Cofinanțat de Uniunea Europeană

Erasmus+

Hedera

Modelul Hedera

Terapia familială la domiciliu

Fundamente teoretice și metodologice

Coordonare 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

Publicat în 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/

CUPRINS

1. PREZENTAREA PROIECTULUI HEDERA 1
1.1. Justificare 3
1.2. Destinatari 5
1.3. Entități asociate 6
1.4. Obiective 10
1.3. Procesul de construcție a modelului Hedera 13
1.3.1. Implementarea și evaluarea modelului Hedera: cercetare aplicată 14
2.- MODELUL HEDERA: BAZELE TEORETICE ȘI METODOLOGICE 21
2.1. Fundamente teoretice 23
2.2. Baze metodologice 41
2.2.1. Intervenție la domiciliu 41
2.2.2. Principii metodologice 43
2.2.3. Procedura de intervenție 45
Referințe 88
Anexe 96

1. PREZENTAREA PROIECTULUI HEDERA

Proiectul european HEDERA Erasmus+ (2023-1-ES01-KA220-VET-000164938) își propune să formeze profesioniști **în acțiune socială într-un** model de intervenție terapeutică familială **care promovează** sănătatea relațională **acționând din propria** casă **a familiilor.** În cadrul acestui proiect, modelul de intervenție a fost conceput, implementat și evaluat pentru a oferi instruire profesioniștilor bazată pe principii teoretice și metodologice solide și cu dovezi empirice ale eficacității sale în promovarea sănătății relaționale în familiile deservite.

În acest fel, **Modelul Hedera,** concepută în cadrul acestui proiect, propune o intervenție sistemică inovatoare care integrează locuința ca spațiu terapeutic, completând-o și combinând-o cu cabinetul de consultații sau biroul. Se bazează pe premisa că locuința nu este doar un context, ci și un **instrument care întărește legătura terapeutică, facilitează observarea ecologică și încurajează procese mai profunde de schimbare relațională**.

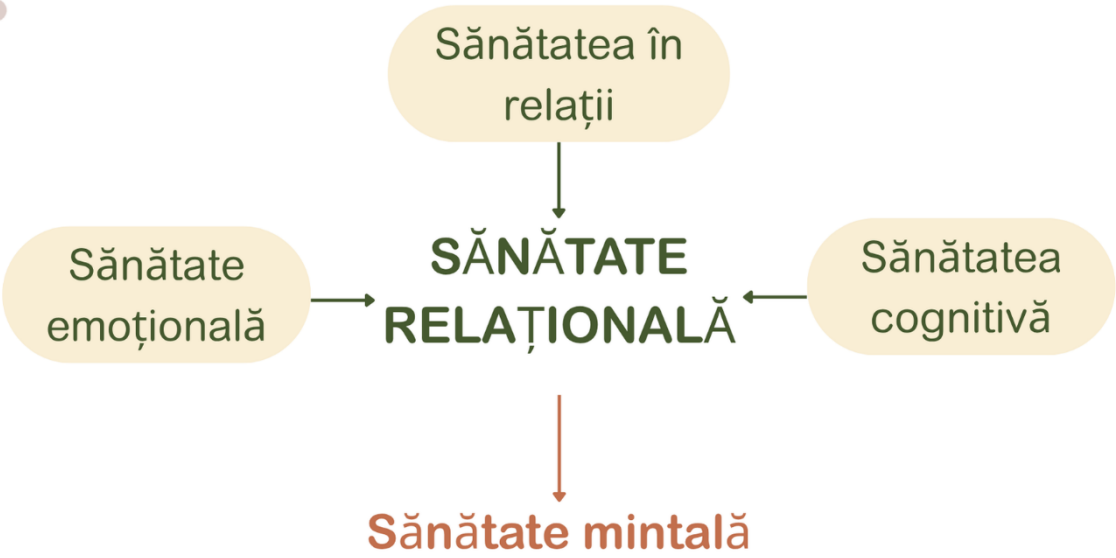
Modelul Hedera implică intervenția terapeutică în casele familiilor care se confruntă cu **dificultăți relaționale** pentru a îmbunătăți **sănătatea relațională a familiei,** ca factor esențial în promovarea **bunăstării generală, starea mentală** a membrilor săi.

Sănătatea relațională se referă la capacitatea de a stabili și menține relații semnificative cu sine însuși, cu alte persoane, grupuri și comunități, bazate pe interacțiunile și conexiunile noastre cu ceilalți (Bermejo, 2009; Frosch et al., 2021; Willis & Eddy, 2022). Mai exact, am vorbi despre capacitatea privind:

- **Relaționarea cu sine**. Capacitatea de conectare și intimitate. Abilitatea de a se diferenția, menținând în același timp un sentiment de apartenență. Capacitatea de a înfrunta și gestiona situații dificile și de a le rezolva eficient. Capacitatea de autoreglare. Flexibilitate și adaptabilitate la schimbare.
- **Menținerea unor relații sănătoase în mediul familial**. Capacitatea de a stabili o structură și o dinamică familială funcțională: exercitarea adecvată a rolurilor și funcțiilor; capacitatea de a echilibra limitele și afecțiunea în relațiile familiale; capacitatea de a construi un sentiment de apartenență și de a promova autonomia; figuri parentale care oferă afecțiune, protecție și sociabilitate etc.

- **Menținerea unor relații semnificative cu persoane din afara mediului familial** . Capacitatea de a construi relații de încredere, respect și sprijin reciproc.
- **Menținerea unor relații sănătoase cu comunitatea**. Cunoașterea și utilizarea eficientă a resurselor și serviciilor locale. Încrederea în relațiile din cadrul rețelei de sprijin profesional.

În esență, sănătatea relațională cuprinde trei dimensiuni ale aceluiași **triunghi**: **relații sănătoase, sănătate cognitivă** și **sănătate emoțională**. Într-un mod echilibrat, sănătatea pe toate aceste axe ale triunghiului trebuie să existe pentru ca indivizii să dobândească sănătate relațională și, în consecință, o personalitate integrată - o garanție a bunăstării mintale.



Finanțat de Uniunea Europeană

În cele din urmă, scopul acestui model este de a ajuta familiile să construiască o dinamică funcțională în care rolurile și funcțiile parentale sunt exercitate cu afecțiune și protecție, **permițând ca locuința să fie un spațiu sigur** care facilitează totodată o conexiune sănătoasă cu rețeaua socială și comunitară externă.

1.1. Justificare

Proiectul HEDERA a pornit de la nevoile reale identificate de organizațiile partenere ale proiectului prin practica lor profesională directă, supervizarea clinică sistematică, participarea la proiecte sociale și de formare, studii de caz longitudinale și echipe de cercetare aplicată. Timp de peste zece ani, organizațiile partenere au acumulat dovezi practice și observaționale privind:

- Bariere persistente în calea accesului la servicii terapeutice de calitate pentru familiile vulnerabile.
- Dificultăți în susținerea proceselor de îmbunătățire în contexte de stres socioeconomic și emoțional.
- Nevoia de intervenții mai intensive, ecologice și contextualizate.
- Importanța căminului ca spațiu relațional în care apar tipare familiale esențiale.
- Lipsa unor modele standardizate, evaluabile și transferabile de intervenție terapeutică și socio-educațională familială la domiciliu.

Astfel, Proiectul HEDERA a apărut ca o evoluție naturală a muncii clinice și socio-educaționale acumulate și ca un răspuns structurat la o nevoie profesională identificată de mult timp. În acest context, situațiile de suferință emoțională și relațională exacerbate de pandemia de COVID-19 și urmările acesteia au fost un factor cheie în accelerarea dezvoltării proiectului. În acest sens, Organizația Mondială a Sănătății (2020) indică faptul că impactul unei pandemii asupra sănătății mintale este mai pronunțat în rândul populațiilor care trăiesc în situații de excluziune socială, precum și în rândul altor grupuri, cum ar fi adulții în vârstă.

Printre alți factori, situația pandemică a fost legată de apariția unor modificări psihosociale (stres familial, izolare socială) și de creșterea altor indicatori (AEP, 2022; Muelas, 2021; Paricio del Castillo și Pando, 2020; Vindegaard și Benros , 2020): simptome de anxietate și depresie, printre alte patologii; violență domestică; autovătămare; tulburări de alimentație; abuz de substanțe; trimiteri către servicii de sănătate mintală; utilizarea excesivă a tehnologiei; și dificultăți economice.

Această realitate a fost observată și în serviciile de psihoterapie familială, cu o creștere semnificativă a simptomelor emoționale, relaționale, cognitive și comportamentale. În consecință, sistemul de sănătate mintală și servicii sociale a fost afectat, incapabil să răspundă nevoilor generate de pandemie (Robles-Sánchez, 2021). În special, **distanțarea socială** care a

avut loc în timpul pandemiei a dus la o intensificare a relațiilor care aveau deja loc în sfera digitală, precum și la o **diversificare a metodelor de intervenție pentru indivizi și familii**. De asemenea, a fost necesară explorarea **unor noi modalități de accesare a rețelelor de sprijin informale și formale**, precum și îmbunătățirea comunicării cu profesioniștii (Hertlein, 2012; Konca, 2022; Requena & Ayuso, 2022; Sen et al., 2022). **Îngrijirea terapeutică la domiciliu apropie profesioniștii de diversele contexte în care familiile și membrii acestora interacționează**, promovând bunăstarea în cadrul familiei și consolidând relațiile familiei cu comunitatea. Acest lucru necesită luarea în considerare a interacțiunii dintre factorii individuali și mediul socio-economic, cultural și fizic.

Totuși, acasă este un context clinic și socio-educațional complex, caracterizat prin **relații strânse, o structură formală redusă** și **o expunere ridicată la variabile ecologice, sociale și etice**. Acest lucru necesită abilități specifice care nu pot fi dezvoltate exclusiv în contexte clinice.

În acest cadru, scopul Proiectului HEDERA, bazat pe combinarea cercetării aplicate și a formării profesionale, este **de a construi un model de terapie familială care include domiciliul ca și context de intervenție și de a oferi profesioniștilor instruire în acest model.** Proiectul se bazează pe terapia familială din disciplinele psihologiei, educației sociale și asistenței sociale, precum și din științele sociale în sens mai larg. Acesta își propune să conceapă, pe baza dovezilor științifice, un instrument eficient de intervenție terapeutică care să încorporeze mediul familial imediat (casa) și contextele comunitare în care indivizii se deplasează, cu scopul de a **împuternici.** Această instruire își propune să îmbunătățească semnificativ impactul și rezultatele intervențiilor efectuate de **profesioniștii din cadrul acestui model și să împărtășească modelul cercetat cu comunitatea pentru dezvoltarea și implementarea acestuia. Prin urmare, este vorba de o instruire într-o competență profesională specifică: competență transdisciplinară în sănătatea relațională la domiciliu** . Din acest motiv, este concepută ca o instruire scurtă, intensivă și bazată pe competențe înalte, orientată spre aplicarea practică în contextul profesional.

Pentru a concluziona justificarea proiectului HEDERA, cei patru piloni pe care se bazează natura inovatoare a acestui proiect sunt sintetizați mai jos:

- **Proiectarea unui model de terapie familială care combină terapia socio-educațională cu neuroștiința aplicată**. Această abordare hibridă permite înțelegerea

și acționarea asupra dinamicii familiale dintr-un cadru multifațetat, bazat pe dovezi, orientat spre schimbarea durabilă.

- **Utilizarea locuinței ca spațiu terapeutic principal**. Proiectul transformă locuința într-un context terapeutic structurat, inovator și definit metodologic.
- **Abordează problemele de sănătate mintală de diverse origini dintr-o perspectivă a sănătății relaționale**. Oferă un cadru de intervenție aplicabil cazurilor legate de stres cronic, vulnerabilitate socioeconomică, conflicte intergenerаționale, disreglare emoțională, dificultăți parentale, migrație și relații transnaționale, precum și neglijare relațională, printre alte provocări.
- **Dezvoltarea unui model pilotat și evaluat științific**. Procesul transnațional de pilotare și evaluare generează ghiduri metodologice, instrumente de intervenție și materiale de instruire bazate pe dovezi empirice. Hedera nu numai că proiectează un model inovator: testează, rafinează, evaluează și demonstrează aplicabilitatea acestuia în contexte reale, permițându-i apoi să instruiască profesioniști în utilizarea acestuia.

1.2. Destinatari

Proiectul HEDERA își propune în principal să ofere formare profesională profesioniștilor din științele sociale. Această formare se adresează în principal a trei profiluri profesionale din domeniul acțiunii sociale (psihologi, asistenți sociali și educatori sociali), în special celor implicați în terapie. Acest domeniu de aplicare se aliniază cu apelul Uniunii Europene pentru transdisciplinaritate operațională, permițând echipelor de profesioniști din diverse discipline să vorbească un *limbaj comun al sănătății relaționale*, optimizând astfel intervenția și reducând fragmentarea.

Formarea unificată este justificată în Modelul Hedera prin faptul că intervenția nu este îndreptată către persoana individuală, adică către sănătatea sa mintală intrapsihică, ci mai degrabă către dinamica relațională care poate compromite sănătatea mintală individuală. În acest sens, Modelul Hedera se concentrează pe îmbunătățirea interacțiunilor în contextul familial, precum și în contextul social imediat; ambele obiective pot fi abordate de cele trei profiluri profesionale, cu condiția ca acestea să primească o formare adecvată, care trebuie să includă în mod necesar terapia sistemică relațională.

Pe de altă parte, intervenția terapeutică propusă de Modelul Hedera se adresează familiilor **trimise** de serviciile sociale, educaționale și de sănătate sau celor care aplică din proprie inițiativă. Aceste familii prezintă de obicei un profil vulnerabil sau de risc, deoarece intervenția se concentrează pe abordarea dificultăților lor relaționale și, în special, a provocărilor lor în dezvoltarea **abilităților parentale**. Prin urmare, deși intervenția este concepută pentru a se adapta la diferite modele familiale și etape ale ciclului de viață, ea este menită să fie deosebit de utilă familiilor cu copii de vârstă școlară sau adolescenți.

Mai mult, într-un sens mai larg și în scopul transferului de cunoștințe, Proiectul HEDERA se adresează diferitelor **comunități locale** și altor entități interesate din teritoriile în care este implementat și din cele care ar putea fi implementat în sfera europeană, cu un caracter de promovare a sănătății relaționale familiale în aceste comunități, prin diseminarea cunoștințelor obținute din model și implementarea acestuia.

1.3. Entități asociate

Proiectul HEDERA este condus de **EDUVIC SCCL** (Spania), bazat pe **modelul său de terapie familială socio-educațională,** ale cărui elemente principale sunt prezentate în secțiunea următoare. Bazându-se pe acest model, acesta oferă, de asemenea, cunoștințele și practicile contribuite de alte modele de **intervenție în domeniul familiei în domeniul internațional sunt colectate și integrate** , în special de la Asociația **HoltIS** (România), Asociația **Caminante** (Franța), cooperativa **Agintzari** (Spania) și cooperativa **La Botegga Dei Ragazzi** (Italia). Principalele servicii oferite de aceste organizații partenere sunt detaliate mai jos, în special cele legate de construirea și dezvoltarea acestui model.

- **EDUVIC (Spania)**

EDUVIC SCCL este o cooperativă de inițiativă socială non-profit care activează de peste 30 de ani în serviciul oamenilor, cu accent deosebit pe copii, adolescenți, tineri și familii. Ca și cooperativă, EDUVIC își bazează organizarea și managementul pe valori cooperatiste,

îmbrățișând ajutorul reciproc, democrația, egalitatea, echitatea, solidaritatea, onestitatea și transparența ca caracteristici definitorii ale activității sale zilnice.

EDUVIC gestionează în prezent numeroase servicii și proiecte psihoterapeutice și socio-educaționale cu obiective de îngrijire diverse, clasificate pe tipuri în cadrul diferitelor departamente ale cooperativei. Aceste proiecte variază de la protecția și îngrijirea copilului (prin EDUVIC · Infància) la psihoterapie individuală și de cuplu (prin P&TI) și sprijin pentru sportivii de elită (EDUVIC · Sport). De asemenea, oferă proiecte axate pe formarea profesională (EDUVIC · Escola Itinere) și sprijin familial (EDUVIC · Famílies).

- **Asociația HoltIS (România)**

Modelul de intervenție al acestei asociații este puternic marcat de promovarea și implementarea rețelei de contacte și are următoarele obiective: promovarea unor standarde înalte de competență și etică profesională în domeniul creșterii copiilor; promovarea educației parentale, valorificată ca o formă de sprijin pentru părinți și alți îngrijitori în procesul de exercitare a rolului de părinte; dezvoltarea de programe de formare și asistență tehnică, seminarii, conferințe și alte activități care vizează consolidarea capacităților autorităților, entităților și comunităților locale de a oferi servicii sociale de îngrijire a copiilor; implementarea de activități de voluntariat și mobilizare comunitară pentru creșterea participării și implicării membrilor comunității în dezvoltarea locală; și cooperarea cu organizații românești și internaționale care oferă servicii de îngrijire a copiilor și sprijin pentru familiile acestora, dezvoltând parteneriate eficiente. Concret, pe baza acestor obiective, asociația dezvoltă și implementează programe sociale care contribuie la:

- ✓ Promovarea abilităților parentale ale mamelor și taților în beneficiul sănătății mintale (emoționale și relaționale) a familiilor lor, precum și îmbunătățirea relațiilor cu propriii fii și fiice, prin intermediul Programului Educațional pentru Parenting Apreciativ.
- ✓ Implicarea tinerilor în participarea activă la viața comunității prin desfășurarea de activități care vizează dezvoltarea abilităților sociale, a spiritului civic, a spiritului de echipă și a sentimentului de apartenență la grup, prin înființarea și extinderea cluburilor HoltIS .

- **Asociația Caminante (Franța)**

Asociația Caminante activează în domeniile prevenției, sprijinului educațional și social și asistenței psihologice pentru persoanele vulnerabile. Filosofia sa fundamentală este că fiecare persoană pe care o asistă și familia acesteia au dreptul la respect necondiționat, indiferent de circumstanțele, convingerile sau originile lor. În acest fel, își propune să permită tuturor să se bucure pe deplin de statutul lor cetățenesc prin sprijin susținut și urmărirea autonomiei personale, integrarea școlară, integrarea socială și oportunitățile de integrare profesională.

În prezent, oferă o gamă largă de servicii menite să sprijine și să ofere îngrijire psihologică și socio-educațională familiilor și membrilor acestora care sunt vulnerabili din diverse motive. Aceste servicii includ facilități rezidențiale și de adăpost, precum și activități socio-educaționale desfășurate în casa familiei . Misiunea sa este astfel îndeplinită prin diferite servicii: Serviciul de Sprijin Familial; Institutele Pedagogice Educaționale Terapeutice (ITEP); Trait d'Union; Lo Caleï; Serviciile de Educație la Domiciliu și Îngrijire Specializată (SESSAD); Institutul Medico-Educativ (IME); și Apartamentele de Coordonare Terapeutică (ACT). De exemplu, Serviciul de Sprijin Familial este o abordare terapeutică care își propune să încurajeze comunicarea între membrii familiei, permițând fiecărui membru să lucreze împreună pentru o funcționare mai flexibilă, să depășească crizele, să se dezvolte individual și să găsească un nou echilibru. Pe de altă parte, ITEP (Centrele Integrate de Sprijin Psihologic și Psihologic) primesc copii, adolescenți și tineri adulți cu dificultăți psihologice, a căror manifestare, în special intensitatea problemelor de comportament, le perturbă grav socializarea și accesul la învățare. Scopul este de a-i ajuta să lucreze la dezvoltarea lor psihologică, sprijinindu-le creșterea individuală prin intervenție interdisciplinară. Trait d'Union (Acordul de Uniune) este un serviciu preventiv și educațional pentru părinți și copiii lor, care se concentrează pe sprijinirea relațiilor în diferite etape ale copilăriei și/sau în perioadele critice sau dificile care amenință stabilitatea familiei. Misiunea sa este de a sprijini procesul de creștere a copiilor și dezvoltarea acestora. În cazul Lo Caleï, este un serviciu de sprijin pentru îmbunătățirea calității vieții diverselor persoane vulnerabile (persoane care părăsesc spitalul, persoane vulnerabile din cauza vârstei, bolii, dizabilității, situației familiale sau contextului de mediu) care au ales să locuiască acasă.

În plus, Caminante a dezvoltat proiectul european CAPEvFAIR, axat pe îngrijirea femeilor vulnerabile în asistența perinatală din Franța, Spania, Italia și România, precum și proiectul GEFA (*Creșterea ca o Familie. Astăzi , GIFT* (în limba engleză), la care participă 4 țări europene (Spania, Franța, Italia și România), reprezentate în mod egal de servicii sociale și de îngrijire pentru familiile vulnerabile și de universități, pentru a oferi formare profesioniștilor din același domeniu.

- **Agintzari (Spania)**

Agintari lucrează la implementarea unor propuneri inovatoare și la gestionarea unor servicii de calitate care vizează depășirea nevoilor sociale ale indivizilor și grupurilor aflate în situații dificile. Această cooperativă dezvoltă, printre alte servicii, servicii de intervenție socio-educațională și psihosocială, precum și servicii de asistență medicală secundară. În plus, promovează și derulează resurse și proiecte prin inițiative proprii și finanțare subvenționată, cum ar fi modelul de intervenție Casas Conectadas en Red (Rețeaua de Case Conectate), pentru păstrarea legăturilor familiale și prevenirea destrămărilor familiale; Serviciul Betirako, pentru sprijinirea persoanelor care se confruntă cu o pierdere în timpul pandemiei; inițiativa Behari, bazată pe modelul Teknoadineko, pentru screening-ul și sprijinirea persoanelor în vârstă care se confruntă cu o singurătate nedorită; și ARLOBI-ADOPTIA, care are o echipă numeroasă de profesioniști în domeniul psihologiei cu experiență în îngrijirea copiilor și a familiilor acestora, în special a celor afectați de situații traumatice, și care include următoarele servicii: sprijin psihosocial pentru familii și minori; terapie prin joc (Theraplay®) pentru consolidarea legăturilor individuale și colective, în care echipa Agintzari a fost instruită și certificată de Institutul Theraplay în 2011 (Guijarro et al., 2017); consultații continue, față în față și prin videoconferință, grupuri terapeutice pentru adolescenți, instruire specializată pentru profesioniști și familii, consiliere privind organizarea și proiectarea instrumentelor de publicare și cercetare privind procesele și rezultatele.

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

La La Bottega Dei Ragazzi , cercetarea, formarea profesională și intervenția socio-educațională în domeniul culturii copiilor sunt elemente cheie ale acțiunii sale sociale. Printre serviciile dedicate bunăstării psihologice și centrele de sprijin familial administrate de această cooperativă, se acordă o atenție specială familiilor cu copii mici, cu scopul de a aborda echilibrul dintre viața profesională și cea personală. Acestea oferă servicii axate pe activități de agrement pentru adolescenți; servicii de dezvoltare comunitară; și Serviciul de Educație la Domiciliu (SED), un tip specific de serviciu de protecție a copilului și sprijin familial bazat pe îngrijire la domiciliu. Mai exact, SED este conceput pentru copiii și familiile care se confruntă cu dificultăți educaționale și riscuri psihosociale, oferindu-le o rețea de sprijin. Lucrând direct în casa familiei, acesta consolidează abilitățile parentale, oferă activități educaționale și de socializare pentru grupurile minoritare și abordează sănătatea emoțională și relațională a familiilor. În acest fel, își propune să contribuie la creșterea pozitivă a copilului sau adolescentului într-un context familial care respectă personalitatea acestuia, promovează dezvoltarea armonioasă a potențialului său și îl ajută să atingă niveluri tot mai mari de autonomie.

1.4. Obiective

Obiectivele generale ale proiectului HEDERA sunt structurate în jurul **a două linii de acțiune**: **dezvoltarea unui model de terapie familială care include intervenție la domiciliu** și **dezvoltarea de programe de formare pentru profesioniștii din acest model** pentru a asigura implementarea lor eficientă. Mai mult, pe parcursul acestor două linii de lucru și pe parcursul întregului proiect, HEDERA își propune să împărtășească și să disemineze modelul dezvoltat și procesele sale de proiectare, implementare, evaluare și formare **în comunitatea internațională.**

Obiectivele specifice stabilite în raport cu aceste obiective generale sunt enumerate mai jos.

1. În primă linie, Proiectul HEDERA își propune **să construiască un model terapeutic aplicabil la nivel internațional, abordând dificultățile relaționale ale familiilor și**

promovând sănătatea relațională a membrilor acestora, acționând în contextul familial.

1.1. Proiectarea unui model teoretic și metodologic pentru terapia familială care utilizează domiciliul ca punct central al intervenției, completând munca desfășurată într-un cabinet sau într-un cabinet de consultații; bazat pe dovezi științifice obținute prin implementarea sa; și care integrează modelele de lucru ale organizațiilor partenere participante la Proiect. Modelul este destinat să abordeze:

- Să însoțească familiile pentru a cunoaște și înțelege dinamica relațională pe care au stabilit-o, în contextul lor social și cultural.
- Identificați, împreună cu familia, aspectele sănătății mintale care s-au deteriorat, concentrându-vă pe elementele relaționale și emoționale ale fiecărui membru al familiei și ale familiei în ansamblu, care sunt legate de această deteriorare.
- Pentru a sprijini familiile în procesul de adaptare pe care situația lor actuală îl implică și în abordarea relațională a dificultăților lor:
  - Anxietate familială provenită din situații de criză nerezolvate, inclusiv pierderi și situații adverse trăite de unul dintre membrii săi.
  - Vulnerabilitatea figurilor parentale în dezvoltarea rolului și funcțiilor lor.
  - Relații conflictuale între adulți care afectează fiii și fiicele.
  - Performanțe școlare slabe din cauza stresului familial sau a lipsei de implicare din partea figurilor parentale.
  - Probleme de sănătate rezultate din neglijarea îngrijirilor de bază.
  - Izolare socială rezultată din lipsa conexiunii sociale și a experiențelor negative cu mediul înconjurător.
  - Comportamente de risc la fii și fiice rezultate din neglijența părinților.
  - Singurătatea și stresul în procesele de diferențiere ale copiilor, legate de identitatea lor.
- Promovarea abilităților parentale și a proceselor de restructurare și transformare care generează noi dinamici relaționale și care favorizează parentingul pozitiv în familiile cu copii și adolescenți.

- Să ofere familiilor strategii relaționale și educaționale care să contribuie la reglarea și corelarea fiecărui membru și a întregii familii.
- Promovarea coordonării și cooperării între serviciile de sprijin familial , inclusiv trimiterea situațiilor care necesită urmărire psihiatrică către sistemul public de sănătate și sistemele de servicii sociale atunci când sunt detectate situații de risc social.

1.2. Implementarea și evaluarea empirică a modelului de intervenție terapeutică conceput, prin participarea unui eșantion internațional de familii și profesioniști.

1.3. Revizuiți modelul de intervenție terapeutică conceput , pe baza dovezilor empirice obținute în timpul implementării sale.

2. În a doua linie, proiectul HEDERA se concentrează **pe crearea și furnizarea de instruire pentru profesioniști în modelul conceput**.

2.1. Proiectarea unui program de formare pentru profesioniștii din acțiune socială, bazat pe modelul construit, implementat și evaluat, care include fundamentele teoretice și metodologice ale acestui model și o analiză a acestuia pe baza informațiilor obținute prin evaluarea sa.

2.2. Să ofere formare profesională profesioniștilor din domeniul acțiunii sociale , prin care aceștia să dobândească următoarele cunoștințe și competențe:

- Cunoașterea mediului familial și a dinamicii sale relaționale, în propriul mediu de viață .
- Utilizarea strategiilor de intervenție familială adaptate mediului casnic și capacitatea de a transfera tehnici și instrumente din contextul biroului în casa familiei .

3. În cadrul acestor două linii de lucru, Proiectul HEDERA își propune **să împărtășească și să disemineze comunității internaționale**, într-un mod deschis și transparent, modelul construit, precum și cunoștințele și experiențele derivate din procesul de proiectare, aplicare și formare profesională.

3.1. Creați un site web despre transparență .

3.2. Publicați știri și rezultate pe rețelele de socializare.

3.3. Implicarea autorităților și serviciilor locale, a profesioniștilor și a instituțiilor educaționale și academice din domeniul științelor sociale și al sănătății, precum și a organizațiilor din domeniul sănătății și asistenței sociale.

3.4. Participați la evenimente și alte activități de informare.

1.3. Procesul de construcție a modelului Hedera

Modelul Hedera prezentat în acest document, ale cărui fundamente teoretice și metodologice sunt detaliate în a doua secțiune, este o versiune revizuită în urma unei implementări și evaluări internaționale inițiale a modelului conceput inițial. Această cercetare aplicată a permis ajustări metodologice ale modelului pentru a-i consolida eficacitatea, viabilitatea și sustenabilitatea. Subsecțiunea următoare descrie pe scurt dezvoltarea și principalele rezultate ale acestei faze de implementare și evaluare.

Astfel, dovezile cantitative și calitative adunate în timpul implementării Modelului Hedera în 2025 au oferit cheile optimizării acestui model printr-o analiză structurată, agreată de întreaga echipă de coordonare a proiectului, cu sprijinul profesioniștilor implicați în implementare și al grupului de experți. Această reajustare metodologică își propune să îmbunătățească calitatea intervențiilor familiale la domiciliu și la birou prin:

- Definiți mai precis criteriile de acces și utilizare a modelului.
- Consolidați structura procesului terapeutic.
- Adaptați metodologia la diferite tipuri de familii.
- Îmbunătățirea condițiilor pentru intervențiile la domiciliu.
- Consolidarea formării, supervizării și sprijinului acordat profesioniștilor.

Prin urmare, după implementarea îmbunătățirilor propuse, se așteaptă următoarele rezultate:

- O mai mare adaptare a Modelului Hedera la realitățile familiale din diferite contexte europene.
- Coerență metodologică și documentară sporită a modelului.
- Îmbunătățirea acceptării și aderenței familiei.
- Îmbunătățirea calității relației terapeutice.

- Îmbunătățirea impactului terapeutic asupra sănătății relaționale a familiilor.
- Mai multă siguranță și bunăstare profesională.
- Consolidarea impactului intervențiilor asupra comunității.

1.3.1. Implementarea și evaluarea modelului Hedera: cercetare aplicată

Cercetarea efectuată în cadrul Proiectului HEDERA a urmărit evaluarea empirică a aplicării modelului terapeutic conceput în cadrul acestui proiect. Acest lucru a fost realizat prin colectarea de dovezi privind sănătatea relațională a familiilor participante și privind experiența, abilitățile și cunoștințele profesioniștilor care implementează modelul. Această fază de cercetare aplicată este precedată de o fază inițială constând în dezvoltarea teoretică și metodologică a modelului de terapie familială și proiectarea implementării acestuia. Este urmată de proiectarea și implementarea activităților de formare pentru profesioniștii din asistența socială. **Obiectivele** cercetării sunt enumerate mai jos.

Din perspectiva familiilor **participante,** au apărut următoarele întrebări:

A. Explorați componența și organizarea familiilor, precum și profilul sociodemografic al membrilor lor adulți și minori.
B. Evaluați nivelul de satisfacție al familiilor cu privire la procesul de intervenție terapeutică.
C. Compararea nivelului de sănătate relațională a familiilor între începutul și sfârșitul procesului terapeutic. Mai exact, ne propunem să evaluăm coeziunea și adaptabilitatea familiei, calitatea vieții, stresul parental și sentimentul de competență parentală al părinților; precum și adaptarea psihologică, sănătatea și sprijinul social perceput de către copii.
D. Analizarea asemănărilor și diferențelor dintre măsurătorile sănătății relaționale și satisfacția față de procesul terapeutic în familiile care primesc intervenție la domiciliu și cele care o primesc la cabinet (grup de control).
E. Verificarea relațiilor dintre diferitele aspecte ale sănătății relaționale a familiilor și caracteristicile sociodemografice și organizaționale ale acestora, atât la începutul procesului de intervenție terapeutică, cât și la sfârșitul acestuia.

F. Examinarea progresului înregistrat în măsurile de sănătate relațională, de la începutul până la sfârșitul intervenției, în diferite profiluri familiale, în funcție de componența, organizarea, caracteristicile sociodemografice ale membrilor și motivul cererii terapeutice.
G. Pentru a înțelege asemănările și diferențele dintre familiile din diferitele țări implicate în ceea ce privește măsurile de sănătate relațională și satisfacția lor față de procesul de intervenție terapeutică.

Din perspectiva terapeuților **participanți,** scopul a fost:

H. Studiați caracteristicile sociodemografice, educaționale și profesionale ale terapeuților.
I. Examinați nivelul abilităților terapeutice în contextul de acasă al terapeuților înainte și după intervenție.
J. Analizați structura relațională și indicatorii de protecție și risc ai familiilor la începutul intervenției și corelați aceste aspecte cu datele sociodemografice, componența și organizarea familiei și măsurile de sănătate relațională raportate de familii.
K. Evaluați nivelul de satisfacție și dificultățile întâmpinate de terapeuți în ceea ce privește procesul de intervenție terapeutică, studiind relația acestor aspecte cu contextul intervenției (cabinet sau acasă) și cu măsurătorile anterioare raportate de familie și de terapeuți înșiși.
L. Pentru a înțelege asemănările și diferențele dintre terapeuții din diferitele țări implicate în ceea ce privește experiența lor în procesul de intervenție terapeutică.

Din perspectiva profesioniștilor **responsabili** de îndrumarea familiilor participante către servicii de suport terapeutic, scopul a fost:

M. Pentru a înțelege evaluarea acestor profesioniști cu privire la procesul de intervenție terapeutică, în ceea ce privește nivelul de progres favorabil pe care îl percep în familiile deservite.

Prin urmare, cercetarea a inclus trei grupuri de **participanți**: familii, terapeuți și profesioniștii desemnați de familii, în cazurile în care familiile beneficiau de servicii sociale. În timpul cercetării, unui total de 244 de familii li s-a oferit oportunitatea de a participa la intervenția Hedera, în cadrul tuturor organizațiilor participante. Dintre acestea, 166 au finalizat întreaga intervenție în perioada de implementare și evaluare convenită (septembrie 2024–septembrie 2025). Optzeci și opt de familii (53%) au constituit grupul experimental și au primit

intervenția terapeutică concepută la domiciliul lor. Familiile rămase (grupul de control) au primit intervenția terapeutică în cadrul lor obișnuit (cabinet sau clinică). În plus, 46 de profesioniști angajați de organizațiile partenere ale proiectului au participat ca terapeuți. În cele din urmă, al treilea grup de participanți a fost format din profesioniștii externi responsabili de trimiterea fiecărei familii, de la care au fost obținute date.

Pentru a participa, familiile trebuiau să se afle într-o situație de vulnerabilitate sau risc ușor la momentul implementării, cu minori locuind în locuință și cu dificultăți relaționale legate de oricare dintre aceste situații:

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

La rândul lor, au fost stabilite următoarele criterii de excludere:

- Istoric de violență gravă.
- Probleme psihiatrice severe netratate.
- Abuzul de substanțe netratat.
- Lipsa de angajament față de program.
- Probleme juridice nerezolvate legate de custodia sau bunăstarea copiilor/adolescenților.
- Boli grave sau dizabilități care împiedică participarea activă.
- Așteptări nerealiste cu privire la rezultatele programului.

În ceea ce privește originea familiilor participante la cercetare, acestea au fost deservite în cadrul următoarelor servicii:

- EDUVIC: EDUVIC·Familii – Servicii de orientare și consiliere familială și servicii de terapie familială (Barcelona).
- AGINTZARI: Programul de plasament familial (Álava); Programul de plasament familial, Serviciul Post-Adopție al Consiliului Provincial al Bizkaia și Arlobi, Adoptia, Serviciul Betirako (Bizkaia); Serviciul de sprijin pentru plasament și adopție (Navarra); Echipa de intervenție socio-educativă din Bermeo (Bizkaia).
- CAMINANTE: Serviciul de Sprijin Familial, Institutul Pedagogic Educațional și Terapeutic și Trait d'Union (Bayonne).
- LA BOTTEGA DEI RAGAZZI: Serviciile Sociale ale Primăriilor din Padova (PD), Rubano (PD), Abano Terme (PD), Torreglia (PD), CASF (PD); cereri voluntare.
- HOLTIS: Program de Educație Parentală – Serviciul Psihoterapeutic (Iaşi).

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

În cele din urmă, profesioniștii care au fost referință pentru familii, care au participat ca informatori ai progresului acestora după încheierea intervenției, sunt cei care ar fi făcut trimiterea familiei către serviciile de suport terapeutic ale fiecărei entități.

Pe scurt, în ceea ce privește participanții la cercetare, obținerea de informații despre intervenția terapeutică dintr-o perspectivă multi -informator reduce posibilele prejudecăți și ne ajută să avem cea mai obiectivă viziune posibilă asupra dezvoltării acestor familii, a profesioniștilor participanți și a implementării intervenției.

În ceea ce privește **instrumentele** utilizate, evaluarea familiilor a constat, în primul rând, într-un formular de contact inițial privind aspectele de bază ale componenței și organizării familiei și un interviu semi-structurat despre motivul consultării. Ambele au fost completate de către terapeut cu informațiile furnizate de familie. În plus, familiile au raportat datele sociodemografice ale membrilor lor utilizând un formular conceput în acest scop. Mai mult, familiile au completat chestionare standardizate concepute pentru a evalua următoarele dimensiuni: coeziunea și adaptabilitatea familiei, utilizând *Scala de Evaluare a Coeziunii și Adaptabilității Familiale* (Scala Coeziunilor și Adaptabilității *Familiale). Adaptabilitate și coeziune Evaluare Scale, FACES*, Olson și Gorall, 2006); calitatea vieții, prin intermediul *Scalei Calității Vieții* a Organizației Mondiale a Sănătății (OMS, 2004); stresul parental , prin

intermediul *Indicelui de Stres Parental - Forma Scurtată* (*PSI-SF*, Abidin, 1995); sentimentul de competență parentală, prin intermediul *Scalei Simțului Competenței Parentale (Parenting Sense of Parent* Competence *Scale Simțul competenței Scala* , *PSOC* , Johnston și Mash, 1989); și adaptarea psihologică a minorilor, utilizând *Chestionarul* privind *punctele forte și dificultățile Chestionar, SDQ*, Goodman, 1997). La jumătatea procesului terapeutic, participanții au fost rugați să completeze un chestionar legat de experiența lor cu intervenția până în acel moment, iar la sfârșitul intervenției, au fost invitați să completeze un chestionar de satisfacție cu privire la procesul terapeutic. În plus, minorii au participat la evaluare completând un chestionar de autoevaluare , care i-a întrebat despre aspecte generale ale stării lor de sănătate și despre sprijinul social perceput.

În plus, terapeuții au realizat un diagnostic al structurii relaționale folosind un chestionar special conceput. De asemenea, au completat un formular privind indicatorii de protecție observați în familie, un formular privind indicatorii de risc și un chestionar privind mediul familiei, toate dezvoltate special pentru această cercetare. De asemenea, au evaluat obiectivele terapeutice și progresul pentru fiecare familie folosind un formular de urmărire obiectivă. În plus, au completat două chestionare auto-completate concepute pentru această cercetare: unul privind caracteristicile sociodemografice, educaționale și profesionale și un altul privind experiența lor în procesul terapeutic cu fiecare familie.

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

În ceea ce privește **procedura**, înainte de începerea cercetării aplicate, fiecare entitate a obținut autorizația de la șefii serviciilor și teritoriilor respective unde urma să se desfășoare studiul, prin explicarea implementării intervenției terapeutice și a cercetării care urma să fie efectuată. În plus, cercetarea are aprobarea Comitetului de Bioetică al Spitalului Universitar Bellvitge (Ref . PR145/24).

Înainte de începerea implementării, toți terapeuții selectați au participat la o instruire internă privind modelul de terapie familială conceput, bateria de instrumente care urmau să fie administrate și ghidurile de colectare a datelor. Aceștia au avut acces la un manual de intervenție și la un ghid de colectare a datelor, care conțineau cadrul teoretic și metodologic al modelului terapeutic, o descriere a studiului de cercetare și ghiduri pentru implementare și evaluare.

În ceea ce privește familiile, respectând criteriile de includere stabilite anterior, acestea au fost selectate pe baza trimiterilor făcute la începutul cercetării către serviciile de suport terapeutic ale organizațiilor respective, respectând ordinea în care au fost primite aceste trimiteri. Familiile participante au fost repartizate aleatoriu fie în condiția experimentală (la domiciliu), fie în condiția de control (la cabinet), întotdeauna cu consimțământul lor voluntar pentru condiția atribuită în vederea includerii lor în studiu.

În ceea ce privește momentul și desfășurarea intervenției terapeutice, ambele grupuri (experimental și de control) au urmat același proces de intervenție, singura diferență constând în cadrul (acasă sau la birou). Intervenția terapeutică a constat în 10 ședințe de terapie familială (plus o ședință inițială de contact) și a fost concepută să se desfășoare la fiecare două săptămâni, cu o durată de o oră. Pe baza tipurilor de dificultăți relaționale pe care familiile le pot întâmpina și care pot fi abordate prin modelul de intervenție terapeutică, așa cum s-a menționat anterior, tehnicile care urmează a fi utilizate au fost stabilite și prezentate în manualul de intervenție. Metodologia intervenției terapeutice este detaliată în secțiunea 2.

În ceea ce privește evaluarea, bateria de instrumente a fost aplicată la începutul intervenției terapeutice (pre-test) și la sfârșitul intervenției (post-test). În plus, la jumătatea procesului, familiile au completat un scurt chestionar despre procesul terapeutic, iar terapeuții au monitorizat progresul către atingerea obiectivelor terapeutice.

Rezultatele acestei cercetări aplicate, compilate într-un raport final **cu** rezultate (Proiectul HEDERA, 2025), au facilitat ajustări ale metodologiei Modelului Hedera. Astfel, modelul descris în secțiunea 2 a acestui document încorporează concluziile și lecțiile învățate din faza de implementare și evaluare a Modelului Hedera. În general, cercetarea aplicată a permis următoarele:

1. **Consolidați un model de intervenție mixt și flexibil (acasă-birou), adaptat nevoilor fiecărei familii și condițiilor organizaționale.**

   Locuința în sine este un context pentru intervenția terapeutică validată de familii și profesioniști, la fel ca cabinetul sau camera de consultații și, comparativ cu acestea din urmă, mai propice profunzimii diagnosticului, înțelegerii dificultății relaționale, adaptării intervenției la nevoile și resursele familiei, precum și intensității și calității legăturii terapeut-familie.

Potențialul terapeutic al locuinței, în elementele menționate, este legat de faptul că intervenția terapeutică se bazează pe un **plan sistematizat** (traseu procesual) care însoțește încadrarea, diagnosticul, intervenția și închiderea terapiei, precum și coordonarea cu alți agenți.

2. **Pentru a verifica dobândirea de cunoștințe și abilități de către terapeuți și pentru a evalua gradul în care aceștia iau în considerare intervenția la domiciliu.**

Terapeuții declară că au depășit prejudecățile profesionale și personale lucrând în spațiile private ale familiilor. Intervenția la domiciliu, însoțită de o instruire prealabilă în Modelul Hedera, un plan de intervenție sistematică, utilizarea de instrumente adaptate mediului casnic și supravegherea continuă a procesului terapeutic, a promovat o perspectivă asupra casei ca o oportunitate de a ajunge la familiile cu acces limitat la cabinet, unde acestea pot crea alianțe mai profunde și pot co-crea un spațiu sigur cu familiile.
Participarea acestor profesioniști cuprinde diverse profiluri profesionale, din domenii precum psihologia, asistența socială și educația socială, printre altele. Întregul proces de formare, implementare, evaluare și supervizare a fost realizat folosind un limbaj și o metodologie comune, în conformitate cu scopul de a crea o formare într-un cadru de transdisciplinaritate operațională.

3. **Instruire, evaluare, interviu, supervizare și coordonare.**

În legătură cu punctul anterior, percepția siguranței la intervenția la domiciliu, precum și dispunerea resurselor pentru desfășurarea terapiei în acest context, au beneficiat de:

- Consolidarea instruirii în utilizarea tehnică a instrumentelor și uneltelor.
- Utilizarea instrumentelor și instrumentelor ca mijloc de promovare a funcționării reflexive pentru familii și profesioniști și de a obține o mai mare profunzime în diagnostic, intervenție și încheiere.
- Consolidarea spațiilor de interviu și supervizare ca suport continuu pentru practica profesională.
- În aceste spații, aprofundați perspectiva de gen și problemele asociate.

- Analizați și reflectați asupra factorilor de ordinul trei care condiționează practica terapeutică (clasa, genul, rasismul, stigmatizarea, discursurile dominante), precum și asupra problemelor de etică profesională.
- Pentru a crea o rețea de profesioniști care lucrează la domiciliu și care își împărtășesc experiențele, preocupările și metodele de lucru.

4. **Ajustați profilul familiei căreia i se adresează intervenția terapeutică.**

Deși Modelul Hedera se adresează familiilor cu diverse dificultăți relaționale, în special celor cu un profil de risc ușor la momentul intervenției, utilitatea sa ca factor de îmbunătățire a sănătății relaționale a fost evidențiată în familiile cu următoarele caracteristici:

- Familii cu copii de vârstă școlară și adolescenți.
- Familii cu părinți separați sau familii monoparentale.
- Familii cu unul sau mai mulți membri cu diagnostic de sănătate mintală.

5. **Promovarea muncii cu impact asupra comunității și a timpului liber în familie.**

Evaluarea efectuată evidențiază foarte clar necesitatea următoarelor aspecte:

- Consolidarea legăturilor sociale și a participării în comunitate.
- Abordarea izolării și a experiențelor traumatice dintr-o perspectivă comunitară.
- Integrați obiectivele de sănătate relațională legate de comunitate în procesul terapeutic, profitând de munca depusă acasă.
- Dintr-o perspectivă practică, promovați activități recreative familiale și comunitare care implică în special adulții.

2.- MODELUL HEDERA: BAZELE TEORETICE ȘI METODOLOGICE

Așa cum s-a prezentat în prima secțiune, modelul HEDERA este construit pe **modelul de terapie familială socio-educațională** (denumit în continuare TFSE) dezvoltat de **EDUVIC**.

TFSE, ale cărui principii teoretice și metodologice pot fi găsite în Camí și colab. (2019), provine din experiențe profesionale împărtășite, reflectate și evaluate, dobândite prin intermediul diverselor proiecte gestionate de această cooperativă și este în continuă revizuire, pe măsură ce se integrează și este îmbogățit de noi contribuții relevante în domeniul psihoterapiei.

Acest model este structurat pentru a sprijini familiile aflate în criză, vulnerabilitate și risc, **atât în contexte de tratament, cât și preventive**. Acesta încorporează o abordare preventivă pentru consolidarea și conservarea familiilor, permițând oferirea unui sprijin mai amplu familiilor aflate în diferite niveluri de risc. Funcția sa este de a crea și promova un mediu pozitiv pentru a promova transformări care **duc la stabilirea echilibrului familial fără disfuncții relaționale** , permițând familiei să își îndeplinească rolurile inerente. În plus, prevenția este de o importanță capitală în familiile cu copii mici sau alți minori , deoarece calitatea relațiilor și a legăturilor stabilite în primii ani este fundamentală pentru dezvoltarea psihologică ulterioară.

CARACTER PREVENTIV:	CARACTER DE TRATAMENT:
Detectarea situațiilor de risc sau vulnerabilitate Identificarea situațiilor care pot duce la conflict	Abordarea simptomelor relaționale disfuncționale sau a tiparelor care afectează dinamica familiei

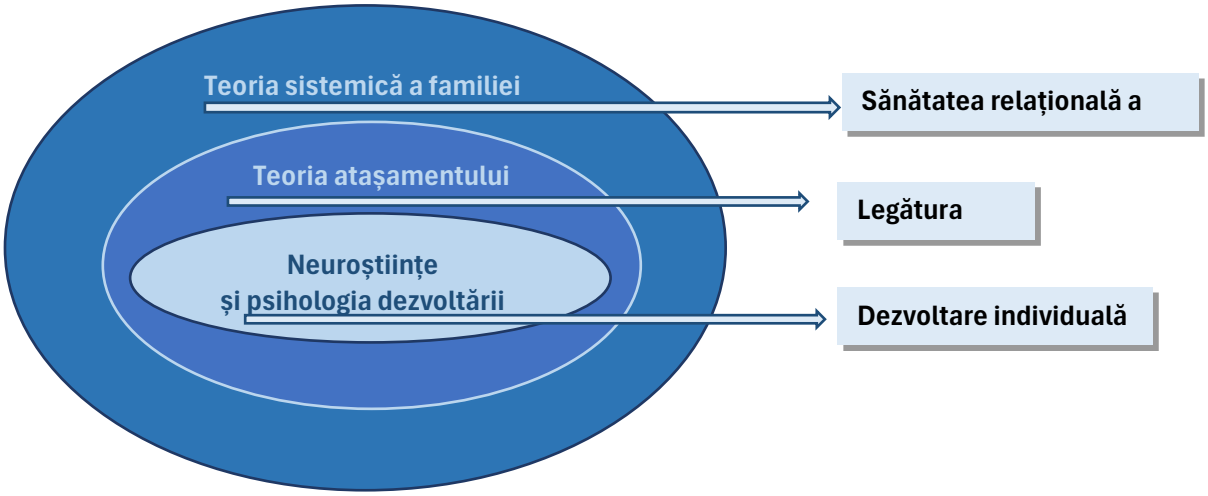
Astfel, din perspectiva TFSE, familia este concepută ca o unitate socială de bază responsabilă de răspunsul la nevoile copiilor. Ca profesioniști, scopul nostru este de a sprijini familiile în diferitele etape ale ciclului de viață pentru **a promova un atașament sigur și o parentalitate pozitivă**, primii ani de viață fiind de o importanță deosebită pentru **dezvoltarea afectivă, cognitivă, emoțională și relațională** (Palacios și colab., 2014).

Pentru a realiza acest lucru, este necesar să se pornească de la o abordare bazată pe comunitate și de la o co-responsabilitate între diferiți agenți implicați, permițând consolidarea sprijinului și a resurselor naturale ale familiei (Jiménez, 2009; Loyo & Trujillo, 2017). În acest sens, lucrul cu familia este la fel de important ca **lucrul în rețea**, adică cu personalul din alte servicii în care familia este îngrijită, pentru a garanta un **sprijin ecologic, coordonat, eficient și coerent** cu nevoile familiale și personale ale membrilor care o alcătuiesc.

Pe baza acestor elemente anterioare ale TFSE, integrate și îmbogățite cu cunoștințele și experiențele entităților participante menționate, în modelul propus aici, Hedera, intervenția se concentrează pe: **dinamica relațională familială**, adică modul în care ne referim la modul în care membrii familiei se relaționează unii cu alții în termeni de structură (Minuchin , 1974) și comunicare (Watzlawick et al., 2002); **Legătura afectivă,** ca o conexiune emoțională profundă și durabilă între două persoane, este legătura care se formează cu personaje semnificative în timpul copilăriei, fiind crucială pentru stabilitatea mentală, emoțională și relațională a unei persoane în viață (Palacios et al., 2014). **Dezvoltarea individuală**, în termeni de reprezentare, integrare și înțelegere pe care un individ o realizează despre sine și despre ceilalți, precum și calitatea și securitatea relațiilor interpersonale pe care le dezvoltă de-a lungul vieții, este, de asemenea, un aspect cheie al acestui model (Fonagy et al., 2002). Subsecțiunea următoare prezintă fundamentele teoretice ale acestui model.

2.1. Fundamente teoretice

Bazându-se pe o fundație eclectică, Modelul Hedera își propune să promoveze relații familiale sănătoase, susținând **premise și teorii dovedite științific**, care sunt rafinate continuu prin practică și prin noi contribuții din științele sociale: **modelul sistemic**, **teoria atașamentului**, **neuroștiințe și psihologia dezvoltării**. La un nivel secundar, se bazează pe modelul integrativ și de reprocesare a traumei, precum și pe teoria mentalizării, care combină cunoștințe din domeniile teoretice menționate anterior. Graficul următor ilustrează intersecția modelelor teoretice cu constructele.



Mai jos sunt prezentate câteva dintre cele mai importante principii și caracteristici ale acestor premise și teorii.

Terapia familială sistemică

Modelul Hedera pornește de la o abordare sistemică centrată pe locuință ca nucleu al intervenției, utilizând biroul ca resursă complementară. Modelul **sistemic** al terapiei familiale (Vezi Feixas și colab., 2016) postulează că toate problemele pot fi abordate dintr-o perspectivă relațională. Bazată pe modelul sistemic, **terapia familială sistemică socio-educațională** (Camí și colab., 2019) urmărește *transformarea* indivizilor și familiilor la nivel emoțional și cognitiv, cuprinzând înțelegerea de sine, precum și la nivel relațional și social, cuprinzând înțelegerea celorlalți și construirea sinelui în relație cu ceilalți. SOFT începe cu:

- Principiile Modelului Structural (Minuchin, 1974; Minuchin & Fishman, 1981), care demonstrează că intervenția asupra întregului sistem familial îmbunătățește **funcționarea relațională a acestuia**, are un efect pozitiv asupra indivizilor care prezintă simptome și reduce comportamentele perturbatoare ale acestora. Astfel, simptomul individual este tratat ca expresia dinamicii disfuncționale din cadrul sistemului familial în care apare.

- O abordare strategică (Haley , 1976, 1980), care oferă eficiență în reducerea stresului stabilit în dinamica familială prin prezența simptomelor.

- Se adoptă o viziune circulară asupra problemei sau simptomului, deoarece acesta este abordat în contextul relațional în care își dobândește funcționalitatea și este menținut prin contribuțiile fiecărui membru al familiei, prin intermediul unor modele de interacțiune complexe și repetate (Selvini și colab., 1980). Din această perspectivă, așa cum afirmă Feixas și colab. (2016), este discutabil să vorbim despre responsabilitate sau vinovăție, deoarece fiecare membru al familiei contribuie la problemă.

- O perspectivă narativă (Díaz, 2007) permite construirea unor noi înțelegeri pentru a transforma dinamica familială disfuncțională și a promova sănătatea relațională. Un element fundamental este concentrarea asupra înțelegerii de către familie a problemelor și suferinței sale, subliniind punctele forte mai degrabă decât punctele slabe.

- Considerația că familiile și membrii acestora ar fi putut să nu fi dobândit sau integrat anumite resurse și capacități de-a lungul vieții din cauza lipsei de oportunități sau experiență în autoreflecție este prezentată ca un element esențial pentru ca familiile să înțeleagă ce se activează în interacțiunile lor interpersonale și, pornind de la această înțelegere, să dobândească noi resurse și abilități pentru a-și transforma relațiile în unele mai sănătoase.

- Înțelegerea faptului că realitatea este subiectivă – adică nu există o realitate absolută pe care terapeutul să o descopere și să o modifice – este fundamentul pe care profesionistul adoptă o poziție colaborativă, mai degrabă decât autoritară, față de familie. Terapeutul abordează familia pentru a o înțelege și a o ajuta să înțeleagă evenimentele, astfel încât să poată găsi noi modalități de a face față.

Mai mult, concepția sistemică a familiei include înțelegerea evoluției acesteia și a relațiilor caracteristice în fiecare etapă a vieții, luând în considerare diversele forme de structură familială. Abordarea evoluționistă a studiului familiei a propus **ciclul de viață al familiei** în diferite etape (Camps și colab., 2017). Acestea pot varia ușor în funcție de diferiți autori, dar în mod tradițional urmează o secvență comună:

1. Formarea unui cuplu. Apare un nou sistem familial în care se definesc limite, se stabilesc noi reguli și are loc o distanțare de familiile de origine, formând astfel o identitate de

cuplu. Unele dintre principalele dificultăți din această etapă se referă la incapacitatea de a se distanța de familia de origine.

2. Nașterea copiilor. Sistemul părinte -copil apare odată cu sistemul conjugal, reducând timpul individual disponibil și timpul dedicat cuplului. Proaspeții părinți își asumă responsabilitatea creșterii copiilor și trebuie să dezvolte abilitățile necesare pentru a îndeplini cu succes această sarcină. Dificultățile din această etapă sunt legate în principal de nevoile emoționale nesatisfăcute din cadrul cuplului, interferența familiei de origine și lipsa abilităților parentale.

3. Familii cu copii de vârstă preșcolară. Copiii rămân strâns atașați de părinții lor, deși încep să interacționeze în cadrul educațional și cu colegii lor. Aceștia manifestă o autonomie mai mare în abilitățile motorii, cognitive și emoționale și sunt capabili să își exprime nevoile mai explicit, făcând nevoile nesatisfăcute mai evidente.

4. Familia cu copii de vârstă școlară. Imersiunea copiilor în alte contexte (școală, colegi). Procesul de individuare. Dificultățile apar, în special, atunci când regulile contextului familial confirmă sau infirmă funcționarea altor contexte.

5. Familii cu adolescenți. Începutul separării de copiii lor. Granița dintre copilărie și vârsta adultă, unde relația dintre părinți și copii devine mai simetrică. Principala problemă relațională care apare în această etapă este incapacitatea de a accepta sau permite această separare treptată.

6. Copiii pleacă de acasă. Cuplul este din nou singur, ceea ce poate duce la disconfort din cauza plecării copiilor, deși poate însemna și o revenire la prietenii. Copiii încep să se dezvolte profesional și să-și formeze propriile familii.

7. Familia îmbătrânită. Familia se confruntă cu o schimbare de roluri și pierderi (locuri de muncă, membri ai familiei). Părinții au nevoie de sprijin din partea copiilor lor. Printre dificultățile asociate cu aceasta se numără singurătatea, izolarea, durerea și adaptarea la pierderea tinereții și a noilor roluri pe care le implică.

Familiile, ca entități și relații socio-emoționale, experimentează, de asemenea, crize, transformări, evoluții și atât pierderi, cât și câștiguri. Toate aceste crize, transformări și evoluții din cadrul familiilor prezintă provocări, eforturi și sarcini noi pentru care membrii lor nu sunt întotdeauna pregătiți în mod adecvat și necesită sprijin și îndrumare profesională. În succesiunea etapelor prezentate, am descris clar evoluțiile familiei nucleare intacte: cuplu fără copii, cuplu cu copii mici, copii de vârstă școlară, familie cu copii adolescenți, cu copii mici, cuib gol etc. În aceste situații, dezvoltarea copiilor necesită ca cuplul parental să gestioneze creșterea, educația, colaborarea și conflictul cu alte sisteme (școală, comunitate, asistență medicală, muncă etc.). Ulterior, aceștia trebuie să învețe să-și slăbească legăturile și să respecte autonomia și libertatea copiilor lor, care au fost odată dependenți, și încep să-și creeze propriile stiluri de viață, parteneri și familii, dând naștere unei rețele familiale extinse care are nevoie și de sprijin și, uneori, de susținere și îngrijire.

Cu toate acestea, **diversitatea familială și caracteristicile sale unice** dau naștere unor faze de dezvoltare noi, mai puțin familiare și potențial tulburătoare, pe care trebuie să le putem aborda. Cu alte cuvinte, este crucial să înțelegem și să răspundem la aceste realități diverse atunci când lucrăm cu familiile, pentru a le oferi cel mai potrivit sprijin posibil. În Spania și, similar cu alte contexte europene (González, 2023), unele dintre principalele schimbări experimentate în funcționarea și structura familiilor noastre sunt următoarele:

- Familiile nu mai încep odată cu căsătoria.
- Rolurile în cadrul familiilor convenționale cu doi părinți s-au schimbat către o mai mare egalitate între figurile adulte.
- Structurile familiale s-au diversificat: divorțul sau separarea cuplurilor, ducând la existența *familiilor binucleare* și *a familiilor mixte sau combinate* ; maternitate sau paternitate singură; copii născuți prin reproducere asistată; copii adoptați sau plasament familial; căsătoria între persoane de același sex, parentalitatea prin afinitate , filiația prin afinitate , echipele parentale etc.

Pe scurt, transformările și progresele sociale, cum ar fi creșterea speranței de viață, egalizarea rolurilor de gen, progresul către egalitatea dintre femei și bărbați și importanța sporită a libertății individuale și a autodeterminării, printre mulți alți factori, au făcut din familie o structură socială mai diversă. De exemplu, **divorțul** , departe de a destrăma familia, a transformat-o într-o structură mai complexă, în care membrii acesteia trebuie să învețe să

depășească procesele de doliu și adaptare pe care le implică astfel de procese. O familie cu o singură gospodărie, atunci când soții divorțează, se transformă într-o familie cu mai multe gospodării care trebuie să învețe să se respecte și să colaboreze reciproc, dând naștere la noi relații familiale și legături de rudenie care trebuie să-și găsească locul și funcția (Coleman și colab., 2006). Foști soți , mame vitrege, tați vitregi, fii vitregi și fiice vitrege, frați vitregi și surori vitregi... Aceste elemente marchează noi forme de legături și relații familiale, dând naștere la noi crize, conflicte, soluții și alternative. Prin urmare, acestea au nevoie și de sprijin tehnic și trebuie să evolueze de la criza destrămării la familii monoparentale alternante și colaborative, recăsătorii și noi nașteri sau încorporări, depășind pierderi costisitoare și experimentând diferite adaptări.

În schimb, familiile **de plasament familial**, familiile **adoptive** și familiile **colaboratoare** din cadrul Sistemului de Protecție a Copilului (SPC) lărgesc cadrul modului în care membrii lor evoluează și cresc. Aceste familii se conectează cu familiile biologice ale copiilor și adolescenților pe care îi plasează în plasament, adoptă sau cu care colaborează prin intermediul unor aranjamente de vizită sau prin căutarea și medierea originilor acestora. Spre deosebire de familiile biologice, pregătirea lor pentru plasament familial, adopție sau colaborare implică noi faze, cum ar fi evaluările de formare și adecvare, integrarea unui nou membru, sprijinul și monitorizarea instituțională și încetarea planificată sau neplanificată a plasamentului familial. Aceasta înseamnă că aceste familii conectate la SPC au structuri, sarcini, provocări, conflicte și transformări diferite care trebuie luate în considerare (Bernedo și colab., 2020; Brodzinsky și Palacios, 2023; León și colab., 2021; Palacios, 2009).

familii **cu părinți de același sex**, care sunt o realitate de ceva vreme și ne lărgesc înțelegerea despre ce sunt familiile și care este funcția lor socială, precum și familii **mixte**, formate dintr-o persoană născută în străinătate și o persoană născută în țară (Musarra , 2017), și **familii de migranți** ale căror procese de reunificare reprezintă o provocare actuală nu numai în ceea ce privește diversitatea culturală, ci și în ceea ce privește înțelegerea vieții de familie (González, 2023). De asemenea, familiile **în care sunt prezente tulburări de sănătate** mintală în rândul membrilor lor trebuie să depună eforturi semnificative pentru a evolua de la conștientizarea simptomelor, căutarea de ajutor, limitarea suferinței, reorganizarea rutinelor, urmarea tratamentelor terapeutice și căutarea de alternative până când își găsesc locul și echilibrul (Casanova-Rodas et al., 2014). Toate aceste realități familiale menționate și altele

care pot apărea sunt luate în considerare în prezentul model HEDERA și toate își au locul în metodele de lucru pe care le propune.

Continuând cu alte aspecte legate de perspectiva sistemică, trebuie să evidențiem influența acesteia din partea **modelului ecologic** (Bronfenbrenner , 1979) **și a teoriei sistemelor** (Bertalanffy, 1968), care consideră că interacțiunea dintre variabilele genetice și psihologice și mediu are loc în cadrul unor sisteme dinamice, complexe și multi-influențate. Prin urmare, dezvoltarea umană provine din influențe multiple provenite de la diferite niveluri sau sisteme contextuale (microsistem, mezosistem, exosistem, macrosistem, cronosistem). Aceste niveluri sunt înțelese ca structuri interdependente cu o organizare ierarhică, care își exercită influența combinată și comună asupra dezvoltării.

Astfel, perspectiva **ecosistemică** este una dintre principalele surse ale terapiei sistemice, permițându-ne să privim familia ca un **microsistem integrat în sisteme mai mari**, cu care menține relații multidirecționale. La rândul său, în cadrul microsistemului familial, pot fi identificate diferite subsisteme de relații între membrii săi, cum ar fi subsistemul frate-copil, subsistemul cuplu-copil sau subsistemul părinte-copil.

perspectivă **bioecologică**, Bronfenbrenner și Morris (1998) identifică patru elemente principale ale dezvoltării umane: **procesele proxime** (interacțiuni reciproce prelungite și puternice între un organism uman și oameni, obiecte și simboluri, prin care potențialul persoanei poate fi transformat și realizat); persoana**,** care, prin caracteristicile sale personale, resursele și dispoziția sa, joacă un rol activ în dezvoltarea sa; contextul**,** care include interacțiunea sistemelor ecologice; și **timpul**, considerând că toate elementele menționate anterior sunt supuse schimbării în timp. Din această perspectivă, evoluția fiecărei familii este supusă rolului pe care membrii săi îl joacă ca agenți ai stabilității și schimbării, prin interacțiuni semnificative susținute în timp și în contexte relaționale diferite.

Teoria atașamentului

Teoria atașamentului se referă la atașament ca fiind primul sistem pe care oamenii îl dezvoltă pentru a-și asigura supraviețuirea. Prin intermediul acestei legături primare, copiii rămân conectați cu îngrijitorii lor, care le satisfac **nevoile emoționale, de protecție și de îngrijire**. Astfel, în ciuda importanței relațiilor de atașament în copilăria ulterioară și pe tot

parcursul ciclului de viață (Cassidy & Shaver, 2016), copilăria timpurie este o perioadă cheie pentru dezvoltarea socio-emoțională (Palacios et al., 2014), atașamentul timpuriu având un impact direct asupra organizării creierului, așa cum s-a discutat anterior.

Dezvoltarea atașamentului în primii ani de viață
Naștere - trei luni. Bebelușul este interesat de adulții din jurul său, fără a manifesta o preferință clară. Grija și atenția pe care o primește (hrănire, reacții la plâns, manifestări de afecțiune etc.) sunt fundamentele legăturii de atașament.
Între trei și șase luni. Bebelușul începe să recunoască cine sunt principalii săi îngrijitori, cei care îl îngrijesc în permanență, îl calmează, îi vorbesc, îl mângâie... Acești îngrijitori sunt cei disponibili atunci când are nevoie de ei și generează o relație puternică de încredere, astfel încât începe să se simtă mai bine cu ei decât cu străinii.
Șase luni până la un an. Legătura de atașament dintre bebeluș și principalii săi îngrijitori este consolidată, ceea ce se reflectă de obicei în suferința pe care o simt atunci când sunt separați de ei și în respingerea străinilor.
Primul și al doilea an. Creșterea independenței fizice este legată de schimbările în modul în care copiii interacționează cu îngrijitorii lor și depind de aceștia. Bebelușul vine și pleacă, explorând împrejurimile mișcându-se și jucându-se. În același timp, au nevoie ca îngrijitorii să fie în apropiere pentru a le explora mediul în siguranță și pentru a se putea adresa lor atunci când se simt amenințați. Treptat, își vor reduce anxietatea atunci când sunt separați de îngrijitori și vor interacționa calm cu alte persoane. Pe baza încrederii construite cu îngrijitorii, copilul învață și internalizează faptul că, chiar dacă pleacă, se va întoarce și va fi disponibil dacă este nevoie.

Există perioade specifice, numite ferestre de oportunitate, în care anumiți stimuli sunt necesari pentru dezvoltarea optimă a anumitor zone ale creierului. Această stimulare adecvată depinde de stabilirea unui atașament satisfăcător. În acest sens, copiii care au suferit adversități timpurii, inclusiv neglijare și abuz sever, una sau mai multe separări de îngrijitorii lor sau instituționalizare - care implică absența unui îngrijitor adult individualizat - experimentează adesea consecințe negative în dezvoltarea lor fizică, cognitivă, lingvistică și socio-emoțională (Hillman et al., 2020; Raby & Dozier , 2019; West et al., 2020). De exemplu, unii copii adoptați sunt victime ale abandonului la vârste foarte fragede. Ei suferă acest lucru în momente în care nu sunt capabili să fie conștienți de el sau să-l povestească, deși impactul

emoțional și afectiv poate fi foarte semnificativ, așa cum vom vedea mai târziu, când vom discuta despre impactul situațiilor traumatice. Astfel, singurătatea, neglijarea părinților, lipsa de protecție, nesiguranța, frica, angoasa, durerea fizică, foamea, accidentele, maltratarea și abuzul, furia, mânia și alte emoții necontrolate sunt experiențe comune în mediul social și familial în care s-au dezvoltat și au început să se formeze ca persoane. În plus, mulți dintre ei au suferit numeroase despărțiri și pierderi ale persoanelor care îi îngrijeau (mamă, tată, frați și surori, alte rude și îngrijitori, colegi rezidenți ai casei de plasament...), iar aceste experiențe pot genera o frică irațională și inconștientă de a fi abandonați din nou. (Musarra , 2017). Prin urmare, este esențial ca părinții sau alți îngrijitori ai acestora [1]să se poată conecta cu nevoile și ritmurile fiecăruia dintre fiii și fiicele lor.

În cele din urmă, oamenii au nevoie să primească dragoste, afecțiune și respect ca **dovadă că sunt iubiți, apreciați și merită încrederea celorlalți**. Urmând teoriile profesorului Humberto Maturana, fiecare ființă umană se naște cu o structură care implică încredere în mediul care îi va primi; sunt interdependenți cu mediul lor și nu ar putea supraviețui fără grija acestuia. Când acest lucru nu se întâmplă, durerea nu este nimic mai mult decât a fi lipsit de mediul care face posibilă *existența unui individ* , prin respingere sau prin neauzire.

Din perspectiva teoriei atașamentului, sentimentul de securitate, anxietate sau frică al unui copil este determinat în mare măsură de **accesibilitatea și receptivitatea** principalilor îngrijitori. Mai mult, capacitatea părinților de a se lega de copiii lor și tipul de atașament pe care îl oferă sunt direct legate de tipul de atașament pe care l-au dezvoltat în propria copilărie. Resursele lor emoționale, cognitive și comportamentale pentru a răspunde cu afecțiune copiilor lor au fost dezvoltate prin experiențele lor timpurii cu proprii îngrijitori. Prin urmare, este crucial ca aceștia să devină conștienți de propriile puncte forte și puncte slabe pentru a dobândi noi abilități în domenii care ar fi putut fi neglijate și pentru a-și îmbunătăți sensibilitatea față de nevoile copiilor lor.

Continuând presupunerile teoriei atașamentului, un îngrijitor sensibil este unul care este previzibil pentru copil, îi permite să dobândească abilități adecvate **de autoreglare** (Feldman ,

[1]Acest proiect își propune să fie sensibil la diferite modele familiale, inclusiv la familiile cu copii și adolescenți aflați sub măsuri de protecție familială, cum ar fi plasamentul familial sau colaborarea familială. În acest sens, cu excepția cazului în care se specifică altfel, termenul *„ părinți"* va fi extins la *îngrijitorii adulți* , cum ar fi părinții adoptivi, iar termenul *„ copii"* va include și minorii care fac parte din unitatea familială, dar nu sunt înrudiți prin sânge, cum ar fi copiii și adolescenții aflați în plasament familial.

2007; Gunnar & Cheatham , 2003) și, în acest fel, facilitează atașamentul sigur (Beebe et al., 2016). În intervenția de Atașament și Recuperare Biocomportamentală (ABC), bazată pe atașament, experții evidențiază câteva comportamente cheie de abordat în familiile vulnerabile: capacitatea de a **hrăni** oferind **afecțiune și atenție**, ceea ce facilitează atașamentul sigur; capacitatea de **a se interesa și de a urma** conducerea copiilor, acordându-se atenției lor, ceea ce promovează autoreglarea lor emoțională și comportamentală; capacitatea de a **se bucura de a fi** alături de copil, fundamentală pentru cultivarea stimei sale de sine; și **evitarea comportamentelor amenințătoare sau înfricoșătoare** față de copil (Dozier & Bernard, 2019). În ceea ce privește acesta din urmă, așa cum au arătat Benito-Gómez și colab. (2022) indică faptul că îngrijitorii cu antecedente de traume sau niveluri ridicate de stres parental sunt mai predispuși să se angajeze în comportamente înfricoșătoare, cum ar fi țipatul, lovirea sau amenințarea copiilor.

Mai mult, atașamentul sigur este strâns legat de principiile parentalității pozitive și de calitățile reziliente în familii. **Parentalitatea pozitivă,** care include **psihoeducația privind rolurile parentale** în diferite etape de dezvoltare (vezi Palacios și colab., 2014), are un caracter promoțional sau preventiv și se concentrează pe creșterea **capacității parentale** prin dezvoltarea abilităților existente și prin îmbunătățirea resurselor și surselor de sprijin. Bazată pe înțelegerea faptului că dezvoltarea psihologică a copiilor necesită legături emoționale **stabile și calde într-un** mediu **structurat** (Rodrigo, 2010), aceasta își propune să se asigure că părinții sunt atenți la nevoile copiilor lor și le satisfac, garantând drepturile acestora și optimizând dezvoltarea și bunăstarea lor. În acest fel, această perspectivă promovează bunăstarea copilului, sănătatea familiei și **tratamentul adecvat** , înțelese într-un mod mult mai complet și complex decât simpla absență a maltratării (Barudy & Dantagnan , 2009; Rodrigo, 2010, 2015).

Prin urmare, parentingul pozitiv se bazează pe practici parentale legate de dezvoltarea autonomiei, a stimei de sine și **a rezilienței familiale și parentale** pentru a face față dificultăților și provocărilor (Rodrigo et al., 2010). La nivel familial, reziliența este definită ca un set de procese de reorganizare a semnificațiilor și comportamentelor pe care o familie aflată sub stres le activează pentru a recupera și menține niveluri optime de funcționare și bunăstare, echilibrând resursele sale și nevoile familiei (Cyrulnik et al., 2003; Gómez & Kotliarenco , 2010). Astfel, printre alte elemente, parentingul pozitiv promovează **legături de atașament sigure**

între părinți și copii, cu o gestionare adecvată a exprimării și reglării emoționale, ceea ce asigură bunăstarea familiei și a fiecăruia dintre membrii acesteia și le permite să facă față eficient situațiilor stresante sau de criză. Mai mult, ca model ecologic, perspectiva parentingului pozitiv postulează că **creșterea copiilor nu este o sarcină care poate fi întreprinsă singur**. Fiecare mamă și fiecare tată trebuie să aibă acces la o rețea de resurse formale și informale care să le încurajeze sentimentul de competență și să le îmbunătățească abilitățile și resursele personale (Jiménez, 2009). Familia extinsă, rețeaua de prieteni și rețeaua comunitară semi-informală funcționează ca un cadru natural de sprijin și izolare; acestea dispun, de asemenea, de resurse instituționale, a căror eficacitate depinde în mare măsură de conceperea și gestionarea lor.

Acestea fiind spuse, în cadrul teoriei atașamentului, unul dintre elementele fundamentale ale Modelului Hedera este de a dota familiile cu instrumente pentru a înțelege și transforma unele dintre dificultățile copiilor lor în oportunități de a se lega de aceștia. În acest scop, acest model se bazează și pe o intervenție bazată pe principiile teoriei atașamentului, care oferă o oportunitate unică de a evalua și interveni în contextul relației naturale dintre părinți și copiii lor: terapia bazată pe joc, **Theraplay ©**, dezvoltată pentru prima dată în 1967 de Ann Jernberg la Institut. Terapie în Chicago.

Theraplay © este o metodă structurată de terapie prin joc, concepută pentru a consolida și dezvolta legăturile de atașament dintre copii și îngrijitorii lor. Se concentrează pe patru dimensiuni care promovează un atașament sigur: Structură, Educație, Conexiune și Provocare. Lucrul cu aceste dimensiuni îi ajută pe copii să dezvolte o relație mai sigură și mai plină de încredere cu ceilalți și cu ei înșiși. Ședințele de terapie prin joc creează un spațiu pentru conexiunea emoțională între copil și părintele (sau îngrijitorul) său, transformând interacțiunile lor în experiențe mai pozitive, mai recompensatoare și mai restauratoare. Mai multe detalii despre această metodă pot fi găsite în secțiunea despre tehnicile de intervenție.

Pentru a implementa o intervenție familială bazată pe acest instrument, va fi mai întâi necesară efectuarea unei evaluări practice a atașamentului copiilor, numită Metoda de Interacțiune Marschack (MIM; Marschack, 1960). Aceasta este o tehnică structurată pentru observarea și evaluarea calității și naturii interacțiunilor și relației dintre îngrijitori și copil. Constă dintr-o serie de sarcini simple concepute pentru a declanșa comportamente în toate dimensiunile atașamentului menționate anterior (Fraser , 2014). Scopul acestei sesiuni este ca

îngrijitorii să vizualizeze unele dintre scenele lor de interacțiune folosind MIM, ghidați de întrebări reflexive din partea terapeutului. Aceste întrebări îi ajută să devină mai conștienți și să înțeleagă, într-un mod mai integrat, cele mai puternice abilități ale lor și pe cele care necesită dezvoltare ulterioară. Impactul vizualizării în sine are o funcție terapeutică, în care integrarea imaginilor permite o recreare mai conștientă a secvențelor din viața lor de zi cu zi.

Neuroștiințe și psihologie a dezvoltării

Neuroștiința și **psihologia dezvoltării concep ființa umană ca fiind competentă, plină de** potențial, capabilă să-și modeleze experiența de învățare și să-și construiască cunoștințe prin propria experiență și observarea altor persoane.

Teoriile socio-constructiviste ale învățării înțeleg învățarea ca un proces original, constructiv, care are loc din interior spre exterior, atunci când ființele umane interacționează cu ceilalți și cu mediul lor. Este un proces bidirecțional, dinamic: fiecare **familie învață din mediul său,** așa cum este capabilă să îl influențeze și să îl modifice. Pe măsură ce mediul respectiv se schimbă, se schimbă și influența pe care o exercită asupra familiei. Din această perspectivă, familia este un **sistem fluid și activ ,** responsabil pentru bunăstarea sa emoțională și relațională prin dezvoltarea abilităților transversale și descoperirea unor strategii originale și creative pentru rezolvarea problemelor sale. Aceste abilități și strategii pot fi învățate prin **modelarea** oferită de alte familii și profesioniști. Aceasta se referă la **învățarea vicarială ,** formulată pentru prima dată de psihologul Albert Bandura în lucrarea sa Teoria învățării sociale (Bandura, 1984), care afirmă că învățarea are loc prin observarea și imitarea altor persoane și situații.

Perspectivă neuroștiințifică, **neurobiologia interpersonală** (Siegel , 2001, 2012) postulează că nu există creiere izolate și că acesta este un organ adaptiv care își dezvoltă structurile prin interacțiunea cu alte creiere. Mintea se dezvoltă la interfața dintre procesele neurofiziologice și relațiile interpersonale. **Învățarea experiențială modifică direct circuitele responsabile de procese precum memoria, emoția și conștiința de sine.** Astfel, maturizarea programată genetic a sistemului nervos este modelată de experiență, în special de experiența interpersonală.

Creierul social

- Zone mai primitive ale cortexului: cortexul prefrontal orbitomedial, insula și cortexul cingular. Implicate în experiența emoțională și experiența internă.
- Structuri subcorticale, cum ar fi amigdala, hipocampul și hipotalamusul. Amigdala este asociată cu procesarea experienței de frică, atașament, memorie timpurie, emoții și recunoaștere facială. Hipocampul organizează memoria explicită și învățarea conștientă. Hipotalamusul traduce multe dintre interacțiunile noastre sociale în procese corporale prin activarea axei hipotalamo-hipofizo - adrenale.
- Sistemul neuronilor oglindă, care oferă un cadru pentru înțelegerea cogniției sociale și a creierului social la nivel celular.

În special, relațiile timpurii joacă un rol cheie în dezvoltarea creierului. O îngrijire adecvată oferă bebelușului un mediu metabolic optim pentru creșterea neuronală prin stimulare biochimică și plasticitate neuronală. În primii ani de viață, bebelușul învață să se târască, să meargă, dobândește abilități lingvistice și își îmbunătățește abilitățile motorii. Toate acestea îl motivează să exploreze lumea fizică și socială. Creierul bebelușului se dezvoltă în cadrul unui sistem de interconexiuni care include copilul, îngrijitorii și comunitatea socială mai largă. Astfel, îngrijitorii activează creșterea creierului prin disponibilitate emoțională și interacțiuni reciproce. Schimbările pe care le produce acest lucru la copil, la rândul lor, generează schimbări la părinte, de exemplu, atunci când se joacă cu copilul și primește zâmbetul acestuia. În acest fel, jocurile, mângâierile, răspunsurile adecvate la cerințele copilului, printre alte interacțiuni, declanșează o adevărată cascadă de procese biologice, iar dezvoltarea creierului devine un proces dinamic în continuă reorganizare pe parcursul întregului său ciclu de viață.

Un punct important de subliniat în legătură cu aceste schimburi timpurii este faptul că dezvoltarea primară, cea a sugarului preverbal, are loc fundamental în domeniul cunoașterii implicite - o cunoaștere non-simbolică, non-verbală, procedurală și inconștientă. Comunicarea nonverbală, mișcările corpului, senzațiile și emoțiile stocate care fac parte din memoria implicită coexistă de-a lungul vieții cu cunoașterea explicită, care este responsabilă de amintirea conștientă a experienței. Legat de înțelegerea traumei, pe care o vom discuta în continuare, putem spune că memoria explicită și cea implicită sunt două sisteme interconectate care funcționează în strânsă legătură, deși pot fi deconectate unul de celălalt,

așa cum se întâmplă adesea în cazul amintirilor traumatice. În acest fel, somatizările care urmează adesea experiențelor traumatice pot fi considerate markeri somatici generați în timpul acelei experiențe.

În plus, trebuie să menționăm neuroplasticitatea creierului. Condițiile de mediu și educația din primii ani de viață oferă oportunități unice de a stimula și modela capacitățile creierului. Învățarea, amintirea, uitarea și recuperarea după situații dureroase sunt câteva dintre acțiunile posibile datorită acestei plasticități. Deși creierul este cel mai plastic în primii ani de viață, în etapele ulterioare continuă să aibă capacitatea de a se adapta la experiență, deși nu toate domeniile de funcționare sunt maleabile în același ritm sau în aceeași măsură, iar unele necesită modificarea unor experiențe mai profunde (Brodzinsky și colab., 2022).

Așadar, pentru a rezuma ceea ce am discutat până acum, putem spune că la naștere, creierul nostru este în mare parte neterminat și se va maturiza și va dezvolta funcțiile asociate cu această maturizare pe măsură ce intră în contact și interacționează cu lumea din jurul său. Dintr-o perspectivă evolutivă, chiar și în viața intrauterină, există **perioade sensibile sau critice** pentru ca anumite tipuri de dezvoltare să aibă loc. Adică, dacă un aspect caracteristic nu se dezvoltă într-o perioadă sensibilă, este foarte probabil să afecteze dezvoltarea fazei următoare, ceea ce face ca intervenția timpurie în mediul imediat să fie extrem de valoroasă. În acest sens, maturizarea creierului are loc în etape, iar pentru a o explica, diferiți autori au folosit diverse perspective, cum ar fi cea de învățare, psihosexuală, socioculturală, morală și psihosocială. În paragrafele următoare, puteți citi unele dintre cele mai semnificative teorii de până acum, descrise și sub numele de mari teorii. O înțelegere de bază a acestor teorii ale dezvoltării este esențială pentru a cunoaște nevoile copilului în fiecare etapă și pentru a putea determina dacă dezvoltarea sa pare să progreseze conform așteptărilor pentru vârsta sa.

Conform teoriei învățării a lui Piaget (vedea Piaget, 2000), progresul sau dezvoltarea intelectuală are loc atunci când indivizii caută echilibrul cognitiv, adică echilibrul mental, care rezultă din interpretarea noilor experiențe prin intermediul ideilor preexistente. Totuși, atunci când acest echilibru nu este atins și apare dezechilibrul, apare confuzia. Aceasta prezintă o oportunitate pentru creșterea cognitivă dacă modul de gândire este modificat și adaptat (adaptare). Piaget a postulat că dezvoltarea cognitivă are loc într-o serie de perioade secvențiale, fiecare cu caracteristici unice de gândire și raționament (Berger, 2007). Cu alte

cuvinte, modul de gândire al copiilor se schimbă odată cu timpul și experiența, iar procesele lor de gândire le afectează concluziile și acțiunile.

1. Perioada senzoriomotorie (*de la naștere până la 2 ani*): Copiii își folosesc simțurile și abilitățile motorii pentru a înțelege lumea; nu există gândire conceptuală sau reflexivă.
2. Perioada preoperatorie (*2-6 ani*): Copiii folosesc gândirea „magică" și simbolică, înțelegând lumea prin limbaj. Este o gândire egocentrică, percepând lumea din propria perspectivă.
3. Perioada Operațională Concretă (*6-11 ani*): Copiii înțeleg operațiile logice fără o interpretare reflexivă și rațională, astfel încât gândirea lor este limitată la ceea ce văd, aud, ating și experimentează.
4. Perioada Operațională Formală (*de la vârsta de 12 ani*) : Adolescenții și adulții au o gândire abstractă și ipotetică, rationează într-un mod analitic (nu doar emoțional) și înțeleg logica lucrurilor pe care nu le-au experimentat niciodată.

Aceste faze se succed, dar nu este un proces pur liniar, deoarece informațiile învățate sunt reconfigurate pe baza evoluțiilor cognitive ulterioare.

Conform **teoriei socioculturale,** învățarea socială are loc prin interacțiune socială, atunci când mentorii, cum ar fi părinții sau profesorii, îi ghidează pe elevi prin zona de dezvoltare proximală, care se află între ceea ce sunt deja capabili și ceea ce nu pot realiza încă independent. Pentru a descrie acest proces, Vygotsky (1979, 1981) a dezvoltat conceptul de participare ghidată, prin care mentorii predau abilități și obiceiuri așteptate în cadrul fiecărei culturi, implicând elevii în activități comune.

Apoi, în **Teoria Dezvoltării Morale ,** care combină teoriile lui Piaget și Dewey (Kohlberg, 1984), definește judecata morală ca un proces care permite cuiva să reflecteze asupra propriilor valori și să le ordoneze într-o ierarhie logică. Această teorie postulează că dezvoltarea judecății morale și a raționamentului nu este o parte integrantă a dezvoltării cognitive, ci mai degrabă un proces separat și paralel. Acest proces se desfășoară pe trei niveluri, reprezentând modul în care fiecare persoană adoptă o perspectivă diferită cu privire la normele morale ale unei societăți:

- **Nivelul preconvențional**: Această etapă durează până la aproximativ 11 ani. La acest nivel, copiii încep să înțeleagă moralitatea pentru a evita pedepsele impuse de figurile

autoritare, care ar rezulta din ignorarea regulilor. Acest nivel este orientat spre lucruri materiale și caracterizat prin conformism și respectarea normelor sociale, menținând astfel buna funcționare a societății.

- **Nivel convențional**: Acest nivel apare în timpul adolescenței. În această etapă, băiatul sau fata se supune regulilor, așteptărilor și convențiilor societății și figurilor autoritare, presupunând că un comportament conform acestor așteptări și norme este benefic și că nerespectarea acestui lucru are consecințe. În acest fel, intenția persoanei care efectuează acțiunea începe să fie luată în considerare.
- **Nivelul postconvențional**: Acesta apare la adulți. La acest nivel, indivizii gândesc și acționează pe baza unor principii morale generale, cum ar fi respectul sau demnitatea, îndepărtându-se de concentrarea asupra lor înșiși. Această fază duce la reflecție asupra valorilor universale după care ar trebui să se ghideze o societate. Astfel, dacă propriile principii morale intră în conflict cu normele societale, individul va judeca acest lucru și va acționa conform propriilor principii, mai degrabă decât conform convențiilor sociale.

În cele din urmă, conform **teoriei psihosociale a lui Erikson**, dezvoltarea are loc de-a lungul a 8 etape distincte, în fiecare dintre acestea existând un conflict psihosocial care trebuie rezolvat în mod satisfăcător pentru ca dezvoltarea să se desfășoare corect:

1. **Încredere vs. Neîncredere (0-1 an):** învățarea a avea încredere în îngrijitori și în mediu sau dezvoltarea neîncrederii față de aceștia.
2. **Autonomie vs. Rușine și Îndoială (1-3 ani):** a fi autonom sau dezvoltarea sentimentelor de rușine și îndoială cu privire la propriile abilități.
3. **Inițiativă vs. Vinovăție (3-6 ani):** luarea inițiativei și acționarea în mod intenționat sau, în fața unei represiuni sau pedepse excesive, dezvoltarea unui sentiment de vinovăție.
4. **Harnicie vs. Inferioritate (6-12 ani):** dezvoltarea abilităților și a unui sentiment de împlinire sau dezvoltarea unui sentiment de inferioritate.
5. **Confuzie de identitate vs. confuzie de rol (12-18 ani):** explorarea diferitelor roluri și idei pentru a-și forma propria identitate sau confuzie de rol derivată din lipsa de explorare.
6. **Intimitate vs. Izolare (adulți tineri):** formarea de relații intime sau experimentarea sentimentelor de izolare și singurătate.

7. **Generativitate vs. Stagnare (vârsta adultă mijlocie):** crearea sau cultivarea unor lucruri care vor dura dincolo de propria viață (de exemplu, copii, realizări în carieră sau contribuții la societate) sau experimentarea sentimentelor de stagnare.
8. **Integritate vs. Disperare (la sfârșitul vieții adulte):** experimentarea sentimentelor de integritate sau sentimentul de disperare.

Alte baze teoretice

Modelul **integrativ și de reprocesare a traumei** se concentrează pe abordarea traumelor suferite, indiferent de originea lor. Trauma este concepută ca rezultat al expunerii unei persoane la un eveniment stresant care îi copleșește mecanismele de coping, ducând la o disfuncționalitate a sistemului său nervos. Când se întâmplă acest lucru, persoana nu este capabilă să proceseze și să integreze evenimentul și este afectată emoțional, cognitiv, relațional și fiziologic, afectându-i dezvoltarea. După cum afirmă Midori (2022, p. 209), „ atunci când corpul este în mod defensiv sau protector, nu există loc pentru relaxare ". Acest model se bazează pe descoperiri recente în neuroștiințe și este puternic concentrat pe domeniile fiziologic și emoțional, într-un cadru în care armonizarea cu persoana și crearea unei alianțe cu practicianul sunt părți esențiale ale intervenției terapeutice. Scopul este de a ajuta persoana **să încorporeze trauma în conștiința sa pentru a o face față folosind resursele sale actuale,** pentru a vindeca rănile emoționale pe care le-a cauzat și **pentru a preveni perpetuarea dificultăților familiale** legate de îngrijirea copiilor, relațiile cu partenerii, relațiile cu mediul și relațiile cu sine însuși.

Rezultatele cercetărilor în neuroștiințe axate pe înțelegerea experiențelor traumatice și aplicarea acestora în procesele educaționale și terapeutice ale familiilor și persoanelor aflate în situații vulnerabile au fost încorporate în modelul sistemic socio-educațional. În acest fel, autori precum Peter Levine, Bessel van der Kol, Stephen Porges, Suzanne Midori, Janina Fisher și Deb Dana au servit drept cadru pentru integrarea tehnicilor și principiilor din teoria traumei. Unele dintre principiile fundamentale ale psihoterapiei integrative și ale reprocesării traumei sunt următoarele:

- Toți oamenii se nasc cu aceeași valoare înnăscută.

- Deschiderea către înțelegerea proceselor vieții și respectul pentru natură sunt unice experienței fiecărei ființe umane.
- Experiența este organizată în rețele neuronale care cuprind aspecte fiziologice, afective, cognitive și comportamentale. Se bazează pe înțelepciunea profundă a creierului și corpului subcortical pentru a se vindeca.
- De-a lungul vieții, noi, oamenii, căutăm relații și suntem interdependenți. Contactul extern prin socializare este fundamentul contactului cu lumea noastră internă (emoțională); ambele sunt esențiale și interdependente pentru sănătatea emoțională și relațională.
- Ființele umane suferă de tulburările emoționale pe care le-au experimentat. În perioadele de adversitate, căutăm surse de conexiune și sprijin social.
- Ființele umane au un impuls natural spre creștere și vindecare dacă apar circumstanțe favorabile.
- Toate comportamentele au sens în contextul în care s-au dezvoltat. Tot ceea ce am organizat în modul nostru de funcționare este un rezultat al inteligenței noastre de supraviețuire.
- Prezența terapeutului, precum și a altor profesioniști relevanți și semnificativi, este o resursă fundamentală pentru construirea siguranței și a unui spațiu de vindecare. Intervențiile terapeutului ar trebui să se bazeze pe principiul incertitudinii și al non-violenței.

La rândul său, **teoria mentalizării inspiră** și modelul nostru cadru, în special în ceea ce privește recuperarea și/sau dezvoltarea capacității de mentalizare. Funcționarea reflexivă sănătoasă permite gestionarea și reglarea emoțiilor și facilitează crearea de narațiuni despre viață și/sau evenimente/experiențe traumatice (de exemplu, privare emoțională, probleme de incluziune socială, eșecuri personale sau despărțiri). Mentalizarea se referă la capacitatea indivizilor de a-și interpreta propriile acțiuni, precum și pe cele ale altora, pe baza unei game de stări psihologice sau mentale subiective (nevoi, dorințe, sentimente, credințe, obiective, scopuri și motive) (Fonagy & Bateman, 2016). În cadrul conceptului de mentalizare, care include diferite constructe, funcția reflexivă parentală (Fonagy et al., 1991) a fost conceptualizată ca o competență largă și generalizată a mentalizării, care ne spune, pe de o parte, despre capacitatea unui îngrijitor de a înțelege comportamentele copilului în termeni mentali, dar și despre coerența în asocierea comportamentelor cu stările mentale.

Dovezile susțin ideea că mentalizarea nu este moștenită biologic, ci se dezvoltă în contextul relațiilor de atașament, prin interacțiunea cu îngrijitorii principali (Fonagy și colab., 2002). Capacitatea de mentalizare se dezvoltă optim în contextul unui atașament securizant (Allen și Fonagy, 2014; Bleiberg și colab., 2012). Prin urmare, este esențial să se ia în considerare cunoștințele empirice despre trauma relațională, asociind-o cu experiențele de neglijare, excludere și/sau dependență pe care indivizii le suferă ca o consecință a interacțiunilor inadecvate cu îngrijitorii și alte figuri semnificative pe parcursul ciclului de viață. În timp, acest lucru modelează subiecții sociali cu o sensibilitate sporită la interacțiunile cu ceilalți, influențând dezvoltarea lor individuală și relațională în cadrul sferei intersubiective.

2.2. Baze metodologice

2.2.1. Intervenție la domiciliu

Munca în cadrul căminului familial, dintr-o poziție flexibilă și respectuoasă, are avantajul de a facilita o relație **mai caldă, mai apropiată** și mai **personalizată,** precum și posibilitatea de a propune și activa noi dinamici relaționale la fața locului, intervenind în ***același*** **context cotidian**. Acest lucru favorizează o abordare holistică și ecologică a îngrijirii familiale. În plus, unii autori indică faptul că facilitează implicarea familiei și oferă o probabilitate mai mare de finalizare a intervenției (Fowles și colab., 2018).

De asemenea, poate prezenta o serie de dificultăți sau dezavantaje, legate în principal de intrarea profesionistului în mediul familial privat, lucrul cu resurse limitate sau într-un spațiu restrâns și lipsa de sistematicitate în desfășurarea sesiunilor. Datorită naturii însăși a intervenției la domiciliu, trebuie luate în considerare considerațiile etice și ghidurile specifice pentru acest tip de intervenție (Boland , 2019; Fierro & Salcedo, 2003).

Pe de o parte, evaluarea și intervenția la domiciliu au **o validitate ecologică mai mare,** înțeleasă ca abilitatea de a prezice ce se întâmplă de fapt în medii naturale. Astfel, Gardner (2000) subliniază că observarea familiei în propria casă, ca mediu nestructurat și cotidian pentru membrii săi, are o valoare predictivă mai mare pentru aspectele pe care dorim să le evaluăm (de exemplu, nivelul de afecțiune, gestionarea conflictelor, stimularea oferită de părinți copiilor lor etc.). Acest lucru este deosebit de important atunci când dorim să înțelegem și să examinăm situații care generează un grad ridicat de conflict, deoarece reacțiile și

interacțiunile dintre membri în medii structurate sau artificiale rareori se produc în același mod ca în realitatea cotidiană a familiei.

Deși terapeutul poate observa familia în mediul său natural, această posibilitate de a intra în cadrul familial capătă și o altă perspectivă: în casa familiei, familia se află în mediul său natural, iar terapeutul este *intrusul* (Woods, 1988). Aceasta înseamnă că este de obicei mai dificil să se mențină o structură sistematică și ordonată în ședințele la domiciliu, unde terapeutul poate fi cuprins de dinamica familiei însăși. Prin urmare, două elemente sunt esențiale: planificarea și flexibilitatea.

Pe de o parte, este esențial să se planifice obiectivele și dezvoltarea sesiunilor și *să se comunice* acest plan de dezvoltare a sesiunii familiei, asigurându-se de aspecte precum disponibilitatea spațiului necesar pentru desfășurarea acestuia, făcând o prognoză a materialului care va fi utilizat, dacă există, și asigurându-se că toți membrii participanți pot fi prezenți la momentul potrivit.

Elementul de flexibilitate răspunde mediului nestructurat. De exemplu, pe baza obiectivelor care trebuie abordate în fiecare sesiune, terapeutul trebuie să aibă la dispoziție un timp mai mare pentru a începe și a termina sesiunea, incluzând potențialele distrageri și pauze neprevăzute (în special atunci când există copii mici în casă). În mod similar, prin accesarea directă a dinamicii obișnuite a familiei și dobândirea unor cunoștințe aprofundate despre structura și caracteristicile mediului lor de viață, este foarte probabil să existe obiective neplanificate inițial sau condiții necunoscute care necesită o ajustare a planului de intervenție terapeutică. În acest sens, de exemplu, LeCroy și Whitaker (2005) indică faptul că unele dintre cele mai dificile situații cu care se confruntă profesioniștii care vizitează locuințele sunt întâlnirea cu consumul de substanțe sau asistarea la situații de violență bazată pe gen.

După cum notează González-Calvo (2003), intervenția la domiciliu poate fi foarte recomandată atunci când se lucrează cu familii care sunt rezistente sau neîncrezătoare în a începe tratamentul, precum și în cazurile în care serviciul în care lucrează profesionistul este stigmatizant . În plus, Rodrigo și colab. (2010) comentează, referitor la intervenția familială prin vizite la domiciliu, că aceasta este indicată în special, deși nu exclusiv, pentru familiile care se confruntă cu o criză temporară sau cronică, cele cu o lipsă extremă de resurse sau cunoștințe și cele cu copii foarte mici.

Acești autori subliniază, de asemenea, câteva dintre principalele avantaje versus dezavantaje care apar în mod tradițional atunci când se intervine în locuință:

Avantaje:

- Suport psihologic individualizat prin implicarea familiei, bazat pe cunoașterea habitatului lor și observarea rutinelor și interacțiunilor sociale din mediul lor natural.
- Adaptarea intervenției, revenirii și prescrierii la particularitățile familiei și resursele disponibile în cămin
- Un mediu privat mai puțin amenințător și mai natural pentru familie
- Promovarea activă a comportamentelor legate de sănătatea, îngrijirea și educația fiilor și fiicelor, prin modelare, însoțire și sprijin social
- Monitorizarea atentă a progresului lor

Dezavantaje:

- Lucrez cu resurse minime pentru a-mi ajuta familia
- Promovarea dependenței de profesionist
- Dificultăți în contactarea familiilor și programarea întâlnirilor
- Lipsa unui plan de acțiune sistematic, ceea ce afectează negativ relația bună și cooperarea cu familia
- Dificultăți în evaluare, parțial din cauza lipsei de sistematicitate a intervențiilor
- Intervenție în condiții climatice și de locuit nefavorabile, zone rezidențiale percepute ca fiind periculoase
- Reacția la reacții violente sau amenințătoare îndreptate către terapeut

Sursa: Adaptat după Glebova și colab. (2012); LeCroy și Whitaker (2005); Rodrigo și colab. (2010).

2.2.2. Principii metodologice

- O **intervenție complementară** muncii desfășurate de profesioniștii din serviciile locale cu copiii și adolescenții și familiile acestora.

- Acesta va fi dezvoltat prin **colaborarea în rețea** între profesioniștii care implementează Modelul Hedera și profesioniștii locali, asigurând o intervenție coerentă și coordonată într-un mod eficient pentru a răspunde nevoilor familiilor.

- Profesioniștilor în trimiterea către serviciile locale li se va oferi o **înțelegere sistemică a proceselor familiale**.

- O relație de ajutor va fi construită din **proximitatea relațională,** pentru a crea un climat relațional care să faciliteze procesele de reflecție, înțelegere și lucru asupra dificultăților pe care le au familiile și membrii acestora.

- Perspectiva **de gen va fi încorporată** prin lucrul cu familiile privind respectul pentru diferitele identități de gen ale diferiților membri și relațiile de putere care pot fi stabilite din motive de gen și implicațiile acestora în funcționarea familiei.

- Confidențialitatea și **etica profesională vor fi garantate** pe tot parcursul procesului de intervenție, menținându-se intimitatea familiilor deservite și tratând cu atenție dilemele etice.

- **Se va realiza** o intervenție atât la nivel preventiv, cât și terapeutic, pentru a aborda situațiile care afectează stabilitatea relațională a diferiților membri ai familiei.

- Vom lucra la **implicare și motivație ale familiilor** implicate în procese.

- Vom lucra dintr-o **perspectivă de împuternicire** care ia în considerare capacitățile, potențialul și resursele familiei.

- Terapeutul **este cel mai important instrument**. Procesul terapeutic nu ar trebui să fie rigid și ar trebui să acorde prioritate empatiei, respectului și relației terapeutice față de orice tehnică sau model stabilit.

- Se vor depune eforturi pentru **adaptarea serviciului terapeutic la** nevoile reale ale teritoriilor în care este dezvoltat.

- Serviciul va fi gestionat prin procese de calitate **și responsabilitate socială** concepute special pentru proiect.

2.2.3. Procedura de intervenție

Procesul de lucru terapeutic

Calea către sănătatea relațională începe cu conștientizarea sănătății relațiilor noastre, înțelegerea a ceea ce ni se întâmplă (semnificația din spatele dificultăților pe care le întâmpinăm) și capacitatea de a simți și răspunde emoțiilor noastre într-un mod mai conștient. Acest model ne invită să reflectăm împreună cu familia asupra modurilor lor obișnuite de relaționare, identificând punctele forte și punctele slabe, pentru a-i sprijini, din interior și folosind elemente de zi cu zi, către o evoluție mai sănătoasă a acestor relații în cadrul familiei și cu cercul lor social obișnuit. Prin urmare, modelul ia în considerare cele trei axe ale triunghiului atunci când vine vorba de înțelegerea și intervenția terapeutică asupra familiilor. Fără îndoială, accesul fizic la domiciliul familiei permite obținerea de informații directe despre cum se descurcă membrii acesteia în aceste trei domenii. Secțiunea următoare trece în revistă principalele elemente de luat în considerare în ceea ce privește selecția familiei și accesul la intervenția terapeutică; cadrul modelului; organizarea procesului terapeutic; și traseul procesului terapeutic.

Selecția familiilor și accesul la intervenție terapeutică

În contextul terapiei la domiciliu, este esențial ca familiile să perceapă procesul terapeutic ca fiind sigur și susținut. Prin urmare, unul dintre obiectivele inițiale ar trebui să se concentreze pe reducerea rezistenței sau a refuzului la intervenția la domiciliu, precum și pe stabilirea unei comunicări clare, transparente, adaptate nevoilor familiei cu privire la procedura care trebuie urmată.

Pentru a realiza acest lucru, sunt propuse mai multe acțiuni strategice. În primul rând, este crucial să se coordoneze în prealabil **cu profesioniștii relevanți**, deoarece aceștia pot facilita introducerea serviciului și pot promova un climat inițial de încredere. De asemenea, în special pentru familiile care necesită sprijin terapeutic pentru prima dată sau care sunt mai puțin

obișnuite cu acest tip de îngrijire, oferirea posibilității **de a desfășura unele sesiuni inițiale într-un cadru de cabinet** poate contribui la stabilirea unei conexiuni într-un context perceput ca fiind mai neutru sau mai sigur de către familie.

În mod similar, este esențial să se ofere o explicație detaliată a **metodologiei de intervenție** la domiciliu , inclusiv aspecte precum planificarea sesiunilor, cerințele de spațiu, materialele necesare și structura generală a fiecărei întâlniri. În cele din urmă, trebuie subliniat faptul că abordarea intervenției este **terapeutică, nu evaluativă**, pentru a reduce orice temeri asociate cu judecata sau supravegherea externă, promovând astfel o mai mare deschidere și colaborare din partea familiei.

Intervenția terapeutică se concentrează în principal pe procese în care diferiții membri ai sistemului familial participă activ, promovând o abordare relațională și integrativă. Cu toate acestea, această intervenție trebuie să fie suficient de flexibilă pentru a se adapta contextelor în care participarea comună a tuturor membrilor nu este posibilă, cum ar fi în **intervențiile individuale** sau în **situațiile** de separare a părinților, unde munca în comun fie nu este posibilă, fie nu este disponibilă.

În acest sens, se propune adaptarea instrumentelor și tehnicilor din abordarea sistemico-relațională la formatele individuale de intervenție, menținând analiza legăturilor și dinamicii familiale ca punct central al procesului terapeutic. De asemenea, este necesară conceperea unor strategii specifice care să permită lucrul cu un singur părinte în cazurile în care celălalt părinte nu participă la intervenție.

În mod similar, includerea simbolică a unor figuri relevante care nu sunt prezente în procesul terapeutic este considerată pertinentă pentru a integra influența acestora în dinamica relațională a sistemului. În contexte de custodie partajată sau rezidență alternantă, este important să se evalueze intervențiile care iau în considerare viața distribuită a copilului între două locuințe, ajustând obiectivele și strategiile în consecință.

În cele din urmă, ori de câte ori condițiile permit, se recomandă ca sesiunile comune să se desfășoare într-un mediu de birou, favorizând spațiile de întâlnire structurate care permit munca directă între diferiții membri implicați.

Intervenția terapeutică este viabilă și în familiile cu **copii de vârste diferite**, cu condiția să se ia în considerare o serie de considerații prealabile pentru a adapta procesul la caracteristicile de

dezvoltare ale fiecărui membru. În acest sens, se propune prioritizarea instrumentelor de intervenție utilizate în mod obișnuit cu copiii și adolescenții, astfel încât acestea să poată fi aplicate flexibil în contexte familiale cu grupe de vârstă diverse. De asemenea, se consideră necesară structurarea procesului terapeutic prin dedicarea unor sesiuni separate fiecărei grupe de vârstă, facilitând astfel o atenție mai adaptată nevoilor specifice fiecărei etape de dezvoltare. În cele din urmă, se recomandă utilizarea unor instrumente psihoeducaționale adaptate diferitelor faze de dezvoltare, cu scopul de a facilita înțelegerea, participarea și beneficierea procesului terapeutic de către toți membrii familiei.

În ceea ce privește terapeutul, în general lucrăm cu un singur terapeut (un terapeut care lucrează cu familia). Cu toate acestea, la Hedera, **co-terapia** este propusă ca o modalitate de intervenție deosebit de relevantă în mediul domiciliar, cu condiția ca aceste condiții organizaționale să o permită. Această strategie terapeutică, bazată pe intervenția comună a doi profesioniști, oferă beneficii semnificative atât pentru familiile care primesc îngrijire, cât și pentru terapeuții înșiși, contribuind la o îmbunătățire substanțială a calității procesului.

În relația cu familiile, co-terapia oferă un spațiu care încurajează construirea colaborativă a unor noi modalități de înțelegere a dinamicii familiale, reducând riscul escaladării conflictelor sau al rupturilor în relația terapeutică. De asemenea, permite o atenție mai individualizată în momentele critice prin împărțirea funcțională a spațiilor de intervenție, asigurând astfel continuitatea procesului terapeutic fără întrerupere. În mod similar, prezența a doi profesioniști lărgește capacitatea de observare, permițând o interpretare mai bogată și mai complexă a dinamicii relaționale, atât în dimensiunea lor verbală, cât și în cea non-verbală.

Din perspectiva profesioniștilor, co-terapia crește percepția de siguranță în cadrul intervenției prin partajarea responsabilității și facilitarea luării deciziilor în contexte extrem de complexe. De asemenea, contribuie la o mai mare consecvență etică și profesională prin încurajarea reflecției comune asupra practicii. În cele din urmă, promovează un mediu de lucru mai structurat, transparent și sigur, rezultând o calitate și o sustenabilitate mai ridicate a intervenției terapeutice.

Încadrare

Cadrul sau *cadrul terapeutic* se referă la instrucțiunile date de terapeut cu privire la elementele procesului terapeutic: frecvența și durata ședințelor; orele de programare disponibile pentru familie; ce membri ai familiei sunt așteptați să participe; explicații privind beneficiile procesului pentru familie; posibilitatea co-terapiei și/sau a supervizării de către o echipă terapeutică sau în cadrul supervizării; și așa mai departe. Uneori, este necesar să se reamintească familiilor cadrul, de exemplu, regulile convenite privind prezența, punctualitatea și participarea. În cazul unor familii, poate fi necesar să se convină asupra strategiilor pentru a facilita implicarea lor în cadrul terapeutic. De exemplu, programarea unui apel cu o zi înainte de ședință pentru a le reaminti de ora întâlnirii. În cele din urmă, cadrul terapeutic cuprinde instrucțiunile stabilite de terapeut pentru a menține relația terapeutică pe tot parcursul procesului de terapie familială.

O bună comunicare inițială cu familia este esențială în ceea ce privește problemele în care îi putem ajuta (cadrul modelului), precum și stabilirea meticuloasă a diagnosticului problemei familiale și a obiectivelor care trebuie urmărite, care pot fi reajustate pe măsură ce procesul terapeutic avansează.

Se pune un accent deosebit pe încurajarea **implicării active** a familiilor în creșterea copiilor lor pentru a promova o dezvoltare sănătoasă și consolidarea unei dinamici familiale pozitive și receptive. Aceasta implică **sprijinirea părinților** în îndeplinirea rolurilor și responsabilităților lor ca și co-părinți în dinamica familială și în bunăstarea relațională, emoțională, cognitivă și fiziologică a copiilor lor. Pentru a realiza acest lucru, este esențial să ne concentrăm **pe capacitate** . Atunci când evidențiem punctele forte ale familiei, ceea ce funcționează, familia se simte împuternicită și încrezătoare să depășească dificultățile. Dobândirea de cunoștințe directe despre resursele familiei și despre mediul în care aceasta operează ne extinde capacitatea de a valorifica aceste puncte forte.

În ceea ce privește rolul terapeutului, poziționarea și funcția terapeutică a acestuia la domiciliu sunt cele ale unui ***oaspete expert***. Implementarea necesită un cadru organizațional clar și comun, care să garanteze coerența și transparența intervenției. În acest sens, este esențial ca, de la început, procesul terapeutic să fie clar definit și convenit cu familia, incluzând atât planul de intervenție, cât și organizarea generală a sesiunilor. Acest cadru inițial încurajează dezvoltarea unor așteptări realiste, promovează implicarea activă a participanților și consolidează alianța terapeutică. În terapia la domiciliu (spre deosebire de terapia la cabinet),

coordonarea cu familia trebuie să fie și mai extinsă în ceea ce privește programarea și logistica spațiului. Planificarea oferă reasigurare: organizează nu numai logistica, ci și bunăstarea emoțională atât a terapeuților, cât și a familiilor. Un punct important este abordarea preocupărilor și temerilor familiei cu privire la vizita noastră la domiciliul lor. Este crucial ca aceștia să înțeleagă contextul terapeutic, nu cel evaluativ; adică, vizita la domiciliu nu are scopul de a înregistra mediul și spațiile observate pentru a determina dacă sunt adecvate. Pentru prima ședință la domiciliu, se recomandă ca toți membrii familiei să fie prezenți, sau cel puțin cât mai mulți posibil. În timpul primei vizite, acestea sunt câteva aspecte pe care le putem lua în considerare:

- Observarea din momentul sosirii (cine deschide ușa și cum primește oaspeții) oferă informații relevante despre dinamica familială.
- Poziția fiecărui membru în casă la sosire (cine interacționează, cine rămâne distant, cu cine sunt copiii) ajută la înțelegerea rolurilor și a relațiilor.
- Elementele vizibile ale locuinței, cum ar fi fotografiile sau picturile, dezvăluie personaje semnificative; întrebările despre ele și observarea reacțiilor emoționale oferă informații valoroase.
- Starea de ordine din casă poate indica dacă este vorba de o situație normală sau de o pregătire specifică pentru o vizită.
- Analizarea utilizării spațiilor (ocupate, abandonate sau „deținute" de cineva) ne permite să înțelegem dinamica și tiparele familiale.
- Familia ar trebui să fie implicată în decizia privind locul în care vor avea loc sesiunile.
- Comportamentul variază în funcție de spațiu, așa că observarea rolurilor în diferite încăperi și întrebările despre utilizarea lor ajută la ghidarea intervenției.

Mai mult, în intervenția terapeutică la domiciliu, o parte importantă a rolului *oaspetelui expert* în relația cu familiile constă în **sprijinirea și însoțirea acestora. construirea de legături de încredere** Aceasta implică **coordonarea cu** serviciile educaționale, medicale, sociale, sportive, de agrement și alte servicii comunitare pentru a facilita comunicarea și implicarea familiei. Scopul este de a promova o legătură între familie și comunitate, promovând socializarea în spații normalizate, nesegregate, până când familia și membrii acesteia pot participa independent **.** Aceste acțiuni pot include însoțirea familiilor în vizitele la servicii, furnizarea de informații care să le ajute să înțeleagă ce oferă serviciile și evidențierea beneficiilor pe care

utilizarea adecvată a acestor servicii le poate aduce familiei, în special copiilor, pentru a promova o interacțiune socială sănătoasă.

În concluzie, ținând cont de cele de mai sus, câțiva factori care contribuie la succesul terapeutic includ:

- Efectuați o analiză inițială aprofundată a dinamicii familiale, inclusiv potențialul și dificultățile acesteia.
- Elaborați un plan de acțiune coordonat.
- Organizați o sesiune inițială de încadrare.
- Dedică tot timpul necesar stabilirii legăturii terapeutice.
- Implică familia și lucrează în colaborare cu ea.
- Stabiliți planuri de intervenție personalizate care funcționează într-o secvență ajustată fiecărui caz și, în plus, luați în considerare legătura pe care familia o are cu mediul său imediat.

Organizarea procesului terapeutic

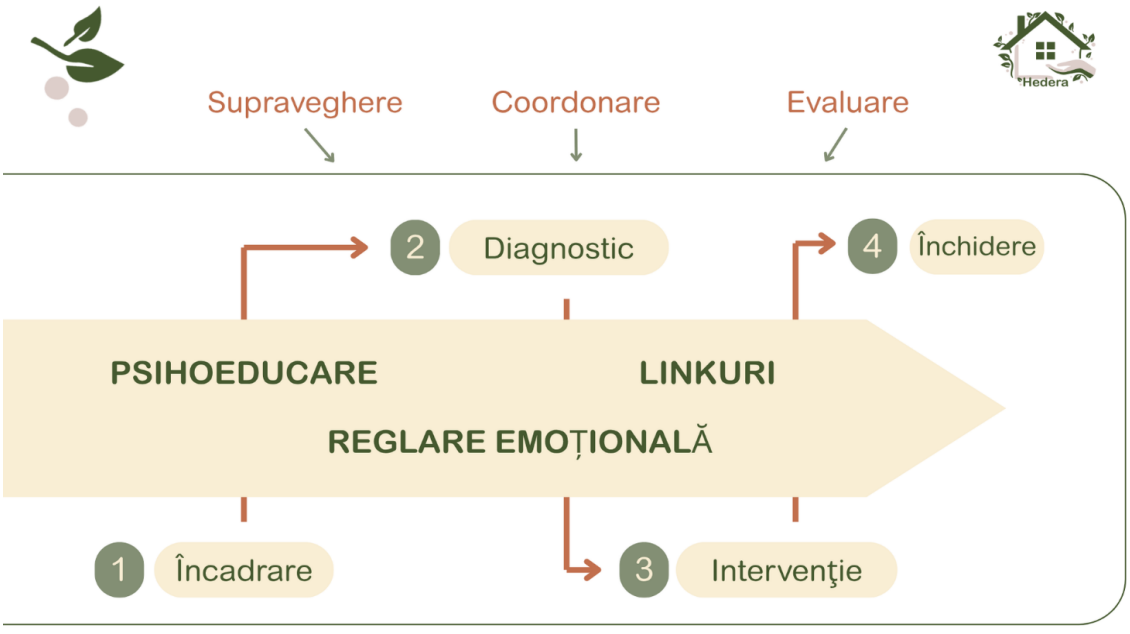
Procesul de intervenție se bazează pe o abordare integrată a trei aspecte cheie ale **sănătății relaționale**, dezvoltate printr-un traseu structurat de faze secvențiale și progresive. În primul rând, dimensiunea **relațiilor sănătoase** se concentrează pe analizarea și transformarea **dinamicii relaționale intrafamiliale**, acordând atenție modelelor de interacțiune și stilurilor de comunicare care modelează sistemul familial. Această dimensiune ia în considerare și relația familiei cu mediul său, înțeleasă ca un element cheie în construirea și menținerea acestor modele. În acest sens, relația familie-mediu devine relevantă ca spațiu de intervenție comunitară, unde relațiile externe reflectă și, la rândul lor, modulează calitatea relațiilor interne. Astfel, natura relațiilor, atât în cadrul familiei, cât și în afara acesteia, constituie un indicator cheie al sănătății relaționale sau, dimpotrivă, al disfuncției relaționale.

În al doilea rând, **sănătatea cognitivă** este legată de procesele prin care indivizii își construiesc credințe, modele de gândire și cadre interpretative ale realității. Atingerea sănătății cognitive implică o muncă **psihoeducațională** menită să genereze noi înțelegeri și semnificații. Acest proces facilitează reconfigurarea modelelor de gândire, promovând forme de interpretare mai

funcționale care favorizează interacțiuni relaționale mai adaptive. Psihoeducația încorporează perspective din contribuții teoretice relevante, cum ar fi abordarea sistemică, teoria atașamentului și progresele legate de neuroștiințe și traume, permițând o înțelegere mai profundă a fenomenelor precum trauma și a efectelor acesteia asupra organizării psihice și relaționale.

În cele din urmă, **sănătatea emoțională** este structurată în jurul dezvoltării capacității **de reglare** internă a fiecărui membru al familiei , precum și a reglării emoționale sistemice. Această axă pune accentul atât pe procesele individuale de autoreglare, cât și pe dinamica de corelare care apare în contextul familial, ambele înțelese ca și competențe esențiale pentru gestionarea adaptivă a emoțiilor în contexte relaționale.

Intervenția, desfășurată atât în cadrul terapeutic, cât și în mediul domiciliar, integrează aceste trei axe - dinamica relațională intra- și extrafamilială, psihoeducația și reglarea emoțională - într-o manieră transversală, cu scopul de a promova sănătatea relațională, concepută ca un factor fundamental de protecție pentru sănătatea mintală. **Interacțiunea dintre aceste axe este activată continuu pe parcursul întregului proces de intervenție** (cadru, diagnostic relațional, intervenție și închidere), adaptându-se nevoilor specifice fiecărei etape.



Finanțat de Uniunea Europeană

Prin urmare, lucrul cu fiecare dintre axele sănătății relaționale se realizează printr-un set de practici specifice care trebuie organizate într-o cale de intervenție. Această cale definește parcursul terapeutic de la contactul inițial cu familia până la finalizarea procesului. În acest sens, Modelul Hedera propune următoarele faze:

- **Faza inițială sau de încadrare:** se stabilesc regulile serviciului, cadrul este explicit, se formalizează acordurile terapeutice și se colectează cererile.
- **Faza de diagnostic**: Observarea directă a familiei în mediul său cotidian este efectuată pentru a dezvolta un diagnostic cuprinzător care ia în considerare dimensiunile relaționale, cognitive și emoționale. Pe baza acestei analize, se definesc obiectivele intervenției și se stabilesc strategiile de intervenție.
- **Faza de intervenție**: se implementează strategii și practici care vizează transformarea dinamicii identificate, integrând cele trei axe ale sănătății relaționale.
- **Faza de închidere**: Această fază se concentrează pe pregătirea pentru sfârșitul intervenției, consolidarea realizărilor obținute și efectuarea unei evaluări finale a procesului, cu accent pe împuternicirea familiei.

În toate fazele, sunt incluse trei procese fundamentale: **evaluarea și monitorizarea continuă** a procesului terapeutic, **coordonarea între profesioniști** și **supervizarea** intervenției sunt esențiale. Aceste elemente asigură coerența, calitatea operațională și etică, precum și eficacitatea procesului de intervenție, permițând ajustări dinamice bazate pe evoluția familiei.

Durată și sesiuni

Bazat pe un cadru procedural de bază structurat în faze, așa cum este descris mai sus, procesul terapeutic în Modelul Hedera este în mod necesar flexibil, integrând atât principiile structurale ale intervenției, cât și caracteristicile unice ale fiecărui sistem familial. În acest sens, este esențial să se acorde atenție valorilor, semnificațiilor și priorităților pe care familiile însele le atribuie procesului lor, plasând relația terapeutică în centrul intervenției, dându-i structură și sens. Această abordare implică o adaptare continuă a strategiilor și ritmurilor de lucru, favorizând o intervenție contextualizată și adaptată realităților participanților.

Inițial, pentru implementarea Modelului Hedera, a fost concepută o **cale de proces** cu o durată sugerată de zece ședințe, concepută ca un cadru pentru structurarea procesului terapeutic. Cu toate acestea, datele obținute în faza de cercetare empirică demonstrează oportunitatea flexibilizării acestui parametru, cu condiția să se asigure **coerența metodologică** și **centralitatea și evaluarea continuă a obiectivelor terapeutice**. În acest fel, flexibilitatea duratei procesului nu este compatibilă doar cu obținerea unor îmbunătățiri semnificative ale sănătății relaționale a familiilor, ci este asociată și cu niveluri adecvate de satisfacție atât din partea familiilor, cât și a profesioniștilor implicați.

Prin urmare, deși flexibilitatea este un principiu călăuzitor al procesului terapeutic, aplicarea sa trebuie încadrată într-o structură minimală care să garanteze coerența, sistematicitatea și calitatea intervenției. În acest sens, respectarea unei serii de **condiții de bază este esențială**:

A) În primul rând, **cele patru etape fundamentale ale procesului de intervenție trebuie respectate și clar definite**: evaluarea inițială, diagnosticul, intervenția în sine și încheierea. Aceste faze stabilesc secvența structurală a procesului terapeutic și asigură o progresie ordonată de la definirea inițială a cadrului până la încheierea sprijinului.

B) În al doilea rând, este **esențial ca cei trei piloni ai sănătății relaționale – cel de conectare, cel cognitiv și cel emoțional – să fie abordați într-un mod integrat pe parcursul întregului proces.** Intervenția trebuie să asigure prezența transversală a acestor trei piloni, evitând abordările parțiale care limitează înțelegerea și transformarea dinamicii familiale.

C) În al treilea rând, **procesul de diagnostic ar trebui să se desfășoare într-un mod structurat și sistematic în cadrul casei familiei**, permițând o observare ecologică validă a dinamicii familiale în mediul său natural. Mai mult, intervenția rezultată din acest diagnostic, bazată pe utilizarea unor instrumente și instrumente specifice, ar trebui să acorde prioritate **sesiunilor la domiciliu**. Acest accent facilitează o mai bună adaptare a strategiilor terapeutice la realitatea cotidiană a familiei și îmbunătățește transferul învățării în contextul în care au loc interacțiunile.

- ✓ În cadrul intervenției terapeutice, se propune o alternanță între sesiunile desfășurate în casa familiei și în spațiul de consultații, deși cadrul casnic este considerat central atât pentru procesul de diagnostic, cât și pentru implementarea intervenției. Această combinație de contexte permite o abordare mai cuprinzătoare, integrând observarea directă a dinamicii familiale în mediul lor natural cu spații mai structurate pentru reflecție.

- ✓ Acasă la domiciliu facilitează un diagnostic mai profund și mai cuprinzător al sistemului familial, oferind acces la modele de interacțiune, utilizări ale spațiului și dinamici zilnice care rareori apar în contextele clinice tradiționale. Mai mult, intervenția la domiciliu consolidează alianța terapeutică prin plasarea profesionistului într-o poziție de proximitate și accesibilitate sporită și permite conceperea unor strategii de intervenție mai adaptate circumstanțelor specifice familiei. În acest sens, intervenția la domiciliu reprezintă expresia prin excelență a perspectivei ecologice aplicate terapiei familiale.

- ✓ Mai exact, terapia la domiciliu promovează o abordare care valorifică resursele existente în mediul familial, în conformitate cu o strategie de intervenție *cu costuri reduse*. Aceasta implică utilizarea obiectelor, rutinelor și dinamicii casei ca elemente active ale intervenției, integrându-le ca resurse terapeutice care sporesc eficacitatea și relevanța muncii desfășurate. Această abordare nu numai că optimizează resursele existente, dar facilitează și transferul și generalizarea învățării terapeutice în viața de zi cu zi a familiei, crescând sustenabilitatea schimbărilor realizate.

- ✓ De asemenea, este esențial să se integreze sistematic învățarea generată în contextul de acasă în sesiunile dezvoltate în cadrul consultației, pentru a îmbogăți procesul terapeutic și a promova feedback-ul continuu între cele două spații de intervenție.

- ✓ În ceea ce privește caracteristicile specifice ale intervenției la domiciliu, aceasta trebuie să fie ghidată de o serie de principii care o diferențiază de îngrijirea la cabinet sau prin consultații. În primul rând, aceasta promovează o intensitate, flexibilitate și creativitate sporite în proiectarea și implementarea strategiilor terapeutice, ca răspuns la complexitatea și bogăția mediului natural. În al doilea rând, terapeutul, dintr-o poziție respectuoasă, are oportunitatea de a reformula pozitiv atât spațiul domiciliului, cât și relațiile care se dezvoltă în cadrul acestuia, prin sprijin și modelare *la fața locului*. În al treilea rând, intervenția la domiciliu necesită o atenție specială și o comunicare fluidă și transparentă cu familia în ceea ce privește aspectele logistice ale procesului - în ceea ce privește spațiile, programul, instrumentele și materialele. Este necesar să se stabilească protocoale clare pentru pregătirea spațiului terapeutic la domiciliu. Aceste protocoale ar trebui să includă luarea în considerare a condițiilor fizice ale mediului – asigurând un spațiu adecvat care să faciliteze interacțiunea și confidențialitatea – și programarea ședințelor în cadrul rutinelor și programului casnic. În acest fel, se creează un context structurat care, fără a sacrifica flexibilitatea, permite susținerea procesului terapeutic cu rigoare metodologică și funcționalitate practică.

D) În plus, flexibilitatea procesului trebuie susținută de ajustări continue ale intervenției, bazate pe o înțelegere comună între familie și profesioniști. Aceste ajustări trebuie să fie susținute de un **sistem de evaluare sistematică, implementat în momente cheie ale procesului** - început, etapă intermediară și încheiere - care să permită monitorizarea progresului, identificarea nevoilor emergente și redirecționarea strategiilor de intervenție atunci când este necesar.

- ✓ Scopul este de a promova utilizarea sistematică a instrumentelor tehnice pe parcursul întregului proces terapeutic, cu scopul de a îmbunătăți calitatea evaluării și de a permite încheierea intervențiilor mai cuprinzătoare, riguroase și bazate pe date. Incorporarea unor instrumente standardizate și a unor proceduri de colectare a datelor contribuie la o mai mare acuratețe în evaluarea schimbărilor și în luarea deciziilor clinice.

- ✓ Este esențială încorporarea unei componente predictive și anticipative în procesul terapeutic, prin conturarea clară a planului de intervenție încă din etapele inițiale. În acest sens, se recomandă planificarea în avans și într-un mod structurat a combinării sesiunilor la domiciliu și în spațiul de consultație, evitând deciziile improvizate care ar putea afecta coerența procesului și aderența familiilor.

- ✓ În plus, posibilitatea extinderii procesului terapeutic este luată în considerare în cazuri justificate pentru atingerea obiectivelor, astfel de extinderi fiind susținute de rapoarte de progres care demonstrează evoluția familiei și necesitatea unei intervenții continue. De exemplu, în unele cazuri, poate fi relevant și benefic din punct de vedere terapeutic pentru familie să includă sesiuni de urmărire după încheierea formală a procesului terapeutic - cunoscute sub numele de sesiuni de impuls*. Aceste sesiuni* sunt concepute pentru a consolida progresele înregistrate, a preveni recăderile și a sprijini generalizarea schimbărilor în timp. Astfel, ele consolidează sustenabilitatea rezultatelor obținute și mențin o relație terapeutică concentrată și strategică.

E) **de monitorizare și/sau intervenție** este considerată esențială cazurilor, asigurând calitatea și consecvența practicii terapeutice. Acest sistem ar trebui completat de evaluări comune cu familia în diferite etape ale procesului, precum și de o instruire adecvată a profesioniștilor în intervenția terapeutică la domiciliu. Aceste elemente contribuie la consolidarea unui model de intervenție reflexiv, colaborativ, orientat spre îmbunătățirea continuă.

- ✓ În ceea ce privește condițiile de muncă și bunăstarea profesională, este esențial să se ia în considerare caracteristicile specifice ale mediului de acasă ca spațiu de intervenție, stabilind protocoale clare pentru a ghida acțiunile în situațiile în care condițiile de mediu pot fi considerate suboptimale - de exemplu, în cazuri de igienă precară sau limitări ale spațiului fizic. Definirea acestor protocoale ajută la garantarea atât a calității intervenției, cât și a siguranței și bunăstării profesioniștilor. În acest cadru, este necesar să se anticipeze cursuri alternative

de acțiune care să permită continuarea procesului terapeutic fără a compromite relația sau obiectivele intervenției. Aceste alternative includ posibilitatea exprimării disconfortului într-un mod terapeutic, întotdeauna odată ce alianța cu familia a fost consolidată, astfel încât această comunicare să poată fi integrată ca parte a procesului relațional. De asemenea, se ia în considerare opțiunea mutării anumitor sesiuni în sala de consultații sau într-un format online atunci când condițiile de acasă o impun. În acest sens, modalitatea online este încorporată ca o resursă complementară și temporară, care permite continuitatea intervenției în situații specifice, menținând flexibilitatea dispozitivului terapeutic fără a înlocui valoarea centrală a lucrului în mediul natural al familiei.

Calea procesului terapeutic

În continuare este prezentată o schiță generală a traseului sesiunii de terapie familială propusă de Modelul Hedera. Secțiunea următoare va oferi o descriere detaliată a unora dintre instrumentele și instrumentele care pot fi utilizate în intervenția terapeutică. Dintre instrumentele și instrumentele propuse, terapeutul le va selecta pe cele care se potrivesc cel mai bine naturii specifice a problemei abordate, obiectivelor propuse și nevoilor și caracteristicilor specifice fiecărui sistem familial. De asemenea, atât momentul, cât și metoda de utilizare a acestor instrumente și instrumente ar trebui adaptate la cursul procesului terapeutic. Cu toate acestea, pentru orice familie, indiferent de problema prezentată și de obiectivele care trebuie abordate, instrumentele de bază considerate esențiale în timpul intervenției terapeutice sunt enumerate pentru fiecare sesiune.

Traseul **de bază al** procesului terapeutic propus este structurat în diferite faze: în primul rând, **sesiunile de încadrare și diagnostic** , care includ contactul inițial, interviul inițial și evaluarea dinamicii familiale; în al doilea rând, **sesiunile de intervenție terapeutică** , care vizează atingerea obiectivelor stabilite anterior; și, în final, **sesiunile de aprofundare, consolidare a realizărilor atinse și închidere** a procesului terapeutic.

Prin urmare, pe baza cadrului general, metodologia adoptată trebuie să se caracterizeze prin flexibilitate și dinamism, orientată către o intervenție adaptată profilului și circumstanțelor fiecărei familii. În acest scop, este esențial să se ia în considerare diverși factori contextuali, cum ar fi condițiile sociale, de ocupare a forței de muncă și economice, precum și mediul în care se află familia. De asemenea, trebuie luate în considerare organizarea și structura relațională care modelează funcționarea sa internă, etapa ciclului de viață în care se află, relațiile sale cu familia extinsă și contextul social, precum și așteptările, nevoile, motivațiile și cerințele sale. În mod similar, este fundamental să se ia în considerare modul în care familia însăși își interpretează dificultățile și își recunoaște punctele forte.

Ca regulă generală, într-un proces structurat în zece sesiuni (precedate de un contact inițial cu familia), distribuția acestor sesiuni ar putea fi planificată după cum urmează:

Ședința 0. Contact inițial.

- **Obiective**:
  1. Primește cererea familiei.
  2. Faceți o prezentare inițială a intervenției.
- **Cuprins**: Scurtă prezentare a terapeutului, a serviciului și a procedurii; colectarea de informații de bază despre familie; acceptarea verbală de către familie a începerii procesului terapeutic.
- **Instrumente de bază**: Placă de contact (anexa I).
- **Note**: Această ședință inițială poate fi condusă de un alt profesionist decât cel care va implementa terapia. Cu toate acestea, terapeutul care va desfășura procesul terapeutic cu familia trebuie să adune informații de bază despre familie, în persoană (la cabinet), virtual sau telefonic, să prezinte pe scurt serviciul și procedura și să programeze o întâlnire inițială, în persoană (sau virtuală), cu adulții din familie.

  Este posibil ca unele familii să participe deja la un serviciu terapeutic sau la alte servicii oferite de organizația prin care este implementat Hedera. În acest caz, contactul inițial ar trebui totuși stabilit, dar acesta ar trebui adaptat la cunoștințele existente ale familiei despre serviciu și organizație, iar profesionistul ar trebui să țină cont de informațiile și munca depusă cu familia până în prezent.

Ședința 1. Evaluarea inițială și stabilirea relației terapeutice.

- **Obiective** :

  1. Cunoașterea familiei, crearea unei atmosfere de încredere și siguranță.
  2. Stabilește obiective clare pentru terapie.

- **Cuprins**: Discuții despre așteptările și preocupările familiei; prezentare detaliată a terapeutului, a serviciului și a procedurii: introducerea conținutului care poate fi abordat prin intermediul Hederei și a metodologiei care trebuie urmată; observații inițiale asupra dinamicii familiale; discuții colaborative cu membrii familiei pentru a defini obiective terapeutice specifice și realiste bazate pe abordarea generală a Hederei.

- **Instrumente de bază**: Formular de interviu inițial (anexa II); plan de lucru sau traseu de proces (anexa III); document de diagnostic familial (anexa IV); document privind indicatorii de risc (anexa V) și protecție (anexa VI).

- **Note**: Această întâlnire inițială este propusă să aibă loc într-un birou sau într-o sală de consultații cu adulții din familie. Se poate desfășura virtual dacă familia preferă, nu poate sau nu dorește să participe personal. Informațiile de diagnostic relațional ale familiei vor începe să fie compilate și pot fi completate după prima vizită la domiciliu.

Sesiunea 2. Evaluarea dinamicii familiale.

- **Obiective**:

  1. Înțelegerea dinamicii familiale, a nevoilor și problemelor specifice, a potențialului sau punctelor forte ale acestora și a rețelei lor de resurse și sprijin (formal și informal).
  2. Stabiliți ipotezele relaționale inițiale și obiectivele de lucru.

- **Cuprins**: Interviuri individuale, pe subsisteme familiale și/sau familie în ansamblu; colectarea cererii/perspectivei membrilor minori; identificarea modelelor de comportament și a rolurilor familiale.

- **Instrumente de bază**: Formular de obiective inițiale (Anexa VII). Protocol de observare la domiciliu (VIII).

- **Observații**: Este esențial ca această sesiune, în care dinamica familială este evaluată temeinic și se convine asupra obiectivelor de lucru, să aibă loc acasă și în prezența membrilor minori care participă la intervenția terapeutică.

Ședințele 3-8. Dezvoltarea intervenției terapeutice.

- **Obiective**:

1. Implementați instrumente terapeutice pe baza obiectivelor convenite.
2. Monitorizarea progresului și ajustarea obiectivelor și tehnicilor de intervenție.

- **Conținut**: Conținutul care va fi acoperit va depinde de obiectivele stabilite. Tabelul de mai jos enumeră următoarele elemente: a) situații de dificultate relațională care pot fi abordate prin intermediul Hedera; b) o serie de aspecte potențiale asupra cărora se poate lucra în funcție de tipul de dificultate; și c) o propunere de instrumente care pot fi utile pentru abordarea acestora. Instrumentele propuse vor fi descrise pe scurt în subsecțiunea următoare .

Dificultăți relaționale	Aspecte la care trebuie lucrat	Instrumente propuse
Anxietate familială provenită din situații de criză nerezolvate (doliu, durere cauzată de migrație, alte situații adverse)	Încurajarea exprimării și reglării emoționale Încurajarea comunicării și exprimarea nevoilor între membrii familiei Atingerea unui nivel bun de empatie între membrii familiei Consolidarea sistemelor naturale de sprijin Pentru a ajuta familiile să devină conștiente de resursele comunității și să învețe cum să le utilizeze pe cele de care au nevoie. Stabilirea unor mecanisme de sprijin în situații de criză	Exprimarea și reglarea emoțională (roata emoțiilor, exerciții de reglare emoțională, scutul familial) Psihoeducație în situații traumatice (scara, limbaj sensibil la traume) Tehnici și instrumente sistemice (genogramă, ecomărți , sculpturi, metafore, redefinire, conotație pozitivă) Atașament și legătură emoțională (vinculogramă, istoric de viață)

Vulnerabilitatea figurilor parentale în dezvoltarea rolului și funcțiilor lor	Învățarea părinților despre abilitățile copiilor în fiecare etapă de dezvoltare Detectarea și abordarea limitărilor și problemelor fiilor și fiicelor Evitați să faceți cerințe nepotrivite fiilor și fiicelor dumneavoastră Stabilirea unui stil educațional adecvat Încurajați exprimarea verbală și nonverbală a afecțiunii Stabilirea împreună a unor reguli de conviețuire, precum și a rolurilor care corespund fiecăruia dintre ei	Psihoeducația asupra dezvoltării copilului Psihoeducație în sensibilitatea parentală, atașament și mentalizare (cercul parental de securitate, crearea de legături prin joc, promovarea sensibilității parentale prin feedback direct) Tehnici și instrumente sistemice (genogramă, sculpturi, structură, stabilirea limitelor)
Relații conflictuale între adulți care afectează fiii și fiicele	Evitați prezența copiilor în timpul certurilor Pentru a reduce numărul situațiilor violente dintre cupluri în casele lor Evitați să folosiți copiii în dispute Încurajați interacțiunile pozitive în cuplu Promovarea comunicării pozitive între părinte și copil Stabilirea unor relații de cooperare între frați	Tehnici și instrumente sistemice (genogramă, sculpturi, punere în scenă, intensitate, redefinire, conotație pozitivă, structură, stabilirea limitelor, metafore)
Performanțe școlare slabe din cauza stresului familial sau a lipsei de implicare din partea figurilor parentale	Creșterea gradului de conștientizare în rândul părinților cu privire la importanța supravegherii copiilor lor	Psihoeducația asupra dezvoltării copilului

	Pentru a spori implicarea părinților în activitățile școlare Promovarea unui mediu de studiu adecvat	Tehnici și instrumente sistemice (redefinire, ecomărți , structură)
Probleme de sănătate rezultate din neglijarea îngrijirilor de bază	Creșterea gradului de conștientizare în rândul părinților cu privire la importanța supravegherii copiilor lor Normalizarea îngrijirii sănătății fizice și mentale Educație în domeniul obiceiurilor sănătoase, ținând cont de stadiul de dezvoltare al copiilor	Psihoeducația asupra dezvoltării copilului Psihoeducație în sensibilitatea parentală (promovarea sensibilității parentale prin feedback direct) Tehnici și instrumente sistemice (structură)
Izolarea socială rezultată din lipsa conexiunii sociale și experiențele negative cu mediul înconjurător	Consolidarea sistemelor naturale de sprijin și a conexiunii pozitive cu mediul înconjurător Pentru a ajuta familiile să devină conștiente de resursele comunității și să învețe cum să le utilizeze pe cele de care au nevoie. Participați la organizarea activităților de agrement comunitare	Tehnici și instrumente sistemice (genogramă, ecomărți) Atașament și legătură emoțională (vinculogramă, istoric de viață)
Comportamente de risc la fii și fiice rezultate din neglijența părinților	Creșterea gradului de conștientizare în rândul părinților cu privire la importanța supravegherii copiilor lor Facilitați spații sănătoase pentru interacțiunea cu colegii Promovarea abilităților sociale	Psihoeducația asupra dezvoltării copilului Expresia și reglarea emoțională (roata emoțiilor, exerciții de reglare emoțională) Psihoeducație în situații traumatice (scara, limbaj sensibil la traume)

		Tehnici și instrumente sistemice (ecohărți, redefinire, conotație pozitivă, punere în scenă, structură) Atașament și legătură emoțională (vinculogramă, istoric de viață)
Singurătatea și stresul în procesele de diferențiere ale copiilor, legate de identitatea lor	Pentru a promova dezvoltarea personală și autonomia membrilor familiei Îmbunătățirea stimei de sine și a abilităților sociale Facilitați spații sănătoase pentru interacțiunea cu colegii	Tehnici și instrumente sistemice (structură, stabilirea limitelor, sculpturi, redefinire, conotație pozitivă, punere în scenă, ecohărți) Expresia și reglarea emoțională (roata emoțiilor, exerciții de reglare emoțională) Atașament și legătură emoțională (vinculogramă, istoric de viață)

- **Instrumente de bază**: Formular inițial (secțiunea privind evaluarea obiectivelor) (anexa VII).
- **Observații**: Intervenția permite alternarea sesiunilor între cabinet sau cabinet de consultații și domiciliu, deși ultima configurație este prioritizată ori de câte ori condițiile permit. Familia trebuie informată în prealabil care și câte sesiuni sunt programate acasă; cu toate acestea, anumite ajustări pot fi făcute de comun acord, pe baza unei evaluări intermediare a procesului terapeutic și a unei analize a îndeplinirii obiectivelor.

Sesiunile 9-10. Analiză aprofundată, consolidare, încheiere și plan de viitor.

- **Obiective:**

1. Consolidați schimbările pozitive și dezvoltați abilități pe termen lung.
2. Pregătirea familiei pentru sfârșitul terapiei.
3. Oferiți o încheiere adecvată și discutați planurile de viitor.

- **Cuprins**: Rezumatul terapiei și celebrarea realizărilor; evaluare finală și feedback de încurajare pentru familie; observarea stabilității și consecvenței schimbărilor; discuții despre cum să se mențină și să se continue progresul; planificarea strategiilor de auto-ajutorare și sprijin reciproc, cu resursele mediului, dacă este cazul.

- **Instrumente de bază**: Fișă inițială (secțiunea de finalizare).

- **Observații**: Încheierea se poate face la birou sau acasă, deși se recomandă realizarea ei în acest ultim context, având în vedere semnificația emoțională pentru familie.

Instrumente și instrumente de intervenție

- **Instrumente și instrumente pentru realizarea diagnosticului relațional și lucrul asupra sănătății relațiilor**

Această secțiune menționează câteva instrumente și instrumente [2]care pot sprijini diagnosticul relațional al familiei, formularea obiectivelor și ipotezelor relaționale și lucrul axat pe sănătatea relațiilor. Aceste instrumente și instrumente sunt derivate din terapia sistemică și din alte abordări terapeutice care o informează și o completează, cum ar fi terapia narativă și psihodrama.

Lucrări în procese familiale

Ceea ce dă sens creării sistemului terapeutic este cererea de ajutor din partea familiei, deoarece dificultățile din cadrul sistemului familial generează durere și împiedică dezvoltarea membrilor săi. Prin urmare, sistemul terapeutic este construit pe baza acestei cereri. Abordând această solicitare (*cine suferă*, *de ce suferă* și *ce așteaptă de la profesionist și de la terapie*), putem obține informații despre structura și funcționarea familiei și o înțelegere a ceea ce se întâmplă în cadrul familiei.

[2]Dezvoltarea tehnicilor și instrumentelor conținute în această secțiune a fost adaptată după lucrarea lui Camí și colab. (2019).

Cererea apare dintr-o criză sau o problemă din cadrul familiei. Familia se mobilizează pentru a rezolva problema (crescându-și flexibilitatea de a integra schimbările) și, de asemenea, se organizează ca răspuns la problemă. Atunci când familia suferă și nu este capabilă să rezolve problema cu propriile resurse, cererea apare ca o cerere de ajutor pentru a atenua suferința emoțională.

Cererea apare atunci când, fie din proprie inițiativă, fie prin recomandarea unui profesionist, un client se prezintă la serviciile noastre. Familia și terapeutul stabilesc o relație și construiesc împreună sistemul terapeutic, cu un obiectiv comun, mai mult sau mai puțin explicit enunțat (să atenueze durerea, să reducă conflictele și tensiunile familiale și să dobândească noi modalități de a depăși dificultățile). Familia și terapeutul colaborează pentru atingerea unui scop definit, într-un interval de timp specific.

În general, familia îl acceptă pe terapeut ca lider/ghid al sistemului, dar terapeutul trebuie să își câștige această poziție. Pe de o parte, dacă terapeutul nu pune deloc la îndoială punctul de vedere al clientului, intervenția sa este probabil să mențină dinamica disfuncțională a familiei, în loc să favorizeze transformarea. Pe de altă parte, dacă cererea familiei este respinsă complet, există riscul ca relația terapeutică să se descompună. Prin urmare, profesionistul trebuie **să recunoască cererea familiei și să se asigure că aceasta îi afirmă pe membrii acesteia ca indivizi care au nevoie de ajutor, punând în același timp la îndoială perspectiva lor asupra problemei și promovând autonomia familiei în rezolvarea dificultăților** .

În concluzie, atunci când analizăm cererea, vom acorda atenție:

- ✓ Cine face cererea explicită? Cine cere ajutor? Cine recunoaște că situația este o problemă?
- ✓ Explicația și construcția narativă a acestuia.
- ✓ Gradul de consens în cadrul familiei. Membrii care împărtășesc cererea și membrii care nu sunt de acord; alte posibile cereri formulate de alți membri ai sistemului, cu privire la problema ridicată sau la alte probleme.
- ✓ Diferențierea dintre cererea explicită, care este comunicată, și cererea implicită, care este înțeleasă în fundal.
- ✓ Nivelul de anxietate din sistem, legat de disponibilitatea și motivația pentru schimbare.

Motivație

În raport cu analiza cererii, este important să se ia în considerare motivația familiei pentru schimbare în vederea transformării relațiilor disfuncționale. Trebuie să evaluăm relația dintre forțele homeostatice sau morfostatice (care tind spre echilibru, căutând să atenueze criza fără a altera stabilitatea sistemului relațional disfuncțional) și forțele morfogenetice (care servesc transformării relațiilor funcționale).

Evaluarea motivației pentru schimbare împiedică profesionistul să preia în responsabilitate dificultăți relaționale pe care familia nu este suficient motivată să le abordeze și să le depășească, ceea ce face ca efortul profesionistului să fie inutil și, în plus, poate genera în familie sentimentul că problemele lor nu au rezolvare.

În general, familiile trebuie să înceteze suferința, dar, în același timp, au nevoie de simptomul prezentat de unul sau mai mulți dintre membrii lor pentru a-și menține echilibrul. Pentru a dezvolta o intervenție terapeutică în familiile în care predomină forțele homeostatice, este necesar să se abordeze nevoia fundamentală. Aceasta implică **dedicarea de timp și spațiu pentru a lărgi înțelegerea familiei cu privire la dificultățile pe care le întâmpină**, cu scopul de a transforma nevoia într-o relație de ajutor în care fiecare recunoaște suferința pe care o provoacă, dificultățile cu care se confruntă în depășirea ei și simte că schimbarea este o responsabilitate comună.

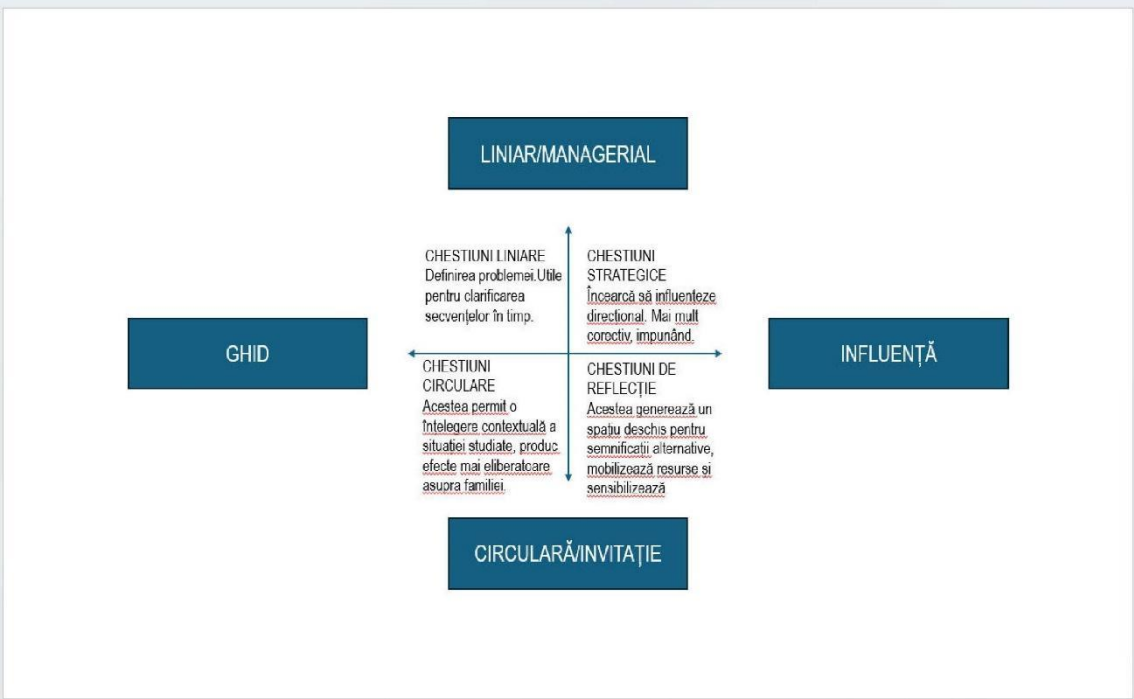
Este important **să se formuleze o ipoteză sistemică inițială a cererii** , deoarece aceasta ne permite să înțelegem ce nevoi emoționale stau în spatele forțelor aflate în slujba schimbării și a homeostaziei în jocul relațional al familiei și, astfel, să putem construi o intervenție terapeutică care favorizează transformarea dinamicii familiale.

Întrebări: Obținerea de informații dintr-o perspectivă sistemică

Întrebările pentru obținerea de informații și formularea de ipoteze relaționale despre funcționarea internă a familiei pot fi clasificate după cum urmează:

- **Liniar**: *Cine a făcut-o? Când s-a întâmplat? Ce s-a întâmplat? Cum s-au desfășurat evenimentele?*

- **Circulare**: *Ce face fiul tău când te certi cu soția ta? Ce face mama ta când fiica ei fuge de acasă?*
- **Întrebări strategice:** *Când va înceta să se mai comporte ca un copil răsfățat? Când a decis că pierderea controlului este cel mai bun răspuns? Este posibil ca tristețea să fie cea mai bună modalitate de a atrage atenția?*
- **Reflexive:** Acestea sunt utile în special în munca individuală, cum ar fi cele utilizate în psihoterapia centrată pe soluții: *Ce ați observa dacă problema nu ar exista când v-ați trezi? Ce ați face, simți sau gândi dacă problema nu ar exista? Ce ați făcut, gândit sau simțit pentru a rezolva problema? Ce a fost de ajutor? Ce nu v-a ajutat să vă îmbunătățiți?*



Sursa: adaptat după Rodríguez-Testal (2024).

Structura

Structura familiei este modelul repetitiv de interacțiuni pe care o familie îl folosește pentru a-și îndeplini funcțiile. Prin observarea **acestor modele repetitive** se poate determina structura sa și, prin urmare, se poate evalua funcționalitatea sau disfuncționalitatea dinamicii familiale. Prin analiza dinamicii familiale, terapeutul poate formula ipoteze relaționale despre funcționarea internă a familiei, care vor ghida intervenția.

O familie va avea un model de interacțiune funcțională în măsura în care organizarea sa structurală este adaptată nevoilor și cerințelor contextelor de dezvoltare și sociale corespunzătoare. **Observarea structurii familiei de către terapeut se bazează pe două variabile principale: limitele (regulile de participare) și ierarhia (regulile puterii).**

În familii, **limitele** au ca scop protejarea diferențierii sistemului (de exemplu, prin definirea rolurilor și funcțiilor sistemului parental și stabilirea regulilor de interacțiune cu sistemul copilului) și facilitarea integrării membrilor acestuia (prin stabilirea unei ordini relaționale care să încurajeze sentimentul de apartenență, cum ar fi, la ce mă pot aștepta de la tatăl meu?). Dacă limitele sunt **clare** , familia va fi caracterizată de sensibilitate față de nevoile celorlalți membri, comunicare deschisă, respect pentru autonomia membrilor și a subsistemelor și sprijin reciproc. În schimb, dacă aceste limite sunt foarte **difuze** , membrii vor tinde să aibă puțină autonomie, va apărea control, interferență și implicare excesivă între membri și se va observa o lipsă a unor limite clare între subsisteme (de exemplu, între sistemul parental și cel al copilului). La cealaltă extremă, limitele **rigide** vor duce la familii distanțate, cu membri care sunt insensibili unul față de celălalt și arată puțină implicare și angajament.

Pe de altă parte, **ierarhia** este rezultatul distribuției puterii între diferiții membri ai unei familii. Fiecare sistem necesită o ierarhie, o distribuție a puterii. Aceasta este legată de protejarea membrilor săi, având ca scop asigurarea tuturor resurselor necesare pentru supraviețuirea lor. Dacă există o ierarhie adecvată, vom vedea că membrilor familiei le sunt atribuite roluri clare în funcție de puterea lor în cadrul familiei. Pentru funcționalitatea familiei, este necesară o ierarhie clară și lipsită de ambiguitate, indiferent de modul în care distribuția acesteia variază de-a lungul ciclului de viață, unde părinții acționează ca părinți, copiii ca copii, bunicii ca bunici și așa mai departe, dezvoltând rolurile și funcțiile care le sunt potrivite în cadrul dinamicii familiale. Această ordine sănătoasă este construită pe limite și reguli clare, unde dinamica familială este previzibilă și, prin urmare, generează un sentiment de securitate, deoarece îmi cunosc locul în sistem, ce pot aștepta de la ceilalți și ce pot aștepta ei de la mine.

Pentru a evalua ierarhia dintr-o familie, trebuie **observat cine deține puterea, cine exercită controlul asupra cui și nivelul de competență individuală și dependență al fiecărui membru al familiei** . De obicei, se stabilește o ierarhie a puterii între părinți și copii, precum și între frați. Un fiu sau o fiică poate fi supusă mamei sale și apoi își poate asuma un rol parental alături de fratele/suroarea mai mic/mai mică, dictând comportamentul acestora în orice situație.

Disfuncția acestor variabile structurale poate duce la **patologii organizaționale**, cum ar fi fuziunea simbiotică, coalițiile intergeneraționale, inversarea rolurilor sau parentificarea, îngrijitorii într-o poziție periferică sau exprimarea conflictelor conjugale în relația părinte-copil.

Unele dintre tehnicile pe care le vom vedea în această secțiune, cum ar fi genograma, sculpturile sau punerea în scenă, sunt deosebit de potrivite pentru observarea și intervenția asupra disfuncțiilor structurale.

Redefinirea problemei

Această tehnică permite crearea de noi semnificații sau înțelegeri cu privire la un comportament sau o situație care a fost etichetată negativ. În familiile în care un membru este identificat ca fiind problematic, evaluările sau aprecierile se concentrează, în general, pe comportamentele care confirmă problema, în timp ce comportamentele funcționale și adecvate tind să fie ignorate. Astfel, se formează o „etichetă" negativă, o percepție mediată de o înțelegere „din perspectiva problemei", care întărește dinamica disfuncțională adoptată de individul afectat și susținută de familie. Acest lucru perpetuează o dinamică familială ce provoacă stres întregii familii.

Redefinirea generează o schimbare de perspectivă, în care dificultatea este înțeleasă dintr-un sens pozitiv și permite transformarea.

Această tehnică poate fi utilizată oricând în timpul procesului terapeutic, în special atunci când există plângeri, umiliri, învinovățiri sau atacuri la adresa comportamentului sau situației persoanei.

Conotație pozitivă

Această tehnică implică reformularea unei probleme familiale sau a unui simptom individual în termeni pozitivi. Este un instrument care ajută la o mai bună înțelegere a anumitor comportamente și atitudini, reduce criticile aduse individului de către alți membri ai familiei și poate fi utilizată în orice moment al procesului terapeutic.

Prin conotarea pozitivă a comportamentelor tuturor membrilor familiei, clarificând faptul că toate apar dintr-o dorință comună de a menține unitatea și coeziunea sistemului familial,

terapeutul poate plasa toți membrii la același nivel și poate evita să fie prinși în alianțe disfuncționale.

Tehnica permite terapeutului să dea o semnificație pozitivă unei caracteristici a persoanei sau familiei care anterior era percepută ca fiind negativă și exprimată ca o plângere. Această reinterpretare îi ajută pe ceilalți membri ai familiei să vadă că respectiva caracteristică poate fi utilă, poate avea o funcție „bună" și, prin urmare, este eliberată de intenții negative sau patologii în sensul cel mai strict.

Metafore

Când vorbim despre comunicare metaforică, ne referim la o comunicare care leagă o realitate externă de una internă, ducând la un nou sens ce își propune să ne lărgească viziunea asupra lumii. Aceasta deschide ușa către sfera emoțională, unde are un impact semnificativ prin ocolirea mecanismelor de apărare ale individului și căutarea rezonanțelor interne inconștiente. Acest lucru deschide posibilități de conectare și soluții, permițându-ne să depășim mesajul pur specific și cognitiv. Poate lua diferite forme: analogii, imagini, anecdote, mituri, povești, proverbe, comparații și așa mai departe.

Cu cât rezistența familiei este mai mare, cu atât mai util este să se folosească sugestii indirecte, cum ar fi metaforele. Acest instrument poate fi folosit într-o varietate de moduri și în multe situații pentru a ajuta:

- Creșterea înțelegerii de către familie a funcționării lor relaționale.
- A arăta, ilustra sau explica funcționarea inconștientă.
- Deschide posibilități de interpretare.
- Generați noi repertorii de rezolvare a problemelor.
- Permiteți procesarea la nivel inconștient.
- Semănarea ideilor.
- Redefinirea și reformularea unei probleme.
- Empatizează și conectează-te cu familia.
- Pentru a realiza o transformare.

În crearea metaforei, terapeutul trebuie să adapteze limbajul, personajele și conținutul la familia cu care lucrează, astfel încât acestea să sune familiar și să permită o conexiune mai puternică.

Crearea intensității

Această tehnică își propune să ajute familia să internalizeze mesajul transmis de terapeut . Aceste intervenții sunt concepute pentru a consolida un anumit mesaj. Este utilă în cazurile în care mesajul terapeutului nu ajunge la familie din cauza structurii sale rigide.

Poate fi aplicat în diferite moduri:

- Repetarea mesajului: transmiterea aceluiași mesaj de mai multe ori permite punerea sub semnul întrebării a interacțiunilor disfuncționale.
- interacțiunilor izomorfe: terapeutul repetă modurile de interacțiune care au loc între membrii familiei, astfel încât acestea sunt indirect puse sub semnul întrebării.
- Modificarea timpului și ritmului familiei: Aceasta implică scurtarea sau prelungirea timpului anumitor secvențe pentru a depăși ceea ce este tolerabil și pentru a permite familiei să experimenteze diferite moduri de interacțiune.
- Schimbarea distanței fizice sau emoționale: modificarea distanței atât dintre membrii familiei, cât și dintre aceștia și terapeut poate produce o schimbare a gradului de atenție acordat mesajului terapeutic.

Abordare

Scopul este de a lucra cu familia pentru a identifica transformările necesare pentru sănătatea lor relațională. Terapeutul identifică problemele pe care le întâmpină membrii familiei și evidențiază funcțiile afectate de aceste probleme, prevenind astfel lipsa de concentrare. Aceasta implică selectarea și concentrarea asupra unor elemente specifice ale interacțiunii familiale pentru a identifica datele relevante pentru terapie.

Tehnica poate implica:

- Organizați datele furnizate de familie în funcție de subiectele relevante pentru procesul lor terapeutic.

- Prioritizează subiectele pe care să le lucrezi cu familia.
- Selectați și alegeți un subiect, amânând subiectele care, deși interesante, nu sunt utile în prezent pentru obiectivele dumneavoastră terapeutice.
- Alegeți o secvență de interacțiuni familiale în care tema respectivă se reflectă și este susceptibilă de a fi abordată terapeutic.

Această tehnică este utilă în special pentru familiile care trec printr-o tranziție rigidă, pentru care definirea obiectivelor terapeutice este foarte dificilă. Poate fi utilizată atât în ședințele inițiale, cât și pe tot parcursul procesului.

Genograma pe trei generații

Genograma trigenerațională este un instrument util pentru vizualizarea informațiilor despre organizarea și structura familiei, precum și a moștenirii sale relaționale primite de la familiile de origine și relația pe care o mențin cu acestea, tiparele familiale care se stabilesc, evenimentele relevante ale istoriei familiei, relația cu mediul înconjurător etc.

Este un instrument pe care îl putem folosi pe tot parcursul intervenției cu familia, care ne ajută să privim sistemic dinamica familială și ne permite să prioritizăm aspectele asupra cărora să lucrăm pentru a sparge stabilitatea disfuncțională a dinamicii familiale.

Unul dintre cele mai importante obiective ale genogramei trigenerație este identificarea tiparelor recurente în cadrul dinamicii familiale. Aceste tipare ne permit să înțelegem structura familiei (mituri și credințe, reguli familiale, dezvoltarea rolurilor și funcțiilor, delegarea etc.) care stă la baza unui anumit mod de funcționare. Cu aceste informații, construim ipoteze relaționale care ne vor ajuta să stabilim fundamentul intervenției. Acest proces se desfășoară în principal în timpul primei, celei de-a doua și celei de-a treia sesiuni și este actualizat pe măsură ce familia oferă informații noi.

Astfel, prin intermediul genogramei familiale, înregistrăm informații despre membrii familiei și relațiile dintre aceștia de-a lungul a trei generații. Aceste informații ne permit să:

✓ Înțelegerea simptomelor unui pacient identificat ca o problemă în cadrul unei rețele de legături și relații, și nu ca ceva izolat, ne permite să înțelegem funcția simptomului în cadrul sistemului familial.

- ✓ Dezvoltarea de ipoteze relaționale despre dinamica familială care susțin și dau sens simptomului. Aceasta oferă baza pentru planificarea liniilor de lucru cu familia.
- ✓ Observați posibile modele relaționale de transmitere generațională care pot explica sau pot fi legate de unele dificultăți pe care le prezintă unii membri ai familiei.

Crearea genogramei trebuie realizată pe trei niveluri:

1) **Construirea organizației familiale**

   Într-o genogramă, reprezentăm prin simboluri relațiile biologice și juridice care există între membrii sistemului familial. Sunt reprezentate genul, căsătoriile, despărțirile, numărul de frați, sarcinile, avorturile, decesele, relațiile de concubinaj etc. (Consultați documentul ***Genogramă*** pentru simbolurile de bază utilizate pentru construirea unei genograme).

2) **Înregistrarea informațiilor**

   În al doilea nivel de construire a genogramei, ar trebui adăugate informații despre familie. Cele mai importante date de luat în considerare sunt:

   - Numele fiecărui membru: plasat sub pătratul sau cercul fiecărui membru.
   - Vârsta actuală: se plasează în interiorul pătratului sau cercului fiecărui membru.
   - Profesie, studii: plasate lângă sau sub simbolul fiecărui membru.
   - Vârsta la deces: se plasează în interiorul pătratului sau cercului de deasupra crucii.
   - Data nașterii: plasată lângă sau deasupra simbolului fiecărui membru.
   - Data decesului: introduceți aceeași dată ca și data nașterii.
   - Data căsătoriei: Plasată deasupra liniei de căsătorie, folosind inițiala „m" și anul. De exemplu, m:2001.
   - Data separării: simbolizată la fel ca și căsătoria, dar cu litera „s". De exemplu, S:2005.
   - Data divorțului: aceeași cu data separării, dar cu litera „d". De exemplu, d:07.
   - Cauza decesului: Se plasează lângă pătratul sau cercul membrului decedat.
   - Incidente medicale: boli relevante, internări în spital, probleme psihologice semnificative etc. Plasate lângă simbolul membrului afectat.
   - Elemente unice ale unor membri: plasate lângă simbolul fiecărui membru.

- Evenimente critice: succese sau eșecuri, emigrare, perioade de absență. Dacă implică întreaga familie, sunt plasate într-un dreptunghi în partea de jos a paginii; dacă se referă la un singur membru, sunt plasate lângă simbolul său.

3) **Descrierea relațiilor – structura familiei**

Al treilea nivel de construire a genogramei se referă la relațiile dintre membrii familiei, în special la tiparele de legătură sau interacțiune care persistă în timp. Aceste informații pot fi deduse direct din răspunsurile familiei la întrebările noastre și indirect din conversațiile și observațiile lor. Diferite tipuri de linii sunt folosite pentru a reprezenta diversele relații (tipare de legătură) dintre membrii familiei. Consultați documentul *Genogramă* pentru liniile de bază utilizate pentru a construi o genogramă.

❖ Pentru a construi genograma împreună cu familia, se recomandă utilizarea unei foi de hârtie și a unor pixuri sau markere de diferite culori (ideal, cel puțin negru, verde și roșu). Terapeutul trebuie să se asigure că aduce aceste materiale la domiciliul familiei pentru ședință.

Ecomaps

Acest instrument își propune să reprezinte structura familiei și interconectarea acesteia cu contextul extrafamilial , adică cu sistemele cu care interacționează membrii acesteia (familia extinsă, cartierul, școala, prietenii, alte instituții etc.). Având în vedere abordarea bazată pe comunitate a lui Hedera, acest instrument este fundamental pentru înțelegerea familiei ca unitate socială interconectată cu mediul său. Un aspect foarte important este că, prin intermediul ecomărții , pot fi identificați anumiți factori de protecție, cum ar fi sistemele de sprijin formale și informale disponibile familiei. De asemenea, poate urmări conexiunile din trecut care pot ajuta familia să facă față dificultăților actuale, precum și să promoveze relații mai sănătoase (de exemplu, participarea la activități sportive sau de agrement).

Pentru a crea ecomarta , genograma familiei va fi plasată în centru, desenată în interiorul unui cerc și conectată la membri specifici sau la familie în general, iar date relevante din sistemele externe indicate de familie sau observate de terapeut vor fi adăugate în afara acestui cerc.

În acest proces, poate fi util să se ia în considerare conceptul de ***„linkogramă"***, astfel încât terapeutul să poată lua în considerare informații despre persoanele cu care fiecare membru al familiei se simte conectat emoțional, indiferent dacă sunt membri ai familiei apropiate sau nu. Prin urmare, este ideal să se ia în considerare relațiile afective cu profesorii, vecinii, prietenii și așa mai departe.

- Pentru construirea ecohărții , se recomandă utilizarea unei foi de hârtie și a unui pix sau marker. Aceasta poate fi desenată după finalizarea genogramei sau separat, astfel încât genograma în sine să fie simplificată pentru ecomărtă . Terapeutul trebuie să se asigure că aduce acest material la domiciliul familiei pentru ședință. Va fi util să se adune orice informații pe care terapeutul le are de la persoana care face trimiterea , dacă este cazul, despre grupurile și profesioniștii cu care familia interacționează, precum și să se includă informații observate de terapeut odată ce acesta s-a familiarizat cu mediul de viață al familiei.

Poveste de viață

Lucrul cu o poveste de viață implică ordonarea sau reprezentarea cronologică a vieților membrilor familiei pentru a încuraja înțelegerea faptului că evenimentele pe care le trăim sunt interconectate și legate de factori familiali, sociali și culturali. Astfel, dincolo de simpla ordonare cronologică a evenimentelor, dezvoltarea unei povești de viață împreună cu familia permite membrilor acesteia să înțeleagă și să construiască narațiunea traiectoriei lor de viață și, pe baza acesteia, să dezvolte strategii pentru viitor. La nivel individual, lucrul cu povești de viață oferă beneficii semnificative pentru cei ale căror vieți sunt caracterizate de o narațiune fragmentată sau parțial goală, marcată de experiențe dureroase. Acesta poate fi cazul persoanelor care au fost plasate în familii de plasament sau adoptate.

Când abordăm istoria vieții la nivel de familie, putem ajuta familia și fiecare dintre membrii acesteia să:

- ✓ Să înțeleagă evenimentele care le-au modelat povestea vieții și emoțiile asociate cu acestea.
- ✓ Creați un exercițiu de reflecție asupra nevoilor pe care le prezintă.

- ✓ Pentru a promova o identitate familială pozitivă și sentimentul de apartenență la familie.
- ✓ Pentru a crea un spațiu în care să poată identifica și procesa acele momente în care au depășit crize, incertitudini și temeri.
- ✓ Organizarea și conectarea experiențelor trecute cu prezentul și viitorul, promovând un sentiment de autonomie personală.

Pentru a ajuta familia să-și stabilească povestea de viață, va fi util să fi adunat în prealabil informații printr-un scurt interviu și prin intermediul unor instrumente precum genograma pe trei generații .

Principalul instrument este crearea unei Cărți de Viață, un document personalizat creat de fiecare familie în care sunt consemnate diferite experiențe și evenimente, precum și sentimentele asociate cu acestea, care sunt semnificative pentru membri. Poate include desene, fotografii, scrisori, scrieri... Pe scurt, orice ajută la reflectarea parcursului de viață al familiei.

- ❖ Terapeutul care lucrează în casa familiei va avea o vedere privilegiată asupra materialelor personale ale familiei, cum ar fi fotografii, desene și suveniruri. Familia va avea acces la aceste materiale și în prezența terapeutului. În dezvoltarea poveștii lor de viață, familia ghidează construcția narațiunii lor, iar terapeutul ar trebui să intervină cât mai puțin posibil în decizia privind conținutul inclus. Cu toate acestea, va fi valoros pentru procesul terapeutic să se observe anumite detalii în procesul de construcție, cum ar fi cine face fotografiile sau unde sunt plasate în casă amintirile prețioase ale familiei.

Sculpturi

Arta sculpturii permite familiilor să li se ofere o imagine dinamică, o expresie plastică și simbolică a structurii și relațiilor lor. Utilizarea sculpturilor în terapia familială promovează învățarea experiențială, liberă de limitările sau obstacolele limbajului verbal. Folosită la începutul procesului terapeutic, are un mare potențial pentru diagnosticarea dinamicii relaționale și de atașament. Utilizarea sa la început sau în alte momente ale terapiei permite o înțelegere emoțională profundă a fiecărui membru al familiei și a modului în care acesta își trăiește situația, facilitând transformarea și reorganizarea.

O procedură de bază pentru construirea sculpturilor este prezentată mai jos (adaptată după Girón, 2022), deși poate fi adaptată obiectivelor terapeutului. Urmând această procedură, vom prezenta o recreare a sculpturilor create folosind modelul Terapiei Familiale Socio-educaționale: „*sculpturile vorbitoare*".

- După ce ascultă familia, li se spune că în această sesiune vor lucra la situația lor, dar într-un mod diferit.
- Imaginează-ți că terapeutul nu vorbește sau nu înțelege limba ta și că fiecare dintre voi trebuie să transmită modul în care vede situația sau problema printr-o imagine reprezentativă. Această imagine este ca o sculptură pe care ai putea-o găsi într-un parc și, privind-o, observatorul își poate face o idee despre ceea ce a intenționat sculptorul să transmită (poți folosi și o fotografie sau o imagine care reprezintă situația, astfel încât cineva să poată înțelege ce se întâmplă).
- Fiecare membru al familiei este rugat să se gândească la modul în care poate reprezenta problema în sculptură (li se acordă câteva minute pentru a se gândi la acest aspect). Fiecare persoană poate fi rugată să descrie pe scurt imaginea terapeutului în privat (scopul este de a evita modificarea imaginilor inițiale sau utilizarea celor create de membrii anteriori). Totuși, această solicitare implică utilizarea limbajului verbal, așa că ar fi potrivită doar dacă există un risc ridicat ca prima sculptură să le influențeze pe celelalte.
- Fiecare persoană este rugată să reprezinte sculptura, inclusiv pe sine.
- Nu poți vorbi în timp ce sculptezi: ceilalți oameni sunt din lut. Prin distanță, poziționare fizică și gesturi faciale și corporale, trebuie să încerci să transmiți ceea ce îți dorești.
- Odată ce sculptura este asamblată, mai întâi un sine auxiliar (poate fi chiar terapeutul dacă nu are pe nimeni) îl înlocuiește pe autor, astfel încât acesta să o poată contempla și să vadă dacă ar dori să modifice ceva.
- Odată corectată (dacă a fost corectat ceva), este încorporată din nou în sculptură, iar terapeutul o fotografiază, pentru a o contempla mai târziu.
- Pentru a înțelege conținutul, autorul este rugat să își asume pozițiile celorlalți membri și să susțină un scurt monolog în care să își exprime sentimentele în acele poziții (2 sau 3 cuvinte). Explicațiile sau descrierile nu ar trebui acceptate, deoarece acestea vor fi furnizate în secțiunea de comentarii, atunci când este vizualizată imaginea creată.

- În final, fiecare dintre autori trebuie să dea sculpturii un nume, de asemenea simplu (2 sau 3 cuvinte). Procesul se repetă cu diferiții membri, dacă este necesar.
- Odată ce totul a fost exprimat, li se poate cere să comenteze propria muncă și pe cea a celorlalți (terapeutul nu adaugă nimic, ci îi îndrumă să se concentreze asupra a ceea ce au simțit în acel moment, mai degrabă decât asupra a ceea ce gândesc).
- Întrucât vor fi întâmpinat și sunt martori la dificultăți familiale (tristețe, singurătate, izolare, furie, dezamăgire etc.), li se cere să adauge o mică mișcare sculpturii pe care fiecare a construit-o, care ar putea reprezenta o îmbunătățire a problemei care îi preocupă.
- Încă o dată, fiecare membru lucrează la sculptura sa și, încă o dată, se fac fotografii, se dau titluri și se interpretează un solilocviu.

În *sculpturile vorbitoare*, procesul este foarte similar, deși terapeutul inițiază sculptura pe baza dinamicii familiale observate. După plasarea figurinelor, membrii familiei sunt întrebați cum se simt în acea poziție (confort/disconfort, distanță, blocaje, contact vizual etc.), precum și ce schimbări ar face pentru a se simți mai bine sau pentru a elimina simptomul și disconfortul. Din acest moment, membrii familiei se pot deplasa. Lucrarea se poate concentra asupra sculpturii actuale, a sculpturii ideale sau dorite și a sculpturii temute sau asupra trecutului, prezentului și viitorului.

❖ Nu este necesar ca toți membrii familiei să fie prezenți pentru a crea sculptura. Terapeutul sau alte obiecte (cum ar fi păpuși sau scaune) pot fi utile pentru a reprezenta membri absenți sau aspecte despre care familia nu poate vorbi (cum ar fi o boală sau un deces). În acest sens, terapeutul va folosi orice obiecte casnice disponibile pentru a încuraja creativitatea în această tehnică.

Punerea în scenă

Această tehnică permite familiei să demonstreze, în prezența terapeutului, dinamica relațională în diverse situații cotidiene trăite prin conflict sau suferință. Prin interpretarea acestor situații, atât terapeutul, cât și familia au oportunitatea de a vizualiza regulile care guvernează modelele de interacțiune dintre membrii săi și de a identifica împreună secvențele lor interacționale . În acest fel, problemele și încercările de soluționare pot fi experimentate în

prezent, într-un context terapeutic în care familia, susținută de terapeut, își poate interpreta relațiile dintr-o perspectivă nouă.

Punerea în scenă poate avea loc în trei moduri diferite:

- Prin observarea interacțiunilor spontane, a regulilor de organizare familială și luarea deciziei cu privire la zonele disfuncționale care ar trebui evidențiate.
- Provocarea interacțiunilor cu același scop.
- Propunerea de interacțiuni alternative.

❖ Recrearea interacțiunilor familiale sau propunerea de noi interacțiuni în spațiul familial, unde disconfortul și conflictul apar în mod obișnuit sau ocazional, are o valoare ecologică semnificativă. În acest sens, terapeutul nu trebuie să-și imagineze *cum se întâmplă lucrurile acasă*; le poate observa direct sau poate recrea situația la fața locului.

Stabilirea granițelor

Scopul acestor tehnici este de a aduce ordine în rolurile și funcțiile din familie, modificând granițele dintre subsisteme:

- Modificarea distanței psihologice sau afective: terapeutul va observa interacțiunile care au loc în prezența lor (cum stă familia, cine vorbește, cine este întrerupt, cine este ajutat etc.). Toți acești indicatori vor oferi o posibilă hartă a relațiilor de proximitate, alianțe, coaliții etc. Pentru a modifica această distanță psihologică, terapeutul poate propune manevre spațiale sau constructe cognitive care ajută la înțelegerea nevoii de distanță sau apropiere.
- Modificarea duratei interacțiunii în cadrul unui sistem semnificativ: scurtarea sau prelungirea unui proces interacțional este utilă pentru stabilirea limitelor între subsisteme sau pentru separarea acestora.

❖ Ca și în cazul jocului de rol, aplicarea acestei tehnici în contextul cotidian al familiei oferă o îmbogățire mai mare, atât datorită capacității terapeutului de a observa modul în care aceste roluri și funcții sunt distribuite în casă, cât și datorită generalizării directe a modificărilor în spațiul în care acestea se produc efectiv.

Blazonul familiei

Scutul familial poate fi folosit atunci când situațiile familiale pot părea „blocate". Acesta implică crearea unui context experiențial care încurajează contemplarea și procesarea istoriei și caracteristicilor unice ale familiei, inclusiv a emoțiilor trăite în diferite momente, fără a se baza exclusiv pe cuvinte și afirmații simple.

La fel ca alte obiecte plutitoare care mediază comunicarea, stema familiei își propune să lucreze cu și asupra culturii grupului căruia îi aparține.

Fiecare membru al familiei este invitat să completeze pătratele unei steme goale, conform instrucțiunilor date de terapeut. Scopul este de a crea, pe baza amintirilor și reprezentărilor fiecărei persoane, o stemă care ar putea reprezenta familia, iar apoi de a discuta stema acesteia cu ceilalți membri ai familiei. Una dintre etapele finale ar putea fi crearea unei steme colective din stemele individuale.

Cutia de sus: motto-ul familiei

Aici, fiecare membru al familiei trebuie să sugereze o „frază" în căsuța goală, devenind un obiect emblematic capabil să reprezinte familia în unicitatea sa.

Caseta „obiect", în partea dreaptă sus a scutului

Aici, fiecare membru al familiei ar trebui să sugereze și, dacă este posibil, să deseneze în căsuța goală un obiect emblematic care să reprezinte familia în unicitatea sa.

Caseta „trecut", în partea stângă sus a scutului

Fiecare persoană este invitată să aleagă și să selecteze un personaj și/sau un eveniment din istoria familiei sale. Timpul este apoi folosit pentru a spune povestea și a dezvălui firele care leagă prezentul, reconstrucția trecutului și proiecția viitorului.

Provocare socială

Acest instrument este conceput pentru a promova relațiile sociale în diversele contexte în care își desfășoară activitatea familiile, cuprinzând atât adulți, cât și copii. Scopul său principal este

de a facilita atingerea obiectivelor legate de legătura familiei cu comunitatea locală, încurajând participarea la activități de agrement și timp liber, precum și consolidarea relațiilor cu semenii.

Metodologic, instrumentul implică plasarea unei reprezentări centrale a familiei (fie printr-o fotografie, fie prin identificarea acestora prin nume de familie sau prenume) în jurul căreia se încorporează activitățile pe care ar dori să le desfășoare și relațiile sociale pe care doresc să le consolideze. Se recomandă ca aceste contribuții să fie cât mai specifice posibil.

De asemenea, este esențial să se adune interesele tuturor membrilor sistemului familial, inclusiv ale adulților și copiilor. Acest proces ia forma unei sesiuni de brainstorming colaborativ, care facilitează identificarea motivațiilor comune și a nevoilor relaționale.

Prin urmare, acest instrument permite direcționarea intervenției către apropierea familiei de resursele comunitare disponibile, promovarea participării la activități comune și facilitarea extinderii rețelelor lor sociale cu semenii din mediul lor imediat.

- **Instrumente și instrumente pentru lucrul asupra sănătății cognitive (psihoeducație)**

Instrumentele și instrumentele enumerate mai jos sunt concepute, pe de o parte, pentru a îmbunătăți abilitățile parentale în vederea asigurării dezvoltării holistice optime a copiilor și adolescenților aflați în grija lor. Mai exact, acestea includ cele care vizează dezvoltarea abilităților parentale axate pe dezvoltarea socio-emoțională adecvată, permițând o legătură sănătoasă între părinți și copii. Pe de altă parte, acestea includ și instrumente pentru înțelegerea dezvoltării neurologice, a funcțiilor corporale și a relației acestora cu experiența situațiilor traumatice, facilitând astfel înțelegerea impactului pe care aceste situații îl au asupra modului în care ne raportăm la ceilalți.

Psihoeducația privind dezvoltarea copilului: etape importante ale dezvoltării copilului și nevoile sale în fiecare etapă

Etape de dezvoltare. Ghiduri publice pentru fiecare vârstă în funcție de nevoile de dezvoltare:

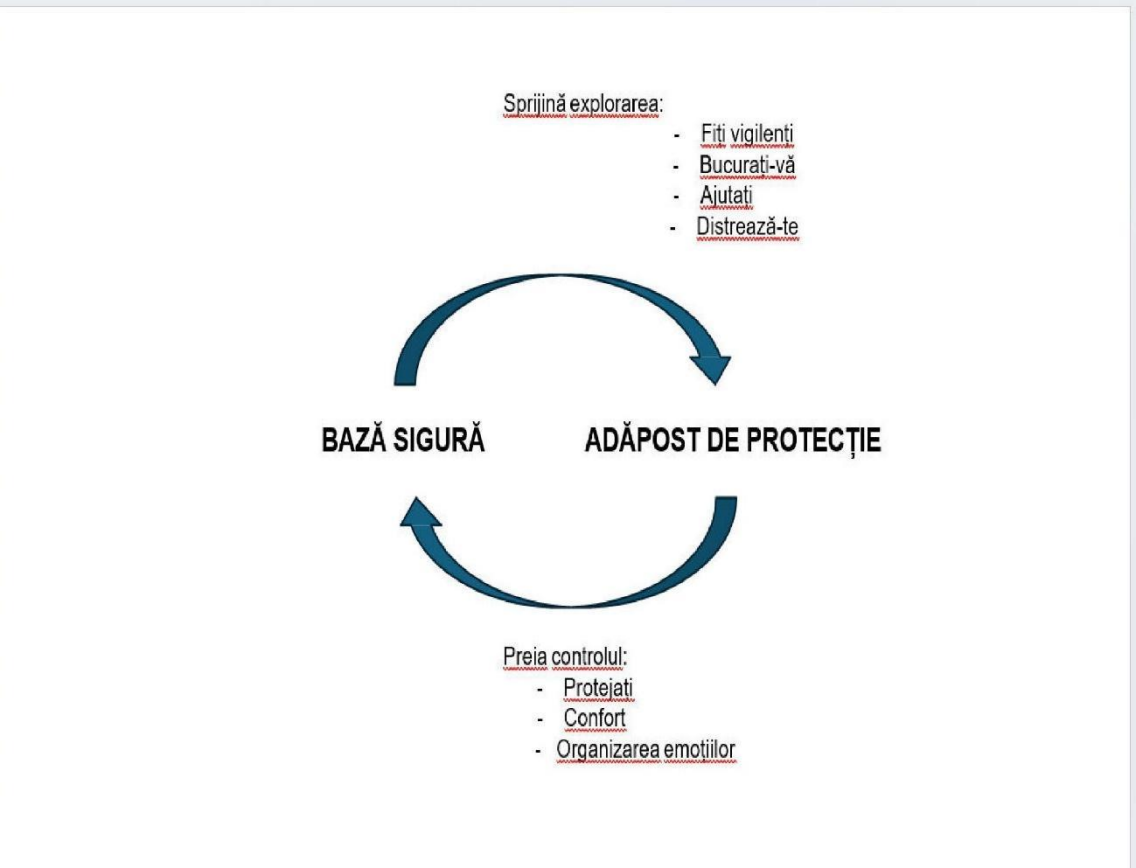
https://www.ventanafamilias.es/guias-para-cada-edad/

Dezvoltare emoțională. Ghiduri publice adaptate diferitelor vârste și contexte:

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

Psihoeducație privind sensibilitatea, atașamentul și mentalizarea parentală

Cercul de siguranță parentală



Sursa: Adaptat după Hoffman și colab. (2006).

Terapia prin joc

Theraplay © este o intervenție bazată pe o metodă structurată de joc pentru întărirea și dezvoltarea legăturilor de atașament dintre copii și îngrijitorii lor. Se concentrează pe patru dimensiuni care promovează un atașament sigur: Structură, Grijă/Crescere, Conexiune/Acordare și Provocare. Lucrul la aceste dimensiuni îi ajută pe copii să dezvolte o relație mai sigură și mai plină de încredere cu ceilalți și cu ei înșiși. Ședințele de terapie prin joc creează un spațiu pentru conexiunea emoțională între copil și părintele (sau îngrijitorul) său, transformând interacțiunile lor în experiențe mai pozitive, mai recompensatoare și mai restauratoare.

Prin dinamica specifică acestei intervenții, se va lucra asupra celor 4 dimensiuni care stau la baza unui atașament securizant.

Dimensiunile sunt următoarele:

- *Structură*: capacitatea îngrijitorilor de a stabili limite și de a oferi un mediu sigur, ordonat și ușor de înțeles, precum și capacitatea copilului de a accepta acea structură.
- *Îngrijire*: capacitatea de a recunoaște în mod corespunzător nevoile emoționale ale copilului și de a oferi un răspuns sensibil la aceste nevoi. De asemenea, se referă la capacitatea copilului de a primi acea îngrijire.
- *Acordare*: capacitatea de a încuraja implicarea în interacțiunea dintre îngrijitori și copil și ca acesta să rămână implicat.
- *Provocare*: capacitatea de a stimula dezvoltarea copiilor prin oferirea de așteptări realiste, încurajarea progresului și consolidarea realizărilor.

Documentul ***Terapia prin joc*** explică dinamica și dimensiunile care pot fi abordate prin intermediul acestora, pe parcursul sesiunilor 3, 4, 5, 6, 7, 8 și 9.

Promovarea conștientizării părinților prin comentarii live

Feedback-ul live sau „în momentul prezent" din partea terapeutului către părinți cu privire la interacțiunile lor cu copiii este un instrument puternic pentru consolidarea interacțiunilor pozitive și pentru oferirea de alternative la cele care nu promovează atașamentul sigur. Acest feedback se poate baza și pe o înregistrare a interacțiunii familiei, dacă terapeutul consideră oportun.

Această tehnică este utilă în special pentru familiile cu copii cu vârste cuprinse între 0 și 4 ani. Folosind o metodologie similară cu cea utilizată în programul ABC (Dozier & Bernard, 2019), despre care s-a discutat anterior, terapeutul îi îndrumă pe părinți să răspundă cu afecțiune și atenție față de copil atunci când acesta este în suferință (de exemplu, îmbrățișându-l, ținându-l în brațe sau validându-i verbal emoția), precum și să-i urmeze exemplul în jocuri și activități (de exemplu, lăsând copilul să inițieze jocul, descriind ceea ce face sau imitându-l) și să evite utilizarea unor comportamente care l-ar putea speria sau înfricoșa (de exemplu, prefăcându-se că plânge atunci când copilul nu face ceva ce își dorește părintele, țipând la el, amenințându-

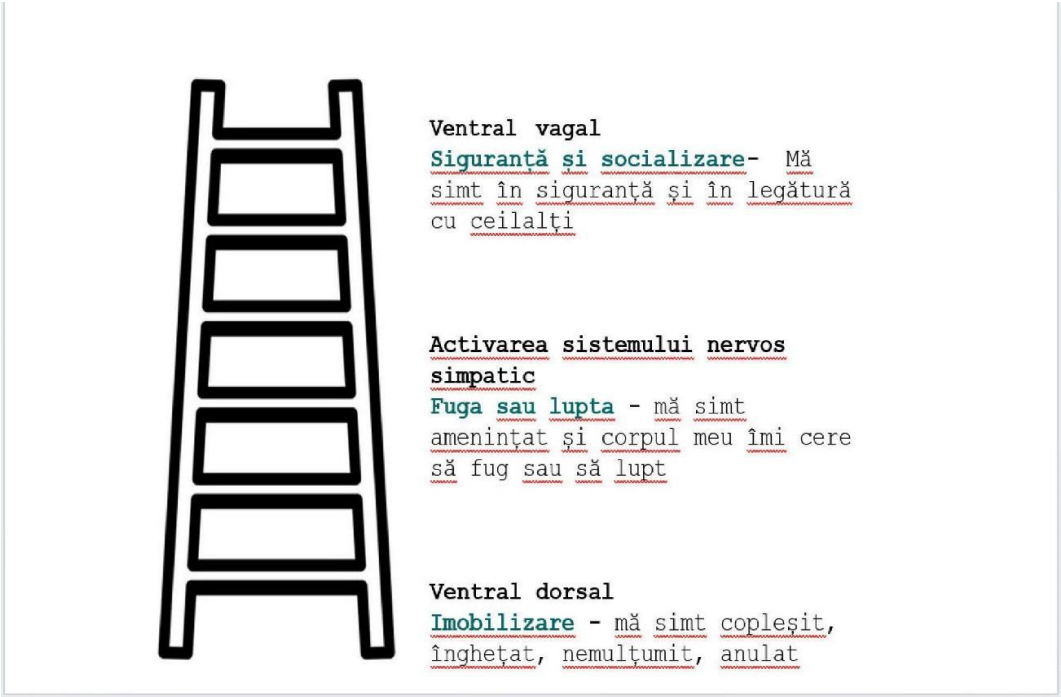
l etc.). Terapeutul poate folosi două forme de feedback asupra interacțiunilor: una este feedback-ul video , care implică afișarea părinților a unor videoclipuri cu sesiunile anterioare pentru a reflecta asupra a ceea ce s-a întâmplat în timpul interacțiunilor, iar cealaltă este feedback-ul în timp real, adică feedback imediat asupra comportamentului îngrijitorului în timpul sesiunii. Avantajul acestui ultim tip de feedback, spre deosebire de primul, este că permite părinților să identifice comportamentele adecvate pe măsură ce apar sau, sub îndrumarea terapeutului, să aplice modalități alternative de a răspunde copilului atunci când acesta manifestă comportamente parentale inadecvate.

Terapeutul, fie prin discuții pe moment, fie pe baza unei înregistrări, promovează **mentalizarea parentală,** adică îi ajută pe părinți să identifice de ce ar putea avea nevoie copilul în acel moment și îi încurajează să își ajusteze răspunsurile către o modalitate mai sensibilă de a răspunde la aceste nevoi.

Psihoeducație în neuroștiințe și traume

Scara (teoria polivagală)

Bazat pe teoria polivagală a lui Porges , conceptul de scară ne ajută să înțelegem reacția sistemului nostru nervos la situații amenințătoare.



Limbaj sensibil la trauma suferită de copii

O atenție deosebită trebuie acordată unei posibile experiențe traumatice atunci când apar anumiți indicatori în dezvoltarea copilului:

- ✓ Tulburări afective sau fizice
- ✓ Toleranță scăzută, modulare deficitară și/sau recuperare deficitară după stările afective negative
- ✓ Sensibilitate la zgomot și/sau atingere
- ✓ Afecțiuni fizice fără o explicație aparentă
- ✓ Conștientizare fizică sau emoțională slabă, dificultăți în descrierea emoțiilor
- ✓ Tulburare de atenție și/sau comportament
- ✓ Agresiune și opoziție
- ✓ Hipervigilență
- ✓ Asumarea riscurilor
- ✓ Comportamente de autovătămare.
  Percepția personală ca fiind deteriorată, neajutorată, vulnerabilă.
- ✓ Grija pentru îngrijitor
- ✓ Neîncredere extremă în îngrijitor
- ✓ Lipsa de empatie

Adulții care au grijă de copii care au suferit o experiență traumatică, fără a înțelege pe deplin despre ce este vorba, pot folosi un limbaj care îi învinovățește și prin care internalizează etichete negative. Câteva exemple ar fi următoarele:

Limbaj încărcat negativ	**Limba preferată**
Lipsit de respect; nepoliticos	*Dureros; speriat; frustrat*
Agresiv	*Anxios; speriat; suprastimulat*
Provocator	*Fricos; anxios; blocat; caută controlul; verifică relația*
Asumarea riscurilor	*Caută apartenență; se teme de singurătate; se protejează; testează limitele*

- **Instrumente și instrumente pentru lucrul asupra sănătății emoționale (reglarea emoțională)**

Instrumentele concepute pentru a facilita exprimarea și reglarea emoțiilor constituie un set de strategii care vizează promovarea identificării, înțelegerii și gestionării adecvate a lumii emoționale, atât individual, cât și în relații. Aceste intervenții urmăresc să ajute oamenii să își recunoască și să își denumească emoțiile, să le exprime adaptiv și să dezvolte resurse pentru a le modula intensitatea, evitând răspunsurile impulsive sau izbucnirile emoționale. Aplicarea lor este relevantă în special în contexte familiale, deoarece contribuie la îmbunătățirea calității interacțiunilor, la consolidarea legăturilor și la prevenirea conflictelor care decurg din dificultățile de gestionare emoțională.

Roata emoțiilor

Roata emoțiilor poate fi folosită pentru a lucra la identificarea emoțională la copii, adolescenți și adulți. Ajută la definirea și specificarea emoției resimțite, concentrându-se pe emoțiile de bază. Un exemplu al acestei roți ar fi următorul:

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

Un alt instrument care poate facilita identificarea emoțională și poate promova asocierea stărilor corporale cu emoțiile este *harta emoțiilor* , care invită membrii familiei să își plaseze reacțiile emoționale pe o hartă corporală. În mod similar, emoțiile pot fi reprezentate folosind metafora vremii (înnorat – furie/tristețe; soare – fericire etc.), permițându-le să își înțeleagă starea emoțională fără a fi nevoie să numească emoția.

Zaruri familiale ale emoțiilor

Ștanțul cu emoții familiale este un instrument simbolic și ludic care poate fi creat dintr-un șablon de hârtie (în formă de zar). Fiecare față încorporează elemente legate de imaginea de sine a membrilor familiei, inclusiv aspecte pe care le consideră satisfăcătoare la ei înșiși, precum și cele care generează disconfort sau respingere.

Această dinamică promovează exprimarea emoțiilor într-un mediu comun, încurajând deschiderea și înțelegerea reciprocă între membrii familiei. În plus, contribuie la dezvoltarea

unei personalități mai integrate prin facilitarea acceptării diferitelor dimensiuni, atât pozitive, cât și negative, promovând astfel o viziune mai complexă, realistă și echilibrată asupra propriei persoane în cadrul sistemului relațional.

Exerciții de reglare emoțională

Emoția este un sistem de reglare care controlează acțiunea relațională. Pentru a lucra cu emoțiile, pornind de la orice experiență, este important să ne concentrăm pe oameni pe *aici și acum* și să ne concentrăm asupra corpului. Câteva tehnici utile pentru explorarea, identificarea, restructurarea și reglarea emoțiilor sunt următoarele (Pubill , 2022):

Lucrez cu furia	• Externalizarea emoțiilor legate de experiențe de ofensă sau nemulțumire (desene, lucrări manuale, scrisori...) • Sculpturi (concentrează-te pe ceea ce simți în fiecare poziție) • Împământare (simțirea greutății corpului pe tălpile picioarelor)
Lucrez cu tristețe	• Externalizarea tristeții • Concentrarea asupra senzațiilor corporale • Scaun gol (dialog din emoție)
Lucrez cu frică	• Externalizarea fricii • Concentrarea asupra senzațiilor corporale • Exprimarea emoțiilor prin vizualizarea persoanei într-un loc calm și prietenos
Lucrez cu rușine	• Externalizarea rușinii • Concentrarea asupra senzațiilor corporale • Împuternicire

Referințe

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.* Accesat de la: https://www.aeped.es/sites/default/files/20220407_np_salud_mental_infancia_y_adolescencia.pdf

Allen, J. G., & Fonagy, P. (2014). Mentalizing in psychotherapy. În 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. În 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. În 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 (Teză de doctorat)*. Universitatea din Glasgow. Accesat de la 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. [Material nepublicat].

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. În 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.* [Teză de doctorat, 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*. Preluat de la: https://www.who.int/tools/whoqol/whoqol-bref

Organización Mundial de la Salud (2020). *Substantial investment needed to avert mental health crisis*. Preluat de la: 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*. [Manuscris nepublicat].

Pubill, M. J. (2022). *La intervención emocional en familias*. [Prezentare orală nepublicată].

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 [Nepublicată].

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.

Anexe

Anexa I: Formular de contact

Număr de identificare familială / nume de familie:
1- Membrul familiei care participă la apel: 2- Data, ziua , ora: 3- Derivată (dacă corespunde): **4- Motivul consultării:** 5- Membrii gospodăriei (nume, vârstă, ocupație, dată) (căsătoria părinților): 6- Copii (nume, vârstă, ocupație, stare civilă): 7- Alți membri ai gospodăriei (nume, vârstă, relație cu gospodăria): 8- Compoziția familiei extensivă (paternă și maternă): 9- Acasă: 10- Număr de telefon de contact / e-mail: 11- Data și ora convenite pentru prima dată interviu: 12- Membri adulți chemați pentru prima dată interviu: 13- Impresiile terapeutului după apel:

Anexa II: Interviu inițial

Număr de identificare familială/nume de familie:
1. Data și locul finalizării: 2. Participanți: 3. Motivul consultării: 4. Soluții încercate: *Ce a făcut familia până acum pentru a încerca să rezolve problema? Au experiență cu intervenții similare?* 5. Relația cu alți profesioniști: *Ce alți profesioniști asistă sau au asistat familia? Cum a trăit familia acest lucru?* 6. Obiective familiale: *Ce așteaptă familia de la intervenția terapeutică? Cum cred că i-ar putea ajuta o intervenție la domiciliu?* 7. Atitudinea fiecărui membru în cadrul sesiunii: *Dificultăți identificate în timpul interviului; nevoi exprimate de fiecare membru; resurse percepute…* 8. Organizarea intervenției la domiciliu: *În ce spațiu m-aș putea întâlni cu terapeutul? La ce ore preferați?* 9. Data primei vizite la domiciliu: *Clarificați împreună cu familia materialele și mobilierul de care ar avea nevoie terapeutul.* 10. Membrii convocați pentru prima vizită la domiciliu:

Anexa III: Model de rută de proces (exemplu adaptat la 10 ședințe)

Numărul sesiunii	Performanță	Completat (Da/Nu)	Data
	Coordonare cu profesioniștii relevanți (dacă este cazul)		
	Pregătirea fișierului fizic sau virtual: folder și documentație		
	Primul contact cu familia		
1	**Interviul inițial**		
2	**Diagnostic relațional la domiciliu**		
3			
4			
5	**Evaluare intermediară cu familia (monitorizarea obiectivelor)**		
6			
7			
8			
9			
10	**Ședință de închidere și evaluare finală cu familia (realizarea obiectivelor)**		
	Evaluare finală cu un profesionist relevant (dacă este cazul)		
	Închiderea procesului		

Anexa IV: Diagnostic relațional

Aspectul relațional		Dar	Observații
1. ORGANIZARE	Nuclear		
	Părinte singur		
	Părinți separați		
	Asamblate sau combinate		
	Intergenerațional		
	Adoptiv, primitor, colaborativ		
	Alții		
2. MODEL DE INTERACȚIUNE Tipul de familie	Hiperprotector		
	Democratic		
	Permisiv		
	Sacrificiu		
	Intermitent		
	Delegarea		
	Autoritar		
3. ROLURI ȘI FUNCȚII	Definit		
	Confuzant		
4. LIMITELE	Clar		
	Difuz		
	Rigid-închis		
5. REGULI	Explicit		
	Implicit		

	Secrete		
6. STIL RELAȚIONAL	**Echilibrat**		
	Aglutinat		
	Detașat		
7. MITURI	**Armonie**		
	Ispăşire		
	Salvare		
8. DELEGAȚII	**Conflictul misiunilor incompatibile**		
	Conflict de loialitate		
	Conflictul dintre valorile familiale și sociale		
	Parentalizare		
	Dosarul de merite		
9. TRIANGULAȚII	**Simplu**		
	Pervers		
	Atacator		
	Sănătate		
10. ETAPA CICLULUI DE VIAȚĂ	**Formarea cuplului**		
	Naşterea copiilor		
	Familia cu copii de vârstă preşcolară		
	Familia cu copii de vârstă şcolară		
	Familia cu adolescenți		
	Copiii devin independenți		
	Familia în vârstă		

Anexa V: Indicatori de risc

Familial	Prezență (Nulă, Puțină, Multă)	Copil(i)-adolescent(i)	Prezență (Nulă, Puțină, Multă)
Dificultăți în relațiile familiale și/sau de cuplu care afectează copiii		Dificultăți de comportament	
Conflicte între tată, mamă și copil/copii		Dificultăți socio-emoționale	
Separare contencioasă		Dificultăți intelectuale	
Familie monoparentală fără sprijin social		Dificultăți de adaptare la școală/institut	
Familie mixtă cu dificultăți relaționale		Dificultăți în adoptarea normelor	
Probleme economice, de ocupare a forței de muncă și/sau de locuințe		Situații de doliu nerezolvat	
Boli fizice ale tatălui și/sau mamei		Proces de migrare neterminat	
Tulburare mintală la tată și/sau mamă		Comportamente transgresive	
Dizabilitate la tată și/sau mamă		Absenteismul școlar	
Persoană dependentă din unitatea familială		Tulburări de alimentație	
Dependența de droguri și/sau alte dependențe		Tulburări de limbaj	
Adulți suprasolicitați de responsabilități		Tulburări de somn	
Situații de doliu nerezolvat		Lipsa obiceiurilor	

Procese de migrare		**Dizabilitate fizică**	
Dificultăți în concilierea vieții de familie cu cea profesională		**Dizabilitate intelectuală**	
Situație de criză familială (datorată ciclului de viață sau factorilor stresanți)		**Dizabilitate senzorială**	
Dificultăți în stabilirea rolurilor și ierarhiei familiale		**Dizabilitate organică**	
Dificultăți în funcțiile parentale normative și/sau afective		**Legătura cu grupurile de risc**	
Lipsa de interes din partea părinților față de procesul de dezvoltare și educație al copiilor lor		**Alții:**	
Alții:			

Anexa VI: Indicatori de protecție

Indicator	Prezență (Nicio, Puțină, Mult)	Observații
Sprijin social existent *Prezența unei rețele de sprijin puternice, cum ar fi familia, prietenii sau membrii comunității, care oferă sprijin emoțional, practic sau de altă natură.*		
Angajamentul îngrijitorilor *Un nivel de angajament și motivație din partea părinților sau a altor îngrijitori pentru a îmbunătăți dinamica familială și abilitățile parentale. Acest lucru se poate manifesta ca o dorință de a învăța și aplica noi strategii parentale.*		
Relații pozitive în cadrul familiei *Dovezi ale unor relații iubitoare și pozitive între unii sau toți membrii familiei, în ciuda provocărilor.*		
Abilități de comunicare de bază *Deși comunicarea între membrii familiei ar putea necesita îmbunătățiri, existența anumitor abilități de comunicare de bază poate fi un bun punct de plecare.*		
Structura și rutinele familiale *Prezența unei anumite structuri și rutine în viața de familie, cum ar fi ore regulate de masă, rutine de somn sau activități familiale regulate.*		
Reziliența individuală și familială *Semne de reziliență la unul sau mai mulți membri ai familiei, cum ar fi capacitatea de a se adapta la schimbări sau de a se recupera după eșecuri.*		
Implicarea în comunitate sau școală *Participarea activă la activități comunitare sau școlare, care pot oferi o structură suplimentară și sprijin social.*		
Interesele și abilitățile copiilor și adolescenților *Talentele, interesele sau hobby-urile copiilor și adolescenților care pot fi susținute și încurajate, oferind o abordare pozitivă a interacțiunii familiale.*		
Conștientizarea problemelor și dorința de schimbare *Recunoașterea de către familie a problemelor existente și dorința de a lucra la ele poate fi un factor motivator puternic pentru schimbare.*		
Resurse economice și locative stabile *Deși nu este o cerință, stabilitatea în ceea ce privește locuința și finanțele poate atenua stresul și poate permite familiei să se concentreze mai mult asupra intervenției.*		
Sănătate mintală și fizică în general bună *Deși pot exista probleme specifice, în general, o stare bună de sănătate a membrilor familiei este un factor de protecție.*		
Experiență bună cu alți profesioniști *Familia a avut experiențe bune în trecut sau în prezent în relațiile sale cu alți profesioniști, ceea ce poate facilita încrederea în sprijinul profesional și în alianța terapeutică.*		

Anexa VII: Fișă informativă inițială obiective

Obiectivele procesului terapeutic

1.1. Obiectivul 1:

1.2. Obiectivul 2:

1.3. Obiectivul 3:

1.4. Obiectivul 4:

Evaluarea obiectivelor stabilite în procesul terapeutic

Obiective	Evaluare intermediară (data:)	Realizare [1]	Evaluare finală (data:)	Realizare [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] Realizare – nivelul de îndeplinire a obiectivelor se realizează pe o scală de la 0 la 5:

0 = Niciunul, 1 = Foarte puțin, 2 = Puțin, 3 = Satisfăcător, 4 = Foarte satisfăcător, 5 = Realizat

Anexa VIII: Observație acasă

	Indicator	Prezență (Nimic, Puțin, Mult)	Observații
Starea locuinței	Dacă există copii sub 6 ani, jucăriile sunt respectate.		
	Casa pare sigură		
	Exteriorul casei are un spațiu sigur pentru joacă al copiilor.		
	Interiorul casei este luminos și beneficiază de lumină naturală		
	Cartierul este frumos și sigur.		
	Camerele sunt mobilate și relativ spațioase.		
	Casa este relativ curată și ordonată		
Relațiile sociale și de agrement în familie	Adulții participă la viața cartierului lor		
	Adulții au prieteni cu care își împart timpul liber		
	Minorii participă la viața cartierului lor		
	Minorii au prieteni cu care își împart timpul liber		
	Familia desfășoară activități de agrement împreună		

expert projects publishing
ISBN: 978-606-8927-83-1

Acest material a fost realizat în cadrul Proiectului HEDERA, 2023-1-ES01-KA220-VET-000164938, Co-finanțat de Uniunea Europeană. Conţinutul prezentului material reprezintă responsabilitatea exclusivă a autorilor, iar Agenția Națională și Comisia Europeană nu sunt responsabile pentru modul în care va fi folosit conţinutul informaţiei.

Data: Mai, 2026