Affinché gli individui raggiungano la salute relazionale e, di conseguenza, una personalità integrata, garanzia di benessere mentale, è necessario che tutte e tre le dimensioni del triangolo siano espresse.



In definitiva, l'obiettivo di questo modello è aiutare le famiglie a costruire dinamiche funzionali in cui i ruoli e le funzioni genitoriali siano esercitati con affetto e protezione, **consentendo alla casa di essere uno spazio sicuro** che faciliti anche una sana connessione con la rete sociale e comunitaria esterna.

1.1. Motivazione

Il progetto HEDERA nasce da esigenze reali individuate dalle organizzazioni partner attraverso la loro pratica professionale diretta, la supervisione clinica sistematica, la partecipazione a progetti sociali e formativi, studi di caso longitudinali e team di ricerca applicata. Per oltre dieci anni, le organizzazioni partner hanno raccolto dati pratici e osservazionali su:

- La persistenza di ostacoli all'accesso a servizi terapeutici di qualità per le famiglie vulnerabili.
- Le difficoltà nel sostenere i processi di miglioramento in contesti di stress socio-economico ed emotivo.
- La necessità di interventi più intensivi, ecologici e contestualizzati.
- L'importanza della casa come spazio relazionale in cui emergono i modelli familiari essenziali.
- La mancanza di modelli standardizzati, valutabili e trasferibili per l'intervento terapeutico e socio-educativo familiare a domicilio.

Il progetto HEDERA si è quindi sviluppato come naturale evoluzione del lavoro clinico e socio-educativo maturato nel tempo, nonché come risposta strutturata a un'esigenza professionale da tempo riconosciuta. In questo contesto, le situazioni di disagio emotivo e relazionale aggravate dalla pandemia di COVID-19 e dalle sue conseguenze hanno rappresentato un fattore chiave nell'accelerazione dello sviluppo del progetto. A tal proposito, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (2020) indica che l'impatto di una pandemia sulla salute mentale è più pronunciato tra le popolazioni che vivono in situazioni di esclusione sociale, così come tra altri gruppi, come gli anziani.

Tra gli altri fattori, la situazione pandemica è stata collegata all'emergere di alterazioni psicosociali (stress familiare , isolamento sociale) e all'aumento di altri indicatori (AEP, 2022; Muelas, 2021; Paricio del Castillo & Pando, 2020; Vindegaard & Benros, 2020): sintomi di ansia e depressione, tra le altre patologie; violenza domestica; autolesionismo; disturbi alimentari; abuso di sostanze; segnalazioni ai servizi di salute mentale; uso eccessivo della tecnologia; e difficoltà economiche.

Questa realtà è stata osservata anche nei servizi di psicoterapia familiare, con un aumento significativo dei sintomi emotivi, relazionali, cognitivi e comportamentali. Di conseguenza, il

sistema di salute mentale e dei servizi sociali ha subito un impatto, non riuscendo a soddisfare i bisogni derivanti dalla pandemia (Robles-Sánchez, 2021). In particolare, il **distanziamento sociale** verificatosi durante la pandemia ha portato a un'intensificazione delle relazioni che già si svolgevano nella sfera digitale, nonché a una **diversificazione dei metodi di intervento per individui e famiglie**. Ha inoltre reso necessario esplorare **nuove modalità di accesso alle reti di supporto informali e formali,** nonché migliorare la comunicazione con i professionisti (Hertlein, 2012; Konca, 2022; Requena & Ayuso, 2022; Sen et al., 2022). **L'assistenza terapeutica domiciliare avvicina i professionisti ai diversi contesti in cui le famiglie e i loro membri interagiscono**, favorendo il benessere all'interno della famiglia e rafforzando le relazioni della famiglia con la comunità. Ciò richiede di considerare l'interazione tra i fattori individuali e l'ambiente socio-economico, culturale e fisico.

Tuttavia, la casa è un contesto clinico e socio-educativo complesso, caratterizzato da **relazioni strette**, **scarsa struttura formale** e **forte esposizione a variabili ecologiche, sociali ed etiche**. Ciò richiede competenze specifiche che non possono essere sviluppate esclusivamente in ambito clinico.

In questo contesto, il progetto HEDERA, basato sulla combinazione di ricerca applicata e formazione, si propone **di sviluppare un modello di terapia familiare che includa la casa come contesto di intervento e di offrire una formazione su questo modello ai professionisti.** Il progetto attinge alla terapia familiare dalle discipline della psicologia, dell'educazione sociale e del servizio sociale, nonché dalle scienze sociali in senso più ampio. Si propone di progettare, sulla base di prove scientifiche, uno strumento di intervento terapeutico efficace che integri l'ambiente familiare immediato (la casa) e i contesti comunitari in cui gli individui si spostano, con l'obiettivo di **responsabilizzarli.** Questo percorso formativo si propone di migliorare significativamente l'impatto e i risultati degli interventi realizzati dai **professionisti nell'ambito di questo modello e di condividere il modello, frutto della ricerca, con la comunità per il suo sviluppo e la sua implementazione. Si tratta, pertanto, di una formazione specifica in una particolare competenza professionale: la competenza transdisciplinare nella salute relazionale in ambito domestico**. Per questo motivo, è concepito come un percorso formativo breve, intensivo e fortemente orientato alle competenze, finalizzato all'applicazione pratica nel contesto professionale.

Per concludere la motivazione del progetto HEDERA, di seguito vengono riassunti i quattro pilastri su cui si fonda la natura innovativa di questo progetto:

- **Progettazione di un modello di terapia familiare che combina la terapia socio-educativa con le neuroscienze applicate**. Questo approccio ibrido consente di comprendere e intervenire sulle dinamiche familiari da una prospettiva multiforme e basata sull'evidenza, orientata a un cambiamento duraturo.
- **Utilizzo della casa come spazio terapeutico primario**. Il progetto trasforma l'abitazione in un contesto terapeutico strutturato, innovativo e metodologicamente definito.
- **Approccio ai problemi di salute mentale di diversa origine da una prospettiva relazionale**. Offre un quadro di intervento applicabile a casi legati a stress cronico, vulnerabilità socioeconomica, conflitti intergenerazionali, disregolazione emotiva, difficoltà genitoriali, migrazione e relazioni transnazionali, e negligenza relazionale, tra le altre problematiche.
- **Sviluppo di un modello scientificamente testato e valutato**. Il processo transnazionale di sperimentazione e valutazione genera guide metodologiche, strumenti di intervento e materiali formativi basati su evidenze empiriche. HEDERA non si limita a progettare un modello innovativo: lo testa, lo perfeziona, lo valuta e ne dimostra l'applicabilità in contesti reali, consentendo quindi la costruzione di una proposta formativa per i professionisti.

1.2. Destinatari

Il progetto HEDERA si propone principalmente di fornire formazione a professionisti **delle** scienze sociali. Questa formazione è rivolta soprattutto a tre profili professionali nell'ambito dell'azione sociale (psicologi, assistenti sociali ed educatori sociali) e in particolare a coloro che operano nel campo della terapia familiare. Tale ambito è in linea con l'appello dell'Unione Europea alla transdisciplinarità operativa, che consente a team di professionisti di diverse discipline di parlare un linguaggio comune incentrato *sulla salute relazionale*, ottimizzando così l'intervento e riducendo la frammentazione.

Nel Modello HEDERA, la formazione unificata si giustifica con il fatto che l'intervento non è rivolto alla singola persona, ovvero alla sua salute mentale intrapsichica, bensì alle dinamiche relazionali che possono compromettere tale salute. In questo senso, il Modello HEDERA si concentra sul miglioramento delle interazioni all'interno del contesto familiare, così come nel contesto sociale più vicino.

D'altro canto, l'intervento terapeutico proposto dal Modello HEDERA si rivolge a famiglie **segnalate** dai servizi sociali, educativi e sanitari, o a quelle che si rivolgono al servizio di propria iniziativa. Queste famiglie presentano tipicamente un profilo vulnerabile o a rischio, poiché l'intervento si concentra sull'affrontare le loro difficoltà relazionali e, soprattutto, le sfide che incontrano nello sviluppo **delle competenze genitoriali**. Pertanto, pur essendo concepito per adattarsi a diversi modelli familiari e fasi del ciclo di vita, l'intervento si propone di essere particolarmente utile per le famiglie con figli in età scolare o adolescenti.

Inoltre, in un'ottica più ampia e nell'ottica del trasferimento delle conoscenze, il Progetto HEDERA si rivolge alle diverse **comunità locali** e ad altri soggetti interessati nei territori in cui viene implementato e in quelli in cui potrebbe essere implementato in ambito europeo, con l'obiettivo di promuovere la salute delle relazioni familiari in tali comunità, attraverso la diffusione delle conoscenze derivanti dal modello e dalla sua applicazione.

1.3. Entità associate

Il progetto HEDERA è guidato da **EDUVIC SCCL** (Spagna), sulla base del suo **modello di terapia familiare socio-educativa**, i cui elementi principali sono descritti nella sezione successiva. Partendo da questo modello preliminare, il progetto si propone anche **di integrare le conoscenze e le pratiche provenienti da altri modelli di lavoro nell'intervento familiare in ambito internazionale**, in particolare dall'Associazione **HoltIS** (Romania), l' Associazione **Caminante** (Francia), la cooperativa **Agintzari** (Spagna) e la cooperativa **La Bottega Dei Ragazzi** (Italia). I principali servizi offerti da queste organizzazioni partner sono descritti di seguito, in particolare quelli relativi alla costruzione e allo sviluppo di questo modello.

- **EDUVIC (Spagna)**

EDUVIC SCCL è una cooperativa di iniziativa sociale senza scopo di lucro che opera da oltre 30 anni al servizio delle persone, con particolare attenzione a bambini, adolescenti, giovani e famiglie. In quanto cooperativa, EDUVIC fonda la propria organizzazione e gestione sui valori cooperativi, abbracciando il mutuo aiuto, la democrazia, l'uguaglianza, l'equità, la solidarietà, l'onestà e la trasparenza come caratteristiche distintive del proprio lavoro quotidiano.

Attualmente, EDUVIC gestisce numerosi servizi e progetti psicoterapeutici e socio-educativi con obiettivi di cura diversificati, classificati per tipologia all'interno dei vari dipartimenti della cooperativa. Questi progetti spaziano dalla protezione e cura dell'infanzia (attraverso EDUVIC · Infància) alla psicoterapia individuale e di coppia (attraverso P&TI) e al supporto per gli atleti di élite (EDUVIC · Sport). Offre inoltre progetti incentrati sulla formazione professionale (EDUVIC · Escola Itinere) e sul sostegno alle famiglie (EDUVIC · Famílies) .

- **Associazione HoltIS (Romania)**

Il modello di intervento di questa associazione è fortemente caratterizzato dalla promozione e dall'attuazione del networking e ha i seguenti obiettivi: promuovere elevati standard di competenza ed etica professionale nel campo dell'educazione dei figli; promuovere l'educazione genitoriale, considerata una forma di supporto per i genitori e altri caregiver nel processo di esercizio della genitorialità; sviluppare programmi di formazione e assistenza tecnica, seminari, conferenze e altre attività volte a rafforzare le capacità delle autorità locali, degli enti e delle comunità di fornire servizi sociali per l'infanzia; attuare attività di volontariato e mobilitazione della comunità per aumentare la partecipazione e il coinvolgimento dei membri della comunità nello sviluppo locale; e cooperare con organizzazioni rumene e internazionali che offrono servizi per l'infanzia e supporto alle loro famiglie, sviluppando partenariati efficaci. Nello specifico, sulla base di questi obiettivi, l'associazione sviluppa e attua programmi sociali che contribuiscono a:

- ✓ Promuovere le competenze genitoriali di madri e padri a beneficio della salute mentale (emotiva e relazionale) delle loro famiglie, nonché del miglioramento dei rapporti con i propri figli e figlie, attraverso il Programma Educativo di C della Genitorialità.
- ✓ Coinvolgere i giovani nella partecipazione attiva alla comunità attraverso attività volte a sviluppare competenze sociali, spirito civico, lavoro di squadra e senso di appartenenza al gruppo, mediante la creazione e l'espansione dei Club HoltIS.

- **Associazione Caminante (Francia)**

L'Associazione Caminante opera nei settori della prevenzione, del sostegno educativo e sociale e dell'assistenza psicologica per le persone vulnerabili. La sua filosofia fondamentale è che ogni persona assistita e la sua famiglia, abbiano diritto al rispetto incondizionato, indipendentemente dalle loro circostanze, convinzioni o origini. In questo modo, si impegna affinché tutti possano godere appieno della propria cittadinanza attraverso un sostegno costante e la promozione dell'autonomia personale, dell'integrazione scolastica, dell'integrazione sociale e delle opportunità di inserimento professionale.

Attualmente, offre una vasta gamma di servizi volti a sostenere e fornire assistenza psicologica e socio-educativa alle famiglie vulnerabili e ai loro membri. Questi servizi includono strutture residenziali e di accoglienza, nonché attività socio-educative svolte a domicilio. La sua missione si realizza quindi attraverso diversi servizi: il Servizio di Sostegno Familiare; gli Istituti Terapeutici Educativi Pedagogici (ITEP); il Trait d'Union; Lo Caleï; i Servizi di Educazione Domiciliare e Assistenza Specializzata (SESSAD); l'Istituto Medico-Educativo (IME); e gli Appartamenti di Coordinamento Terapeutico (ACT). Ad esempio, il Servizio di Sostegno Familiare è un approccio terapeutico che mira a promuovere la comunicazione tra i membri della famiglia, consentendo a ciascuno di collaborare per un funzionamento più flessibile, superare le crisi, svilupparsi individualmente e trovare un nuovo equilibrio. D'altra parte, gli Istituti Terapeutici Educativi Pedagogici (ITEP) accolgono bambini, adolescenti e giovani adulti con difficoltà psicologiche, la cui manifestazione, in particolare l'intensità dei problemi comportamentali, compromette seriamente la loro socializzazione e l'accesso all'apprendimento. L'obiettivo è aiutarli a lavorare sul loro sviluppo psicologico, supportando la loro crescita individuale attraverso un intervento interdisciplinare. Il Trait d'Union (Accordo di Unione) è un servizio preventivo ed educativo per genitori e figli che si concentra sul

supporto delle relazioni nelle diverse fasi dell'infanzia e/o durante periodi critici o difficili che minacciano la stabilità familiare. La sua missione è supportare il processo genitoriale e lo sviluppo dei bambini. Nel caso di Lo Caleï , si tratta di un servizio di supporto per migliorare la qualità della vita di diverse persone vulnerabili (persone dimesse dall'ospedale, persone vulnerabili a causa dell'età, di malattie, disabilità, situazione familiare o contesto ambientale) che hanno scelto di vivere a casa.

Inoltre, l'associazione Caminante ha sviluppato il progetto europeo CAPEvFAIR, incentrato sull'assistenza alle donne vulnerabili nell'ambito della cura perinatale in Francia, Spagna, Italia e Romania, nonché il progetto GEFA (*Growing up as a Family) . Oggi, GIFT* (in inglese), a cui partecipano quattro paesi europei (Spagna, Francia, Italia e Romania), rappresentati in egual misura dai servizi sociali e di assistenza alle famiglie vulnerabili e dalle università per fornire formazione a professionisti dello stesso settore.

- **Agintzari SCIS (Spagna)**

Agintzari si occupa dell'attuazione di proposte innovative e della gestione di servizi di qualità volti a rispondere ai bisogni sociali di individui e gruppi in situazioni difficili. Questa cooperativa sviluppa, tra le altre attività, servizi di intervento socio-educativo e psicosociale e servizi di assistenza secondaria. Inoltre, promuove e realizza risorse e progetti attraverso proprie iniziative e finanziamenti agevolati, come il modello di intervento Casas Conectadas en Red (Rete di Case Connesse) , per preservare i legami familiari e prevenire la disgregazione familiare; il Servizio Betirako, per il supporto alle persone che hanno subito un lutto durante la pandemia; l' iniziativa Behari, basata sul modello Teknoadineko, per lo screening e il supporto agli anziani che soffrono di solitudine indesiderata; e ARLOBI-ADOPTIA, che dispone di un ampio team di professionisti nel campo della psicologia con esperienza nella cura dei bambini e delle loro famiglie, in particolare quelle colpite da situazioni traumatiche, e che comprende i seguenti servizi: supporto psicosociale per famiglie e minori; Terapia del gioco (Theraplay®) per rafforzare i legami individuali e collettivi, ambito in cui il team di Agintzari si è formato e certificato presso il Theraplay Institute nel 2011 (Guijarro et al. 2017); consulenze continuative di persona e in videoconferenza, gruppi terapeutici per adolescenti, formazione specialistica per professionisti e famiglie, consulenza sull'organizzazione e la progettazione di strumenti di pubblicazione e ricerca su processi e risultati.

- **La Bottega dei Ragazzi (Italia)**

Presso La Bottega dei Ragazzi, la ricerca, la formazione professionale e l'intervento socio-educativo nel campo della cultura per l'infanzia sono elementi chiave della sua azione sociale. Tra i servizi dedicati al benessere psicologico e i centri di sostegno familiare gestiti da questa cooperativa, particolare attenzione è rivolta alle famiglie con bambini piccoli, con l'obiettivo di affrontare il tema dell'equilibrio tra vita lavorativa e vita privata. Vengono offerti servizi incentrati su attività ricreative per adolescenti; servizi di sviluppo comunitario; e il Servizio di Educazione Domiciliare (SED), una tipologia specifica di servizio di protezione dell'infanzia e di sostegno familiare basata sull'assistenza domiciliare. Nello specifico, il SED è pensato per bambini e famiglie che vivono difficoltà scolastiche e rischi psicosociali, fornendo loro una rete di supporto. Lavorando direttamente a casa della famiglia, il progetto rafforza le competenze genitoriali, offre attività educative e di socializzazione per i gruppi che sperimentano fragilità e si occupa della salute emotiva e relazionale delle famiglie. In questo modo, mira a contribuire alla crescita positiva del bambino o dell'adolescente in un contesto familiare che rispetti la sua personalità, promuova lo sviluppo armonioso del suo potenziale e lo aiuti a raggiungere livelli sempre maggiori di autonomia.

1.4. Obiettivi

Gli obiettivi generali del Progetto HEDERA seguono **due linee d'azione**: lo **sviluppo di un modello di terapia familiare che includa interventi a domicilio** e lo **sviluppo di programmi di formazione per i professionisti su questo modello** al fine di garantirne un' implementazione efficace. Inoltre, attraverso queste due linee di lavoro e per tutta la durata del progetto, HEDERA si propone di condividere e diffondere il modello sviluppato e i relativi processi di progettazione, implementazione, valutazione e formazione **con la comunità internazionale.**

Gli obiettivi specifici stabiliti in relazione a questi obiettivi generali sono elencati di seguito.

1. **Costruire un modello terapeutico applicabile a livello internazionale, che affronti le difficoltà relazionali delle famiglie e promuova la salute relazionale dei loro membri, intervenendo nel contesto domestico.**

1.1. Progettare un modello teorico e metodologico per la terapia familiare che utilizzi la casa come fulcro dell'intervento, in modo complementare al lavoro svolto in studio, basato su evidenze scientifiche derivanti dalla sua implementazione e che integri i modelli operativi delle organizzazioni partner partecipanti al progetto. Il modello si propone di affrontare i seguenti temi:

- Accompagnare le famiglie nella conoscenza e comprensione delle dinamiche relazionali che hanno instaurato, all'interno del loro contesto sociale e culturale.
- Identificare, insieme alla famiglia, gli aspetti della salute mentale che si sono compromessi, concentrandosi sugli elementi relazionali ed emotivi di ciascun membro della famiglia e della famiglia nel suo complesso che sono correlati a tale compromissione.
- Sostenere le famiglie nel processo di adattamento che la loro situazione attuale comporta e nell'approccio relazionale alle loro difficoltà:
  - Ansia familiare derivante da situazioni di crisi irrisolte, tra cui lutti e situazioni avverse vissute da uno dei membri della famiglia.
  - Vulnerabilità delle figure genitoriali nello sviluppo del loro ruolo e delle loro funzioni.
  - Relazioni conflittuali tra adulti che hanno ripercussioni su figli e figlie.
  - Scarso rendimento scolastico dovuto a stress familiare o alla mancanza di coinvolgimento da parte dei genitori.
  - Problemi di salute derivanti dalla negligenza nelle cure di base.
  - Isolamento sociale derivante dalla mancanza di legami sociali e da esperienze negative con l'ambiente circostante.
  - Comportamenti a rischio nei figli e nelle figlie derivanti dalla negligenza dei genitori.
  - Solitudine e stress nei processi di differenziazione identitaria dei bambini.
- Promuovere le competenze genitoriali e i processi di ristrutturazione e trasformazione che generano nuove dinamiche relazionali favorendo una genitorialità positiva nelle famiglie con bambini e adolescenti.

- Fornire alle famiglie strategie relazionali ed educative che contribuiscano alla regolazione e alla co-regolazione di ciascun membro e dell'intera famiglia.
- Promuovere il coordinamento e la cooperazione tra i servizi di sostegno familiare, compreso l'invio al sistema sanitario pubblico e ai servizi sociali delle situazioni che richiedono un follow-up psichiatrico, qualora vengano rilevate situazioni di rischio sociale.

1.2. Implementare e valutare empiricamente il modello di intervento terapeutico progettato attraverso la partecipazione di un campione internazionale di famiglie e professionisti.

1.3. Esaminare il modello di intervento terapeutico progettato sulla base delle evidenze empiriche ottenute durante la sua implementazione.

2. Nella seconda fase, il progetto HEDERA si concentra **sulla creazione e l'erogazione di formazione per professionisti secondo il modello ideato**.

2.1. Progettare un programma di formazione per professionisti dell'azione sociale basato sul modello costruito, implementato e valutato, che includa i fondamenti teorici e metodologici di tale modello e una sua revisione basata sui risultati emersi in fase di valutazione.

2.2. Fornire formazione a professionisti del settore sociale, attraverso la quale possano acquisire le seguenti conoscenze e competenze:

- Conoscenza dell'ambiente familiare e delle sue dinamiche relazionali, nel proprio contesto di vita.
- Utilizzo di strategie di intervento familiare adattate all'ambiente domestico e capacità di trasferire tecniche e strumenti dal contesto dello studio a quello domiciliare.

3. Partendo dalla da queste due linee di lavoro, il Progetto HEDERA intende **condividere e diffondere con la comunità internazionale**, in modo aperto e trasparente, il modello sviluppato, nonché le conoscenze e le esperienze maturate durante il processo di progettazione, applicazione e formazione professionale.

3.1. Creare un sito web sulla trasparenza.

3.2. Pubblicare notizie e risultati sui social media.

3.3. Coinvolgere le autorità e i servizi locali, i professionisti e le istituzioni educative e accademiche nel campo delle scienze sociali e della salute, nonché le organizzazioni sanitarie e assistenziali.

3.4. Partecipare a eventi e altre attività di sensibilizzazione.

1.3. Processo di costruzione del modello HEDERA

Il modello HEDERA presentato in questo documento, le cui basi teoriche e metodologiche sono illustrate nella seconda sezione, è una versione rivista a seguito di una prima fase di implementazione e valutazione internazionale del modello originariamente concepito. Questa ricerca applicata ha permesso di apportare modifiche metodologiche al modello per rafforzarne l'efficacia, la fattibilità e la sostenibilità. La seguente sottosezione descrive brevemente lo sviluppo e i principali risultati di questa fase di implementazione e valutazione.

Pertanto, le evidenze quantitative e qualitative raccolte durante l'implementazione del Modello HEDERA nel 2025 hanno fornito gli elementi chiave per ottimizzare tale modello attraverso una revisione strutturata, concordata dall'intero team di coordinamento del progetto, con il supporto dei professionisti coinvolti nella fase di implementazione e del gruppo di esperti. Questo riadattamento metodologico mira a migliorare la qualità degli interventi familiari a domicilio e in ufficio attraverso:

- Definire in modo più preciso i criteri di accesso e di utilizzo del modello.
- Rafforzare la struttura del processo terapeutico.
- Adattare la metodologia ai diversi tipi di famiglia.
- Migliorare le condizioni per gli interventi a domicilio.
- Rafforzare la formazione, la supervisione e il supporto ai professionisti.

Pertanto, si prevedono i seguenti risultati:

- Maggiore adattamento del modello HEDERA alle realtà familiari nei diversi contesti europei.
- Maggiore coerenza metodologica e documentale del modello.

- Miglioramento dell'accettazione e dell'adesione da parte delle famiglie.
- Miglioramento della qualità della relazione terapeutica.
- Miglioramento dell'impatto terapeutico sulla salute relazionale delle famiglie.
- Maggiore sicurezza e benessere professionale.
- Rafforzamento dell'impatto degli interventi sulla comunità.

1.3.1. Implementazione e valutazione del modello HEDERA: ricerca applicata

La ricerca condotta nell'ambito del Progetto HEDERA si è prefissata l'obiettivo di valutare empiricamente l'applicazione del modello terapeutico elaborato all'interno di tale progetto. Questo risultato è stato raggiunto raccogliendo dati sulla salute relazionale delle famiglie partecipanti e sull'esperienza, le competenze e le conoscenze dei professionisti coinvolti nell'implementazione del modello. Questa fase di ricerca applicata è preceduta da una fase iniziale che ha previsto lo sviluppo teorico e metodologico del modello di terapia familiare e la progettazione della sua implementazione. A questa fase segue la progettazione e l'attuazione di attività formative per gli operatori sociali. Gli **obiettivi** della ricerca sono elencati di seguito.

Dal punto di vista delle **famiglie partecipanti**, sono sorte le seguenti domande:

A. Esplorare la composizione e l'organizzazione delle famiglie, nonché il profilo sociodemografico dei loro membri adulti e minorenni.
B. Valutare il livello di soddisfazione delle famiglie rispetto al processo di intervento terapeutico.
C. L'obiettivo è confrontare il livello di benessere relazionale delle famiglie tra l'inizio e la fine del percorso terapeutico. Nello specifico, intendiamo valutare la coesione e l'adattabilità familiare, la qualità della vita, lo stress genitoriale e il senso di competenza genitoriale dei genitori, nonché l'adattamento psicologico, la salute e il supporto sociale percepito dai figli.
D. Analizzare le somiglianze e le differenze tra le misure di salute relazionale e la soddisfazione per il processo terapeutico delle famiglie che ricevono l'intervento a domicilio e quelle che lo ricevono in ambulatorio (gruppo di controllo).
E. Verificare le relazioni tra i diversi aspetti della salute relazionale delle famiglie e le loro caratteristiche sociodemografiche e organizzative, sia all'inizio del processo di intervento terapeutico che al termine dello stesso.

F. Esaminare i progressi riscontrati nelle misure di salute relazionale, dall'inizio alla fine dell'intervento, in diversi profili familiari, in base alla loro composizione, organizzazione, caratteristiche sociodemografiche dei membri e motivazione della richiesta terapeutica.
G. Comprendere le somiglianze e le differenze tra le famiglie dei diversi paesi coinvolti rispetto alle misure di salute relazionale e al loro grado di soddisfazione rispetto al processo di intervento terapeutico.

Dal punto di vista dei **terapeuti partecipanti,** gli obiettivi sono:

H. Studiare le caratteristiche socio-demografiche, formative e professionali dei terapeuti.
I. Esaminare il livello di competenze terapeutiche dei terapeuti nel contesto domestico prima e dopo l'intervento.
J. Analizzare la struttura relazionale e gli indicatori di protezione e di rischio delle famiglie all'inizio dell'intervento, correlando questi aspetti ai dati socio-demografici, alla composizione e all'organizzazione familiare e alle misure di salute relazionale riportate dalle famiglie.
K. Valutare il livello di soddisfazione e le difficoltà riscontrate dai terapeuti rispetto al processo di intervento terapeutico, studiando la relazione tra questi aspetti e il contesto dell'intervento (studio o domicilio) e le misure precedentemente riportate dalla famiglia e dagli stessi terapeuti.
L. Comprendere le somiglianze e le differenze tra i terapeuti dei diversi paesi coinvolti rispetto alla loro esperienza nel processo di intervento terapeutico.

Dal punto di vista dei **professionisti responsabili** dell'indirizzamento delle famiglie partecipanti ai servizi di supporto terapeutico, l'obiettivo era:

M. Comprendere la valutazione di questi professionisti in merito al processo di intervento terapeutico, in termini di livello di progressi positivi che percepiscono nelle famiglie assistite.

La ricerca ha quindi coinvolto tre gruppi di **partecipanti**: le famiglie, i terapeuti e i professionisti designati dalle famiglie, nei casi in cui queste ultime usufruissero di servizi sociali. Durante la ricerca, a un totale di 244 famiglie è stata offerta l'opportunità di partecipare all'intervento HEDERA presso tutte le organizzazioni partecipanti. Di queste, 166 hanno completato l'intero intervento entro il periodo di implementazione e valutazione concordato

(settembre 2024-settembre 2025). Ottantotto famiglie (53%) hanno costituito il gruppo sperimentale e hanno ricevuto l'intervento terapeutico previsto presso il proprio domicilio. Le restanti famiglie (gruppo di controllo) hanno ricevuto l'intervento terapeutico presso il loro ambiente abituale (studio o ambulatorio). Inoltre, 46 professionisti impiegati dalle organizzazioni partner del progetto hanno partecipato in qualità di terapeuti. Infine, il terzo gruppo di partecipanti era costituito dai professionisti esterni responsabili dell'invio di ciascuna famiglia, dai quali sono stati raccolti i dati.

Per partecipare, le famiglie dovevano trovarsi in una situazione di vulnerabilità o di rischio lieve al momento dell'attuazione del programma, avere minori residenti in casa e presentare difficoltà relazionali legate a una o più delle seguenti situazioni:

- Ansia familiare derivante da situazioni di crisi irrisolte, tra cui lutti e situazioni avverse vissute da uno dei suoi membri.
- Vulnerabilità delle figure genitoriali nello sviluppo del loro ruolo e delle loro funzioni.
- Relazioni conflittuali tra adulti che hanno ripercussioni su figli e figlie.
- Scarso rendimento scolastico dovuto allo stress familiare o alla mancanza di coinvolgimento da parte dei genitori.
- Problemi di salute derivanti dalla negligenza nelle cure di base.
- Isolamento sociale derivante dalla mancanza di legami sociali e da esperienze negative con l'ambiente circostante.
- Comportamenti a rischio nei figli e nelle figlie, derivanti dalla negligenza dei genitori.
- Solitudine e stress nei processi di differenziazione dei bambini legati alla loro identità.

A loro volta, sono stati stabiliti i seguenti criteri di esclusione:

- Storia di gravi episodi di violenza.
- Gravi problemi psichiatrici non trattati.
- Abuso di sostanze non trattato.
- Mancanza di impegno nei confronti del programma.
- Questioni legali in sospeso relative all'affidamento o al benessere di minori e adolescenti.
- Malattie gravi o disabilità che impediscono la partecipazione attiva.
- Aspettative irrealistiche sui risultati del programma.

Per quanto riguarda la provenienza delle famiglie partecipanti alla ricerca, esse sono state assistite dai seguenti servizi:

- EDUVIC: EDUVIC·Families – Servizi di orientamento e consulenza familiare e servizi di terapia familiare (Barcellona).
- AGINTZARI: Programma di affidamento familiare (Álava); Programma di affidamento familiare, Servizio post-adozione del Consiglio provinciale di Bizkaia e Arlobi, Adoptia, Servizio Betirako (Bizkaia); Servizio di sostegno all'affidamento e all'adozione (Navarra); Equipe di intervento socio-educativo di Bermeo (Bizkaia).
- CAMINANTE: Servizio di sostegno alle famiglie, Istituto pedagogico educativo e terapeutico e Trait d'Union (Bayonne).
- LA BOTTEGA DEI RAGAZZI: Servizi Sociali dei Comuni di: Padova (PD), Rubano (PD), Abano Terme (PD), Torreglia (PD), CASF (PD); autocandidature.
- HOLTIS: Programma di Educazione Parentale – Servizio Psicoterapeutico (Iaşi).

Inoltre, per quanto riguarda il profilo dei terapeuti, i partecipanti erano terapeuti familiari impiegati nei rispettivi servizi terapeutici sopra menzionati, con una formazione in Terapia Familiare Sistemica e con almeno un anno di esperienza professionale nell'intervento familiare.

Infine, i professionisti referenti per le famiglie, che hanno partecipato come informatori sui progressi di queste ultime dopo la conclusione dell'intervento, sono coloro che avrebbero indirizzato la famiglia ai servizi di supporto terapeutico di ciascuna struttura.

In sintesi, per quanto riguarda i partecipanti alla ricerca, ottenere informazioni sull'intervento terapeutico da una prospettiva multi -informatore riduce i possibili pregiudizi e consente di ottenere una visione quanto più obiettiva possibile dello sviluppo di queste famiglie, dei professionisti coinvolti e dell'attuazione dell'intervento.

Per quanto riguarda gli **strumenti** utilizzati, la valutazione delle famiglie è consistita, in primo luogo, in un modulo di contatto iniziale sugli aspetti fondamentali della composizione e dell'organizzazione familiare e in un'intervista semi-strutturata sul motivo della consultazione. Entrambi sono stati compilati dal terapeuta con le informazioni fornite dalla famiglia. Inoltre, le famiglie hanno riportato i dati socio-demografici dei propri membri utilizzando un modulo predisposto a tale scopo. Infine, le famiglie hanno compilato questionari standardizzati volti a valutare le seguenti dimensioni: coesione e adattabilità familiare, utilizzando la *Scala di*

Valutazione della Coesione e dell'Adattabilità Familiare (Scala di Valutazione della Coesione e dell'Adattabilità *Familiare, FACES,* Olson e Gorall , 2006); qualità della vita, attraverso la *scala di qualità della vita* dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS, 2004); stress genitoriale, attraverso il *Parenting Stress Index - Short Form* (*PSI-SF* , Abidin , 1995); senso di competenza genitoriale, attraverso la *Parenting Sense of Parent Competence Scale* (*Parenting Senso di competenza Scala* , *PSOC* , Johnston e Mash , 1989), e adattamento psicologico dei minori, utilizzando il *Questionario sui punti di forza e le difficoltà (SDQ*, Goodman, 1997).

A metà del percorso terapeutico, ai partecipanti è stato chiesto di compilare un questionario relativo alla loro esperienza con l'intervento fino a quel momento, e al termine dell'intervento sono stati invitati a compilare un questionario di soddisfazione sul processo terapeutico. Inoltre, i minori hanno partecipato alla valutazione compilando un questionario di autovalutazione, che chiedeva loro informazioni su aspetti generali della loro salute e sul supporto sociale percepito .

Inoltre, i terapeuti hanno condotto una diagnosi della struttura relazionale utilizzando un questionario appositamente progettato. Hanno anche compilato un modulo sugli indicatori protettivi osservati nella famiglia, un modulo sugli indicatori di rischio e un questionario sull'ambiente familiare, tutti sviluppati specificamente per questa ricerca. Hanno inoltre valutato gli obiettivi terapeutici e i progressi per ciascuna famiglia utilizzando un modulo di monitoraggio oggettivo. Infine, hanno compilato due questionari di autovalutazione ideati per questa ricerca: uno sulle caratteristiche socio-demografiche, formative e professionali e un altro sulla loro esperienza nel processo terapeutico con ciascuna famiglia.

Infine, i professionisti responsabili di ciascuna famiglia hanno riferito sui progressi compiuti dalla famiglia nel processo terapeutico utilizzando un breve questionario appositamente progettato a tale scopo.

Per quanto riguarda la **procedura**, prima dell'inizio della ricerca applicata, ciascun ente ha ottenuto l'autorizzazione dai responsabili dei rispettivi servizi e territori in cui lo studio doveva essere condotto, illustrando le modalità di attuazione dell'intervento terapeutico e la ricerca da svolgere. Inoltre, la ricerca ha ottenuto l'approvazione del Comitato di Bioetica dell'Ospedale Universitario di Bellvitge (Rif .PR145/24).

Prima dell'inizio dell'implementazione, tutti i terapeuti selezionati hanno partecipato a una formazione interna sul modello di terapia familiare progettato, sulla batteria di strumenti da somministrare e sulle linee guida per la raccolta dei dati. Hanno avuto accesso a un manuale di intervento e a una guida per la raccolta dei dati, che contenevano il quadro teorico e metodologico del modello terapeutico, una descrizione del disegno di ricerca e le linee guida per l'implementazione e la valutazione.

Per quanto riguarda le famiglie, seguendo i criteri di inclusione precedentemente stabiliti, queste sono state selezionate sulla base delle segnalazioni pervenute, all'inizio della ricerca, ai servizi di supporto terapeutico delle rispettive organizzazioni, rispettando l'ordine di ricezione delle segnalazioni stesse. Le famiglie partecipanti sono state assegnate in modo casuale alla condizione sperimentale (a domicilio) o alla condizione di controllo (in studio), sempre con il loro consenso volontario alla condizione assegnata per la loro partecipazione alla ricerca.

Per quanto riguarda la tempistica e lo svolgimento dell'intervento terapeutico, entrambi i gruppi (sperimentale e di controllo) hanno seguito lo stesso processo di intervento, con l'unica differenza rappresentata dal contesto (casa o ufficio). L'intervento terapeutico consisteva in 10 sedute di terapia familiare (più una seduta di contatto iniziale) ed era strutturato per essere svolto ogni due settimane, della durata di un'ora. Sulla base delle tipologie di difficoltà relazionali che le famiglie possono sperimentare e che sono affrontabili attraverso il modello di intervento terapeutico, come precedentemente menzionato, le tecniche da utilizzare sono state definite e descritte nel manuale di intervento. La metodologia dell'intervento terapeutico è descritta in dettaglio nella sezione 2.

Per quanto riguarda la valutazione, la batteria di strumenti è stata somministrata all'inizio dell'intervento terapeutico (pre-test) e al termine dell'intervento (post-test). Inoltre, a metà del percorso, le famiglie hanno compilato un breve questionario sul processo terapeutico e i terapeuti hanno monitorato i progressi verso il raggiungimento degli obiettivi terapeutici.

I **risultati** di questa ricerca applicata, raccolti in una relazione finale (Progetto HEDERA, 2025), hanno facilitato gli adeguamenti alla metodologia del Modello HEDERA. Pertanto, il modello descritto nella Sezione 2 di questo documento incorpora le conclusioni e gli insegnamenti appresi dalla fase di implementazione e valutazione del Modello HEDERA. In generale, la ricerca applicata ha permesso di ottenere quanto segue:

1. **Consolidamento di un modello di intervento misto e flessibile (domicilio-studio), adattato alle esigenze di ciascuna famiglia e alle condizioni organizzative.**

   La casa stessa rappresenta un contesto per l'intervento terapeutico validato da famiglie e professionisti, al pari dello studio o della sala di consultazione, e, rispetto a questi ultimi, più favorevole alla profondità della diagnosi, alla comprensione della difficoltà relazionale, all'adattamento dell'intervento ai bisogni e alle risorse della famiglia, nonché all'intensità e alla qualità del legame terapeuta-famiglia.

   Il potenziale terapeutico della casa, negli elementi menzionati, è legato al fatto che l'intervento terapeutico si basa su un **piano sistematizzato** (percorso processuale) che accompagna l'inquadramento, la diagnosi, l'intervento e la conclusione della terapia, nonché il coordinamento con altri soggetti.

2. **Verifica dell'acquisizione di conoscenze e competenze da parte dei terapeuti e valutare la loro propensione all'intervento a domicilio.**

   I terapeuti riferiscono di aver superato pregiudizi professionali e personali lavorando negli spazi privati delle famiglie. L'intervento domiciliare, accompagnato da una formazione preliminare sul Modello HEDERA, da un piano di intervento sistematico, dall'utilizzo di strumenti adattati all'ambiente domestico e da una supervisione continua del processo terapeutico, ha favorito la visione della casa come un'opportunità per raggiungere le famiglie con accesso limitato allo studio, dove è possibile instaurare alleanze più profonde e co-creare uno spazio sicuro con le famiglie.
   La partecipazione di questi professionisti comprende profili professionali diversificati, provenienti da ambiti quali la psicologia, il servizio sociale e l'educazione sociale, tra gli altri. L'intero processo di formazione, implementazione, valutazione e supervisione è stato condotto utilizzando un linguaggio e una metodologia comuni, in linea con l'obiettivo di creare una formazione all'interno di un quadro di transdisciplinarità operativa.

3. **Formazione, valutazione, intervisione, supervisione e coordinamento.**

In relazione al punto precedente, la percezione di sicurezza da parte del terapeuta nell'intervento a domicilio, così come l'impiego di risorse per svolgere la terapia in questo contesto, vengono promossi attraverso:

- Potenziamento della formazione sull'uso tecnico di strumenti e metodologie.
- Utilizzo di strumenti e mezzi per promuovere la riflessione in famiglie e professionisti e per raggiungere una maggiore profondità nella diagnosi, nell'intervento e nella conclusione.
- Potenziamento degli spazi di intervisione e supervisione come supporto continuo alla pratica professionale.
- Approfondimento della prospettiva di genere e delle problematiche ad essa associate.
- Analisi e riflessione sui fattori di terzo ordine che condizionano la pratica terapeutica (classe sociale, genere, razzismo, stigma, discorsi dominanti), nonché sulle questioni di etica professionale.
- Creazione una rete di professionisti che lavorano a domicilio e che condividono esperienze, preoccupazioni e modalità di lavoro.

4. **Adattamento del profilo familiare al quale è rivolto l'intervento terapeutico.**

Sebbene il Modello HEDERA sia rivolto a famiglie con diverse difficoltà relazionali, in particolare a quelle con un profilo di rischio lieve al momento dell'intervento, la sua utilità come strumento per migliorare la salute relazionale è stata evidenziata in famiglie con le seguenti caratteristiche:

- Famiglie con figli in età scolare e adolescenti.
- Famiglie con genitori separati o famiglie monogenitoriali.
- Famiglie con uno o più membri affetti da un disturbo mentale.

5. **Promozione di attività con impatto sulla comunità e sul tempo libero in famiglia.**

La valutazione effettuata evidenzia chiaramente la necessità di:

- Rafforzare i legami sociali e la partecipazione alla vita comunitaria.
- Affrontare l'isolamento e le esperienze traumatiche da una prospettiva comunitaria.
- Integrare gli obiettivi di salute relazionale legati alla comunità nel processo terapeutico, sfruttando il lavoro svolto a casa.
- Promuovere attività ricreative familiari e comunitarie che coinvolgano in particolare gli adulti.

2. MODELLO HEDERA: BASI TEORICHE E METODOLOGICHE

Come introdotto nella prima sezione, il modello HEDERA si basa sul **modello di terapia familiare socio-educativa** (di seguito, TFSE) sviluppato da **EDUVIC** . Il TFSE, i cui principi teorici e metodologici si trovano in Camí et al. (2019), deriva da esperienze professionali condivise, ponderate e valutate, maturate attraverso i diversi progetti gestiti da questa cooperativa, ed è soggetto a revisione continua, in quanto integra e si arricchisce di nuovi contributi rilevanti nel campo della psicoterapia.

Questo modello è strutturato per supportare le famiglie in situazioni di crisi, vulnerabilità e rischio, **sia in contesti terapeutici che preventivi** . Integra un approccio preventivo volto a rafforzare e preservare le famiglie, consentendo di offrire un supporto più ampio a famiglie con diversi livelli di rischio. La sua funzione è quella di creare e promuovere un ambiente positivo che favorisca trasformazioni che **portino al raggiungimento di un equilibrio familiare senza disfunzioni relazionali ,** permettendo alla famiglia di svolgere i propri ruoli intrinseci. Inoltre, la prevenzione riveste un'importanza fondamentale nelle famiglie con bambini piccoli o altri minori , poiché la qualità delle relazioni e dei legami instaurati nei primi anni di vita è fondamentale per il successivo sviluppo psicologico.

CARATTERE PREVENTIVO:	CARATTERE DI TRATTAMENTO:
Rilevamento di situazioni di rischio o vulnerabilità Identificazione di situazioni che possono sfociare in conflitto	Presa in carico di sintomi o modelli relazionali disfunzionali che impattano la dinamica familiare

Pertanto, nella prospettiva del TFSE, la famiglia è concepita come un'unità sociale fondamentale responsabile della risposta ai bisogni dei bambini. Come professionisti, il nostro obiettivo è supportare le famiglie nelle diverse fasi del ciclo di vita per **favorire un attaccamento sicuro e una genitorialità positiva** , con particolare attenzione ai primi anni di vita per **lo sviluppo affettivo, cognitivo, emotivo e relazionale** (Palacios et al., 2014).

Per raggiungere questo obiettivo, è necessario partire da un approccio basato sulla comunità e sulla corresponsabilità tra i diversi soggetti coinvolti, consentendo di valorizzare il supporto e le risorse naturali della famiglia (Jiménez, 2009; Loyo & Trujillo, 2017). In questo senso, lavorare con la famiglia è importante quanto **lavorare in rete** , ovvero con le figure professionali degli altri servizi in cui la famiglia viene assistita, al fine di garantire un **supporto ecologico, coordinato, efficace e coerente** con i bisogni familiari e personali dei membri che la compongono.

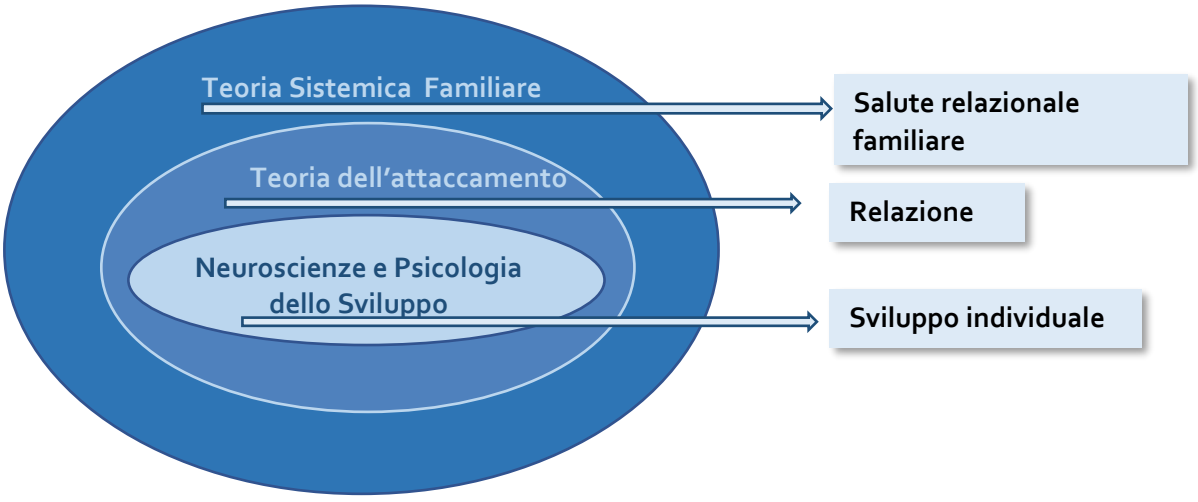
Sulla base di questi elementi precedenti del TFSE, integrati e arricchiti con le conoscenze e le esperienze degli enti partecipanti menzionati, nel modello qui proposto, HEDERA, l'intervento si concentra su:

- **dinamiche relazionali familiari** , ovvero il modo in cui i membri della famiglia si relazionano tra loro in termini di struttura (Minuchin , 1974) e comunicazione (Watzlawick et al., 2002);
- **legame affettivo,** inteso come una connessione emotiva profonda e duratura tra due persone, è il legame che si instaura con figure significative durante l'infanzia ed è cruciale per la stabilità mentale, emotiva e relazionale di una persona nel corso della vita (Palacios et al., 2014).

- Anche **lo sviluppo individuale** , in termini di rappresentazione, integrazione e comprensione che un individuo raggiunge di sé stesso e degli altri, nonché la qualità e la sicurezza delle relazioni interpersonali che sviluppa nel corso della vita, è un aspetto chiave di questo modello (Fonagy et al., 2002). La seguente sottosezione presenta i fondamenti teorici di questo modello.

2.1. Fondamenti teorici

Partendo da una base eclettica, il Modello HEDERA si propone di promuovere relazioni familiari sane, sostenendo **premesse e teorie scientificamente validate**, continuamente perfezionate attraverso la pratica e i nuovi contributi delle scienze sociali: il **modello sistemico , la teoria dell'attaccamento** , le **neuroscienze e la psicologia dello sviluppo**. A un livello secondario, si avvale del modello integrativo e di rielaborazione del trauma, nonché della teoria della mentalizzazione, che combina le conoscenze provenienti dai suddetti campi teorici. Il seguente grafico illustra l'intersezione tra i modelli teorici e i costrutti.



Di seguito sono riportati alcuni dei principi e delle caratteristiche più importanti di queste premesse e teorie.

Terapia familiare sistemica

Il modello HEDERA parte da un approccio sistemico incentrato sulla casa come fulcro dell'intervento, utilizzando l'ufficio come risorsa complementare . Il **modello sistemico** della terapia familiare (Vedi Feixas et al., 2016) postula che tutti i problemi possono essere affrontati da una prospettiva relazionale. Basandosi sul modello sistemico, **la terapia familiare sistemica socio-educativa** (Camí et al., 2019) cerca *la trasformazione* negli individui e nelle famiglie a livello emotivo e cognitivo includendo: la comprensione di sé nonché, a livello relazionale e sociale, la comprensione degli altri e la costruzione del sé in relazione agli altri. La Terapia Familiare Sistemica inizia con:

- I principi del Modello Strutturale (Minuchin , 1974; Minuchin & Fishman , 1981), che dimostrano come un intervento sull'intero sistema familiare ne migliori **il funzionamento relazionale ,** hanno un effetto positivo sugli individui che manifestano sintomi e ne riducono i comportamenti dirompenti. Pertanto, il sintomo individuale viene trattato come espressione di dinamiche disfunzionali all'interno del sistema familiare in cui si manifesta.

- Un approccio strategico (Haley , 1976, 1980) che garantisce efficacia nella riduzione dello stress generato nella dinamica familiare dalla presenza di sintomi.

- Si adotta una visione circolare del problema o del sintomo, in quanto esso viene affrontato all'interno del contesto relazionale in cui acquisisce la sua funzionalità e si mantiene attraverso il contributo di ciascun membro della famiglia, mediante modelli di interazione complessi e ripetuti (Selvini et al., 1980). Da questa prospettiva, come affermano Feixas et al. (2016), è discutibile parlare di responsabilità o colpa, poiché ogni singolo membro della famiglia contribuisce al problema.

- Una prospettiva narrativa (Díaz, 2007) permette di costruire nuove comprensioni per trasformare le dinamiche familiari disfunzionali e promuovere la salute relazionale. Un elemento fondamentale è concentrarsi sulla comprensione che la famiglia ha dei propri problemi e delle proprie sofferenze, enfatizzando i punti di forza piuttosto che le debolezze.

- La considerazione che le famiglie e i loro membri potrebbero non aver acquisito o integrato determinate risorse e capacità nel corso della loro vita a causa di una mancanza di opportunità o esperienza di autoriflessione, viene presentata come un elemento essenziale affinché le famiglie comprendano cosa si attiva nelle loro interazioni interpersonali e, da questa comprensione, acquisiscano nuove risorse e competenze per trasformare le loro relazioni in relazioni più sane.

- La consapevolezza che la realtà è soggettiva – ovvero che non esiste una realtà assoluta che il terapeuta possa scoprire e modificare – è il fondamento su cui il professionista adotta un atteggiamento collaborativo, piuttosto che autoritario, nei confronti della famiglia. Il terapeuta si avvicina alla famiglia per comprendere e aiutarla a comprendere gli eventi, in modo che possa trovare nuove strategie di adattamento.

Inoltre, la concezione sistemica della famiglia include la comprensione della sua evoluzione e delle relazioni caratteristiche in ogni fase della vita, tenendo conto delle diverse forme di struttura familiare. L'approccio evoluzionistico allo studio della famiglia ha proposto il **ciclo di vita familiare** in diverse fasi (Camps et al., 2017). Queste possono variare leggermente a seconda degli autori, ma tradizionalmente seguono una sequenza comune:

1. La formazione di una coppia. Emerge un nuovo sistema familiare in cui si definiscono i confini, si stabiliscono nuove regole e si verifica un allontanamento dalle famiglie d'origine, dando così vita a un'identità di coppia. Alcune delle principali difficoltà in questa fase sono legate all'incapacità di prendere le distanze dalla famiglia d'origine.

2. La nascita dei figli. Il sistema genitore-figlio emerge parallelamente al sistema coniugale, riducendo il tempo individuale disponibile e il tempo dedicato alla coppia. I neogenitori si assumono la responsabilità di crescere i propri figli e devono sviluppare le competenze necessarie per assolvere con successo a questo compito. Le difficoltà in questa fase sono principalmente legate a bisogni emotivi insoddisfatti all'interno della coppia, interferenze da parte della famiglia d'origine e mancanza di competenze genitoriali.

3. Famiglie con bambini in età prescolare. I bambini mantengono uno stretto legame con i genitori, pur iniziando a interagire in ambito educativo e con i coetanei. Mostrano

maggiore autonomia nelle capacità motorie, cognitive ed emotive e sono in grado di esprimere i propri bisogni in modo più esplicito, rendendo più evidenti le esigenze insoddisfatte.

4. La famiglia con figli in età scolare. L'immersione dei bambini in altri contesti (scuola, coetanei). Il processo di individuazione. Le difficoltà sorgono soprattutto quando le regole del contesto familiare confermano o smentiscono il funzionamento di altri contesti.

5. Famiglie con adolescenti. L'inizio della separazione dai figli. Il confine tra infanzia e età adulta, dove il rapporto tra genitori e figli diventa più simmetrico. Il principale problema relazionale che emerge in questa fase è la mancata accettazione o il mancato consenso a questa graduale separazione.

6. I figli lasciano casa. La coppia si ritrova di nuovo sola, il che può causare disagio per la partenza dei figli, sebbene possa anche significare il riavvicinamento alle amicizie. I figli iniziano a svilupparsi professionalmente e a formare le proprie famiglie.

7. La famiglia che invecchia. La famiglia vive un cambiamento di ruoli e delle perdite (lavorative, familiari). I genitori hanno bisogno del sostegno dei figli. Alcune delle difficoltà associate a questo processo includono solitudine, isolamento, dolore e adattamento alla perdita della giovinezza e ai nuovi ruoli che ne derivano.

Anche le famiglie, in quanto entità e relazioni socio-emotive, vivono crisi, trasformazioni, evoluzioni, perdite e guadagni. Tutte queste crisi, trasformazioni ed evoluzioni all'interno delle famiglie presentano sfide, sforzi e nuovi compiti per i quali i membri non sono sempre adeguatamente preparati e richiedono supporto e orientamento professionale. Nella successione di fasi presentate, abbiamo descritto chiaramente le evoluzioni della famiglia nucleare intatta: coppia senza figli, coppia con figli piccoli, figli in età scolare, famiglia con figli adolescenti, con figli piccoli, sindrome del nido vuoto, ecc. In queste situazioni, lo sviluppo dei figli richiede alla coppia genitoriale di gestire l'educazione, la crescita, la collaborazione e il conflitto con altri sistemi (scuola, comunità, sanità, lavoro, ecc.). In seguito, devono imparare ad allentare i legami e a rispettare l'autonomia e la libertà dei figli, che un tempo erano dipendenti e iniziano a crearsi un proprio stile di vita, partner e famiglie, dando origine a una rete familiare allargata che necessita anch'essa di supporto e, a volte, di sostentamento e cura.

Tuttavia, **la diversità familiare e le sue caratteristiche uniche** danno origine a fasi di sviluppo nuove, meno familiari e potenzialmente destabilizzanti, che dobbiamo essere in grado di affrontare. In altre parole, è fondamentale comprendere e rispondere a queste diverse realtà quando si lavora con le famiglie, al fine di fornire loro il supporto più appropriato possibile. In Spagna, e analogamente ad altri contesti europei (González, 2023), alcuni dei principali cambiamenti che si verificano nel funzionamento e nella struttura delle nostre famiglie sono i seguenti:

- Oggi le famiglie non iniziano più con il matrimonio.
- All'interno delle famiglie tradizionali con due genitori, i ruoli si sono evoluti verso una maggiore uguaglianza tra le figure adulte.
- Le strutture familiari si sono diversificate: divorzio o separazione delle coppie, con conseguente nascita di *famiglie binucleari* e *famiglie allargate o combinate* ; maternità o paternità single; figli nati tramite procreazione assistita; figli adottivi o in affido; matrimoni tra persone dello stesso sesso, genitorialità per affinità , filiazione per affinità, team genitoriali, ecc.

In breve, le trasformazioni e i progressi sociali, come l'aumento dell'aspettativa di vita, l'uguaglianza dei ruoli di genere, i progressi verso la parità tra donne e uomini e la maggiore importanza della libertà individuale e dell'autodeterminazione, tra molti altri fattori, hanno reso la famiglia una struttura sociale più diversificata. Ad esempio, **il divorzio** , lungi dallo smembrare la famiglia, l'ha trasformata in una struttura più complessa in cui i suoi membri devono imparare a superare i processi di lutto e adattamento che tali processi comportano. Una famiglia con un solo nucleo familiare, quando i coniugi divorziano, si trasforma in una famiglia con più nuclei familiari che devono imparare a rispettarsi e collaborare reciprocamente, dando origine a nuove relazioni familiari e legami di parentela che devono trovare il loro posto e la loro funzione (Coleman et al., 2006). Ex coniugi , matrigne, patrigni, figliastri e figliastre, fratellastri e sorellastre... Questi elementi segnano nuove forme di legame e relazioni familiari, dando origine a nuove crisi, conflitti, soluzioni e alternative. Pertanto, necessitano anche di supporto tecnico e devono evolvere dalla crisi della separazione verso famiglie monogenitoriali alternate e collaborative , seconde nozze e nuove nascite o incorporazioni, superando perdite onerose e sperimentando diversi adattamenti.

Al contrario, le famiglie **affidatarie , adottive** e **collaboratrici** all'interno del Sistema di Protezione dell'Infanzia (SPC) ampliano il quadro di riferimento per l'evoluzione e la crescita dei loro membri. Queste famiglie si mettono in contatto con le famiglie biologiche dei bambini e degli adolescenti che accolgono, adottano o con cui collaborano attraverso accordi di visita o ricercando e mediando le loro origini. A differenza delle famiglie biologiche, la loro preparazione all'affido, all'adozione o alla collaborazione prevede nuove fasi, come la formazione e le valutazioni di idoneità, l'integrazione di un nuovo membro, il supporto e il monitoraggio istituzionale e la conclusione, pianificata o non pianificata, dell'affido. Ciò significa che queste famiglie collegate al SPC presentano strutture, compiti, sfide, conflitti e trasformazioni differenti che devono essere presi in considerazione (Bernedo et al., 2020; Brodzinsky & Palacios, 2023; León et al., 2021; Palacios, 2009).

Le famiglie **con genitori dello stesso sesso** , una realtà consolidata che amplia la nostra comprensione di cosa siano le famiglie e quale sia la loro funzione sociale, così come famiglie **miste** , formate da una persona nata all'estero e una nata nel paese d'origine (Musarra , 2017), e **famiglie di migranti** , i cui processi di riunificazione rappresentano una sfida attuale non solo in termini di diversità culturale, ma anche in termini di comprensione della vita familiare (González, 2023). Allo stesso modo, anche le famiglie **in cui sono presenti disturbi** mentali tra i loro membri devono compiere sforzi significativi per evolvere dalla consapevolezza dei sintomi, alla ricerca di aiuto, al contenimento della sofferenza, alla riorganizzazione delle proprie routine, al ricorso a trattamenti terapeutici e alla ricerca di alternative, fino a trovare il proprio posto e il proprio equilibrio (Casanova-Rodas et al., 2014). Tutte queste realtà familiari menzionate, e altre che potrebbero emergere, sono considerate nel presente modello HEDERA e tutte trovano spazio nei metodi di lavoro che esso propone.

Proseguendo con altri aspetti legati alla prospettiva sistemica, è necessario evidenziare la sua influenza dal **modello ecologico** (Bronfenbrenner , 1979) **e dalla teoria dei sistemi** (Bertalanffy, 1968), che considerano l'interazione tra variabili genetiche e psicologiche e l'ambiente come un processo che avviene all'interno di sistemi dinamici, complessi e multi-influenzati. Pertanto, lo sviluppo umano deriva da molteplici influenze provenienti da diversi livelli o sistemi contestuali (microsistema, mesosistema , esosistema , macrosistema , cronosistema). Questi livelli sono intesi come strutture interdipendenti con un'organizzazione gerarchica che esercitano la loro influenza combinata e congiunta sullo sviluppo.

Pertanto, la prospettiva **ecosistemica** è una delle principali fonti della terapia sistemica, che ci permette di considerare la famiglia come un **microsistema inserito in sistemi più ampi**, con i quali intrattiene relazioni multidirezionali. A sua volta, all'interno del microsistema familiare, si possono individuare diversi sottosistemi di relazioni tra i suoi membri, come il sottosistema dei fratelli, il sottosistema di coppia o il sottosistema genitore-figlio.

Nella prospettiva **bioecologica**, Bronfenbrenner e Morris (1998) individuano quattro elementi principali dello sviluppo umano: **i processi prossimali** (interazioni reciproche prolungate e intense tra un organismo umano e persone, oggetti e simboli, attraverso le quali il potenziale della persona può essere trasformato e realizzato); la **persona** , che, attraverso le sue caratteristiche personali, risorse e disposizione, gioca un ruolo attivo nel proprio sviluppo; il **contesto**, che comprende l'interazione dei sistemi ecologici; e **il tempo** , considerando che tutti gli elementi sopra menzionati sono soggetti a cambiamenti nel tempo. Da questa prospettiva, l'evoluzione di ogni famiglia è soggetta al ruolo che i suoi membri svolgono come agenti di stabilità e cambiamento, attraverso interazioni significative sostenute nel tempo e in diversi contesti relazionali.

Teoria dell'attaccamento

La teoria dell'attaccamento definisce l'attaccamento come il primo sistema che gli esseri umani sviluppano per garantire la propria sopravvivenza. Attraverso questo legame primario, i bambini rimangono connessi ai loro caregiver, che soddisfano i loro **bisogni emotivi, di protezione e di cura** . Pertanto, nonostante l'importanza delle relazioni di attaccamento nella tarda infanzia e durante tutto il ciclo di vita (Cassidy & Shaver , 2016), la prima infanzia è un periodo chiave per lo sviluppo socio-emotivo (Palacios et al., 2014), e l'attaccamento precoce ha un impatto diretto sull'organizzazione cerebrale, come discusso in precedenza.

Lo sviluppo dell'attaccamento nei primi anni di vita
Dalla nascita ai tre mesi, il bambino si interessa agli adulti che lo circondano, senza tuttavia mostrare una preferenza specifica. Le cure e le attenzioni che riceve (allattamento, risposta al pianto, manifestazioni d'affetto, ecc.) costituiscono le basi del legame di attaccamento.
Dai tre ai sei mesi, il bambino inizia a riconoscere chi sono le sue figure di riferimento principali, coloro che

si prendono cura di lui costantemente, lo calmano, gli parlano, lo accarezzano... Queste figure sono quelle che sono disponibili quando ne ha bisogno e con cui instaura un forte rapporto di fiducia, per cui inizia a sentirsi più a suo agio che con gli estranei.
Dai sei mesi a un anno, il legame di attaccamento tra il bambino e le figure di riferimento principali si consolida, il che si riflette comunemente nel disagio che prova quando viene separato da loro e nel rifiuto degli estranei.
Primo e secondo anno, l'aumento dell'indipendenza fisica è legato a cambiamenti nel modo in cui i bambini interagiscono con chi si prende cura di loro e nella dipendenza che sviluppano nei loro confronti. Il bambino va e viene, esplorando l'ambiente circostante muovendosi e giocando. Allo stesso tempo, ha bisogno che chi si prende cura di lui sia vicino per esplorare l'ambiente in sicurezza e per potersi rivolgere a lui quando si sente minacciato. Gradualmente, ridurrà l'ansia quando viene separato da chi si prende cura di lui e interagirà con calma con altre persone. Grazie alla fiducia instaurata con chi si prende cura di lui, il bambino impara e interiorizza il fatto che, anche se si allontanano, torneranno e saranno disponibili in caso di bisogno.

Esistono periodi specifici, chiamati finestre di opportunità, durante i quali determinati stimoli sono necessari per lo sviluppo ottimale di alcune aree cerebrali. Questa stimolazione adeguata dipende dall'instaurazione di un attaccamento soddisfacente. A questo proposito, i bambini che hanno subito avversità precoci, tra cui grave negligenza e abuso, una o più separazioni dai loro tutori o l'istituzionalizzazione – che implica l'assenza di una figura adulta di riferimento individualizzata – spesso subiscono conseguenze negative sul loro sviluppo fisico, cognitivo, linguistico e socio-emotivo (Hillman et al., 2020; Raby & Dozier , 2019; West et al., 2020). Ad esempio, alcuni bambini adottati sono vittime di abbandono in età molto precoce. Soffrono in momenti in cui non sono in grado di esserne consapevoli o di raccontarlo, sebbene l'impatto emotivo e affettivo possa essere molto significativo, come vedremo in seguito quando discuteremo l'impatto delle situazioni traumatiche. Pertanto, solitudine, negligenza genitoriale, mancanza di protezione, insicurezza, paura, angoscia, dolore fisico, fame, incidenti, maltrattamenti e abusi, rabbia, collera e altre emozioni incontrollate sono esperienze comuni nell'ambiente sociale e familiare in cui si sono sviluppati e hanno iniziato a formarsi come persone. Inoltre, molti di loro hanno subito numerose separazioni e perdite delle persone che si prendevano cura di loro (madre, padre, fratelli e sorelle, altri parenti e assistenti, altri residenti della casa famiglia...) e queste esperienze possono generare una paura

irrazionale e inconscia di essere nuovamente abbandonati. (Musarra , 2017). Pertanto, è essenziale che i loro genitori o altri tutori [1]possano entrare in sintonia con i bisogni e i ritmi di ciascuno dei loro figli e figlie.

In definitiva, le persone hanno bisogno di ricevere amore, affetto e rispetto come **prova di essere amate, apprezzate e degne della fiducia altrui** . Secondo le teorie del professor Humberto Maturana, ogni essere umano nasce con una struttura che implica la fiducia nell'ambiente che lo accoglierà; è interdipendente dal suo ambiente e non potrebbe sopravvivere senza le sue cure. Quando ciò non accade, il dolore non è altro che la privazione dell'ambiente che rende possibile l' *esistenza di un individuo* , attraverso il rifiuto o il non essere ascoltati.

Dal punto di vista della teoria dell'attaccamento, il senso di sicurezza, ansia o paura di un bambino è in gran parte determinato dall'accessibilità **e dalla responsività** delle figure di riferimento primarie. Inoltre, la capacità dei genitori di creare un legame con i propri figli e il tipo di attaccamento che offrono sono direttamente correlati al tipo di attaccamento che hanno sviluppato durante la propria infanzia. Le loro risorse emotive, cognitive e comportamentali per rispondere affettuosamente ai figli si sono sviluppate attraverso le prime esperienze con le figure di riferimento. È quindi fondamentale che i genitori prendano coscienza dei propri punti di forza e di debolezza al fine di acquisire nuove competenze in aree che potrebbero essere state trascurate e per migliorare la loro sensibilità ai bisogni dei figli.

Proseguendo con i presupposti della teoria dell'attaccamento, un caregiver sensibile è colui che è prevedibile per il bambino, gli permette di acquisire adeguate capacità **di autoregolazione** (Feldman , 2007; Gunnar & Cheatham , 2003) e, in questo modo, facilita un attaccamento sicuro (Beebe et al., 2016). Nell'intervento Attachment and Bio-behavioral Catch-up (ABC), basato sull'attaccamento, gli esperti evidenziano diversi comportamenti chiave da affrontare nelle famiglie vulnerabili: la capacità di **nutrire** offrendo **affetto e attenzione**, che facilita un attaccamento sicuro; la capacità di **interessarsi e seguire** l'iniziativa dei bambini, sintonizzandosi su di loro, che promuove la loro autoregolazione emotiva e

[1]Questo progetto si propone di essere sensibile ai diversi modelli familiari, comprese le famiglie con bambini e adolescenti sottoposti a misure di protezione, come l'affido o la collaborazione familiare. A tal proposito, salvo diversa indicazione, il termine " *genitori*" si estenderà anche ai *tutori adulti* , come i genitori affidatari, e il termine " *figli*" includerà anche i minori che fanno parte del nucleo familiare ma non sono legati da vincoli di sangue, come i bambini e gli adolescenti in affido.

comportamentale; la capacità di **godersi lo stare** con il bambino, fondamentale per favorire la sua autostima; e l' **evitare comportamenti minacciosi o spaventosi** nei confronti del bambino (Dozier & Bernard, 2019). Per quanto riguarda quest'ultimo, come Benito-Gómez et al. (2022) indicano che i genitori con una storia di traumi o alti livelli di stress genitoriale hanno maggiori probabilità di mettere in atto comportamenti spaventosi, come urlare, picchiare o minacciare i propri figli.

Inoltre, l'attaccamento sicuro è strettamente legato ai principi della genitorialità positiva e alle qualità di resilienza nelle famiglie. **La genitorialità positiva,** che include **la psicoeducazione sui ruoli genitoriali** nelle diverse fasi dello sviluppo (vedi Palacios et al., 2014), ha un carattere promozionale o preventivo e si concentra sull'aumento **delle capacità genitoriali** , valorizzando le competenze esistenti e potenziando le risorse e le fonti di supporto. Basandosi sulla consapevolezza che lo sviluppo psicologico dei bambini richiede legami affettivi **stabili e calorosi in un ambiente strutturato** (Rodrigo, 2010), mira a garantire che i genitori siano in sintonia con i bisogni dei propri figli e li soddisfino, tutelandone i diritti e ottimizzandone lo sviluppo e il benessere. In questo modo, tale prospettiva promuove il benessere del bambino, la salute della famiglia e **un buon trattamento** , intesi in un senso molto più completo e complesso della semplice assenza di maltrattamenti (Barudy & Dantagnan , 2009; Rodrigo, 2010, 2015).

Pertanto, la genitorialità positiva si basa su pratiche genitoriali legate allo sviluppo dell'autonomia, dell'autostima e **della resilienza familiare e genitoriale** per affrontare difficoltà e sfide (Rodrigo et al., 2010). A livello familiare, la resilienza è definita come un insieme di processi di riorganizzazione di significati e comportamenti che una famiglia sotto stress attiva per recuperare e mantenere livelli ottimali di funzionamento e benessere, bilanciando le proprie risorse e i bisogni familiari (Cyrulnik et al., 2003; Gómez & Kotliarenco , 2010). Quindi, tra gli altri elementi, la genitorialità positiva promuove **legami di attaccamento sicuri** tra genitori e figli, con un'adeguata gestione dell'espressione e della regolazione emotiva, che garantisce il benessere della famiglia e di ciascuno dei suoi membri e consente loro di affrontare efficacemente situazioni stressanti o di crisi. Inoltre, come modello ecologico, la prospettiva della genitorialità positiva postula che **crescere i figli non è un compito che può essere intrapreso da soli** . Ogni madre e ogni padre devono avere accesso a una rete di risorse formali e informali che favoriscano il loro senso di competenza e valorizzino

le loro capacità e risorse personali (Jiménez, 2009) . La famiglia allargata, la rete di amici e la rete comunitaria semi-informale fungono da quadro naturale di supporto e contenimento; dispongono inoltre di risorse istituzionali, la cui efficacia dipende in larga misura dalla loro progettazione e gestione.

Detto questo, nell'ambito della teoria dell'attaccamento, uno degli elementi fondamentali del Modello HEDERA è quello di fornire alle famiglie gli strumenti per comprendere e trasformare alcune delle difficoltà dei loro figli in opportunità per creare un legame con loro. A tal fine, questo modello si avvale anche di un intervento basato sui principi della teoria dell'attaccamento, che offre un'opportunità unica per valutare e intervenire nel contesto della relazione naturale tra genitori e figli: la terapia basata sul gioco, **Theraplay ©** , sviluppata per la prima volta nel 1967 da Ann Jernberg presso l' Istituto Theraplay a Chicago.

Theraplay © è un metodo di terapia del gioco strutturato, progettato per rafforzare e sviluppare il legame di attaccamento tra i bambini e le figure di riferimento. Si concentra su quattro dimensioni che favoriscono un attaccamento sicuro: Struttura, Cura, Connessione e Sfida. Lavorare su queste dimensioni aiuta i bambini a sviluppare una relazione più sicura e fiduciosa con gli altri e con se stessi. Le sessioni di terapia del gioco creano uno spazio per la connessione emotiva tra il bambino e il genitore (o la figura di riferimento), trasformando le loro interazioni in esperienze più positive, gratificanti e rigeneranti. Ulteriori dettagli su questo metodo sono disponibili nella sezione dedicata alle tecniche di intervento.

Per implementare un intervento familiare basato su questo strumento, sarà innanzitutto necessario condurre una valutazione pratica dell'attaccamento del bambino, denominata Metodo di Interazione di Marschack (MIM; Marschack , 1960). Si tratta di una tecnica strutturata per osservare e valutare la qualità e la natura delle interazioni e della relazione tra i caregiver e il bambino. Consiste in una serie di semplici compiti progettati per elicitare comportamenti in tutte le dimensioni dell'attaccamento menzionate in precedenza (Fraser , 2014). Lo scopo di questa sessione è che i caregiver visualizzino alcune delle loro scene di interazione utilizzando il MIM, guidati da domande riflessive del terapeuta. Queste domande li aiutano a prendere maggiore consapevolezza e a comprendere, in modo più integrato, i loro punti di forza e quelli che necessitano di ulteriore sviluppo. L'impatto della visualizzazione stessa ha una funzione terapeutica, in quanto l'integrazione delle immagini permette una ricreazione più consapevole delle sequenze nella loro vita quotidiana.

Neuroscienze e psicologia dello sviluppo

Le neuroscienze e **la psicologia dello sviluppo concepiscono l'essere umano come competente, ricco** di potenziale, capace di plasmare la propria esperienza di apprendimento e di costruire la conoscenza attraverso la propria esperienza e l'osservazione degli altri.

Le teorie sociocostruttiviste dell'apprendimento concepiscono l'apprendimento come un processo originale e costruttivo che si verifica dall'interno verso l'esterno quando gli esseri umani interagiscono con gli altri e con il loro ambiente. Si tratta di un processo dinamico e bidirezionale: ogni **famiglia apprende dal proprio ambiente,** così come è in grado di influenzarlo e modificarlo. Man mano che l'ambiente cambia, cambia anche l'influenza che esercita sulla famiglia. Da questa prospettiva, la famiglia è un **sistema fluido e attivo** , responsabile del proprio benessere emotivo e relazionale attraverso lo sviluppo di competenze trasversali e la scoperta di strategie originali e creative per risolvere i propri problemi. Queste competenze e strategie possono essere apprese attraverso l' **imitazione** di altre famiglie e professionisti. Ciò si ricollega **all'apprendimento vicario** , formulato per la prima volta dallo psicologo Albert Bandura nella sua Teoria dell'Apprendimento Sociale (Bandura, 1984), secondo la quale l'apprendimento avviene attraverso l'osservazione e l'imitazione di altre persone e situazioni.

Nella prospettiva neuroscientifica , **la neurobiologia interpersonale** (Siegel , 2001, 2012) postula che i cervelli isolati non esistano e che il cervello sia un organo adattivo che sviluppa le sue strutture attraverso l'interazione con altri cervelli. La mente si sviluppa all'interfaccia tra processi neurofisiologici e relazioni interpersonali. **L'apprendimento esperienziale modifica direttamente i circuiti responsabili di processi come la memoria, le emozioni e la consapevolezza di sé.** Pertanto, la maturazione del sistema nervoso, geneticamente programmata, è plasmata dall'esperienza, in particolare dall'esperienza interpersonale.

Il cervello sociale

- Aree più primitive della corteccia cerebrale: la corteccia prefrontale orbitomediale , l'insula e la corteccia cingolata. Coinvolte nell'esperienza emotiva e nell'esperienza interna.
- Le strutture sottocorticali includono l'amigdala, l'ippocampo e l'ipotalamo. L'amigdala è associata all'elaborazione dell'esperienza della paura, dell'attaccamento, della memoria precoce, delle emozioni

e del riconoscimento facciale. L'ippocampo organizza la memoria esplicita e l'apprendimento consapevole. L'ipotalamo traduce molte delle nostre interazioni sociali in processi corporei attraverso l'attivazione dell'asse ipotalamo- ipofisi -surrene.

- Il sistema dei neuroni specchio, che fornisce un quadro di riferimento per comprendere la cognizione sociale e il cervello sociale a livello cellulare.

In particolare, le prime relazioni giocano un ruolo chiave nello sviluppo cerebrale. Un'adeguata cura fornisce al bambino un ambiente metabolico ottimale per la crescita neuronale attraverso la stimolazione biochimica e la plasticità neuronale. Nei primi anni di vita, il bambino impara a gattonare, a camminare, acquisisce le competenze linguistiche e affina le sue capacità motorie. Tutto ciò lo motiva a esplorare il mondo fisico e sociale. Il cervello del bambino si sviluppa all'interno di un sistema di interconnessioni che include il bambino stesso, chi se ne prende cura e la più ampia comunità sociale. In questo modo, chi si prende cura di lui attiva la crescita cerebrale attraverso la disponibilità emotiva e le interazioni reciproche. I cambiamenti che questo provoca nel bambino, a loro volta, generano cambiamenti nel genitore, ad esempio, quando gioca con il bambino e riceve il suo sorriso. In questo modo, giochi, carezze, risposte appropriate alle esigenze del bambino, tra le altre interazioni, innescano una vera e propria cascata di processi biologici e lo sviluppo cerebrale diventa un processo dinamico in costante riorganizzazione durante tutto il suo ciclo di vita.

Un punto importante da sottolineare riguardo a questi primi scambi è che lo sviluppo primario, quello del bambino preverbale , si svolge fondamentalmente nell'ambito della conoscenza implicita: una conoscenza non simbolica, non verbale, procedurale e inconscia. La comunicazione non verbale, i movimenti del corpo, le sensazioni e le emozioni immagazzinate che fanno parte della memoria implicita coesistono per tutta la vita con la conoscenza esplicita, responsabile del ricordo cosciente dell'esperienza. In relazione alla comprensione del trauma, di cui parleremo in seguito, possiamo affermare che la memoria esplicita e quella implicita sono due sistemi interconnessi che operano in stretta relazione, sebbene possano anche essere disconnessi l'uno dall'altro, come spesso accade con i ricordi traumatici. In questo senso, le somatizzazioni che spesso seguono esperienze traumatiche possono essere considerate marcatori somatici generati durante tale esperienza.

Inoltre, è necessario menzionare la neuroplasticità cerebrale . Le condizioni ambientali e l'educazione ricevuta nei primi anni di vita offrono opportunità uniche per stimolare e modellare le capacità cerebrali. L'apprendimento, la memoria, l'oblio e la capacità di riprendersi da situazioni dolorose sono alcune delle azioni rese possibili da questa plasticità. Sebbene il cervello sia più plastico nei primi anni di vita, nelle fasi successive continua ad avere la capacità di adattarsi all'esperienza, anche se non tutte le aree funzionali sono malleabili allo stesso ritmo o nella stessa misura, e alcune richiedono esperienze più profonde per essere modificate (Brodzinsky et al., 2022).

Riassumendo quanto discusso finora, possiamo affermare che alla nascita il nostro cervello è in gran parte incompleto e maturerà e svilupperà le funzioni associate a questa maturazione man mano che entra in contatto e interagisce con il mondo circostante. Da una prospettiva evoluzionistica, anche nella vita intrauterina esistono **periodi sensibili o critici** per il verificarsi di determinati tipi di sviluppo. Ovvero, se un aspetto caratteristico non si sviluppa durante un periodo sensibile, è molto probabile che ciò influisca sullo sviluppo della fase successiva, rendendo un intervento precoce nell'ambiente circostante estremamente prezioso. In questo senso, la maturazione cerebrale avviene per fasi e, per spiegarla, diversi autori hanno utilizzato varie prospettive, come quella dell'apprendimento, psicosessuale, socioculturale, morale e psicosociale. Nei paragrafi successivi, potrete leggere alcune delle teorie più significative fino ad oggi, anche definite grandi teorie. Avere una conoscenza di base di queste teorie dello sviluppo è essenziale per comprendere i bisogni del bambino in ogni fase e per poter determinare se il suo sviluppo sembra procedere come previsto per la sua età.

Secondo la teoria dell'apprendimento di Piaget (vedere Piaget, 2000), il progresso o lo sviluppo intellettuale si verifica quando gli individui ricercano l'equilibrio cognitivo, ovvero un equilibrio mentale, che deriva dall'interpretazione di nuove esperienze attraverso idee preesistenti. Tuttavia, quando questo equilibrio non viene raggiunto e si verifica uno squilibrio, sorge la confusione. Ciò rappresenta un'opportunità di crescita cognitiva se il modo di pensare viene modificato e adattato (adattamento). Piaget postulò che lo sviluppo cognitivo si svolge in una serie di periodi sequenziali, ognuno con caratteristiche uniche di pensiero e ragionamento (Berger, 2007). In altre parole, il modo di pensare dei bambini cambia con il tempo e l'esperienza, e i loro processi di pensiero influenzano le loro conclusioni e azioni.

1. Periodo sensomotorio (*dalla nascita ai 2 anni*) : i bambini usano i sensi e le capacità motorie per comprendere il mondo; non vi è ancora pensiero concettuale o riflessivo.
2. Periodo preoperatorio (*2-6 anni*) : I bambini utilizzano un pensiero "magico" e simbolico, comprendendo il mondo attraverso il linguaggio. Si tratta di un pensiero egocentrico, in cui percepiscono il mondo dalla propria prospettiva.
3. Fase delle operazioni concrete (*6-11 anni*) : i bambini comprendono le operazioni logiche senza un'interpretazione riflessiva e razionale, quindi il loro pensiero è limitato a ciò che vedono, sentono, toccano e sperimentano.
4. Periodo delle operazioni formali (*dai 12 anni*) : adolescenti e adulti sviluppano il pensiero astratto e ipotetico, ragionano in modo analitico (non solo emotivo) e comprendono la logica di cose che non hanno mai sperimentato.

Queste fasi si susseguono, ma non si tratta di un processo puramente lineare, poiché le informazioni apprese vengono riconfigurate in base ai successivi sviluppi cognitivi.

Secondo la **teoria socioculturale,** l'apprendimento sociale avviene attraverso l'interazione sociale quando dei mentori, come genitori o insegnanti, guidano gli studenti attraverso la zona di sviluppo prossimale, che si trova tra ciò che sono già in grado di fare e ciò che non possono ancora raggiungere autonomamente. Per descrivere questo processo, Vygotsky (1979, 1981) ha sviluppato il concetto di partecipazione guidata, attraverso il quale i mentori insegnano abilità e costumi attesi all'interno di ciascuna cultura, coinvolgendo gli studenti in attività comuni.

Poi, la **teoria dello sviluppo morale ,** che combina le teorie di Piaget e Dewey (Kohlberg, 1984), definisce il giudizio morale come un processo che permette di riflettere sui propri valori e di ordinarli in una gerarchia logica. Questa teoria postula che lo sviluppo del giudizio e del ragionamento morale non sia parte integrante dello sviluppo cognitivo, bensì un processo separato e parallelo. Tale processo si articola su tre livelli, che rappresentano il modo in cui ogni persona adotta una prospettiva diversa riguardo alle norme morali di una società:

- **Fase preconvenzionale** : Questa fase dura fino a circa 11 anni. A questo livello, i bambini iniziano a comprendere la moralità per evitare le punizioni imposte dalle figure autoritarie, che deriverebbero dall'ignorare le regole. Questa fase è orientata verso i beni materiali ed è caratterizzata dal conformismo e dall'adesione alle norme sociali, preservando così il buon funzionamento della società.

- **Livello convenzionale** : Questo livello emerge durante l'adolescenza. In questa fase, il ragazzo o la ragazza si sottomette alle regole, alle aspettative e alle convenzioni della società e delle figure autoritarie, presumendo che comportarsi secondo queste aspettative e norme sia vantaggioso e che non farlo comporti delle conseguenze. In questo modo, si comincia a tenere in considerazione l'intenzione della persona che compie l'azione.
- **Livello post-convenzionale** : si manifesta negli adulti. A questo livello, gli individui pensano e agiscono basandosi su principi morali generali, come il rispetto o la dignità, allontanandosi da una focalizzazione su se stessi. Questa fase porta a una riflessione sui valori universali che dovrebbero guidare una società. Pertanto, se i propri principi morali sono in conflitto con le norme sociali, l'individuo valuterà la situazione e agirà secondo i propri principi piuttosto che secondo le convenzioni sociali.

Infine, secondo **la teoria psicosociale di Erikson ,** lo sviluppo si articola in 8 fasi distinte, in ognuna delle quali si verifica un conflitto psicosociale che deve essere risolto in modo soddisfacente affinché lo sviluppo possa avvenire correttamente:

1. **Fiducia contro sfiducia (0-1 anno):** imparare a fidarsi di chi si prende cura del bambino e dell'ambiente circostante, oppure sviluppare sfiducia nei loro confronti.
2. **Autonomia contro vergogna e dubbio (1-3 anni):** essere autonomi o sviluppare sentimenti di vergogna e dubbio sulle proprie capacità.
3. **Iniziativa contro senso di colpa (3-6 anni):** prendere l'iniziativa e agire con uno scopo preciso oppure, di fronte a un'eccessiva repressione o punizione, sviluppare un senso di colpa.
4. **Operosità contro inferiorità (6-12 anni):** sviluppo di abilità e senso di realizzazione o sviluppo di un sentimento di inferiorità.
5. **Confusione di identità vs. confusione di ruolo (12-18 anni):** esplorazione di ruoli e idee diversi per formare la propria identità o confusione di ruolo derivante da una mancanza di esplorazione.
6. **Intimità contro isolamento (giovani adulti):** instaurare relazioni intime o sperimentare sentimenti di isolamento e solitudine.

7. **Generatività vs. stagnazione (età adulta di mezzo):** creare o coltivare cose che dureranno oltre la propria vita (ad esempio, figli, successi professionali o contributi alla società) oppure sperimentare sentimenti di stagnazione.
8. **Integrità contro disperazione (tarda età adulta):** provare sentimenti di integrità o provare disperazione.

Altre basi teoriche

Il **modello integrativo e di rielaborazione del trauma** si concentra sull'affrontare i traumi subiti, indipendentemente dalla loro origine. Il trauma è concepito come il risultato dell'esposizione di una persona a un evento stressante che sovraccarica i suoi meccanismi di adattamento, portando a una disregolazione del suo sistema nervoso. Quando ciò accade, la persona non è in grado di elaborare e integrare l'evento e ne subisce le conseguenze a livello emotivo, cognitivo, relazionale e fisiologico, con ripercussioni sul suo sviluppo. Come afferma Midori (2022, p. 209), " quando il corpo è in modalità difensiva o protettiva, non c'è spazio per il rilassamento " . Questo modello si basa su recenti scoperte nel campo delle neuroscienze ed è fortemente focalizzato sugli ambiti fisiologico ed emotivo, all'interno di un quadro in cui la sintonia con la persona e la creazione di un'alleanza con il terapeuta sono elementi essenziali dell'intervento terapeutico. L'obiettivo è aiutare la persona **a integrare il trauma nella propria coscienza per poterlo affrontare utilizzando le risorse a sua disposizione,** guarire le ferite emotive che ha causato e **prevenire il perpetuarsi di difficoltà familiari** legate alla cura dei figli, alle relazioni con il partner, al rapporto con l'ambiente e al rapporto con se stessa.

I risultati della ricerca neuroscientifica incentrata sulla comprensione delle esperienze traumatiche e sulla loro applicazione nei processi educativi e terapeutici di famiglie e individui che vivono in situazioni di vulnerabilità sono stati integrati nel modello sistemico socio-educativo. In questo modo, autori come Peter Levine , Bessel van der Kolk , Stephen Porges , Suzanne Midori , Janina Fisher e Deb Dana hanno fornito un quadro di riferimento per l'integrazione di tecniche e principi della teoria del trauma. Alcuni dei principi fondamentali della psicoterapia integrativa e della rielaborazione del trauma sono i seguenti:

- Tutte le persone nascono con lo stesso valore innato.

- L'apertura alla comprensione dei processi vitali e il rispetto per la natura sono caratteristiche uniche dell'esperienza di ogni essere umano.
- L'esperienza è organizzata in reti neurali che comprendono aspetti fisiologici, affettivi, cognitivi e comportamentali. Si affida alla profonda saggezza del cervello sottocorticale e del corpo per guarire se stesso.
- Nel corso della vita, noi esseri umani cerchiamo relazioni e siamo interdipendenti. Il contatto esterno attraverso la socializzazione è il fondamento del contatto con il nostro mondo interiore (emotivo); entrambi sono essenziali e interdipendenti per la salute emotiva e relazionale.
- Gli esseri umani soffrono a causa dei disturbi emotivi che hanno vissuto. Nei momenti di avversità, cerchiamo fonti di connessione e sostegno sociale.
- Gli esseri umani hanno una naturale propensione alla crescita e alla guarigione se si presentano circostanze favorevoli.
- Ogni comportamento ha un significato all'interno del contesto in cui si è sviluppato. Tutto ciò che abbiamo organizzato nel nostro modo di funzionare è il risultato della nostra intelligenza di sopravvivenza.
- La presenza del terapeuta, così come di altri professionisti rilevanti e significativi, è una risorsa fondamentale per costruire uno spazio sicuro e terapeutico. Gli interventi del terapeuta dovrebbero basarsi sul principio dell'incertezza e della non violenza.

A sua volta, **la teoria della mentalizzazione ispira** anche il nostro modello di riferimento, in particolare per quanto riguarda il recupero e/o lo sviluppo della capacità di mentalizzazione. Un sano funzionamento riflessivo consente la gestione e la regolazione delle emozioni e facilita la creazione di narrazioni sulla vita e/o su eventi/esperienze traumatiche (ad esempio, privazione emotiva, problemi di inclusione sociale, fallimenti personali o rotture sentimentali). La mentalizzazione si riferisce alla capacità degli individui di interpretare le proprie azioni, così come quelle degli altri, sulla base di una serie di stati psicologici o mentali soggettivi (bisogni, desideri, sentimenti, credenze, obiettivi, scopi e ragioni) (Fonagy & Bateman, 2016). Nell'ambito del concetto di mentalizzazione, che comprende diversi costrutti, la funzione riflessiva genitoriale (Fonagy et al., 1991) è stata concettualizzata come una competenza di mentalizzazione ampia e generalizzata, che ci dice, da un lato, della capacità di un caregiver di comprendere i comportamenti del bambino in termini mentali, ma anche della coerenza nell'associare i comportamenti agli stati mentali.

Le evidenze scientifiche supportano l'idea che la mentalizzazione non sia un'abilità biologicamente ereditata, ma si sviluppi piuttosto nel contesto delle relazioni di attaccamento, attraverso l'interazione con le figure di riferimento primarie (Fonagy et al., 2002). La capacità di mentalizzazione si sviluppa in modo ottimale all'interno di un attaccamento sicuro (Allen & Fonagy , 2014; Bleiberg et al., 2012). Pertanto, è fondamentale considerare la conoscenza empirica del trauma relazionale, associandolo alle esperienze di negligenza, esclusione e/o dipendenza che gli individui subiscono a causa di interazioni inadeguate con le figure di riferimento e altre figure significative nel corso della vita. Nel tempo, ciò plasma i soggetti sociali, rendendoli più sensibili alle interazioni con gli altri e influenzando il loro sviluppo individuale e relazionale nella sfera intersoggettiva.

2.2. Basi metodologiche

2.2.1. Intervento domiciliare

Lavorare all'interno del nucleo familiare, con un approccio flessibile e rispettoso, ha il vantaggio di favorire una relazione **più calorosa** , **intima** e **personalizzata** , nonché la possibilità di proporre e attivare nuove dinamiche relazionali in loco, intervenendo nello ***stesso* contesto quotidiano** . Ciò promuove un approccio olistico ed ecologico alla cura della famiglia. Inoltre, alcuni autori indicano che facilita il coinvolgimento della famiglia e offre una maggiore probabilità di completamento dell'intervento (Fowles et al., 2018).

Può inoltre presentare una serie di difficoltà o svantaggi, principalmente legati all'ingresso del professionista nell'ambiente familiare privato, al lavoro con risorse limitate o in uno spazio ristretto e alla mancanza di sistematicità nello svolgimento delle sedute. Data la natura stessa dell'intervento domiciliare, è necessario tenere conto di considerazioni etiche e linee guida specifiche per questo tipo di intervento (Boland , 2019; Fierro & Salcedo, 2003).

Da un lato, la valutazione e l'intervento a domicilio presentano una maggiore **validità ecologica** , intesa come la capacità di prevedere ciò che effettivamente accade in contesti naturali. Gardner (2000) sottolinea infatti che osservare la famiglia nella propria casa, come ambiente quotidiano e non strutturato per i suoi membri, ha un maggiore valore predittivo per gli aspetti che si desidera valutare (ad esempio, il livello di affetto, la gestione dei conflitti, la

stimolazione offerta dai genitori ai figli, ecc.). Ciò è particolarmente importante quando si vogliono comprendere ed esaminare situazioni che generano un elevato grado di conflitto, poiché le reazioni e le interazioni tra i membri in ambienti strutturati o artificiali raramente si verificano nello stesso modo in cui si verificano nella realtà quotidiana della famiglia.

Sebbene il terapeuta possa osservare la famiglia nel suo ambiente naturale, questa possibilità di entrare nel contesto familiare assume anche un'altra prospettiva: nella casa, la famiglia si trova nel suo ambiente naturale e il terapeuta è l' *intruso* (Woods, 1988). Ciò significa che di solito è più difficile mantenere una struttura sistematica e ordinata nelle sedute domiciliari, dove il terapeuta può essere travolto dalle dinamiche familiari stesse. Pertanto, due elementi sono essenziali: pianificazione e flessibilità.

Da un lato, è fondamentale pianificare gli obiettivi e lo svolgimento delle sessioni e *comunicare* questo piano di sviluppo alla famiglia, assicurandosi, ad esempio, che sia disponibile lo spazio necessario per lo svolgimento delle sessioni, prevedendo il materiale che verrà utilizzato, se previsto, e garantendo la presenza di tutti i membri partecipanti al momento opportuno.

L'elemento di flessibilità risponde all'ambiente non strutturato. Ad esempio, in base agli obiettivi da affrontare in ogni sessione, il terapeuta deve disporre di un tempo maggiore per iniziare e concludere la sessione, tenendo conto di possibili distrazioni e pause impreviste (soprattutto in presenza di bambini piccoli in casa). Allo stesso modo, accedendo direttamente alle dinamiche familiari abituali e acquisendo una conoscenza approfondita della struttura e delle caratteristiche del loro ambiente di vita, è molto probabile che emergano obiettivi non inizialmente previsti o situazioni sconosciute che richiedono un adeguamento del piano di intervento terapeutico. A questo proposito, ad esempio, LeCroy e Whitaker (2005) indicano che alcune delle situazioni più difficili affrontate dai professionisti che si recano a domicilio sono l'abuso di sostanze o l'essere testimoni di situazioni di violenza di genere.

Come osserva González-Calvo (2003), l'intervento domiciliare può essere fortemente raccomandato quando si ha a che fare con famiglie resistenti o diffidenti nei confronti dell'inizio di un trattamento, così come nei casi in cui il servizio in cui opera il professionista è stigmatizzante . Inoltre, Rodrigo et al. (2010) commentano, riguardo all'intervento familiare tramite visite domiciliari, che questo è particolarmente indicato, sebbene non esclusivamente,

per le famiglie che vivono una crisi temporanea o cronica, quelle con una grave carenza di risorse o conoscenze e quelle con bambini molto piccoli.

Questi autori evidenziano inoltre alcuni dei principali vantaggi e svantaggi che tradizionalmente si presentano quando si interviene in ambito domestico:

Vantaggi:

- Supporto psicologico individualizzato attraverso il coinvolgimento della famiglia, basato sulla conoscenza del loro habitat e sull'osservazione delle routine e delle interazioni sociali nel loro ambiente naturale.
- Adattare l'intervento, il ritorno e la prescrizione alle particolarità della famiglia e alle risorse disponibili in casa.
- Un ambiente privato meno minaccioso e più naturale per la famiglia.
- Promozione attiva di comportamenti legati alla salute, alla cura e all'educazione di figli e figlie, attraverso l'esempio, l'accompagnamento e il sostegno sociale.
- Monitoraggio costante dei loro progressi

Svantaggi:

- Lavoro con risorse minime per aiutare la mia famiglia
- Promuovere la dipendenza dal professionista
- Difficoltà nel contattare le famiglie e nel fissare appuntamenti
- Mancanza di un piano d'azione sistematico, che incide negativamente sul buon rapporto e sulla cooperazione con la famiglia
- Difficoltà nella valutazione, in parte dovute alla mancanza di sistematicità negli interventi
- Intervento in condizioni climatiche e abitative sfavorevoli, aree residenziali percepite come pericolose
- Reazione a comportamenti violenti o minacciosi diretti al terapeuta

Fonte: Adattato da Glebova et al. (2012); LeCroy & Whitaker (2005); Rodrigo et al. (2010).

2.2.2. Principi metodologici

- Un **intervento complementare** al lavoro svolto dai professionisti dei servizi locali con bambini, adolescenti e le loro famiglie.

- Il modello si svilupperà attraverso **la creazione di una rete** tra i professionisti che lo implementano e i professionisti locali, garantendo un intervento coerente e coordinato in modo efficace per rispondere ai bisogni delle famiglie.

- I partecipanti potranno essere indirizzati ai Servizi Territoriali, ai quali verrà fornita una **comprensione sistemica dei processi familiari** .

- Si instaurerà un rapporto di aiuto basato sulla **prossimità relazionale ,** al fine di creare un clima che faciliti i processi di riflessione, comprensione e risoluzione delle difficoltà che le famiglie e i loro membri si trovano ad affrontare.

- La **prospettiva di genere verrà integrata** lavorando con le famiglie sul rispetto delle diverse identità di genere dei vari membri e sulle relazioni di potere che possono instaurarsi in base al genere e sulle loro implicazioni nel funzionamento familiare.

- La riservatezza e **l'etica professionale saranno garantite** durante l'intero processo di intervento, tutelando la privacy delle famiglie coinvolte e gestendo con attenzione i dilemmi etici.

- **Verrà attuato** un intervento sia a livello preventivo che terapeutico , per affrontare le situazioni che incidono sulla stabilità relazionale dei diversi membri della famiglia.

- Ci concentreremo sul **coinvolgimento e sulla motivazione delle famiglie coinvolte** nei processi.

- Lavoreremo da una **prospettiva che valorizzi** le capacità, il potenziale e le risorse della famiglia.

- Il **terapeuta è lo strumento più importante** . Il processo terapeutico non dovrebbe essere rigido e dovrebbe dare priorità all'empatia, al rispetto e alla relazione terapeutica rispetto a qualsiasi tecnica o modello prestabilito.

- Ci si impegnerà ad **adattare il servizio terapeutico alle reali** esigenze dei territori in cui verrà sviluppato.

- Il servizio sarà gestito attraverso processi di qualità **e responsabilità sociale** specificamente ideati per il progetto.

2.2.3. Procedura di intervento

Processo di lavoro terapeutico

Il percorso verso la salute relazionale inizia con la consapevolezza dello stato di salute delle nostre relazioni, la comprensione di ciò che ci sta accadendo (il significato delle difficoltà che incontriamo) e la capacità di sentire e rispondere alle nostre emozioni in modo più consapevole. Questo modello ci invita a riflettere con la famiglia sulle sue modalità abituali di relazione, identificando punti di forza e di debolezza, al fine di supportarla, dall'interno e utilizzando elementi della vita quotidiana, verso un'evoluzione più sana di queste relazioni all'interno della famiglia e con la sua cerchia sociale abituale. Il modello, quindi, tiene conto dei tre assi del triangolo quando si tratta di comprendere e intervenire terapeuticamente con le famiglie. Indubbiamente, l'accesso fisico all'abitazione familiare consente di ottenere informazioni dirette su come i suoi membri stanno in queste tre aree. La sezione seguente esamina i principali elementi da considerare in merito alla selezione della famiglia e all'accesso all'intervento terapeutico; la struttura del modello; l'organizzazione del processo terapeutico; e il percorso del processo terapeutico.

Selezione delle famiglie e accesso all'intervento terapeutico

Nel contesto della terapia domiciliare, è fondamentale che le famiglie percepiscano il processo terapeutico come sicuro e supportato. Pertanto, uno degli obiettivi iniziali dovrebbe concentrarsi sulla riduzione della resistenza o del rifiuto all'intervento domiciliare, nonché sull'instaurazione di una comunicazione chiara e trasparente, adattata alle esigenze della famiglia, riguardo alla procedura da seguire.

Per raggiungere questo obiettivo, si propongono diverse azioni strategiche. In primo luogo, è fondamentale coordinarsi preventivamente **con i professionisti di riferimento** , in quanto possono facilitare l'introduzione del servizio e favorire un clima iniziale di fiducia. Allo stesso modo, soprattutto per le famiglie che necessitano di supporto terapeutico per la prima volta o che sono meno abituate a questo tipo di assistenza, offrire la **possibilità di svolgere alcune sedute iniziali in un ambiente ambulatoriale** può contribuire a stabilire un legame in un contesto percepito dalla famiglia come più neutro e sicuro.

Analogamente, è essenziale fornire una spiegazione dettagliata della **metodologia di intervento** domiciliare , includendo aspetti quali la pianificazione delle sessioni, i requisiti di spazio, i materiali necessari e la struttura generale di ogni incontro. Infine, va sottolineato che l'approccio di intervento è **terapeutico, non valutativo** , al fine di ridurre eventuali timori legati al giudizio o alla supervisione esterna, favorendo così una maggiore apertura e collaborazione da parte della famiglia.

L'intervento terapeutico si concentra principalmente su processi in cui i vari membri del sistema familiare partecipano attivamente, promuovendo un approccio relazionale e integrativo. Tuttavia, tale intervento deve anche essere sufficientemente flessibile da adattarsi a contesti in cui la partecipazione congiunta di tutti i membri non è possibile, come negli **interventi individuali** o in **situazioni di** separazione dei genitori, dove il lavoro congiunto non è possibile o non è disponibile.

A tal proposito, si propone l'adattamento di strumenti e tecniche dell'approccio sistemico-relazionale a formati di intervento individuali, mantenendo l'analisi dei legami e delle dinamiche familiari come fulcro del processo terapeutico. Allo stesso modo, si rende necessaria la progettazione di strategie specifiche che consentano di lavorare con un solo genitore nei casi in cui l'altro genitore non partecipi all'intervento.

Analogamente, l'inclusione simbolica di figure rilevanti non presenti nel processo terapeutico è considerata pertinente al fine di integrare la loro influenza nelle dinamiche relazionali del sistema. Nei contesti di affidamento condiviso o residenza alternata, è importante valutare interventi che tengano conto della vita distribuita del minore tra due case, adattando di conseguenza obiettivi e strategie.

Infine, quando le condizioni lo consentono, si raccomanda di svolgere le sessioni congiunte in un ambiente d'ufficio, privilegiando spazi di riunione strutturati che permettano il lavoro diretto tra i diversi membri coinvolti.

L'intervento terapeutico è valido anche in famiglie con **figli di età diverse** , a condizione che vengano prese in considerazione una serie di premesse per adattare il processo alle caratteristiche evolutive di ciascun membro. A tal proposito, si propone di privilegiare strumenti di intervento comunemente utilizzati con bambini e adolescenti, in modo che possano essere applicati con flessibilità in contesti familiari con diverse fasce d'età. Allo stesso modo, si ritiene necessario strutturare il processo terapeutico dedicando sedute separate a ciascuna fascia d'età, facilitando così un'attenzione più mirata alle specifiche esigenze di ogni fase evolutiva. Infine, si raccomanda l'utilizzo di strumenti psicoeducativi adattati alle diverse fasi di sviluppo, con l'obiettivo di facilitare la comprensione, la partecipazione e il beneficio del processo terapeutico da parte di tutti i membri della famiglia.

Per quanto riguarda il terapeuta, generalmente lavoriamo con un singolo terapeuta (un terapeuta che segue la famiglia). Tuttavia, presso HEDERA, **la coterapia** viene proposta come modalità di intervento particolarmente valida in ambito domiciliare, a condizione che le condizioni organizzative lo consentano. Questa strategia terapeutica, basata sull'intervento congiunto di due professionisti, offre vantaggi significativi sia per le famiglie assistite sia per i terapeuti stessi, contribuendo a un sostanziale miglioramento della qualità del processo.

In ambito familiare, la coterapia offre uno spazio che favorisce la costruzione collaborativa di nuove modalità di comprensione delle dinamiche familiari, riducendo il rischio di un'escalation del conflitto o di rotture nella relazione terapeutica. Permette inoltre un'attenzione più individualizzata nei momenti critici, grazie alla suddivisione funzionale degli spazi di intervento, garantendo così la continuità del processo terapeutico senza interruzioni. Allo stesso modo, la presenza di due professionisti amplia la capacità di osservazione, consentendo un'interpretazione più ricca e complessa delle dinamiche relazionali, sia nella loro dimensione verbale che non verbale.

Dal punto di vista dei professionisti, la coterapia accresce la percezione di sicurezza nell'intervento, condividendo le responsabilità e facilitando il processo decisionale in contesti altamente complessi. Contribuisce inoltre a una maggiore coerenza etica e professionale, promuovendo una riflessione congiunta sulla pratica. Infine, favorisce un ambiente di lavoro

più strutturato, trasparente e sicuro, con conseguente miglioramento della qualità e della sostenibilità dell'intervento terapeutico.

Inquadratura

Il *contesto* terapeutico si riferisce alle istruzioni fornite dal terapeuta riguardo agli elementi del processo terapeutico : la frequenza e la durata delle sedute; gli orari di appuntamento disponibili per la famiglia; i membri della famiglia che sono tenuti a partecipare; le spiegazioni dei benefici del processo per la famiglia; la possibilità di coterapia e/o supervisione da parte di un team terapeutico o in contesti di supervisione; e così via. Talvolta, è necessario ricordare alle famiglie il quadro di riferimento, ad esempio le linee guida concordate in merito alla presenza, alla puntualità e alla partecipazione. Con alcune famiglie, può essere necessario concordare strategie per facilitare il loro coinvolgimento nel contesto terapeutico. Ad esempio, organizzare una telefonata il giorno prima della seduta per ricordare loro l'orario dell'incontro. In definitiva, il quadro terapeutico comprende le istruzioni stabilite dal terapeuta per mantenere la relazione terapeutica durante tutto il percorso di terapia familiare.

Una buona comunicazione iniziale con la famiglia è fondamentale per illustrare le problematiche in cui possiamo aiutarli (struttura del modello), nonché per definire con precisione la diagnosi del problema familiare e gli obiettivi da perseguire, che potranno essere riadattati nel corso del processo terapeutico.

Particolare enfasi viene posta sulla promozione del **coinvolgimento attivo** delle famiglie nell'educazione dei figli, al fine di favorire uno sviluppo sano e il consolidamento di dinamiche familiari positive e reattive. Ciò implica **supportare i genitori** nell'adempimento dei loro ruoli e responsabilità di co-genitori all'interno delle dinamiche familiari e nel benessere relazionale, emotivo, cognitivo e fisiologico dei figli. Per raggiungere questo obiettivo, è fondamentale concentrarsi **sulle capacità** . Quando mettiamo in evidenza i punti di forza della famiglia, ciò che funziona, la famiglia si sente più forte e sicura di sé nell'affrontare le difficoltà. Acquisire una conoscenza diretta delle risorse familiari e del contesto in cui operano amplia la nostra capacità di valorizzare tali punti di forza.

Per quanto riguarda il ruolo del terapeuta, il suo posizionamento e la sua funzione terapeutica a domicilio sono quelli di un ***ospite esperto*** . L'attuazione richiede un quadro organizzativo chiaro e condiviso che garantisca la coerenza e la trasparenza dell'intervento. In questo senso, è essenziale che, fin dall'inizio, il processo terapeutico sia chiaramente definito e concordato con la famiglia, includendo sia il piano di intervento sia l'organizzazione generale delle sedute. Questo quadro iniziale favorisce lo sviluppo di aspettative realistiche, promuove il coinvolgimento attivo dei partecipanti e rafforza l'alleanza terapeutica. Nella terapia domiciliare (a differenza della terapia in studio), il coordinamento con la famiglia deve essere ancora più approfondito in termini di programmazione e logistica dello spazio. La pianificazione offre rassicurazioni: organizza non solo la logistica, ma anche il benessere emotivo sia del terapeuta che della famiglia. Un punto importante è affrontare le preoccupazioni e i timori della famiglia riguardo alla nostra visita a domicilio. È fondamentale che comprendano il contesto terapeutico, non valutativo; ovvero, la visita domiciliare non ha lo scopo di registrare l'ambiente e gli spazi osservati per determinarne l'idoneità. Per la prima seduta a domicilio, si raccomanda la presenza di tutti i membri della famiglia, o almeno del maggior numero possibile. Durante la prima visita, ecco alcuni aspetti da tenere in considerazione:

- L'osservazione fin dal momento dell'arrivo (chi apre la porta e come accoglie gli ospiti) fornisce informazioni rilevanti sulle dinamiche familiari.
- La posizione di ciascun membro della famiglia all'arrivo (chi interagisce, chi rimane a distanza, con chi stanno i bambini) aiuta a comprendere ruoli e relazioni.
- Gli elementi visibili della casa, come foto o quadri, rivelano figure significative; porre domande su di loro e osservare le reazioni emotive fornisce informazioni preziose.
- Lo stato di ordine in casa può indicare se si tratta di una situazione normale o di una preparazione specifica per una visita.
- L'analisi dell'uso degli spazi (occupati, abbandonati o "di proprietà" di qualcuno) ci permette di comprendere le dinamiche e i modelli familiari.
- La famiglia dovrebbe essere coinvolta nella decisione relativa al luogo in cui si svolgeranno le sedute.
- Il comportamento varia a seconda dello spazio, quindi osservare i ruoli nelle diverse stanze e chiedere informazioni sul loro utilizzo aiuta a orientare l'intervento.

Inoltre, nell'intervento terapeutico a domicilio, una parte importante del ruolo *dell'esperto ospite* con le famiglie consiste nel **sostenerle e accompagnarle, costruire legami di fiducia.** Ciò implica **il coordinamento con i** servizi educativi, sanitari, sociali, sportivi, ricreativi e altri servizi comunitari per facilitare la comunicazione e il coinvolgimento delle famiglie. L'obiettivo è quello di promuovere un legame tra la famiglia e la comunità, favorendo la socializzazione in spazi normalizzati e non segregati, fino a quando la famiglia e i suoi membri non saranno in grado di partecipare in modo indipendente **.** Queste azioni possono includere l'accompagnamento delle famiglie durante le visite ai servizi, la fornitura di informazioni per aiutarle a comprendere cosa offrono i servizi e l'evidenziazione dei benefici che un uso appropriato di tali servizi può apportare alla famiglia, soprattutto ai bambini, per promuovere una sana interazione sociale.

In conclusione, tenendo conto di quanto sopra, alcuni fattori che contribuiscono al successo terapeutico includono:

- Effettuare un'analisi preliminare approfondita delle dinamiche familiari, comprese le loro potenzialità e difficoltà.
- Elaborare un piano d'azione coordinato.
- Condurre una sessione iniziale di definizione dell'inquadramento.
- Dedica tutto il tempo necessario a instaurare un rapporto terapeutico.
- Coinvolgete la famiglia e collaborate con essa.
- È necessario elaborare piani di intervento personalizzati che si svolgano in una sequenza adattata a ciascun caso e che tengano conto, inoltre, del legame che la famiglia ha con il suo ambiente immediato.

Organizzazione del processo terapeutico

Il processo di intervento si basa su un approccio integrato a tre aspetti chiave della **salute relazionale ,** sviluppato attraverso un percorso strutturato di fasi sequenziali e progressive. In primo luogo, la dimensione delle **relazioni sane** si concentra sull'analisi e la trasformazione **delle dinamiche relazionali intrafamiliari ,** prestando attenzione ai modelli di interazione e agli stili comunicativi che plasmano il sistema familiare. Questa dimensione considera anche il

rapporto della famiglia con il suo ambiente, inteso come elemento chiave nella costruzione e nel mantenimento di tali modelli. In questo senso, il rapporto famiglia-ambiente diventa rilevante come spazio di intervento comunitario, dove le relazioni esterne riflettono e, a loro volta, modulano la qualità delle relazioni interne. Pertanto, la natura delle relazioni, sia all'interno che all'esterno della famiglia , costituisce un indicatore chiave della salute relazionale o, al contrario, della disfunzione relazionale.

In secondo luogo, **la salute cognitiva** è legata ai processi attraverso i quali gli individui costruiscono credenze, schemi di pensiero e modelli interpretativi della realtà. Il raggiungimento della salute cognitiva implica un lavoro **psicoeducativo** volto a generare nuove comprensioni e significati. Questo processo facilita la riconfigurazione degli schemi di pensiero, promuovendo forme di interpretazione più funzionali che favoriscono interazioni relazionali più adattive. La psicoeducazione incorpora spunti provenienti da contributi teorici rilevanti, come l'approccio sistemico, la teoria dell'attaccamento e i progressi relativi alle neuroscienze e al trauma, consentendo una comprensione più profonda di fenomeni come il trauma e i suoi effetti sull'organizzazione psichica e relazionale.

Infine, **la salute emotiva** si struttura attorno allo sviluppo della capacità **di autoregolazione** interna di ciascun membro della famiglia , nonché alla regolazione emotiva sistemica. Questo asse enfatizza sia i processi individuali di autoregolazione sia le dinamiche di coregolazione che emergono all'interno del contesto familiare, entrambe intese come competenze essenziali per la gestione adattiva delle emozioni nei contesti relazionali.

L'intervento, realizzato sia in ambito terapeutico che domiciliare, integra in modo trasversale questi tre assi – dinamiche relazionali intra- ed extrafamiliari , psicoeducazione e regolazione emotiva – con l'obiettivo di promuovere la salute relazionale, intesa come fattore protettivo fondamentale per la salute mentale. **L'interazione tra questi assi si attiva continuamente durante l'intero processo di intervento** (contesto, diagnosi relazionale, intervento e conclusione), adattandosi alle specifiche esigenze di ogni fase.



Pertanto, il lavoro su ciascuno degli assi della salute relazionale si svolge attraverso una serie di pratiche specifiche che devono essere organizzate in un percorso di intervento. Questo percorso definisce il cammino terapeutico dal primo contatto con la famiglia fino al completamento del processo. In tal senso, il Modello HEDERA propone le seguenti fasi:

- **Fase iniziale o di definizione:** vengono stabilite le regole del servizio, viene esplicitato il quadro di riferimento, vengono formalizzati gli accordi terapeutici e vengono raccolte le richieste.
- **Fase diagnostica** : si procede all'osservazione diretta della famiglia nel suo ambiente quotidiano per elaborare una diagnosi completa che tenga conto delle dimensioni relazionali, cognitive ed emotive. Sulla base di questa analisi, vengono definiti gli obiettivi di intervento e stabilite le strategie di intervento.
- **Fase di intervento** : vengono implementate strategie e pratiche volte a trasformare le dinamiche individuate, integrando i tre assi della salute relazionale.
- **Fase di chiusura** : questa fase si concentra sulla preparazione alla conclusione dell'intervento, sul consolidamento dei risultati raggiunti e sulla conduzione di una valutazione finale del processo, con particolare attenzione alla responsabilizzazione della famiglia.

In tutte le fasi sono incorporati tre processi fondamentali: **valutazione** e **monitoraggio continuo** del processo terapeutico, **il coordinamento tra i professionisti** e **la supervisione** dell'intervento sono elementi essenziali. Tali elementi garantiscono coerenza, qualità operativa ed etica ed efficacia del processo di intervento, consentendo aggiustamenti dinamici in base all'evoluzione della famiglia.

Durata e sessioni

Basato su una struttura procedurale di base articolata in fasi, come descritto in precedenza, il processo terapeutico del Modello HEDERA è necessariamente flessibile, integrando sia i principi strutturali dell'intervento sia le caratteristiche specifiche di ciascun sistema familiare. In tal senso, è fondamentale prestare attenzione ai valori, ai significati e alle priorità che le famiglie stesse attribuiscono al loro percorso, ponendo la relazione terapeutica al centro dell'intervento, conferendogli struttura e significato. Questo approccio implica un continuo adattamento delle strategie e dei ritmi di lavoro, favorendo un intervento contestualizzato e adattato alla realtà dei partecipanti.

Inizialmente, per l'implementazione del Modello HEDERA, è stato progettato un **percorso di processo** con una durata suggerita di dieci sessioni, concepito come un quadro di riferimento per strutturare il processo terapeutico. Tuttavia, i dati ottenuti durante la fase di ricerca empirica dimostrano l'opportunità di rendere questo parametro più flessibile, a condizione che si mantenga **la coerenza metodologica, la centralità e la valutazione continua degli obiettivi terapeutici**. In questo modo, la flessibilità nella durata del processo non solo è compatibile con il raggiungimento di miglioramenti significativi nella salute relazionale delle famiglie, ma è anche associata ad adeguati livelli di soddisfazione sia da parte delle famiglie che dei professionisti coinvolti.

Pertanto, sebbene la flessibilità sia un principio guida del processo terapeutico, la sua applicazione deve inquadrarsi all'interno di una struttura minima che garantisca coerenza, sistematicità e qualità dell'intervento. In tal senso, è essenziale il rispetto di una serie di **condizioni di base** :

A) Innanzitutto, **è necessario rispettare e definire chiaramente le quattro fasi fondamentali del processo di intervento** : la valutazione iniziale, la diagnosi, l'intervento vero e proprio e la conclusione. Queste fasi stabiliscono la sequenza strutturale del processo terapeutico e garantiscono una progressione ordinata dalla definizione iniziale del quadro di riferimento fino alla conclusione del supporto.

B) In secondo luogo, è **essenziale che i tre pilastri della salute relazionale – il legame affettivo, la dimensione cognitiva e quella emotiva – vengano affrontati in modo integrato durante l'intero processo.** L'intervento deve garantire la presenza trasversale di questi tre pilastri, evitando approcci parziali che limitino la comprensione e la trasformazione delle dinamiche familiari.

C) In terzo luogo, **il processo diagnostico dovrebbe essere condotto in modo strutturato e sistematico all'interno del domicilio familiare** , consentendo un'osservazione ecologicamente valida delle dinamiche familiari nel loro ambiente naturale. Inoltre, l'intervento derivante da tale diagnosi, basato sull'utilizzo di strumenti specifici, dovrebbe privilegiare **le sessioni domiciliari** . Tale enfasi facilita un migliore adattamento delle strategie terapeutiche alla realtà quotidiana della famiglia e potenzia il trasferimento dell'apprendimento al contesto in cui avvengono le interazioni.

- ✓ Nell'ambito dell'intervento terapeutico, si propone un'alternanza tra sedute svolte presso il domicilio familiare e in studio, sebbene l'ambiente domestico sia considerato centrale sia per il processo diagnostico che per l'attuazione dell'intervento. Questa combinazione di contesti consente un approccio più completo, integrando l'osservazione diretta delle dinamiche familiari nel loro ambiente naturale con spazi più strutturati di riflessione.

- ✓ L'ambiente domestico facilita una diagnosi più approfondita e completa del sistema familiare, offrendo accesso a modelli di interazione, usi dello spazio e dinamiche quotidiane che raramente emergono nei contesti clinici tradizionali.

Inoltre, l'intervento domiciliare rafforza l'alleanza terapeutica, ponendo il professionista in una posizione di maggiore vicinanza e accessibilità e consentendo la progettazione di strategie di intervento più adatte alle specifiche circostanze della famiglia. In questo senso, l'intervento domiciliare rappresenta la quintessenza dell'applicazione della prospettiva ecologica alla terapia familiare.

- ✓ Nello specifico, la terapia domiciliare promuove un approccio che sfrutta le risorse esistenti all'interno dell'ambiente familiare, in linea con una strategia di intervento *a basso costo* . Ciò implica l'utilizzo degli oggetti, delle routine e delle dinamiche domestiche come elementi attivi dell'intervento, integrandoli come risorse terapeutiche che ne migliorano l'efficacia e la rilevanza. Questo approccio non solo ottimizza le risorse disponibili, ma facilita anche il trasferimento e la generalizzazione dell'apprendimento terapeutico alla vita quotidiana della famiglia, aumentando la durata dei cambiamenti ottenuti.

- ✓ Allo stesso modo, è essenziale integrare sistematicamente l'apprendimento generato nel contesto domestico nelle sedute svolte in consultazione, al fine di arricchire il processo terapeutico e promuovere un feedback continuo tra i due spazi di intervento.

- ✓ Per quanto riguarda le caratteristiche specifiche dell'intervento domiciliare, esso deve essere guidato da una serie di principi che lo differenziano dall'assistenza in studio o in consultazione. In primo luogo, promuove una maggiore intensità, flessibilità e creatività nella progettazione e nell'attuazione delle strategie terapeutiche, in risposta alla complessità e alla ricchezza dell'ambiente naturale. In secondo luogo, il terapeuta, da una posizione di rispetto, ha l'opportunità di ridefinire positivamente sia lo spazio domestico sia le relazioni che si sviluppano al suo interno, attraverso il supporto e la modellazione *in loco* . In terzo luogo, l'intervento domiciliare richiede particolare attenzione e una comunicazione fluida e trasparente con la famiglia

riguardo agli aspetti logistici del processo, in termini di spazi, orari, strumenti e materiali. È necessario stabilire protocolli chiari per la preparazione dello spazio terapeutico in ambito domestico. Tali protocolli dovrebbero includere la considerazione delle condizioni fisiche dell'ambiente – garantendo uno spazio adeguato che faciliti l'interazione e la riservatezza – e la programmazione delle sedute nel quadro delle routine e degli orari familiari. In questo modo, si crea un contesto strutturato che, senza rinunciare alla flessibilità, permette di sostenere il processo terapeutico con rigore metodologico e funzionalità pratica.

D) Inoltre, la flessibilità del processo deve essere supportata da continui aggiustamenti all'intervento, basati su una comprensione condivisa tra la famiglia e i professionisti. Tali aggiustamenti devono essere supportati da un **sistema di valutazione sistematico, implementato nei momenti chiave del processo** — inizio, fase intermedia e conclusione — che consenta di monitorare i progressi, identificare i bisogni emergenti e riorientare le strategie di intervento quando necessario.

- ✓ L'obiettivo è promuovere l'uso sistematico di strumenti tecnici lungo l'intero processo terapeutico, al fine di migliorare la qualità della valutazione e consentire conclusioni di intervento più complete, rigorose e basate sui dati. L'integrazione di strumenti e procedure di raccolta dati standardizzati contribuisce a una maggiore accuratezza nella valutazione dei cambiamenti e nel processo decisionale clinico.

- ✓ È fondamentale integrare una componente predittiva e anticipatoria nel processo terapeutico, delineando chiaramente il piano di intervento fin dalle fasi iniziali. A tal proposito, si raccomanda di pianificare in anticipo e in modo strutturato la combinazione di sedute a domicilio e in studio, evitando decisioni improvvisate che potrebbero compromettere la coerenza del processo e l'adesione delle famiglie.

- ✓ Inoltre, nei casi giustificati, si considera la possibilità di estendere il percorso terapeutico al fine di raggiungere gli obiettivi prefissati, sulla base di relazioni che dimostrino l'evoluzione della famiglia e la necessità di un intervento continuativo. Ad esempio, in alcuni casi, può risultare utile e terapeuticamente vantaggioso per la famiglia prevedere delle sedute di follow-up dopo la conclusione formale del percorso terapeutico, note come sedute di richiamo . *Queste sedute* sono concepite per consolidare i progressi compiuti, prevenire le ricadute e favorire la generalizzazione dei cambiamenti nel tempo. In questo modo, rafforzano la sostenibilità dei risultati ottenuti e mantengono una relazione terapeutica mirata e strategica.

E) Si ritiene essenziale l'istituzione di un sistema **di monitoraggio e/o di intervisione** dei casi, garantendo la qualità e la coerenza della pratica terapeutica. Questo sistema dovrebbe essere integrato da valutazioni condivise con la famiglia nelle diverse fasi del processo, nonché da un'adeguata formazione per i professionisti dell'intervento terapeutico a domicilio. Questi elementi contribuiscono a consolidare un modello di intervento riflessivo e collaborativo, orientato al miglioramento continuo.

- ✓ Per quanto riguarda le condizioni di lavoro e il benessere professionale, è fondamentale considerare le caratteristiche specifiche dell'ambiente domestico come spazio di intervento, stabilendo protocolli chiari per guidare le azioni in situazioni in cui le condizioni ambientali possano essere considerate subottimali , ad esempio in caso di scarsa igiene o limitazioni di spazio fisico. La definizione di tali protocolli contribuisce a garantire sia la qualità dell'intervento sia la sicurezza e il benessere dei professionisti. In questo contesto, è necessario prevedere percorsi d'azione alternativi che consentano al processo terapeutico di proseguire senza compromettere la relazione o gli obiettivi dell'intervento. Tali alternative includono la possibilità di esprimere il disagio in modo terapeutico, sempre dopo aver consolidato l'alleanza con la famiglia, in modo che questa comunicazione possa essere integrata nel processo relazionale. Allo stesso modo, si considera la possibilità di spostare alcune sedute in studio o online quando le condizioni domiciliari lo richiedono. A questo proposito, la modalità online si configura come una risorsa complementare e temporanea,

che consente la continuità dell'intervento in situazioni specifiche, mantenendo la flessibilità dello strumento terapeutico senza sostituire il valore centrale del lavoro nell'ambiente naturale della famiglia.

Percorso del processo terapeutico

Di seguito viene presentata una descrizione generale del percorso terapeutico familiare proposto dal Modello HEDERA. La sezione successiva fornirà una descrizione dettagliata di alcuni degli strumenti che possono essere utilizzati nell'intervento terapeutico. Tra gli strumenti proposti, il terapeuta selezionerà quelli più adatti alla natura specifica del problema da affrontare, agli obiettivi prefissati e alle particolari esigenze e caratteristiche di ciascun sistema familiare. Allo stesso modo, sia la tempistica che le modalità di utilizzo di questi strumenti dovrebbero essere adattate al corso del processo terapeutico. Tuttavia, per qualsiasi famiglia, indipendentemente dal problema presentato e dagli obiettivi da raggiungere, gli strumenti di base considerati essenziali durante l'intervento terapeutico sono elencati per ogni sessione.

Il **percorso** terapeutico proposto si articola in diverse fasi: in primo luogo, le **sedute di inquadramento e diagnosi** , che comprendono il primo contatto, il colloquio iniziale e la valutazione delle dinamiche familiari; in secondo luogo, le **sedute di intervento terapeutico** , finalizzate al raggiungimento degli obiettivi precedentemente stabiliti; e, infine, le **sedute di approfondimento, consolidamento dei risultati raggiunti e conclusione** del percorso terapeutico.

Pertanto, sulla base del quadro generale, la metodologia adottata deve essere caratterizzata da flessibilità e dinamismo, orientata a un intervento su misura per il profilo e le circostanze di ciascuna famiglia. A tal fine, è essenziale considerare diversi fattori contestuali, quali le condizioni sociali, lavorative ed economiche, nonché l'ambiente in cui la famiglia è inserita. Allo stesso modo, occorre tenere conto dell'organizzazione e della struttura relazionale che ne plasmano il funzionamento interno, della fase del ciclo di vita in cui si trova, dei rapporti con la famiglia allargata e il contesto sociale, nonché delle sue aspettative, bisogni, motivazioni e

richieste. Analogamente, è fondamentale considerare come la famiglia stessa interpreta le proprie difficoltà e riconosce i propri punti di forza.

A titolo indicativo, in un percorso strutturato in dieci sedute (precedute da un primo contatto con la famiglia), la distribuzione di tali sedute potrebbe essere pianificata come segue:

Sessione 0. Primo contatto.

- **Obiettivi** :
  1. Accogliere la richiesta della famiglia.
  2. Fornire una presentazione iniziale dell'intervento.
- **Contenuto** : Breve presentazione del terapeuta, del servizio e della procedura; raccolta di informazioni di base sulla famiglia; accettazione verbale da parte della famiglia dell'inizio del percorso terapeutico.
- **Strumenti di base** : Foglio di contatto (Allegato I).
- **Note** : Questa sessione iniziale può essere condotta da un professionista diverso da quello che implementerà la terapia. Tuttavia, il terapeuta che condurrà il processo terapeutico con la famiglia deve raccogliere informazioni di base sulla famiglia di persona (in studio), virtualmente o telefonicamente, presentare brevemente il servizio e la procedura e programmare un primo incontro di persona (o virtuale) con gli adulti della famiglia.

  Alcune famiglie potrebbero già usufruire di un servizio terapeutico o di altri servizi offerti dall'organizzazione tramite la quale viene implementato HEDERA. In questo caso, il primo contatto dovrebbe comunque essere effettuato, ma adattato alla conoscenza che la famiglia ha già del servizio e dell'organizzazione, e il professionista dovrebbe tenere conto delle informazioni e del lavoro svolto con la famiglia fino a quel momento.

Prima sessione. Valutazione iniziale e instaurazione della relazione terapeutica.

- **Obiettivi** :
  1. Conoscere la famiglia, creando un'atmosfera di fiducia e sicurezza.
  2. Stabilisci obiettivi chiari per la terapia.
- **Contenuti** : Discussione delle aspettative e delle preoccupazioni della famiglia; presentazione dettagliata del terapeuta, del servizio e della procedura: introduzione

dei contenuti che possono essere affrontati tramite HEDERA e della metodologia da seguire; osservazioni iniziali sulle dinamiche familiari; discussione collaborativa con i membri della famiglia per definire obiettivi terapeutici specifici e realistici basati sull'approccio generale di HEDERA.

- **Strumenti di base** : modulo per il colloquio iniziale (Allegato II); piano di lavoro o percorso procedurale (Allegato III); documento di diagnosi familiare (Allegato IV); documento sugli indicatori di rischio (Allegato V) e sulla protezione (Allegato VI).

- **Note** : Si propone che questo primo incontro si svolga in un ufficio o in una sala di consultazione con gli adulti della famiglia. Può essere condotto virtualmente se la famiglia lo preferisce o se non è in grado o non desidera partecipare di persona. Le informazioni diagnostiche relative alla relazione familiare inizieranno a essere raccolte e potranno essere ulteriormente completate dopo la prima visita domiciliare.

Sessione 2. Valutazione delle dinamiche familiari.

- **Obiettivi** :

  1. Comprendere le dinamiche familiari, i bisogni e i problemi specifici, le potenzialità o i punti di forza dei membri della famiglia e la loro rete di risorse e supporto (formale e informale).
  2. Definire le ipotesi relazionali iniziali e gli obiettivi di lavoro.

- **Contenuto** : Interviste individuali, per sottosistemi familiari e/o per la famiglia nel suo complesso; raccolta delle esigenze/prospettive dei membri minori; identificazione di modelli comportamentali e ruoli familiari.

- **Strumenti di base** : modulo per gli obiettivi iniziali (Allegato VII). Protocollo di osservazione domiciliare (VIII).

- **Osservazioni** : È fondamentale che questa sessione, in cui vengono valutate a fondo le dinamiche familiari e concordati gli obiettivi di lavoro, si svolga a casa e con la presenza dei membri minori che partecipano all'intervento terapeutico.

Sessioni 3-8. Sviluppo dell'intervento terapeutico.

- **Obiettivi** :

1. Implementare strumenti terapeutici basati su obiettivi concordati.
2. Monitoraggio dei progressi e adeguamento degli obiettivi e delle tecniche di intervento.

- **Contenuto** : Il contenuto da trattare dipenderà dagli obiettivi prefissati. La tabella seguente elenca i seguenti elementi: a) situazioni di difficoltà relazionale che possono essere affrontate tramite HEDERA; b) una serie di potenziali aspetti su cui lavorare in base al tipo di difficoltà; e c) una proposta di strumenti che possono essere utili per affrontarle. Gli strumenti proposti saranno brevemente descritti nella sottosezione successiva .

Difficoltà relazionali	**Aspetti su cui lavorare**	**Strumenti proposti**
Ansia familiare derivante da situazioni di crisi irrisolte (lutto, lutto legato alla migrazione, altre situazioni avverse)	Incoraggiare l'espressione e la regolazione delle emozioni Incoraggiare la comunicazione e l'espressione dei bisogni tra i membri della famiglia Raggiungere un buon livello di empatia tra i membri della famiglia Rafforzare i sistemi di supporto naturali Aiutare le famiglie a conoscere le risorse della comunità e a imparare come utilizzare quelle di cui hanno bisogno. Istituire meccanismi di supporto nelle situazioni di crisi	Espressione e regolazione delle emozioni (ruota delle emozioni, esercizi di regolazione emotiva, scudo familiare) Psicoeducazione sulle situazioni traumatiche (scala, linguaggio sensibile al trauma) Tecniche e strumenti sistemici (genogramma, ecomappe , sculture, metafore, ridefinizione, connotazione positiva) Attaccamento e legame emotivo (bonculogramma , storia di vita)
Vulnerabilità delle figure genitoriali nello sviluppo del loro ruolo e delle loro funzioni	Insegnare ai genitori le capacità dei bambini in ogni fase dello sviluppo. Individuare e affrontare i limiti e i problemi di figli e figlie Evitate di fare richieste inappropriate ai vostri figli e	Psicoeducazione sullo sviluppo infantile Psicoeducazione sulla sensibilità genitoriale, l'attaccamento e la mentalizzazione (cerchio di sicurezza genitoriale, legame attraverso il gioco,

	alle vostre figlie. Stabilire uno stile educativo appropriato Incoraggiare l'espressione verbale e non verbale dell'affetto Stabilire insieme le regole di convivenza, nonché i ruoli che corrispondono a ciascuna di esse.	promozione della sensibilità genitoriale attraverso il feedback in tempo reale) Tecniche e strumenti sistemici (genogramma, sculture, struttura, definizione dei confini)
Relazioni conflittuali tra adulti che influenzano figli e figlie	Evitate la presenza di bambini durante le discussioni Per ridurre il numero di situazioni violente tra la coppia nella loro casa Evitate di usare i bambini nelle vostre argomentazioni. Incoraggiare interazioni positive tra la coppia Promuovere una comunicazione positiva tra genitori e figli Instaurare rapporti di cooperazione tra fratelli	Tecniche e strumenti sistemici (genogramma, sculture, messa in scena, intensità, ridefinizione, connotazione positiva, struttura, definizione dei confini, metafore)
Scarso rendimento scolastico dovuto a stress familiare o alla mancanza di coinvolgimento delle figure genitoriali.	Sensibilizzare i genitori sull'importanza della supervisione dei propri figli. Per migliorare il coinvolgimento dei genitori nella scuola Promuovere un ambiente di studio adeguato	Psicoeducazione sullo sviluppo infantile Tecniche e strumenti sistemici (ridefinizione, ecomappe , struttura)
Problemi di salute derivanti dalla negligenza nell'assistenza sanitaria di	Sensibilizzare i genitori sull'importanza della supervisione dei propri figli.	Psicoeducazione sullo sviluppo infantile

base	Normalizzare l'assistenza sanitaria fisica e mentale Educazione alle sane abitudini, tenendo conto della fase di sviluppo dei bambini	Psicoeducazione alla sensibilità genitoriale (promozione della sensibilità genitoriale attraverso il feedback in tempo reale) Tecniche e strumenti sistemici (struttura)
Isolamento sociale derivante dalla mancanza di legami sociali e da esperienze negative con l'ambiente	Rafforzare i sistemi di supporto naturali e il legame positivo con l'ambiente. Aiutare le famiglie a conoscere le risorse della comunità e a imparare come utilizzare quelle di cui hanno bisogno. Partecipare all'organizzazione di attività ricreative comunitarie	Tecniche e strumenti sistemici (genogramma, ecomappe) Attaccamento e legame emotivo (bonculogramma , storia di vita)
Comportamenti a rischio nei figli e nelle figlie derivanti dalla negligenza dei genitori	Sensibilizzare i genitori sull'importanza della supervisione dei propri figli. Promuovere spazi sani per l'interazione con i pari Promozione delle competenze sociali	Psicoeducazione sullo sviluppo infantile Espressione e regolazione delle emozioni (ruota delle emozioni, esercizi di regolazione emotiva) Psicoeducazione sulle situazioni traumatiche (scala, linguaggio sensibile al trauma) Tecniche e strumenti sistemici (ecomappa , ridefinizione, connotazione positiva, staging, struttura) Attaccamento e legame emotivo (bonculogramma , storia di vita)
Solitudine e stress nei processi di differenziazione dei bambini legati alla loro identità	Promuovere lo sviluppo personale e l'autonomia dei membri della famiglia	Tecniche e strumenti sistemici (struttura, definizione dei confini, sculture, ridefinizione, connotazione positiva, messa

	Miglioramento dell'autostima e delle abilità sociali Promuovere spazi sani per l'interazione con i pari	in scena, ecomappe) Espressione e regolazione delle emozioni (ruota delle emozioni, esercizi di regolazione emotiva) Attaccamento e legame emotivo (bonculogramma , storia di vita)

- **Strumenti di base** : Modulo iniziale (sezione sulla valutazione degli obiettivi) (Allegato VII).
- **Osservazioni** : L'intervento prevede l'alternanza tra le sedute in ufficio o in ambulatorio e quelle a domicilio, sebbene quest'ultimo ambiente sia privilegiato quando le condizioni lo consentono. La famiglia deve essere informata in anticipo su quali e quante sedute sono programmate a domicilio; tuttavia, è possibile apportare alcune modifiche di comune accordo, sulla base di una valutazione intermedia del processo terapeutico e di una verifica del raggiungimento degli obiettivi.

Sessioni 9-10. Analisi approfondita, consolidamento, conclusione e pianificazione futura.

- **Obiettivi** :

1. Rinforzare i cambiamenti positivi e sviluppare competenze a lungo termine.
2. Preparare la famiglia alla fine della terapia.
3. Concludere in modo adeguato e discutere i progetti futuri.

- **Contenuti** : Riepilogo della terapia e celebrazione dei risultati raggiunti; valutazione finale e feedback di supporto alla famiglia; osservazione della stabilità e della coerenza dei cambiamenti; discussione su come mantenere e proseguire i progressi; pianificazione di strategie di auto-aiuto e di sostegno reciproco, con le risorse dell'ambiente, se del caso.

- **Strumenti di base** : Foglio iniziale (sezione di finalizzazione).

- **Osservazioni** : La stipula può avvenire in ufficio o a casa, sebbene sia consigliabile optare per quest'ultima soluzione, data la rilevanza emotiva per la famiglia.

Strumenti e dispositivi di intervento

- **Strumenti e metodi per condurre una diagnosi relazionale e lavorare sulla salute delle relazioni.**

Questa sezione illustra alcuni strumenti [2]che possono supportare la diagnosi relazionale familiare, la formulazione di obiettivi e ipotesi relazionali e il lavoro incentrato sulla salute delle relazioni. Questi strumenti derivano dalla terapia sistemica e da altri approcci terapeutici che la arricchiscono e la integrano, come la terapia narrativa e lo psicodramma.

Lavoro relativo alle cause familiari

Ciò che dà significato alla creazione del sistema terapeutico è la richiesta di aiuto da parte della famiglia, poiché le difficoltà all'interno del sistema familiare generano dolore e ostacolano la crescita dei suoi membri. Pertanto, il sistema terapeutico si fonda su questa richiesta. Affrontando tale richiesta (*chi soffre*, *di cosa soffre* e *cosa si aspetta dal professionista e dalla terapia*), possiamo ottenere informazioni sulla struttura e sul funzionamento della famiglia e comprendere cosa sta accadendo al suo interno.

La richiesta nasce da una crisi o da un problema all'interno della famiglia. La famiglia si mobilita per risolvere il problema (aumentando la propria flessibilità per integrare i cambiamenti) e si organizza in risposta ad esso. Quando la famiglia soffre e non è in grado di risolvere il problema con le proprie risorse, la richiesta si manifesta come una sollecitazione di aiuto per alleviare il disagio emotivo.

La richiesta nasce quando un cliente, di propria iniziativa o su indicazione di un professionista, si rivolge al nostro servizio. La famiglia e il terapeuta instaurano un rapporto e costruiscono insieme il sistema terapeutico, con un obiettivo condiviso più o meno esplicitamente definito

[2]Lo sviluppo delle tecniche e degli strumenti contenuti in questa sezione è stato adattato dal lavoro di Camí et al. (2019).

(alleviare il dolore, ridurre i conflitti e le tensioni familiari e acquisire nuove modalità per superare le difficoltà). Famiglia e terapeuta collaborano per raggiungere uno scopo preciso entro un periodo di tempo definito.

Generalmente, la famiglia accetta il terapeuta come leader/guida del sistema, ma il terapeuta deve guadagnarsi questo ruolo. Da un lato, se il terapeuta non mette affatto in discussione il punto di vista del cliente, il suo intervento rischia di perpetuare le dinamiche disfunzionali della famiglia, anziché favorire una trasformazione. Dall'altro lato, se la richiesta della famiglia viene completamente respinta, si corre il rischio che la relazione terapeutica si interrompa. Il professionista deve quindi **riconoscere la richiesta della famiglia e assicurarsi di affermare i suoi membri come individui bisognosi di aiuto, mettendo al contempo in discussione la loro prospettiva sul problema e promuovendo l'autonomia della famiglia nella risoluzione delle proprie difficoltà** .

In conclusione, nell'analisi della domanda, presteremo attenzione a:

- ✓ Chi formula esplicitamente la richiesta? Chi cerca aiuto? Chi riconosce che la situazione è problematica?
- ✓ La spiegazione e la costruzione narrativa dello stesso.
- ✓ Il grado di consenso all'interno della famiglia. Membri che condividono la richiesta e membri che non sono d'accordo; altre possibili richieste avanzate da altri membri del sistema, in merito al problema sollevato o ad altri problemi.
- ✓ Differenziazione tra richiesta esplicita, che viene comunicata, e richiesta implicita, che è sottintesa.
- ✓ Livello di ansia nel sistema, correlato alla disponibilità e alla motivazione al cambiamento.

Motivazione

In relazione all'analisi della domanda, è importante considerare la motivazione della famiglia al cambiamento al fine di trasformare le relazioni disfunzionali. Dobbiamo valutare la relazione tra forze omeostatiche o morfostatiche (tendenti all'equilibrio, che cercano di placare la crisi senza alterare la stabilità del sistema relazionale disfunzionale) e forze morfogenetiche (che servono alla trasformazione delle relazioni funzionali).

Valutare la motivazione al cambiamento impedisce al professionista di farsi carico delle difficoltà relazionali che la famiglia non è sufficientemente motivata ad affrontare e superare, rendendo così vano lo sforzo del professionista e, inoltre, generando nella famiglia la sensazione che i loro problemi non abbiano soluzione.

In generale, le famiglie hanno bisogno di porre fine alla sofferenza, ma allo stesso tempo necessitano che il sintomo presentato da uno o più dei loro membri mantenga l'equilibrio. Per sviluppare un intervento terapeutico con le famiglie in cui predominano le forze omeostatiche, è necessario affrontare il bisogno di fondo. Ciò implica **dedicare tempo e spazio per ampliare la comprensione da parte della famiglia delle difficoltà che sta vivendo** , con l'obiettivo di trasformare il bisogno in una relazione di aiuto in cui tutti riconoscano il disagio che esso provoca, le difficoltà che incontrano nel superarlo e sentano che il cambiamento è una responsabilità condivisa.

È importante **formulare un'ipotesi sistemica iniziale sulla domanda** , poiché ciò ci permette di comprendere quali bisogni emotivi si celano dietro le forze al servizio del cambiamento e dell'omeostasi nel gioco relazionale della famiglia e, quindi, di poter costruire un intervento terapeutico che favorisca la trasformazione delle dinamiche familiari.

Domande: Ottenere informazioni da una prospettiva sistemica

Le domande utili per ottenere informazioni e formulare ipotesi relazionali sul funzionamento interno della famiglia possono essere classificate come segue:

- **Lineare** : *Chi l'ha fatto? Quando è successo? Cosa è successo? Come si sono svolti gli eventi?*
- **Circolari** : *Cosa fa tuo figlio quando litighi con tua moglie? Cosa fa tua madre quando sua figlia scappa di casa?*
- **Domande strategiche:** *Quando smetterà di comportarsi come un bambino viziato? Quando ha deciso che perdere il controllo è la risposta migliore? È possibile che la tristezza sia il modo migliore per attirare l'attenzione?*
- **Riflessive:** Queste domande sono particolarmente utili nel lavoro individuale, come quelle utilizzate nella psicoterapia focalizzata sulla soluzione: *Cosa noteresti se il problema non esistesse al tuo risveglio? Cosa faresti, proveresti o penseresti se il problema non esistesse?*

Cosa hai fatto, pensato o provato per risolvere il problema? Cosa ti è stato d'aiuto? Cosa non ti ha aiutato a migliorare?



Fonte: adattato da Rodríguez-Testal (2024).

Struttura

La struttura familiare è il modello ripetitivo di interazioni che una famiglia utilizza per assolvere alle proprie funzioni. È attraverso l' **osservazione di questi modelli ripetitivi** che è possibile determinarne la struttura e, di conseguenza, valutarne la funzionalità o la disfunzionalità delle dinamiche familiari. Analizzando le dinamiche familiari, il terapeuta può formulare ipotesi relazionali sul funzionamento interno della famiglia, che guideranno l'intervento.

Una famiglia presenta un modello di interazione funzionale nella misura in cui la sua organizzazione strutturale è adeguata ai bisogni e alle esigenze dei rispettivi contesti di sviluppo e sociali. **L'osservazione della struttura familiare da parte del terapeuta si basa su due variabili principali: i confini (regole di partecipazione) e la gerarchia (regole di potere).**

Nelle famiglie, **i confini** mirano a proteggere la differenziazione del sistema (ad esempio, definendo i ruoli e le funzioni del sistema genitoriale e stabilendo le regole di interazione con il sistema dei figli) e a facilitare l'integrazione dei suoi membri (stabilendo un ordine relazionale

che promuova un senso di appartenenza, come ad esempio: "Cosa posso aspettarmi da mio padre?"). Se i confini sono **chiari ,** la famiglia sarà caratterizzata da sensibilità verso i bisogni degli altri membri, comunicazione aperta, rispetto per l'autonomia dei membri e dei sottosistemi e sostegno reciproco. Al contrario, se questi confini sono molto **vaghi ,** i membri tenderanno ad avere poca autonomia, si verificheranno interferenze e un eccessivo coinvolgimento tra i membri e si osserverà una mancanza di confini chiari tra i sottosistemi (ad esempio, tra il sistema genitoriale e quello dei figli). All'estremo opposto, confini **rigidi** porteranno a famiglie distanti, con membri insensibili gli uni agli altri e che mostrano scarso coinvolgimento e impegno.

D'altro canto, **la gerarchia** è il risultato della distribuzione del potere tra i diversi membri di una famiglia. Ogni sistema richiede una gerarchia, una distribuzione del potere. Essa è legata alla protezione dei suoi membri, con l'obiettivo di fornire tutte le risorse necessarie alla loro sopravvivenza. Se esiste una gerarchia adeguata, vedremo che ai membri della famiglia vengono assegnati ruoli chiaramente definiti in base al loro potere all'interno del nucleo familiare. Per il buon funzionamento della famiglia, è necessaria una gerarchia chiara e inequivocabile, indipendentemente da come la sua distribuzione vari nel corso della vita, dove i genitori agiscono come genitori, i figli come figli, i nonni come nonni e così via, sviluppando i ruoli e le funzioni che sono loro appropriati all'interno della dinamica familiare. Questo sano ordine si basa su confini e regole chiari, dove le dinamiche familiari sono prevedibili e, di conseguenza, generano un senso di sicurezza, poiché conosco il mio posto nel sistema, cosa posso aspettarmi dagli altri e cosa gli altri possono aspettarsi da me.

Per valutare la gerarchia all'interno di una famiglia, è necessario **osservare chi detiene il potere, chi esercita il controllo su chi e il livello di competenza e dipendenza individuale di ciascun membro della famiglia** . Tipicamente, una gerarchia di potere si instaura tra genitori e figli, e anche tra fratelli. Un figlio o una figlia possono essere sottomessi alla madre e poi assumere un ruolo genitoriale nei confronti del fratello o della sorella minore, dettandone il comportamento in ogni situazione.

La disfunzione di queste variabili strutturali può condurre a **patologie organizzative ,** come la fusione simbiotica, le coalizioni intergenerazionali, l'inversione dei ruoli o la parentificazione , la posizione periferica dei caregiver o l'espressione di conflitti coniugali nella relazione genitore-figlio.

Alcune delle tecniche che vedremo in questa sezione, come il genogramma, le sculture o la messa in scena, sono particolarmente adatte per osservare e intervenire sulle disfunzioni strutturali.

Ridefinire il problema

Questa tecnica permette di creare nuovi significati o comprensioni riguardo a un comportamento o una situazione che è stata etichettata negativamente. Nelle famiglie in cui un membro viene identificato come problematico, le valutazioni si concentrano generalmente sui comportamenti che confermano il problema, mentre i comportamenti funzionali e appropriati tendono a essere ignorati. Si forma così un'etichetta negativa, una percezione mediata da una comprensione "dal punto di vista del problema", che rafforza la dinamica disfunzionale adottata dall'individuo interessato e sostenuta dalla famiglia. Questo perpetua una dinamica familiare che causa stress a tutta la famiglia.

La ridefinizione genera un cambiamento di prospettiva, in cui la difficoltà viene compresa in un'ottica positiva e consente la trasformazione.

Questa tecnica può essere utilizzata in qualsiasi momento del processo terapeutico, soprattutto in presenza di lamentele, umiliazioni, accuse o attacchi al comportamento o alla situazione della persona.

Connotazione positiva

Questa tecnica consiste nel riformulare un problema familiare o un sintomo individuale in termini positivi. È uno strumento che aiuta ad ammorbidire la comprensione di determinati comportamenti e atteggiamenti, riduce le critiche all'individuo da parte degli altri membri della famiglia e può essere utilizzato in qualsiasi fase del processo terapeutico.

Attribuendo un significato positivo ai comportamenti di tutti i membri della famiglia, e chiarendo che essi agiscono tutti per un desiderio comune di mantenere l'unità e la coesione del sistema familiare, il terapeuta può porre tutti i membri sullo stesso piano ed evitare di rimanere intrappolato in alleanze disfunzionali.

Questa tecnica permette al terapeuta di attribuire un significato positivo a una caratteristica della persona o della famiglia che in precedenza era stata percepita come negativa ed espressa come motivo di lamentela. Questa reinterpretazione aiuta gli altri membri della famiglia a comprendere che la specifica caratteristica può essere utile, può avere una funzione "positiva" e, pertanto, è libera da intenzioni negative o patologie in senso stretto.

Metafore

Quando parliamo di comunicazione metaforica, ci riferiamo a una comunicazione che collega una realtà esterna a una interna, dando vita a un nuovo significato che mira ad ampliare la nostra visione del mondo. Apre le porte alla sfera emotiva, dove ha un impatto significativo, aggirando i meccanismi di difesa dell'individuo e ricercando risonanze interne inconsce. Questo apre la strada a possibilità di connessione e soluzioni, permettendoci di andare oltre il messaggio puramente specifico e cognitivo. Può assumere diverse forme: analogie, immagini, aneddoti, miti, storie, proverbi, paragoni e così via.

Maggiore è la resistenza della famiglia, più utile risulta l'uso di suggerimenti indiretti, come le metafore. Questo strumento può essere utilizzato in diversi modi e in molte situazioni per aiutare a:

- Aumentare la comprensione da parte della famiglia del proprio funzionamento relazionale.
- Per mostrare, illustrare o spiegare il funzionamento inconscio.
- Aprire la strada a diverse interpretazioni.
- Generare nuovi repertori di soluzioni ai problemi.
- Consentire l'elaborazione a livello inconscio.
- Seminare idee.
- Riformulare e ridefinire un problema.
- Mostra empatia e cerca di entrare in contatto con la famiglia.
- Per realizzare una trasformazione.

Nel creare la metafora, il terapeuta deve adattare il linguaggio, i personaggi e il contenuto alla famiglia con cui sta lavorando, in modo che risulti familiare e permetta una maggiore connessione.

Creare intensità

Questa tecnica mira ad aiutare la famiglia a interiorizzare il messaggio che il terapeuta sta trasmettendo. Questi interventi sono progettati per rafforzare un messaggio specifico. È utile nei casi in cui il messaggio del terapeuta non raggiunge la famiglia a causa della sua struttura rigida.

Può essere applicato in diversi modi:

- Ripetizione del messaggio: ripetere lo stesso messaggio più volte permette di mettere in discussione le interazioni disfunzionali.
- interazioni isomorfe : il terapeuta ripete le modalità di interazione che si verificano tra i membri della famiglia, in modo che queste vengano indirettamente messe in discussione.
- Modificare i tempi e i ritmi familiari: ciò implica accorciare o allungare la durata di determinate sequenze per andare oltre ciò che è tollerabile e permettere alla famiglia di sperimentare diverse modalità di interazione reciproca.
- Modifica della distanza fisica o emotiva: modificare la distanza sia tra i membri della famiglia sia tra questi e il terapeuta può produrre un cambiamento nel grado di attenzione al messaggio terapeutico.

Approccio

L'obiettivo è lavorare con la famiglia per identificare le trasformazioni necessarie per la salute delle loro relazioni. Il terapeuta individua i problemi che i membri della famiglia stanno vivendo e mette in evidenza le funzioni che ne sono influenzate, evitando così una perdita di focalizzazione. Ciò implica la selezione e la focalizzazione su elementi specifici dell'interazione familiare per identificare i dati rilevanti per la terapia.

La tecnica può prevedere:

- Organizzare i dati forniti dalla famiglia in base agli argomenti rilevanti per il loro percorso terapeutico.
- Stabilisci le priorità degli argomenti da affrontare con la famiglia.

- Seleziona un argomento e scegline uno, rimandando quelli che, pur essendo interessanti, al momento non sono utili per i tuoi obiettivi terapeutici.
- Scegli una sequenza di interazioni familiari in cui tale tema sia presente e si presti ad essere affrontato a livello terapeutico.

Questa tecnica è particolarmente utile per le famiglie che stanno vivendo una fase di transizione difficile, per le quali definire gli obiettivi terapeutici risulta molto complesso. Può essere utilizzata sia nelle sedute iniziali che durante tutto il percorso.

Genogramma trigenerazionale

Il genogramma trigenerazionale è uno strumento utile per visualizzare informazioni sull'organizzazione e la struttura della famiglia, nonché sull'eredità relazionale ricevuta dalle famiglie d'origine e sul rapporto che intrattiene con esse, sui modelli familiari che si instaurano, sugli eventi rilevanti della storia familiare, sul rapporto con l'ambiente, ecc.

Si tratta di uno strumento che possiamo utilizzare in modo trasversale durante tutto l'intervento con la famiglia, che ci aiuta ad analizzare le dinamiche familiari in modo sistemico e ci permette di dare priorità agli aspetti su cui lavorare per rompere la stabilità disfunzionale della dinamica familiare.

Uno degli obiettivi più importanti del genogramma trigenerazionale è identificare i modelli ricorrenti all'interno delle dinamiche familiari. Questi modelli ci permettono di comprendere la struttura familiare (miti e credenze, regole familiari, sviluppo di ruoli e funzioni, delega, ecc.) che è alla base di una particolare modalità di funzionamento. Con queste informazioni, formuliamo ipotesi relazionali che ci aiuteranno a gettare le basi per l'intervento. Questo processo si svolge principalmente durante la prima, la seconda e la terza sessione e viene aggiornato man mano che la famiglia fornisce nuove informazioni.

Pertanto, attraverso il genogramma familiare, registriamo informazioni sui membri della famiglia e sulle loro relazioni attraverso tre generazioni. Queste informazioni ci consentono di:

✓ Comprendere i sintomi di un paziente, identificati come un problema all'interno di una rete di legami e relazioni, e non come qualcosa di isolato, ci permette di comprendere la funzione del sintomo all'interno del sistema familiare.

- ✓ Sviluppare ipotesi relazionali sulle dinamiche familiari che sostengono e danno significato al sintomo. Ciò fornisce la base per pianificare interventi con la famiglia.
- ✓ Osservare i possibili schemi relazionali di trasmissione generazionale che possono spiegare o essere correlati ad alcune difficoltà presentate da alcuni membri della famiglia.

Per creare il genogramma, è necessario procedere a tre livelli:

1) **Costruire l'organizzazione familiare**

   In un genogramma, rappresentiamo con dei simboli le relazioni biologiche e giuridiche che intercorrono tra i membri del sistema familiare. Vengono rappresentati il sesso, i matrimoni, le separazioni, il numero di fratelli, le gravidanze, gli aborti, i decessi, le convivenze, ecc. (Per i simboli di base utilizzati nella costruzione di un genogramma, si veda il documento ***"Genogramma ").***

2) **Registrazione delle informazioni**

   Nella seconda fase della costruzione del genogramma, è necessario aggiungere informazioni sulla famiglia. I dati più importanti da considerare sono:

   - Nome di ciascun membro: da posizionare sotto il quadrato o il cerchio corrispondente a ciascun membro.
   - Età attuale: è indicata all'interno del quadrato o del cerchio di ciascun membro.
   - Professione, studi: indicati accanto o sotto il simbolo di ciascun membro.
   - Età al momento del decesso: viene indicata all'interno del quadrato o del cerchio sopra la croce.
   - Data di nascita: da posizionare accanto o sopra il simbolo di ciascun membro.
   - Data di decesso: inserire la stessa data di nascita.
   - Data del matrimonio: da inserire sopra la riga del matrimonio, utilizzando l'iniziale "m" e l'anno. Ad esempio, m:2001.
   - Data di separazione: simboleggiata allo stesso modo del matrimonio, ma con la lettera "s". Ad esempio, S:2005.
   - Data del divorzio: uguale alla data di separazione, ma con la lettera "d". Ad esempio, d:07.

- Causa di morte: viene posta accanto al quadrato o al cerchio corrispondente al defunto.
- Eventi medici: malattie rilevanti, ricoveri ospedalieri, problemi psicologici significativi, ecc. Da indicare accanto al simbolo dell'arto interessato.
- Elementi unici di alcuni membri: posizionati accanto al simbolo di ciascun membro.
- Eventi cruciali: successi o fallimenti, emigrazione, periodi di assenza. Se riguardano l'intera famiglia, sono inseriti in un rettangolo in fondo alla pagina; se si riferiscono a un singolo membro, sono posti accanto al suo simbolo.

3) **Descrizione delle relazioni – struttura familiare**

Il terzo livello di costruzione del genogramma riguarda le relazioni tra i membri della famiglia, in particolare i legami o i modelli di interazione che persistono nel tempo. Queste informazioni possono essere dedotte direttamente dalle risposte della famiglia alle nostre domande e indirettamente dalle loro conversazioni e dalle nostre osservazioni. Diversi tipi di linee vengono utilizzati per rappresentare le varie relazioni (modelli di legame) tra i membri della famiglia. Consultare il documento *sul genogramma* per i tipi di linee di base utilizzate per costruire un genogramma.

- Per costruire il genogramma insieme alla famiglia, si consiglia di utilizzare un foglio di carta e penne o pennarelli di diversi colori (idealmente, almeno nero, verde e rosso). Il terapeuta dovrebbe assicurarsi di portare questi materiali a casa della famiglia per la seduta.

Ecomappa

Questo strumento si propone di rappresentare la struttura familiare e la sua interconnessione con il contesto extrafamiliare , ovvero con i sistemi con cui i suoi membri interagiscono (famiglia allargata, vicinato, scuola, amici, altre istituzioni, ecc.). Dato l'approccio comunitario di HEDERA, questo strumento è fondamentale per comprendere la famiglia come unità sociale interconnessa con il suo ambiente. Un aspetto molto importante è che, attraverso l' ecomap , è possibile identificare alcuni fattori protettivi, come i sistemi di supporto formali e informali a disposizione della famiglia. Permette inoltre di ricostruire legami passati che possono aiutare

la famiglia ad affrontare le difficoltà attuali, nonché a promuovere relazioni più sane (ad esempio, la partecipazione ad attività sportive o ricreative).

Per creare l' ecomappa, il genogramma familiare sarà posizionato al centro, disegnato all'interno di un cerchio e collegato a specifici membri o alla famiglia in generale; i dati rilevanti provenienti da sistemi esterni, indicati dalla famiglia o osservati dal terapeuta, saranno aggiunti all'esterno di questo cerchio.

In questo processo, può essere utile considerare il concetto di ***"linkogramma*** ", in modo che il terapeuta possa tenere conto delle informazioni sulle persone con cui ciascun membro della famiglia si sente emotivamente legato, siano esse parenti stretti o meno. Pertanto, è ideale considerare le relazioni affettive con insegnanti, vicini, amici e così via.

- Per la costruzione dell'ecomappa , si consiglia di utilizzare un foglio di carta e una penna o un pennarello. Può essere disegnata dopo aver completato il genogramma oppure separatamente, in modo che il genogramma stesso risulti semplificato per l' ecomappa . Il terapeuta deve assicurarsi di portare questo materiale a casa della famiglia per la seduta. Sarà utile raccogliere, se del caso, qualsiasi informazione che il terapeuta abbia ricevuto dalla persona che ha inviato la famiglia , riguardo ai gruppi e ai professionisti con cui la famiglia interagisce, nonché includere informazioni osservate dal terapeuta una volta che avrà familiarizzato con l'ambiente di vita della famiglia.

Storia di vita

Lavorare con la storia di vita di una famiglia implica ordinare o rappresentare cronologicamente le vite dei suoi membri, al fine di favorire la comprensione dell'interconnessione tra gli eventi che viviamo e della loro relazione con fattori familiari, sociali e culturali. Pertanto, al di là della semplice ordinazione cronologica degli eventi, lo sviluppo di una storia di vita con la famiglia permette ai suoi membri di comprendere e costruire la narrazione del proprio percorso di vita e, sulla base di questa, di elaborare strategie per il futuro. A livello individuale, il lavoro sulla storia di vita offre notevoli benefici a coloro le cui vite sono caratterizzate da una narrazione frammentata o parzialmente vuota, segnata da esperienze dolorose. Questo può essere il caso di individui che sono stati affidati o adottati.

Quando si affronta la storia di vita a livello familiare, possiamo aiutare la famiglia e ciascuno dei suoi membri a:

- ✓ Per comprendere gli eventi che hanno plasmato la loro storia di vita e le emozioni ad essi associate.
- ✓ Realizza un esercizio di riflessione sui bisogni che presentano.
- ✓ Promuovere un'identità familiare positiva e il senso di appartenenza alla famiglia.
- ✓ Creare uno spazio in cui possano identificare ed elaborare quei momenti in cui hanno superato crisi, incertezze e paure.
- ✓ Organizzare e collegare le esperienze passate con il presente e il futuro, promuovendo un senso di autonomia personale.

Per aiutare la famiglia a ricostruire la propria storia, sarà utile aver raccolto in precedenza informazioni tramite una breve intervista e strumenti come il genogramma trigenerazionale .

Lo strumento principale è la creazione di un Libro della Vita, un documento personalizzato realizzato da ogni famiglia in cui vengono annotate le diverse esperienze ed eventi, nonché le emozioni ad essi associate, che sono significativi per i membri. Può includere disegni, foto, lettere, scritti... Insomma, qualsiasi cosa che aiuti a riflettere il percorso di vita della famiglia.

- ❖ Il terapeuta che lavora a domicilio avrà una visione privilegiata del materiale personale della famiglia, come fotografie, disegni e ricordi. Anche la famiglia avrà accesso a questo materiale in presenza del terapeuta. Nello sviluppo della propria storia di vita, la famiglia guida la costruzione della narrazione e il terapeuta dovrebbe intervenire il meno possibile nella scelta dei contenuti da includere. Tuttavia, sarà utile per il processo terapeutico osservare alcuni dettagli nella fase di costruzione, come ad esempio chi scatta le fotografie o dove sono collocati in casa i ricordi più cari alla famiglia.

Sculture

L'arte della scultura offre alle famiglie un'istantanea dinamica, un'espressione plastica e simbolica della loro struttura e delle loro relazioni. L'uso delle sculture nella terapia familiare promuove l'apprendimento esperienziale, libero dai limiti e dagli ostacoli del linguaggio

verbale. Utilizzate all'inizio del percorso terapeutico, presentano un grande potenziale per la diagnosi delle dinamiche relazionali e di attaccamento. Il loro impiego, sia all'inizio che in altri momenti della terapia, permette una profonda comprensione emotiva di ciascun membro della famiglia e di come vive la propria situazione, facilitando la trasformazione e la riorganizzazione.

Di seguito viene presentata una procedura di base per la costruzione di sculture (adattata da Girón, 2022), sebbene possa essere adattata agli obiettivi del terapeuta. Seguendo questa procedura, presenteremo una riproduzione delle sculture create utilizzando il modello di terapia familiare socio-educativa: le " *sculture parlanti* ".

- Dopo aver ascoltato la famiglia, viene loro spiegato che in questa sessione lavoreranno sulla loro situazione, ma in un modo diverso.
- Immaginate che il terapeuta non parli o non capisca la vostra lingua e che ognuno di voi debba esprimere la propria visione della situazione o del problema attraverso un'immagine rappresentativa. Questa immagine è come una scultura che potreste trovare in un parco: guardandola, l'osservatore può farsi un'idea di ciò che lo scultore intendeva comunicare (potete anche usare una foto o un'immagine che rappresenti la situazione, in modo che qualcuno possa capire cosa sta succedendo).
- A ciascun membro della famiglia viene chiesto di riflettere su come rappresentare il problema nella scultura (hanno a disposizione alcuni minuti per pensarci). A ciascuno può essere chiesto di descrivere brevemente l'immagine al terapeuta in privato (l'obiettivo è evitare di alterare le immagini iniziali o di utilizzare quelle create da altri membri). Tuttavia, questa richiesta implica l'uso del linguaggio verbale, quindi sarebbe appropriata solo se esistesse un alto rischio che la prima scultura influenzi le altre.
- A ciascuno viene chiesto di rappresentare la scultura, compreso se stesso.
- Non si può parlare mentre si scolpisce: le altre persone sono come argilla. Attraverso la distanza, la postura e i gesti del viso e del corpo, bisogna cercare di comunicare ciò che si desidera.
- Una volta assemblata la scultura, un sé ausiliario (può essere il terapeuta stesso, se non ha nessuno) sostituisce l'autore, affinché questi possa contemplarla e valutare se desidera apportare modifiche.

- Una volta corretto (se qualcosa è stato corretto), viene reincorporato nella scultura e il terapeuta lo fotografa, per poterlo contemplare in seguito.
- Per comprendere il contenuto, all'autore viene chiesto di assumere le posizioni degli altri membri e di pronunciare un breve monologo esprimendo i propri sentimenti in tali posizioni (2 o 3 parole). Non sono ammesse spiegazioni o descrizioni, in quanto queste verranno fornite nella sezione commenti durante la visualizzazione dell'immagine creata.
- Infine, ciascuno degli autori deve dare un nome alla scultura, anch'esso semplice (2 o 3 parole). Il procedimento viene ripetuto con i diversi membri, se necessario.
- Una volta che tutto è stato espresso, si può chiedere loro di commentare il proprio lavoro e quello degli altri (il terapeuta non aggiunge nulla, ma li guida a concentrarsi su ciò che hanno provato in quel momento, piuttosto che su ciò che pensano).
- Poiché avranno incontrato e saranno testimoni di difficoltà familiari (tristezza, solitudine, isolamento, rabbia, delusione, ecc.), viene chiesto loro di aggiungere un piccolo movimento alla scultura che hanno realizzato, che potrebbe rappresentare un miglioramento rispetto al problema che li riguarda.
- Ancora una volta, ogni membro lavora alla propria scultura e ancora una volta vengono scattate foto, vengono assegnati titoli e viene recitato un monologo.

Nelle *sculture parlanti* , il processo è molto simile, sebbene il terapeuta inizi la scultura basandosi sulle dinamiche familiari osservate. Dopo aver posizionato le figure, ai membri della famiglia viene chiesto come si sentono in quella posizione (comodità/disagio, distanza, blocchi, contatto visivo, ecc.), nonché quali cambiamenti apporterebbero per sentirsi meglio o per eliminare il sintomo e il disagio. Da questo momento in poi, i membri della famiglia stessi possono muoversi liberamente. Il lavoro può concentrarsi sulla scultura attuale, sulla scultura ideale o desiderata, sulla scultura temuta, oppure sul passato, presente e futuro.

❖ Non è necessario che tutti i membri della famiglia siano presenti per creare la scultura. Il terapeuta o altri oggetti (come bambole o sedie) possono essere utili per rappresentare i membri assenti o aspetti di cui la famiglia non può parlare (come una malattia o un lutto). In questo senso, il terapeuta utilizzerà qualsiasi oggetto domestico disponibile per incoraggiare la creatività in questa tecnica.

Allestimento

Questa tecnica permette alla famiglia di dimostrare, in presenza del terapeuta, le proprie dinamiche relazionali in diverse situazioni quotidiane vissute in contesti di conflitto o disagio. Attraverso la simulazione di queste situazioni, sia il terapeuta che la famiglia hanno l'opportunità di visualizzare le regole che governano i modelli di interazione tra i suoi membri e di identificare congiuntamente le proprie sequenze interazionali . In questo modo, i problemi e i tentativi di soluzione possono essere vissuti nel presente, all'interno di un contesto terapeutico in cui la famiglia, supportata dal terapeuta, può interpretare le proprie relazioni con una prospettiva nuova.

La messa in scena può avvenire in tre modi diversi:

- Osservando le interazioni spontanee, le regole di organizzazione familiare e decidendo quali aree disfunzionali debbano essere messe in evidenza.
- Promuovere interazioni con lo stesso obiettivo.
- Proporre interazioni alternative.

❖ Ricreare le interazioni familiari o proporre nuove interazioni all'interno dello spazio familiare in cui si verificano abitualmente o occasionalmente disagio e conflitto ha un significativo valore ecologico. In questo senso, il terapeuta non ha bisogno di immaginare *come accadono le cose a casa* ; può osservarle direttamente o ricreare la situazione sul posto.

Definizione dei confini

Lo scopo di queste tecniche è quello di mettere ordine nei ruoli e nelle funzioni all'interno della famiglia, modificando i confini tra i sottosistemi:

- Modificare la distanza psicologica o affettiva: il terapeuta osserverà le interazioni che si verificano in loro presenza (come si siede la famiglia, chi parla, chi viene interrotto, chi viene aiutato, ecc.). Tutti questi indicatori forniranno una possibile mappa delle relazioni di prossimità, alleanze, coalizioni, ecc. Per modificare questa distanza psicologica, il terapeuta può proporre manovre spaziali o costrutti cognitivi che aiutino a comprendere il bisogno di distanza o di vicinanza.

- Modificare la durata dell'interazione all'interno di un sistema significativo: accorciare o allungare un processo interattivo è utile per stabilire confini tra sottosistemi o per separarli.

❖ Come nel caso del gioco di ruolo, l'applicazione di questa tecnica nel contesto quotidiano della famiglia offre un maggiore arricchimento, sia per la possibilità del terapeuta di osservare come questi ruoli e funzioni si distribuiscono in casa, sia per la generalizzazione diretta delle modifiche nello spazio in cui si verificano effettivamente.

Lo stemma di famiglia

Lo scudo familiare può essere utilizzato quando le situazioni familiari sembrano "bloccate". Consiste nel creare un contesto esperienziale che incoraggi la riflessione e l'elaborazione della storia e delle caratteristiche uniche della famiglia, comprese le emozioni provate in momenti diversi, senza affidarsi esclusivamente a parole e semplici affermazioni.

Come altri oggetti fluttuanti che mediano la comunicazione, lo stemma di famiglia mira a interagire con la cultura del gruppo a cui appartiene e a influenzarla.

Ciascun membro della famiglia è invitato a riempire i quadrati di uno stemma vuoto seguendo le istruzioni fornite dal terapeuta. L'obiettivo è creare, sulla base dei ricordi e delle rappresentazioni di ciascuno, uno stemma che possa rappresentare la famiglia, e poi discuterne con gli altri membri della famiglia. Una delle fasi finali potrebbe essere la creazione di uno stemma collettivo a partire dagli stemmi individuali.

Il riquadro in alto: motto di famiglia

Qui, ogni membro della famiglia deve suggerire una "frase" nello spazio vuoto, diventando così un oggetto emblematico in grado di rappresentare la famiglia nella sua unicità.

La casella "oggetto", nella parte superiore destra dello scudo

Qui, ogni membro della famiglia dovrebbe suggerire e, se possibile, disegnare nello spazio vuoto un oggetto emblematico che rappresenti la famiglia nella sua unicità.

La casella "passato", nella parte superiore sinistra dello scudo

Ciascuno è invitato a scegliere un personaggio e/o un evento della propria storia familiare. Il tempo viene quindi impiegato per raccontare la storia e rivelare i fili che collegano il presente, la ricostruzione del passato e la proiezione del futuro.

Sfida sociale

Questo strumento è concepito per promuovere le relazioni sociali nei diversi contesti in cui le famiglie operano, coinvolgendo sia adulti che bambini. Il suo scopo principale è quello di facilitare il raggiungimento di obiettivi legati al legame della famiglia con la comunità locale, incoraggiando la partecipazione ad attività ricreative e del tempo libero, nonché rafforzando le relazioni tra pari.

Dal punto di vista metodologico, lo strumento prevede di definire un punto di riferimento centrale per la famiglia (attraverso una fotografia o identificandola con cognomi e nomi) attorno al quale vengono delineate le attività che si desidera svolgere e le relazioni sociali che si intende rafforzare. Si raccomanda che tali contributi siano il più specifici possibile.

È inoltre fondamentale raccogliere gli interessi di tutti i membri del sistema familiare, compresi sia gli adulti che i bambini. Questo processo si concretizza in una sessione di brainstorming collaborativo, che facilita l'individuazione di motivazioni condivise e bisogni relazionali.

Di conseguenza, questo strumento permette di orientare l'intervento verso l'avvicinamento della famiglia alle risorse comunitarie disponibili, promuovendo la partecipazione ad attività comuni e facilitando l'ampliamento delle loro reti sociali con i coetanei nel loro ambiente immediato.

- **Strumenti e metodi per lavorare sulla salute cognitiva (psicoeducazione)**

Gli strumenti elencati di seguito sono progettati, da un lato, per migliorare le competenze genitoriali e garantire uno sviluppo olistico ottimale dei bambini e degli adolescenti a loro affidati. Nello specifico, includono strumenti volti a promuovere competenze genitoriali focalizzate su un adeguato sviluppo socio-emotivo, favorendo un sano legame tra genitori e figli. Dall'altro lato, comprendono anche strumenti per comprendere lo sviluppo neurologico,

le funzioni corporee e la loro relazione con l'esperienza di situazioni traumatiche, facilitando così la comprensione dell'impatto che tali situazioni hanno sul modo in cui ci relazioniamo con gli altri.

Psicoeducazione sullo sviluppo infantile: tappe fondamentali dello sviluppo del bambino e bisogni in ogni fase

Tappe dello sviluppo. Linee guida pubbliche per ogni età in base alle esigenze di sviluppo:

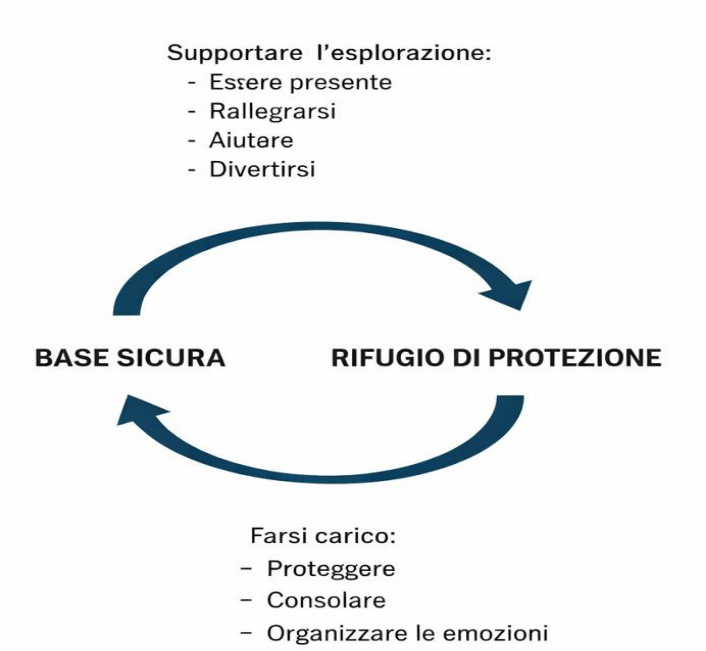
https://www.ventanafamilias.es/guias-para-cada-edad/

Sviluppo emotivo. Guide pubbliche adattate a diverse età e contesti:

https://www.ventanafamilias.es/desarrollo-emocional/

Psicoeducazione sulla sensibilità genitoriale, l'attaccamento e la mentalizzazione.

Il circolo di sicurezza genitoriale



Fonte: Adattato da Hoffman et al. (2006).

Terapia del gioco

Theraplay © è un intervento basato su un metodo ludico strutturato per rafforzare e sviluppare i legami di attaccamento tra i bambini e le loro figure di riferimento. Si concentra su quattro dimensioni che favoriscono un attaccamento sicuro: Struttura , Cura/Accoglienza, Connessione/Sintonizzazione e Sfida. Lavorare su queste dimensioni aiuta i bambini a sviluppare una relazione più sicura e fiduciosa con gli altri e con se stessi. Le sessioni di terapia del gioco creano uno spazio per la connessione emotiva tra il bambino e il genitore (o la figura di riferimento), trasformando le loro interazioni in esperienze più positive, gratificanti e rigeneranti.

Attraverso dinamiche specifiche di questo intervento, si lavorerà sulle 4 dimensioni che sono alla base di un attaccamento sicuro.

Le dimensioni sono le seguenti:

- *Struttura* : la capacità di chi si prende cura del bambino di stabilire dei limiti e di fornire un ambiente sicuro, ordinato e comprensibile, nonché la capacità del bambino di accettare tale struttura.
- *Cura* : la capacità di riconoscere in modo appropriato i bisogni emotivi del bambino e di offrire una risposta sensibile a tali bisogni. Comprende anche la capacità del bambino di ricevere tale cura.
- *Sintonizzazione* : capacità di favorire il coinvolgimento nell'interazione tra chi si prende cura del bambino e il bambino stesso, e di far sì che il bambino rimanga coinvolto.
- *Sfida* : capacità di stimolare lo sviluppo dei bambini offrendo aspettative realistiche, incoraggiando i progressi e rafforzando i risultati raggiunti.

Il documento ***"Terapia del gioco"*** illustra le dinamiche e le dimensioni su cui è possibile lavorare attraverso di esse, nel corso delle sessioni 3, 4, 5, 6, 7, 8 e 9.

Promuovere la consapevolezza genitoriale attraverso i commenti in diretta

Il feedback immediato, fornito dal terapeuta ai genitori sulle loro interazioni con i figli, è uno strumento efficace per rafforzare le interazioni positive e offrire alternative a quelle che non

favoriscono un attaccamento sicuro. Questo feedback può anche basarsi su una registrazione dell'interazione familiare, se il terapeuta lo ritiene opportuno.

Questa tecnica è particolarmente utile per le famiglie con bambini di età compresa tra 0 e 4 anni. Utilizzando una metodologia simile a quella impiegata nel programma ABC (Dozier & Bernard, 2019), di cui si è parlato in precedenza, il terapeuta guida i genitori a rispondere con affetto e attenzione al bambino quando è in difficoltà (ad esempio, abbracciandolo, tenendolo in braccio o convalidando verbalmente le sue emozioni), nonché a seguire il suo esempio nei giochi e nelle attività (ad esempio, lasciando che sia il bambino a iniziare il gioco, descrivendo ciò che sta facendo o imitandolo) e ad evitare comportamenti che potrebbero spaventarlo o intimorirlo (ad esempio, fingere di piangere quando il bambino non fa qualcosa che il genitore desidera, urlargli contro, minacciarlo, ecc.). Il terapeuta può utilizzare due forme di feedback sulle interazioni: una è il feedback video , che consiste nel mostrare ai genitori video di sessioni precedenti per riflettere su quanto accaduto durante le interazioni, e l'altra è il feedback in tempo reale, ovvero un feedback immediato sul comportamento del caregiver durante la sessione. Il vantaggio di quest'ultimo tipo di feedback , a differenza del precedente, è che permette ai genitori di identificare i comportamenti appropriati nel momento in cui si manifestano, oppure, con la guida del terapeuta, di applicare modalità alternative di risposta al bambino quando questi mostra comportamenti genitoriali inappropriati.

Il terapeuta, sia discutendone sul momento sia basandosi su una registrazione, promuove **la mentalizzazione genitoriale** , ovvero aiuta i genitori a identificare ciò di cui il bambino potrebbe aver bisogno in quel preciso istante e li incoraggia ad adattare le proprie risposte verso un modo più sensibile di soddisfare tali bisogni.

Psicoeducazione sulle neuroscienze e sul trauma

La scala (teoria polivagale)

Basato sulla teoria polivagale di Porges , il concetto di scala ci aiuta a comprendere la reazione del nostro sistema nervoso alle situazioni minacciose.



Un linguaggio sensibile al trauma subito dai bambini

Occorre prestare particolare attenzione a una possibile esperienza traumatica quando nello sviluppo del bambino compaiono determinati indicatori:

- ✓ Disturbi affettivi o fisici
- ✓ Bassa tolleranza, scarsa modulazione e/o scarso recupero da stati affettivi negativi
- ✓ Sensibilità al rumore e/o al tatto
- ✓ Disturbi fisici senza apparente spiegazione
- ✓ Scarsa consapevolezza fisica o emotiva, difficoltà nel descrivere le emozioni
- ✓ Disturbo dell'attenzione e/o del comportamento
- ✓ Aggressione e opposizione
- ✓ Ipervigilanza
- ✓ Assunzione di rischi

- ✓ Comportamenti autolesionistici.
  Percezione di sé come persona danneggiata, indifesa e vulnerabile.
- ✓ Preoccupazione per chi si prende cura di noi
- ✓ Estrema sfiducia nei confronti di chi si prende cura di lui
- ✓ Mancanza di empatia

Gli adulti che si prendono cura di bambini che hanno subito un'esperienza traumatica, senza comprenderne appieno la natura, possono usare un linguaggio che li colpevolizza e attraverso il quale interiorizzano etichette negative. Alcuni esempi sono i seguenti:

Linguaggio con connotazione negativa	**Lingua preferita**
Irrispettoso; maleducato	*Angosciato; spaventato; frustrato*
Aggressivo	*Ansioso; impaurito; iperstimolato*
Stimolante	*Timoroso; ansioso; bloccato; cerca il controllo; verifica la relazione*
Assunzione di rischi	*Ricerca un senso di appartenenza; teme la solitudine; si protegge; mette alla prova i limiti*

- **Strumenti e metodi per lavorare sulla salute emotiva (regolazione emotiva)**

Gli strumenti progettati per facilitare l'espressione e la regolazione delle emozioni costituiscono un insieme di strategie volte a promuovere l'identificazione, la comprensione e la gestione appropriata del mondo emotivo, sia a livello individuale che relazionale. Questi interventi mirano ad aiutare le persone a riconoscere e nominare le proprie emozioni, ad esprimerle in modo adattivo e a sviluppare risorse per modularne l'intensità, evitando risposte impulsive o sfoghi emotivi. La loro applicazione è particolarmente rilevante in ambito familiare, in quanto contribuisce a migliorare la qualità delle interazioni, a rafforzare i legami e a prevenire i conflitti derivanti da difficoltà nella gestione delle emozioni.

Ruota delle emozioni

La ruota delle emozioni può essere utilizzata per lavorare sull'identificazione emotiva con bambini, adolescenti e adulti. Aiuta a definire e specificare l'emozione provata, concentrandosi sulle emozioni di base. Un esempio di questa ruota è il seguente:

https://almaserra.com/rueda-de-las-emociones/

Un altro strumento che può facilitare l'identificazione delle emozioni e promuovere l'associazione tra stati corporei ed emozioni è la *mappa delle emozioni* , che invita i membri della famiglia a collocare le proprie reazioni emotive su una mappa corporea. Allo stesso modo, le emozioni possono essere rappresentate utilizzando la metafora del tempo atmosferico (nuvoloso – rabbia/tristezza; soleggiato – felicità, ecc.), consentendo loro di comprendere il proprio stato emotivo senza bisogno di nominare l'emozione.

Dado familiare delle emozioni

Il dado delle emozioni familiari è uno strumento simbolico e ludico che si può creare a partire da un modello di carta (a forma di dado). Ogni faccia incorpora elementi relativi all'immagine che i membri della famiglia hanno di sé, inclusi gli aspetti che trovano soddisfacenti di se stessi, così come quelli che generano disagio o rifiuto.

Questa dinamica favorisce l'espressione delle emozioni in un ambiente condiviso, promuovendo l'apertura e la comprensione reciproca tra i membri della famiglia. Inoltre, contribuisce allo sviluppo di una personalità più integrata, facilitando l'accettazione di diverse dimensioni, sia positive che negative, e promuovendo così una visione di sé più complessa, realistica ed equilibrata all'interno del sistema relazionale.

Esercizi di regolazione emotiva

L'emozione è un sistema regolatore che controlla l'azione relazionale. Per lavorare con le emozioni, partendo da qualsiasi esperienza, è importante centrare le persone nel *qui e ora* e concentrarsi sul corpo. Alcune tecniche utili per esplorare, identificare, ristrutturare e regolare le emozioni sono le seguenti (Pubill , 2022):

Lavoro con la rabbia	• Esternalizzazione delle emozioni legate a esperienze di offesa o risentimento (disegni, lavori manuali, lettere...). • Sculture (concentrati su ciò che provi in ogni posizione) • Radicamento (sentire il peso del corpo sulle piante dei piedi)
Lavoro con la tristezza	• Esternalizzare la tristezza • Concentrarsi sulle sensazioni corporee • Sedia vuota (dialogo da Emotion)
Lavoro con la paura	• Esternalizzazione della paura • Concentrarsi sulle sensazioni corporee • Espressione delle emozioni attraverso la visualizzazione della persona in un luogo tranquillo e accogliente
Lavoro con vergogna	• Esternalizzare la vergogna • Concentrarsi sulle sensazioni corporee • Potenziamento

Riferimenti

Abidin R. R. (1995). *Parenting Stress Index (3ª ed.)*. Psychological Assessment Resources Inc.

AEP: Asociación Española de Pediatría (2022). *Comunicado del Grupo de Trabajo Multidisciplinar sobre Salud Mental en la Infancia y Adolescencia. La pandemia ha provocado un aumento de hasta el 47% en los trastornos de salud mental de los menores.* Estratto da: https://www.aeped.es/sites/default/files/20220407_np_salud_mental_infancia_y_adolescencia.pdf

Allen, J. G., & Fonagy, P. (2014). Mentalizing in psychotherapy. In R. E. Hales, S. C. Yudofsky & L. W. Roberts (Eds.), *The American Psychiatric Publishing textbook of psychiatry* (pp. 1095–1118). American Psychiatric Publishing, Inc..

Bandura, A. (1984). *Teoría del Aprendizaje Social*. Espasa Calpe.

Barudy, J., & Dantagnan, M. (2009). *Los buenos tratos a la infancia: parentalidad, apego y resiliencia*. Gedisa.

Beebe, B., Messinger, D., Bahrick, L. E., Margolis, A., Buck, K. A., & Chen, H. (2016). A systems view of mother–infant face-to-face communication. *Developmental Psychology*, *52*(4), 556–571.

Benito-Gómez, M., Carrera, P., Zablah, F., Roben, C., & Dozier, M. (2022). Promoting parental sensitivity with an evidence-based early Intervention. *Papeles del Psicólogo*, *43*(3), 110-116.

Berger, K. S. (2007). *Psicología del Desarrollo. Infancia y adolescencia*. Médica Panamericana.

Bermejo, J. C. (2009). Hacia una salud holística. *Ética, humanismo y sociedad*, *2*(2), 115-116.

Bernedo, I. M., González-Pasarín, L., Salas, M. y Fuentes, M. J. (2020). *Las visitas: un espacio de desarrollo familiar. Programa de formación psicoeducativo para mejorar las visitas que los menores acogidos mantienen con sus familias biológicas*. Grupo de Investigación sobre Acogimiento Familiar. Universidad de Málaga.

Bertalanffy, K. L. (1968). *Teoría General de los Sistemas: Fundamentos, desarrollo, aplicaciones.* Fondo de Cultura Económica (FCE).

Bleiberg, E., Rossouw, T., & Fonagy, P. (2012). Adolescent breakdown and emerging borderline personality disorder. In A. W. Bateman & P. Fonagy (Eds.), *Handbook of mentalizing in mental health practice* (pp. 463–509). American Psychiatric Publishing, Inc..

Boland, K. (2019). Ethical considerations for providing in-home mental health services for homebound individuals. *Ethics and Behavior*, *29*(4), 287-304.

Brodzinsky, D., Gunnar, M., & Palacios, J. (2022). Adoption and trauma: Risks, recovery, and the lived experience of Adoption. *Child Abuse and Neglect*, *130*(Pt 2), 1-23.

Brodzinsky, D., & Palacios, J. (2023). *The adopted child.* Cambridge University Press.

Bronfenbrenner, U. (1979). *La ecología del desarrollo humano*. Paidós.

Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (1998). The ecology of developmental processes. En W. Damon (Ed.) y R.M. Lerner (Ed. Vol.), *Handbook of Child Psychology* (Vol. 1, pp. 993-1028). Wiley.

Camí, A., Baldero, A., López, A., Vicente, A., Sugranyes, B., Bosch, C., Roig, C., Gómez, E., Camí, E., De Luis Suárez de Deza, I., Loyo, J., March, L., Pulgar, L., Montoya, M., Gómez, M., Planells, M. y Camps, N. (2019). *La Terapia Familiar Socioeducativa. Un modelo de terapia sistémica.* Editorial Eleftheria.

Camps, N., Loyo, J., & Trujillo, H. (2017). *El genograma familiar trigeneracional*. EDUVIC Escola Itinere.

Casanova-Rodas, L., Rascón-Gasca, M. L., Alcántara-Chabelas, H., & Soriano-Rodríguez, A. (2014). Apoyo social y funcionalidad familiar en personas con trastorno mental. *Salud Mental*, *37*, 443-448.

Cassidy, J., & Shaver, P. R. (2016). *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications.* The Guildford Press.

Coleman, M., Ganong, L., & Leon, K. (2006). Divorce and postdivorce relationships. In A. L. Vangelisti & D. Perlman (Eds.), *The Cambridge handbook of personal relationships* (pp. 157–173). Cambridge University Press.

Cyrulnik, B., Manciaux, M., Vanistendael, S., Lecomte, J. (2003). La resiliencia: estado de la cuestión. En M. Manciaux (Coord.), *La resiliencia: resistir y rehacerse* (pp. 17-28). Gedisa.

Díaz, R. (2007). El modelo narrativo en la psicoterapia constructivista y construccionista. *Cipra. Círculo de Psicoterapia Cognitivo Constructivista*

Dozier, M., & Bernard, K. (2019). *Coaching parents of vulnerable infants: The attachment and biobehavioral catch-up approach.* The Guilford Press.

Feixas, G., Muñoz, D., Compañ, V., & Montesano, A. (2016). *El modelo sistémico en la intervención familiar*. Universitat de Barcelona.

Feldman, R. (2007). Parent-infant synchrony and the construction of shared timing; physiological precursors, developmental outcomes, and risk conditions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, *48*(3–4), 329–354.

Fierro, S., & Salcedo, E. (2003). La consulta en domicilio con fines terapéuticos: una opción de intervención e investigación con grupos familiares. *Revista de Trabajo Social*, *5*, 150-160.

Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2016). Adversity, attachment, and mentalizing. *Comprehensive psychiatry*, *64*, 59-66.

Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. Other Press.

Fowles, T. R, Masse, J. J., McGoron, L., Beveridge, R. M., Williamson, A. A., Smith, M. A., & Parrish, B. P. (2018). Home-based vs. Clinic-based Parent–Child Interaction Therapy: comparative effectiveness in the context of dissemination and implementation. *Journal of Child and Family Studies*, *27*(4), 1115-1129.

Fraser, D. (2014). *Therapeutic application of the Marshack Interaction Method (MIM): an interpretative phenomenological analysis of parents experiences and reflections (Tesis doctoral)*. Universidad de Glasgow. Estratto da http://theses.gla.ac.uk/5635/

Frosch, C. A., Schoppe-Sulivan, S. J., & O'Banion, D. (2021). Parenting and child development: A relational health perspective. *American Journal of Lifestyle Medicine*, *15*(1), 45-49.

Gardner, F. (2000). Methodological issues in the direct observation of parent-child interaction: do observational findings reflect the natural behavior of participants? *Clinical Child and Family Psychology Review*, *3*(3), 185–198.

Glebova, T., Foster, S. L., Cunningham, P. B., Brennan, P. A., & Whitmore, E. (2012). Examining therapist comfort in delivering family therapy in home and community settings: Development and evaluation of the Therapist Comfort Scale. *Psychotherapy*, *49*(1), 52-61.

Girón, S. (2022). *Técnicas Psicodramáticas en Terapia Familiar*. Escuela Caleidoscopio. [Materiale non pubblicato].

Gómez, E., & Kotliarenco, M. A. (2010). Resiliencia Familiar: Un enfoque de investigación e intervención con familias multiproblemáticas. *Revista de Psicología*, *19*(2), 103-132.

González, M. (2023). Diversidad familiar, legitimidad social, cuidados y bienestar. In I. Jaramillo I. y T. Garzón (Comp.), *Nuevas familias, nuevos cuidados. Cómo redistribuir el cuidado dentro y fuera de los hogares en el siglo XXI* (pp. 23-52). Siglo XXI Editores.

González-Calvo, V. (2003). La visita domiciliaria, una oportunidad para el conocimiento de la dinámica relacional de la familia. *Revista Servicios Sociales y Política Social*, 61, 63-86.

Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *38*(5), 581–6.

Guijarro, B., Sagarna, G., & Castro, J. (2017). La terapia de juego para el fortalecimiento del vínculo a través de técnicas de theraplay: intervención en un caso clínico. *Revista Clínica Contemporánea*, *8*(2), 1-12.

Gunnar, M. R., & Cheatham, C. L. (2003). Brain and behavior interface: Stress and the developing brain. *Infant Mental Health Journal*, *24*(3), 195–211.

Haley, J. (1976). *Terapia para resolver problemas*. Amorrortu.

Haley, J. (1980). *Trastornos de la emancipación juvenil y terapia familiar*. Amorrortu.

Hertlein, K. (2012). Digital dwelling: Technology in couple and family relationships. *Family Relations*, *61*(3), 347-387.

Hillman, S., Cross, R., & Anderson, K. (2020). Exploring attachment and internal representations in looked-after children. *Frontiers in Psychology*, *11*, 1-10.

Hoffman, K. T., Marvin, R. S., Cooper, G., & Powell, B. (2006). Changing toddlers' and preschoolers' attachment classifications: The Circle of Security Intervention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *74*(6), 1017–1026.

Jiménez, L. (2009). *Crecer en contextos familiares en riesgo psicosocial análisis evolutivo durante la infancia y la adolescencia.* [Tesi di dottorato, Universidad de Sevilla].

Johnston, C., & Mash, E. J. (1989). A measure of parenting satisfaction and efficacy. *Journal of Clinical Child Psychology*, *18*(2), 167–175.

Konca, A. (2022). Digital technology usage of young children: screen time and families. *Early Childhood Education Journal*, *50*(7), 1097-1108.

Kohlberg, L. (1984). *The Psychology of Moral Development: The Nature and Validity of Moral Stages*. Harper & Row.

León, E., Gallardo, A. I., Molano, N., & Jiménez-Morago, J. M. (2021). *Familias colaboradoras: Un estudio sobre familias, infancia y adolescencia tutelada y procesos en la colaboración.* Granada: Observatorio de la Infancia en Andalucía. Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía. Consejería de Igualdad, Políticas Sociales y Conciliación. Junta de Andalucía.

Loyo, J., & Trujillo (2017). *Análisis del contexto de intervención profesional*. EDUVIC Escola Itinere.

LeCroy, C. W., & Whitaker, K. (2005). Improving the quality of home visitations: An exploratory study of difficult situations. *Child Abuse & Neglec*t, *29*(9), 1003-1013.

Marschak, M. (1960). A Method for Evaluating Child-Parent Interaction under Controled Conditions. *The Journal of Genetic Psychology 97(1)*, 3-22.

Midori, H. (2022). *El cerebro transparente en la terapia familiar y de pareja. Integraciones conscientes con la neurociencia.* Desclée De Bouwer.

Minuchin, S. (1974). *Familias y terapia familiar*. Gedisa.

Minuchin, S., & Fishman, H. C. (1981). *Técnicas de terapia familiar*. Paidós.

Muelas, A. (2021). La influencia futura de la pandemia desde el plano psicológico en los adolescentes. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, *1*(2), 307-314.

Musarra, A. (2017). *La familia mixta. Influencia socioeducativa.* Tesis Doctoral. Universidad de Extremadura. Recuperado de: https://dehesa.unex.es:8443/bitstream/10662/6144/1/TDUEX_2017_Musarra.pdf

Olson, D. H., & Gorall, D. M. (2006). *FACES IV & The Circumplex Model*. Life Innovations.

Organización Mundial de la Salud (2004). *WHOQOL: Measuring Quality of Life*. Estratto da: https://www.who.int/tools/whoqol/whoqol-bref

Organización Mundial de la Salud (2020). *Substantial investment needed to avert mental health crisis*. Estratto da: https://www.who.int/news/item/14-05-2020-substantial-investment-needed-to-avert-mental-health-crisis

Palacios, J. (2009). La adopción como intervención y la intervención en adopción. *Papeles del psicólogo*, *30*(1), 53-62.

Palacios, J., Oliva, A., Moreno, M. C., González, M. M., Hidalgo, V., Jiménez, J., Antolín, L., Jiménez, L., López, F., Román, M., Estévez, R., Mena, A., Ortega, M., & Pascual, D. (2014). *Proyecto Apego sobre evaluación y promoción de competencias parentales en el sistema sanitario público andaluz. Parte 1*. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, Junta de Andalucía.

Paricio del Castillo, R., & Pando, M. (2020). Salud mental infanto-juvenil y pandemia de Covid-19 en España: cuestiones y retos. *Revista de Psiquiatría Infanto-juvenil, 37*(2), 30-44.

Piaget, J. (2000). *El nacimiento de la inteligencia en el niño*. Crítica.

Proyecto HEDERA (2025). *HEDERA Terapia familiar en el domicilio. Informe final de resultados*. [Manoscritto non pubblicato].

Pubill, M. J. (2022). *La intervención emocional en familias*. [Presentazione orale non pubblicata].

Raby, K., & Dozier, M. (2019). Attachment across the lifespan: insights from adoptive families. *Current Opinion in Psychology*, *25*, 81-85.

Requena, F., & Ayuso, L. (2022). *La gestión de la intimidad en la sociedad digital. Parejas y rupturas en la España actual*. Fundación BBVA.

Robles-Sánchez, I. J. (2021). Salud Mental en tiempos de pandemia: la pandemia paralela. *Sanidad Militar, 77*(2), 69-72.

Rodrigo, M. J. (2010). Promoting positive parenting in Europe: New challenges for the European society for developmental psychology. *European Journal of Developmental Psychology*, *7*(3), 281-294.

Rodrigo, M. J. (2015). Preservación familiar y parentalidad positiva: dos enfoques en convergencia. *Revista de Treball Social de Catalunya, 204*, 36-47.

Rodrigo, M. J., Máiquez, M. L., Martín-Quintana, J. C. (2010). *La educación parental como recurso psicoeducativo para promover la parentalidad positiva*. FEMP.

Rodríguez-Testal, J. F. (2024). *Estilos de interacción durante las sesiones*. Universidad de Sevilla [Inedito].

Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., & Prata, G. (1980). Hypothesizing, circularity, neutrality: Three guidelines for the conduct of the session. *Family Process*, *19*(1), 7-19.

Sen, K., Prybutok, G., & Pry (2022). The use of digital technology for social wellbeing reduces social isolation in older adults: A systematic review. *SSM - Population Health*, *17*, 1-9.

Siegel, D. J. (2001). Toward an interpersonal neurobiology of the developing mind: Attachment relationships, "mindsight," and neural integration. *Infant Mental Health Journal*, *22*(1-2), 67-94.

Siegel, D. J. (2012). *The developing mind. How relationships and the brain interact to shape who we are.* The Guildford Press.

Vindegaard, N., & Benros, M. E. (2020). COVID-19 pandemic and mental health consequences: Systematic review of the current evidence. *Brain, Behavior, and Immunity*, *89*, 531-542.

Vygotsky, L. S. (1979). *El desarrollo de los procesos psicológicos superiores*. Grijalbo.

Vygotsky, L. S. (1981). *Pensamiento y lenguaje*. La Plèyade.

Watzlawick, P., Beavin, J., & Jackson, D. D. (2002). *Teoría de la comunicación humana*. Tiempo Contemporáneo.

West, D., Vanderfaeillie, J., Van Hove, L., Gypen, L., & Van Holen, F. (2020). Attachment in family foster care: Literature review of associated characteristics. *Developmental Child Welfare*, *2*(2), 132-150.

Willis, D. W., & Eddy, J. M. (2022). Early relational health: Innovations in child health for promotion, screening, and research. *Infant Mental Health Journal*, *43*(3), 361-372.

Woods, L. J. (1988). Home-Based Family Therapy. *Social Work, 33*(3), 211-214.

Allegati

Allegato I : Modulo di contatto

Numero di identificazione familiare / cognomi :
1- Membro della famiglia che partecipa durante la chiamata : 2- Data , giorno , ora: 3- Derivata (se corrisponde): **4- Motivo della consultazione :** 5- Membri del nucleo familiare (Nome , età , professione , data) (matrimonio dei genitori): 6- Figli (nome , età , professione , stato civile): 7- Altri Membri del nucleo familiare (nome , età , rapporto di parentela): 8- Composizione familiare estesa (paterna e materna): 9- Casa : 10- Numero di telefono /indirizzo email per i contatti : 11- Data e ora concordate per il primo colloquio : 12- Membri esperti convocato per la prima volta colloquio : 13- Impressioni del terapeuta dopo la chiamata :

Allegato II: Intervista iniziale

Numero identificativo familiare/cognome:

1. Data e luogo di completamento:

2. Partecipanti:

3. Motivo della consultazione:

4. Soluzioni tentate:

   Cos'ha fatto finora la famiglia per cercare di risolvere il problema? Hanno esperienza con interventi simili?

5. Rapporti con altri professionisti:

   Quali altri professionisti stanno assistendo o hanno assistito la famiglia? Come ha vissuto la famiglia questa esperienza?

6. Obiettivi familiari:

   Cosa si aspetta la famiglia dall'intervento terapeutico? In che modo pensano che un intervento domiciliare potrebbe essere loro d'aiuto?

7. Atteggiamento di ciascun membro durante la sessione:

   Difficoltà individuate durante l'intervista; bisogni espressi da ciascun membro; risorse percepite…

8. Organizzazione dell'intervento a domicilio:

   In quale luogo potrei incontrare il terapeuta? Quali orari preferisci?

9. Data della prima visita domiciliare:

   Chiarite con la famiglia quali materiali e arredi saranno necessari al terapeuta.

10. Membri convocati per la prima visita domiciliare:

Allegato III : Modello di percorso del processo (esempio (adattato a 10 sessioni)

Numero di sessione	Prestazione	Completato (Sì/No)	Data
	Coordinamento con il professionista competente (ove applicabile)		
	Preparazione del file fisico o virtuale: cartella e documentazione		
	Primo contatto con la famiglia		
1	**Colloquio iniziale**		
2	**Diagnosi relazionale a domicilio**		
3			
4			
5	**Valutazione intermedia con la famiglia (monitoraggio degli obiettivi)**		
6			
7			
8			
9			
10	**Sessione conclusiva e valutazione finale con la famiglia (raggiungimento degli obiettivi)**		
	Valutazione finale con un professionista competente (se applicabile)		
	Processo di chiusura		

Allegato IV: Diagnosi relazionale

Aspetto relazionale		Ma	Osservazioni
1. ORGANIZZAZIONE	Nucleare		
	Genitore single		
	genitori separati		
	Assemblato o combinato		
	Intergenerazionale		
	Adottabile, accogliente, collaborativo		
	Altri		
2. MODELLO DI INTERAZIONE Tipo di famiglia	Iperprotettivo		
	Democratico		
	Permissivo		
	Sacrificio		
	Intermittente		
	Delegare		
	Autoritario		
3. RUOLI E FUNZIONI	Definizione		
	Confuso		
4. CONFINI	Chiaro		
	Diffondere		
	Rigido-chiuso		
5. REGOLE	Esplicito		
	Implicito		

	Segreti		
6. STILE RELAZIONALE	Equilibrato		
	Agglutinato		
	Distaccato		
7. MITI	Armonia		
	Espiazione		
	Salvare		
8. DELEGAZIONI	Conflitto di missioni incompatibili		
	Conflitto di lealtà		
	Conflitto tra valori familiari e sociali		
	Parentalizzazione		
	Elenco dei meriti		
9. TRIANGOLAZIONI	Semplice		
	Perverso		
	Aggressore		
	Assistenza sanitaria		
10. FASE DEL CICLO DI VITA	La formazione della coppia		
	La nascita dei bambini		
	La famiglia con bambini in età prescolare		
	La famiglia con figli in età scolare		
	La famiglia con adolescenti		

	I bambini che diventano indipendenti		
	La famiglia anziana		

Allegato V : Indicatori di rischio

Famiglia	Presenza (nessuna, poca, molta)	Bambino/a - adolescente/i	Presenza (nessuna, poca, molta)
Difficoltà nei rapporti familiari e/o di coppia che si ripercuotono sui figli		Difficoltà comportamentali	
Conflitti tra padre, madre e figlio/figli		Difficoltà socio-emotive	
separazione contenziosa		Difficoltà intellettive	
Famiglia monogenitoriale senza sostegno sociale		Difficoltà di adattamento alla scuola/all'istituto	
Famiglia allargata con difficoltà relazionali		Difficoltà nell'adozione delle norme	
Problemi economici, occupazionali e/o abitativi		Situazioni di lutto irrisolto	
Malattia fisica del padre e/o della madre		Processo di migrazione incompleto	
Disturbo mentale nel padre e/o nella madre		Comportamenti trasgressivi	
Disabilità del padre e/o della madre		assenteismo scolastico	
persona a carico nel nucleo familiare		Disturbi alimentari	
Dipendenza da droghe e/o altre dipendenze		Disturbi del linguaggio	
Adulti oberati di responsabilità		Disturbi del sonno	

Situazioni di lutto irrisolto		**Mancanza di abitudini**	
processi migratori		**Disabilità fisica**	
Difficoltà nel conciliare vita familiare e lavorativa		**Disabilità intellettiva**	
Situazione di crisi familiare (dovuta al ciclo di vita o a fattori di stress)		**Disabilità sensoriale**	
Difficoltà nello stabilire ruoli e gerarchie familiari		**Disabilità organica**	
Difficoltà nelle funzioni genitoriali normative e/o affettive		**Collegamento ai gruppi a rischio**	
Mancanza di interesse da parte dei genitori nel processo di sviluppo ed educativo dei propri figli.		**Altri:**	
Altri:			

Allegato VI : Indicatori di protezione

Indicatore	Presenza (Nessuna, Poca, Molto)	Osservazioni
Supporto sociale esistente *La presenza di una solida rete di supporto, come familiari, amici o membri della comunità che forniscano supporto emotivo, pratico o di altro tipo.*		
Impegno degli operatori sanitari *Un livello di impegno e motivazione da parte dei genitori o di altri tutori per migliorare le dinamiche familiari e le capacità genitoriali. Ciò può manifestarsi come la volontà di apprendere e applicare nuove strategie genitoriali.*		
Relazioni positive all'interno della famiglia *Prove di relazioni affettuose e positive tra alcuni o tutti i membri della famiglia, nonostante le difficoltà.*		
Competenze comunicative di base *Sebbene la comunicazione tra i membri della famiglia possa necessitare di miglioramenti, il possesso di alcune competenze comunicative di base può rappresentare un buon punto di partenza.*		
Struttura e routine familiari *La presenza di una certa struttura e routine nella vita familiare, come orari regolari per i pasti, routine del sonno o attività familiari regolari.*		
Resilienza individuale e familiare *Segnali di resilienza in uno o più membri della famiglia, come la capacità di adattarsi ai cambiamenti o di riprendersi dalle battute d'arresto.*		
Coinvolgimento della comunità o della scuola *La partecipazione attiva ad attività comunitarie o scolastiche può fornire ulteriore struttura e supporto sociale.*		
Interessi e abilità di bambini e adolescenti *I talenti, gli interessi o gli hobby di bambini e adolescenti che possono essere sostenuti e incoraggiati, offrendo un approccio positivo all'interazione familiare.*		
Consapevolezza dei problemi e desiderio di cambiamento *Il riconoscimento da parte della famiglia dei problemi esistenti e la volontà di affrontarli possono rappresentare una potente motivazione al cambiamento.*		
Risorse economiche e abitative stabili *Sebbene non sia un requisito indispensabile, la stabilità in termini di alloggio e finanze può alleviare lo stress e consentire alla famiglia di concentrarsi maggiormente sull'intervento.*		
Salute mentale e fisica generalmente buona *Sebbene possano sussistere problemi specifici, in generale il buono stato di salute dei familiari rappresenta un fattore protettivo.*		

Buona esperienza con altri professionisti *La famiglia ha avuto o ha tuttora esperienze positive con altri professionisti, il che può favorire la fiducia nel supporto professionale e nell'alleanza terapeutica.*		

Allegato VII: Scheda informativa iniziale obiettivi

Obiettivi del processo terapeutico

1.1. Obiettivo 1:

1.2. Obiettivo 2:

1.3. Obiettivo 3:

1.4. Obiettivo 4:

Valutazione degli obiettivi stabiliti nel processo terapeutico

Obiettivi	Valutazione intermedia (data:)	Obiettivo [1]	Valutazione finale (data:)	Obiettivo [1]
1		**4.1.1.**		**4.1.2.**
2		**4.2.1.**		**4.2.2.**
3		**4.3.1.**		**4.3.2.**
4		**4.4.1.**		**4.4.2.**

[1.] **Raggiungimento – il livello di conformità agli obiettivi viene valutato su una scala da 0 a 5:**

0 = Niente, 1 = Molto poco, 2 = Poco, 3 = Soddisfacente, 4 = Molto soddisfacente, 5 = Raggiunto

Allegato VIII: Osservazione a casa

	Indicatore	Presenza (Niente, Poco, Molto)	Osservazioni
Condizioni dell'alloggio	In presenza di bambini di età inferiore ai 6 anni, i giocattoli vengono sorvegliati.		
	La casa sembra sicura		
	L'esterno della casa offre uno spazio sicuro dove i bambini possono giocare.		
	L'interno della casa è luminoso e gode di luce naturale.		
	Il quartiere è carino e sicuro.		
	Le camere sono arredate e relativamente spaziose.		
	La casa è abbastanza pulita e ordinata		
relazioni sociali e ricreative familiari	Gli adulti partecipano alla vita del loro quartiere		
	Gli adulti hanno amici con cui condividono il tempo libero		
	I minori partecipano alla vita del loro quartiere		
	I minorenni hanno amici con cui condividono il tempo libero		
	La famiglia svolge attività ricreative insieme		

expert projects publishing
ISBN: 978-606-8927-85-5

EDUVIC ITINERE
Agintzari Gizarte Ekimeneko Kooperatiba Cooperativa de Iniciativa Social
LA BOTTEGA DEI RAGAZZI COOPERATIVA SOCIALE ONLUS
Caminante Association Secteur Social et Médico-social
holtIS

Questo materiale è stato realizzato nell'ambito del Progetto HEDERA, 2023-1-ES01-KA220-VET-000164938, cofinanziato dall'Unione europea. Il contenuto del presente materiale è di esclusiva responsabilità degli autori e l'Agenzia Nazionale e la Commissione Europea non sono responsabili dell'uso che potrà essere fatto delle informazioni in esso contenute.

Data: maggio 2026