

**CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN
PSICOLOGIA**

**PROMUOVERE LA
COGENITORIALITÀ NELLA PRESA
IN CARICO SISTEMICA:
UNO STUDIO EMPIRICO**

Relatore: Prof.ssa Laura Migliorini

Correlatore: Prof.ssa Paola Cardinali

Candidato: Costanza Viazzi

**ANNO ACCADEMICO
2025-2026**

Indice

Introduzione	1
Capitolo 1: L'approccio sistemico alla famiglia e la tecnica della scultura	4
1.1 <i>L'applicazione del modello sistemico alla famiglia.....</i>	6
1.2 <i>L'approccio sistemico nella terapia familiare</i>	7
1.2.1 <i>L'epistemologia circolare e la transizione cibernetica</i>	8
1.2.2 <i>L'architettura del setting terapeutico</i>	10
1.2.3 <i>L'intervento sistemico tra pragmatica della comunicazione e prospettiva transgenerazionale</i>	12
1.2.4 <i>La prassi terapeutica sistemica</i>	13
1.3 <i>La tecnica della scultura nella terapia familiare.....</i>	14
1.3.1 <i>Applicazioni cliniche</i>	16
1.4 <i>La Scultura Familiare Dialogica</i>	19
1.4.1 <i>Le caratteristiche principali della Scultura Familiare Dialogica</i>	21
1.4.2 <i>I principi operativi.....</i>	23
Capitolo 2: Il coparenting nell'approccio sistemico-relazionale	27
2.1 <i>Origini e sviluppo del costrutto.....</i>	28
2.1.1 <i>Dimensioni e modelli teorici</i>	30
2.2 <i>Il coparenting nella terapia sistemico-relazionale</i>	33
2.2.1 <i>Il coparenting nella prospettiva sistemica</i>	34
2.2.2 <i>Dai programmi di intervento sul coparenting alla terapia di coppia</i>	37
Capitolo 3: Metodologia della ricerca nello studio delle relazioni familiari.....	40
3.1 <i>Procedure self-report e procedure osservative nello studio della famiglia.....</i>	41
3.2 <i>Lo studio di caso</i>	46
3.2.1 <i>Il disegno di ricerca del case study</i>	48
Capitolo 4: L'analisi preliminare	50
4.1 <i>Il contesto della ricerca</i>	50
4.2 <i>Il processo di presa in carico e gli strumenti di valutazione iniziale</i>	52
4.2.1 <i>La griglia di presa in carico.....</i>	54
4.2.2 <i>La prima consulenza.....</i>	59
4.2.3 <i>Lo Score-15 come strumento di valutazione multi-prospettica.....</i>	64
4.3 <i>I risultati dell'analisi preliminare.....</i>	67
Capitolo 5: Lo studio empirico	74

5.1 <i>Il presente studio</i>	74
5.2 <i>Metodo</i>	75
5.2.1 <i>Partecipanti</i>	75
5.2.2 <i>Procedura</i>	77
5.2.3 <i>Analisi dei dati</i>	79
5.3 <i>Risultati</i>	83
5.4 <i>Discussione</i>	86
Conclusioni	95
Bibliografia	97

Introduzione

La famiglia è un sistema relazionale complesso, all'interno del quale l'esperienza individuale acquista significato in relazione ai processi interattivi che connettono i suoi membri. L'approccio sistemico ha contribuito a modificare profondamente il modo di concepire la famiglia e la sofferenza psicologica, spostando l'attenzione dal singolo individuo ai pattern d'interazione e considerando il sintomo non come espressione di una patologia isolata, ma come parte di un più ampio funzionamento relazionale.

All'interno di questa cornice, assume particolare rilevanza il *coparenting*, inteso come dimensione della relazione attraverso cui i genitori condividono, coordinano e sostengono reciprocamente l'esercizio della funzione genitoriale. Il *coparenting* costituisce una dimensione specifica del funzionamento familiare, distinta ma strettamente interconnessa alla relazione di coppia e al *parenting* individuale. La qualità della relazione cogenitoriale può esprimersi attraverso modalità differenti: accanto a forme di collaborazione, sostegno e condivisione della funzione genitoriale, possono emergere competizione, svalutazione reciproca, conflittualità e tentativi di indebolire l'autorità dell'altro genitore. Il *coparenting* si configura pertanto come un processo relazionale dinamico e multidimensionale, che si costruisce e si modifica nel tempo.

Tuttavia, cogliere tali dinamiche esclusivamente attraverso il linguaggio verbale può risultare limitante. Le relazioni familiari, infatti, si esprimono e vengono agite anche attraverso il corpo, le distanze, le posizioni nello spazio e le modalità di avvicinamento o allontanamento reciproco. Da questa premessa nasce l'interesse per le tecniche analogico-espressive e, in particolare, per la Scultura Familiare Dialogica, che consente di tradurre le rappresentazioni soggettive delle relazioni in una configurazione spaziale e corporea, rendendo osservabili dimensioni relazionali difficilmente accessibili attraverso la sola narrazione verbale.

È precisamente nell'incontro tra questi due ambiti che si colloca il presente lavoro. L'interesse per l'utilizzo della Scultura Familiare Dialogica nello studio del *coparenting* è maturato a partire dall'esperienza di tirocinio, nel cui contesto è stato possibile osservare direttamente l'impiego dello strumento all'interno del percorso terapeutico e riflettere sulle possibilità offerte dal linguaggio analogico nell'esplorazione delle relazioni familiari. L'esperienza sul campo ha quindi rappresentato non soltanto il contesto all'interno del quale la ricerca è stata condotta, ma anche il terreno esperienziale dal quale sono emerse le domande che hanno progressivamente orientato il presente studio. In particolare, l'osservazione clinica ha portato a interrogarsi sulla possibilità di utilizzare uno strumento corporeo e spaziale per esplorare una dimensione relazionale specifica quale il *coparenting*, permettendo ai genitori non soltanto di rappresentare la propria relazione cogenitoriale, ma anche di sperimentarla concretamente.

L'originalità del presente studio risiede, dunque, nell'esplorazione di un'intersezione ancora poco approfondita: da un lato, un costrutto ampiamente studiato come il *coparenting*; dall'altro, una metodologia analogico-espressiva di recente sviluppo. Sebbene il *coparenting* rappresenti un tema consolidato nella ricerca sulle relazioni familiari, sono ancora limitati gli studi che ne analizzano le dinamiche attraverso tecniche analogico-espressive. A partire da questa lacuna, il presente lavoro si propone di esplorare il costrutto del *coparenting* attraverso l'utilizzo della Scultura Familiare Dialogica all'interno di un percorso terapeutico, indagando come l'esperienza della scultura possa promuovere le dinamiche cogenitoriali, contribuendo a renderle visibili e favorendo l'emergere di nuove configurazioni. I risultati dello studio suggeriscono un potenziale dello strumento non soltanto come modalità di esplorazione delle dinamiche cogenitoriali, ma anche come possibile risorsa clinica per la loro rielaborazione e trasformazione.

Il lavoro si articola in cinque capitoli. Il primo approfondisce le coordinate teoriche e cliniche dell'approccio sistemico-relazionale alla famiglia, con particolare attenzione alla tecnica della scultura e alla sua evoluzione nella Scultura Familiare Dialogica. Il secondo è dedicato al costrutto del *coparenting* e al suo inquadramento nella prospettiva sistemico-relazionale. Il terzo affronta le principali metodologie utilizzate nello studio delle relazioni familiari, soffermandosi sullo studio di caso. Il quarto descrive l'analisi preliminare e il contesto clinico all'interno del quale è maturata e si è sviluppata la ricerca. Infine, il quinto capitolo presenta lo studio empirico, illustrandone il metodo, la procedura e l'analisi dei dati, per poi discutere i risultati emersi.

Capitolo 1: L'approccio sistemico alla famiglia e la tecnica della scultura

Il presente capitolo si propone di tracciare le coordinate teoriche, storiche e metodologiche che definiscono l'evoluzione del modello sistemico e le sue ricadute nella clinica familiare e di coppia. Questo paradigma, scardinando le tradizionali letture individualistiche e riduzioniste, introduce una prospettiva olistica in cui il comportamento e il vissuto dell'individuo vengono compresi e significati alla luce del contesto e delle reti interpersonali in cui è immerso.

Nella prima parte vengono analizzate le due teorizzazioni principali dell'approccio sistemico: da un lato la Teoria Generale dei Sistemi, dall'altro la Cibernetica. L'attenzione si sposta poi sulla prassi clinica, ripercorrendo la transizione storica verso la seconda cibernetica, la quale ridefinisce lo statuto dell'osservazione clinica e il ruolo del terapeuta, non più concepito come un osservatore asettico ed esterno, bensì come parte integrante del sistema.

Viene delineata l'architettura del setting terapeutico, esaminando come l'indagine clinica si articoli simultaneamente lungo l'asse orizzontale dei modelli interattivi nel "qui ed ora" e lungo l'asse verticale della prospettiva transgenerazionale, supportata graficamente dall'uso del genogramma.

Una sezione è riservata interamente alla tecnica della scultura familiare; se ne ricostruiscono le origini e le applicazioni cliniche contemporanee, evidenziando come la messa in scena corporea e l'uso del linguaggio analogico rappresentino strumenti d'eccellenza per sbloccare l'*impasse* terapeutica, decodificare l'ambiguità comunicativa e favorire l'emersione di nuove e più funzionali configurazioni nei sistemi familiari. Verrà messa in risalto nello specifico la tecnica della Scultura Familiare Dialogica, una forma di scultura familiare fondata su principi sistemico-dialogici (Seikkula et al., 2018;

Bertrando & Lini, 2019) e su recenti applicazioni della scultura familiare nella terapia della famiglia (Onnis et al., 2013; Papp et al., 2013; Sequeira, 2020).

L'approccio sistemico rappresenta uno dei paradigmi più innovativi e fecondi nel panorama della psicologia contemporanea, avendo scardinato la visione individualistica a favore di una lettura incentrata sulla dimensione interpersonale (Andolfi, 2015). L'approccio sistemico si sviluppa a partire da due riferimenti teorici fondamentali: la Teoria Generale dei Sistemi e la Cibernetica.

Il primo pilastro è la Teoria Generale dei Sistemi introdotta dal biologo Ludwig von Bertalanffy (1971), secondo cui i fenomeni biologici, psicologici e sociali devono essere compresi non come variabili isolate, ma come parti di sistemi. Un sistema è definito come un insieme di elementi interagenti, in cui ciascuna parte è in relazione con le altre e il cui funzionamento complessivo non è riducibile alla semplice somma delle singole componenti. Tra i principi fondamentali vi sono l'interdipendenza tra le parti (il cambiamento in una singola componente determina una ristrutturazione dell'intero sistema), la causalità circolare (ogni azione è contemporaneamente stimolo e risposta rispetto al comportamento altrui) e il carattere aperto dei sistemi (capacità di scambiare continuamente informazioni ed energia con l'ambiente esterno). Nel complesso, la teoria di Bertalanffy (1971) introduce una prospettiva olistica e relazionale, superando una visione lineare e riduzionista dei fenomeni (Andolfi, 2015). Questo modello permette di passare da una causalità lineare, fatta di rigidi rapporti causa-effetto, ad una causalità di tipo circolare, in cui causa ed effetto si influenzano reciprocamente (Gambini, 2007).

Il secondo pilastro teorico dell'approccio sistemico è la Cibernetica, definita dal suo ideatore Wiener (1948) nel titolo del suo volume come "La scienza del controllo e della comunicazione nell'animale e nella macchina". Il principio cardine della cibernetica è il concetto di retroazione (*feedback*) secondo cui le informazioni in uscita da un sistema

aperto rientrano nel sistema stesso, influenzandone il funzionamento. Nella retroazione negativa i sistemi sono orientati al mantenimento del proprio equilibrio interno (omeostasi), mentre nella retroazione positiva tendono a modificare il proprio stato, favorendo l'evoluzione o il cambiamento (morfogenesi).

1.1 L'applicazione del modello sistemico alla famiglia

Quando questi costrutti teorici vengono applicati alla comprensione della famiglia, quest'ultima si rivela come un insieme dinamico regolato da scambi comunicativi continui, in cui ogni membro è interconnesso verticalmente e orizzontalmente con gli altri ed è influenzato dagli altri nel percorso di crescita e trasformazione (Gambini, 2007).

In questa prospettiva, l'attenzione dell'osservatore non si focalizza sulle singole individualità, ma sulle regole relazionali e sui processi interattivi che governano il gruppo. Il comportamento del singolo individuo non viene più interpretato come qualcosa di isolato, ma come risultato delle relazioni in cui è inserito. Diventa così centrale il concetto di contesto: per comprendere a fondo un fenomeno è necessario osservare l'intero sistema in cui si manifesta, poiché è proprio il contesto a definire e significare ciò che accade al suo interno (Andolfi, 2015). Come teorizzato da Watzlawick, Beavin e Jackson (1967, p.20), infatti, “un fenomeno resta inspiegabile finché il campo di osservazione non è abbastanza ampio da includere il contesto in cui il fenomeno si manifesta”.

Come sottolineato da Andolfi (2015), l'applicazione di una prospettiva sistemica alla famiglia determina un radicale ribaltamento nel modo di concepire la psicopatologia. Il disagio psicologico o la sofferenza del singolo perdono la loro connotazione puramente intrapsichica per essere riletti come manifestazioni sintomatiche di un'alterazione omeostatica delle relazioni interne o transazionali con il contesto esterno. Il sintomo non è più visto esclusivamente come espressione di un disagio individuale, ma come segnale

evidente di un'alterazione nell'equilibrio dell'intero sistema familiare. Pertanto, il cosiddetto paziente designato, ovvero colui che manifesta la sintomatologia, non è più connotato come membro "malato", ma diviene portavoce inconsapevole di una difficoltà relazionale e comunicativa che riguarda, in realtà, tutti i membri della famiglia.

1.2 L'approccio sistemico nella terapia familiare

La terapia familiare si configura come un modello di intervento psicoterapico eterogeneo, che integra al suo interno diverse matrici concettuali, tra cui le teorie sistemico-strategiche, lo strutturalismo, il narrativismo, il costruttivismo, la psicologia dei gruppi e la psicoanalisi. Nonostante tale pluralità epistemologica, il nucleo identitario di questo approccio risiede in un radicale mutamento di paradigma, che sposta il focus clinico dall'individuo isolato alla centralità delle reti relazionali in cui egli è immerso (Andolfi, 2015).

Storicamente, questo cambio di paradigma inizia a consolidarsi negli Stati Uniti, a Palo Alto in California, durante gli anni '50 del Novecento, focalizzandosi primariamente sul trattamento dei quadri psicotici e delle dinamiche legate alla schizofrenia. Bateson et al. (1956) individuarono nelle comunicazioni ambigue e paradossali la genesi del disagio, proponendo la teoria del doppio legame come modalità tipica di interazione nelle famiglie con un giovane schizofrenico. Successivamente, nel 1959, Jackson fondò il *Mental Research Institute* (MRI), una delle più celebri scuole di terapia sistemica che si avvale della collaborazione dell'intero gruppo di Palo Alto, composto da Watzlawick, Haley, Weakland, Satir, ad eccezione di Bateson.

A questi pionieri si deve l'introduzione della prospettiva sistemico-cibernetica nello studio familiare (Gambini, 2007). La famiglia viene così concepita come un sistema autocorrettivo, stabilmente organizzato e orientato al mantenimento dell'equilibrio interno: infatti "la famiglia si organizza come un sistema stabile, in cui i comportamenti

e le interazioni dei suoi componenti, compreso il paziente designato e il suo comportamento patologico, sono tali da mantenere uno status quo tipico della famiglia, e da tendere a ristabilirlo quando si verifica qualche cambiamento” (Malagoli Togliatti & Telfener, 1983, p. 18).

Il filone di ricerca promosso dal gruppo di Palo Alto ha permesso di trasferire l’interesse clinico dalla psicopatologia intrapsichica alla più ampia rete di comunicazione in cui il paziente designato è inserito. Come già sottolineato in precedenza, il disagio del singolo diviene espressione di un pattern relazionale disfunzionale, passando da una lettura interna del problema ad una sua comprensione relazionale. Di conseguenza, l’intervento terapeutico non persegue unicamente la rimozione del sintomo, ma si pone come obiettivo la ristrutturazione dell’intero contesto relazionale. Agendo sulla complessa rete di legami familiari, si innescano processi trasformativi i cui effetti, per il principio di retroazione, agiscono sulla sintomatologia individuale, promuovendo un nuovo equilibrio evolutivo per l’intero nucleo (Andolfi, 2015).

1.2.1 L'epistemologia circolare e la transizione cibernetica

L'allargamento del campo di osservazione clinica dal singolo individuo alla totalità del nucleo familiare impone al terapeuta l'adozione di un'epistemologia circolare, che abbandona la logica causale lineare a favore di una visione retroattiva, dinamica e complessa dei processi comunicativi (Andolfi, 2015).

Il concetto di circolarità, contributo centrale della scuola di Milano (Selvini et al., 1980), postula che ogni comportamento attuato all'interno di un sistema sia contemporaneamente causa ed effetto di quello degli altri membri, in un processo di influenzamento reciproco costante. In base a tale premessa, l’indagine clinica sulla genesi storica di un sintomo cede il passo all'analisi del suo significato relazionale attuale. Tuttavia, come evidenziato da Cecchin (1987), attraverso lo strumento delle domande

circolari, il terapeuta non cerca verità oggettive, ma mira a scardinare il sistema di credenze della famiglia, permettendo di creare nuove trame e ipotesi relazionali.

Nel corso degli anni, le teorie sistemiche hanno conosciuto un'importante evoluzione, in particolare attraverso il passaggio dalla prima alla seconda cibernetica. Tale transizione ha comportato una profonda revisione del ruolo dell'osservatore e dello statuto epistemologico dell'osservazione stessa. Quest'ultima non può più essere concepita come un'attività neutra, asettica e oggettiva, ma si rivela come un processo dinamico di co-costruzione della realtà, emergendo dall'interazione continua tra i sistemi percettivi, emotivi e immaginativi sia di chi osserva sia di chi viene osservato. L'osservatore si scopre parte integrante del sistema che osserva; ne consegue l'impossibilità teorica di formulare descrizioni che siano completamente oggettive e indipendenti, poiché il Sé del terapeuta contribuisce attivamente alla costruzione della realtà osservata in seduta (Andolfi, 2015). Nell'atto di osservare è irrimediabilmente insita un'attività di selezione, delimitazione e organizzazione dei dati; pertanto, la conoscenza è il prodotto di un processo di costruzione attiva della realtà (Gambini, 2007). La letteratura contemporanea continua a promuovere l'uso consapevole, attivo ed intenzionale del Sé del terapeuta come elemento essenziale del processo terapeutico, sottolineando l'importanza di includerlo nella formazione in quanto competenza clinica fondamentale (Aponte, 2022).

Alla luce di tali presupposti, il lavoro clinico assume una complessità che non si esaurisce nell'analisi delle sole interazioni familiari manifeste, ma si estende alla comprensione dei significati profondi e simbolici che i singoli membri attribuiscono alle proprie relazioni. Il terapeuta è dunque chiamato ad esplorare i modi in cui i membri della famiglia percepiscono, interpretano e spiegano le dinamiche interpersonali, nonché le intenzioni e i significati che vi proiettano (Anderson, 1997).

Inoltre, il sistema famiglia viene costantemente stimolato a osservare le proprie modalità di funzionamento da nuove prospettive, riattivando in questo modo le risorse latenti necessarie al cambiamento. La terapia diviene un processo tramite cui la famiglia può arrivare a riorganizzarsi secondo modalità più funzionali e il ruolo del terapeuta è proprio quello di aiutare la famiglia, facilitando la trasformazione del sistema (Minuchin, 1976).

1.2.2 L'architettura del setting terapeutico

Nella prassi della terapia familiare, il setting non viene ridotto a un semplice contenitore spaziale o temporale, ma si configura come una vera e propria variabile attiva del processo di cura, definita da precisi elementi strutturali e accorgimenti tecnici (Andolfi, 2015).

In questo contesto, la convocazione del nucleo familiare e la partecipazione congiunta dei suoi membri hanno l'obiettivo di operare una risignificazione relazionale del sintomo, ridistribuendo tra tutti i componenti della famiglia sia le competenze evolutive sia la responsabilità del cambiamento. Tale dimensione co-responsabile sollecita ciascuno a rinegoziare la propria posizione relazionale in vista degli obiettivi terapeutici (Andolfi, 2015). Gli sviluppi più recenti (Telfener et al., 2025) ampliano questa prospettiva, sottolineando come il coinvolgimento della famiglia non si esaurisca nella presenza fisica durante la seduta, ma costituisca un elemento attivo del processo di trasformazione. Il terapeuta non si pone come osservatore esterno né come esperto che interpreta il funzionamento familiare, bensì come parte del sistema terapeutico, impegnato insieme ai membri del sistema in un processo dialogico di esplorazione e co-costruzione dei significati. La responsabilità della cura assume pertanto una natura ricorsiva e condivisa, in cui terapeuta e famiglia partecipano con ruoli differenti, ma complementari, alla costruzione del percorso terapeutico.

Un altro pilastro del lavoro terapeutico è il processo di ipotizzazione che vede il terapeuta inserito attivamente nel sistema come “agente del cambiamento”. Egli opera attraverso la formulazione di ipotesi relazionali inerenti al funzionamento del nucleo familiare; tale processo generativo viene costantemente verificato o confutato sulla base delle risposte emesse dal sistema stesso nel corso delle sedute (Selvini et al., 1980). La rilettura di Cecchin (1987) sottolinea come la formulazione di ipotesi sia uno scambio dialogico con il sistema, in cui il clinico offre nuove possibilità di lettura che sollecitano la famiglia a riorganizzare i propri significati. Secondo l'autore, il motore di questo processo è la curiosità, ovvero l'atteggiamento mentale che porta il terapeuta a ricercare costantemente spiegazioni e descrizioni alternative.

Infine, l'uso dello specchio unidirezionale e di sistemi di videoregistrazione aiuta a scandire il timing della seduta e consente la presenza attiva di una équipe di supervisione. Il gruppo di lavoro dietro lo specchio ha la possibilità di osservare l'andamento delle dinamiche senza esserne direttamente coinvolto o invischiato. L'alternanza strutturata tra l'interazione diretta in stanza e i momenti di riflessione e break terapeutico dietro lo specchio permette al clinico di mantenere la necessaria distanza, consentendogli di restituire alla famiglia una lettura trasformativa, protettiva e non collusiva (Andolfi, 2015). Harris e Crossley (2021) suggeriscono tuttavia che l'efficacia di tali dispositivi non dipende tanto dalla presenza dello specchio unidirezionale o della videoregistrazione in sé, quanto dalle modalità con cui questi strumenti vengono integrati nel processo terapeutico. Gli autori, in una meta-sintesi, evidenziano che la consapevolezza di essere osservati può inizialmente suscitare vissuti di ansia, vulnerabilità e inibizione, soprattutto quando l'osservazione avviene attraverso lo specchio unidirezionale. Tali reazioni tendono tuttavia a ridursi quando il setting viene percepito come sicuro, trasparente e collaborativo, consentendo ai clienti di beneficiare

delle chiavi di lettura offerte dalla équipe. In questa prospettiva, lo specchio unidirezionale e i sistemi di videoregistrazione assumono la funzione di strumenti al servizio della riflessività clinica e della supervisione, piuttosto che semplici dispositivi di osservazione. La ricerca contemporanea evidenzia infatti come il loro valore risieda nella possibilità di favorire pause riflessive, sostenere la formulazione condivisa di ipotesi e offrire restituzioni formulate come possibilità di significato.

1.2.3 L'intervento sistemico tra pragmatica della comunicazione e prospettiva transgenerazionale

L'area di intervento sistemico è vasta e comprende: fasi critiche del ciclo di vita familiare, sintomi o patologie dei figli derivanti da disfunzioni relazionali, problemi di comunicazione e regolazione degli affetti (Andolfi, 2015). L'indagine e l'azione clinica si articolano prevalentemente lungo due assi dimensionali: quello orizzontale della pragmatica della comunicazione nel "qui ed ora" e quello verticale della prospettiva transgenerazionale (Scabini & Cigoli, 2012).

La prima dimensione costituisce un pilastro insostituibile nello studio dei modelli interattivi. Mutuando i contributi fondamentali della Scuola di Palo Alto (Watzlawick et al., 1967), la comunicazione viene esaminata non come un mero passaggio di informazioni, bensì come un comportamento dotato di un preciso valore pragmatico. Il clinico decodifica le transazioni familiari valutando il funzionamento degli assiomi della comunicazione umana: l'impossibilità di non comunicare, la dialettica tra gli aspetti di contenuto e quelli di relazione, le distorsioni legate alla punteggiatura della sequenza di eventi, l'uso del canale digitale e di quello analogico, infine la rigidità delle interazioni simmetriche o complementari.

Tuttavia, l'indagine clinica in ambito sistemico non si limita all'osservazione delle dinamiche relazionali nel "qui ed ora", ma si estende verticalmente lungo un asse

temporale più ampio, includendo anche la dimensione transgenerazionale. L'inquadramento della famiglia all'interno di un contesto evolutivo e storico, con l'estensione dell'analisi a un piano trigenerazionale, consente una rilettura più articolata e complessa dell'individuo e delle sue relazioni attuali. In quest'ottica, la famiglia si configura come un sistema emozionale all'interno del quale miti, legami di lealtà invisibili e modelli di comportamento vengono trasmessi, ereditati ed eventualmente trasformati da una generazione all'altra (Scabini & Cigoli, 2012).

Lo strumento d'elezione a supporto di questo livello di analisi è il genogramma (McGoldrick et al., 2020), ampiamente diffuso nella pratica clinica in ambito sistemico-relazionale. Esso consiste in una rappresentazione grafica della famiglia che prende in esame almeno tre generazioni e consente di visualizzare eventi significativi quali nascite, lutti, separazioni e altre transizioni rilevanti del ciclo di vita familiare. L'utilizzo del genogramma permette di individuare aspetti profondi del funzionamento familiare, come i miti condivisi e i legami di lealtà invisibili che vincolano i membri tra loro, spesso al di là della consapevolezza individuale. Inoltre, favorisce l'identificazione di pattern relazionali ricorrenti che si trasmettono nel tempo, contribuendo a mantenere specifiche modalità di interazione. Infine, promuove un processo di decentramento cognitivo, offrendo ai membri della famiglia la possibilità di riconoscersi come parte di una storia più ampia e complessa, all'interno della quale le esperienze individuali acquistano nuovi significati (Andolfi, 2015).

1.2.4 La prassi terapeutica sistemica

Nella conduzione clinica della seduta, il terapeuta si trova a gestire costantemente la propria posizione all'interno del campo relazionale, considerandosi membro che agisce e reagisce nel sistema terapeutico. Per navigare la complessità sistemica, assume rilevanza il concetto di unione (*joining*), inteso come la capacità strategica del clinico di

modulare la propria vicinanza o distanza rispetto ai diversi sottosistemi familiari. Il terapeuta della famiglia, in un movimento oscillante, è coinvolto oppure si distacca dal sistema familiare; sperimenta le tensioni, l'organizzazione e le modalità comunicative fino a conoscere la famiglia in modo intimo e diretto. Il *joining* non è una postura statica, ma un processo dinamico di affiliazione e disimpegno. Il terapeuta deve saper entrare in risonanza con i vissuti dei singoli membri, creando alleanza, senza tuttavia rimanere invischiato in coalizioni o triangolazioni disfunzionali. Questa "distanza ottimale" permette al clinico di mantenere la funzione di osservatore partecipante (Minuchin, 1976).

Secondo Andolfi (2015), l'obiettivo finale dell'intervento risiede nella progressiva depatologizzazione dell'esperienza soggettiva. In quest'ottica, il sintomo non viene trattato come un'entità nosografica intrinseca all'individuo, ma viene risignificato come una "soluzione disfunzionale" elaborata dal sistema di fronte a un blocco evolutivo o a una transizione critica non superata. Per favorire il superamento di momenti di *impasse* e sollecitare le risorse latenti, la prassi sistemica si avvale frequentemente di tecniche analogiche, tra cui sculture familiari, metafore, immagini, che stimolano e attivano una funzione riflessiva profonda nei membri della famiglia. Ad esempio, attraverso l'esperienza analogica e corporea della scultura, il nucleo sperimenta concretamente nuove possibilità di interazione, facilitando la rottura di pattern rigidi e la progressiva creazione di nuove e più funzionali configurazioni relazionali (Andolfi et al., 1982).

1.3 La tecnica della scultura nella terapia familiare

La tecnica della scultura emerge tra gli anni Settanta e Ottanta, in un clima di profonda innovazione nel campo della terapia familiare. In quegli anni, numerosi terapeuti iniziarono a sperimentare modalità di intervento che superassero il primato del

canale verbale, introducendo strumenti visivi, corporei e sensoriali capaci di cogliere gli aspetti impliciti delle relazioni.

I pionieri di questa metodologia furono Satir (1972) e Duhl et al. (1973), i quali svilupparono la scultura familiare. Questa tecnica prevede che i membri della famiglia si posizionino fisicamente nello spazio così da rappresentare simbolicamente le reciproche distanze emotive, i confini relazionali, le alleanze, le esclusioni e i conflitti presenti nel sistema familiare. Attraverso questa rappresentazione spaziale e corporea, dinamiche spesso inconsapevoli o difficilmente verbalizzabili diventavano osservabili sia per il terapeuta che per la famiglia stessa (Papp et al., 2013). Si configura come tecnica terapeutica di natura non verbale, dinamica, simbolica, la quale si fonda su tre dimensioni cardine: la comunicazione non verbale, l'interazione nel qui ed ora, l'esperienza messa in atto (Sequeira, 2020).

Successivamente, terapeuti sistemici come Minuchin (1976) integrarono nel setting clinico la messa in scena delle dinamiche familiari disfunzionali, incoraggiando i membri a sperimentare nuove modalità di interazione e differenti configurazioni relazionali (Papp et al., 2013).

All'inizio degli anni Ottanta, Papp (1982) estese l'applicazione dello strumento alla terapia di coppia, introducendo la "coreografia di coppia". In questo modello, i partner erano invitati a rappresentare metaforicamente la propria relazione attraverso immagini simboliche e configurazioni corporee. L'obiettivo era quello di superare rigidità comunicative, accuse reciproche e modalità relazionali fortemente razionalizzate, favorendo invece una comunicazione più autentica, emotiva e simbolica. La dimensione corporea e metaforica della scultura consentiva infatti di accedere a contenuti profondi che spesso rimanevano esclusi dal dialogo verbale.

Nel tempo, la scultura familiare è stata progressivamente integrata in differenti orientamenti terapeutici e adattata a molteplici contesti clinici. Tuttavia, ha mantenuto invariata la sua funzione principale: rendere visibili e concretamente rappresentabili le dinamiche interattive del sistema familiare o di coppia, facilitando la costruzione di nuove possibilità relazionali attraverso l'esperienza vissuta piuttosto che attraverso la sola verbalizzazione. Ancora oggi essa viene considerata uno strumento terapeutico particolarmente efficace per esplorare aspetti emotivi impliciti, difese individuali, blocchi comunicativi e configurazioni relazionali rigide (Sequeira, 2020).

1.3.1 Applicazioni cliniche

Dal punto di vista teorico e metodologico, la scultura può essere definita come una tecnica esperienziale che utilizza il corpo, la disposizione nello spazio e il linguaggio metaforico per rappresentare emozioni, vissuti, conflitti e modelli relazionali presenti all'interno del sistema familiare. Attraverso la costruzione di immagini corporee, ciascun partecipante rappresenta la percezione che ha di sé, dell'altro e della relazione.

In questa cornice, la comunicazione non verbale (Watzlawick et al., 1967), ovvero postura, contatto corporeo, distanza interpersonale e orientamento spaziale, assume una funzione centrale e diviene un indicatore privilegiato dell'organizzazione relazionale del sistema familiare. La tecnica si configura pertanto come uno strumento elettivo per accedere ai livelli impliciti della comunicazione, spesso più informativi delle interazioni verbali esplicite.

Le immagini create durante la scultura permettono infatti di accedere a contenuti emotivi profondi, spesso non pienamente consapevoli. Attraverso la rappresentazione corporea e simbolica, il terapeuta può osservare aspetti della relazione difficilmente accessibili mediante il solo linguaggio verbale. Inoltre, la scultura si caratterizza per la sua dimensione concreta e attiva, in cui emozioni e conflitti vengono messi in scena,

diventando visibili, osservabili e potenzialmente trasformabili. In questo senso, essa si configura anche come uno strumento di intervento terapeutico, in grado di favorire la rielaborazione dei significati e l'emergere di nuove configurazioni relazionali (Onnis et al., 1994; Papp et al., 2013; Sequeira, 2020).

Hearn e Lawrence (1985) definiscono la scultura familiare (*family sculpting*) una metodologia capace di rendere immediatamente osservabili le configurazioni relazionali interne alla famiglia, rivelando alleanze, gerarchie, conflitti, ambivalenze e posizioni di vulnerabilità. A tale proposito, tali autori affrontano il tema del ruolo dell'ambiguità comunicativa. La scultura permette infatti di rappresentare simultaneamente messaggi relazionali contraddittori, come vicinanza fisica accompagnata da distanza emotiva, oppure posture corporee che comunicano contemporaneamente apertura e rifiuto. In questo modo, la tecnica consente di visualizzare efficacemente ambivalenze e dinamiche paradossali presenti nelle relazioni familiari. Gli autori evidenziano inoltre l'efficacia della scultura nel lavoro clinico con i bambini, definendola una modalità fortemente *child-centred*. La prevalenza della dimensione corporea e non verbale rende infatti questa metodologia particolarmente accessibile ai minori, permettendo loro di esprimere vissuti ed esperienze relazionali in maniera spontanea. Parallelamente, la tecnica favorisce negli adulti il contatto con aspetti emotivi e regressivi della propria esperienza personale, facilitando l'emersione di contenuti affettivi difficilmente accessibili attraverso il linguaggio verbale.

Dal punto di vista clinico, la scultura trova impiego elettivo quando la coppia o la famiglia si trovano in una situazione di *impasse* relazionale caratterizzata da rigidità comunicative, conflitti ricorrenti o blocchi emotivi (Papp et al., 2013). In tali circostanze, essa offre una modalità alternativa di esplorazione del problema, permettendo ai membri della famiglia di rappresentare visivamente e corporalmente il proprio vissuto.

La scultura viene impiegata quando il terapeuta desidera far emergere significati impliciti, vulnerabilità o aspettative inconsapevoli, nonché nei momenti critici del ciclo di vita familiare, come lutti, malattie o migrazioni, che possono alterare profondamente gli equilibri relazionali.

Nelle situazioni di *impasse* relazionale, le coppie tendono a sviluppare quello che Papp et al. (2013) definiscono un “calco relazionale”, ossia modalità stereotipate e rigide di interazione che limitano progressivamente l’espressione del Sé all’interno della relazione. La scultura spesso rende visibile tale configurazione, favorendo il riconoscimento delle reciproche vulnerabilità e l’apertura al cambiamento. Pertanto, la tecnica viene utilizzata anche come strumento di monitoraggio del cambiamento terapeutico. Ripetere la scultura in diversi momenti della terapia permette infatti di osservare l’evoluzione della relazione e i cambiamenti intercorsi all’interno del sistema familiare o di coppia.

Un’applicazione clinica di grande rilievo riguarda, infine, le famiglie cosiddette psicosomatiche. Onnis et al. (1994) descrivono l’efficacia dell’integrazione tra la “scultura del presente” e la “scultura del futuro”, contesti in cui a ciascun membro viene chiesto di rappresentare la famiglia come è nell’attualità e come la immagina nell’avvenire. In queste famiglie emerge frequentemente una forte resistenza al cambiamento: le configurazioni relazionali tendono a rimanere immutate oppure il cambiamento viene vissuto come una minaccia piuttosto che come un’opportunità evolutiva. Inoltre, è stato evidenziato come una delle caratteristiche più tipiche di queste famiglie sia la tendenza a evitare il conflitto e l’espressione diretta delle emozioni, mantenendo una condizione di “pseudo-armonia” sistemica. In questa prospettiva, il sintomo psicosomatico viene interpretato non come un problema esclusivamente individuale, ma come espressione dell’intero sistema familiare. La scultura permette

dunque di utilizzare un linguaggio terapeutico analogo a quello del sintomo corporeo, offrendo al terapeuta nuove possibilità interpretative e favorendo l'emersione delle dinamiche emotive implicite che regolano il funzionamento familiare.

Come affermato nell'introduzione, in virtù di tali caratteristiche cliniche, la scultura assume il ruolo di un vero e proprio strumento in grado di tradurre in indicatori visivi e concreti l'efficacia del percorso terapeutico analizzato.

1.4 La Scultura Familiare Dialogica

I recenti sviluppi dell'approccio sistemico-dialogico offrono l'opportunità di riesaminare le caratteristiche della "scultura familiare" e di elevarla a metodo coerente con i principi sistemico-dialogici. In questo progetto di ricerca presentiamo la Scultura Familiare Dialogica ("*Dialogical Family Sculpting*") come metodo per gli interventi clinici, sviluppato recentemente da una équipe di clinici e ricercatori (Baiardo, Everri, Matricardi, Migliorini & Cardinali, 2026, manoscritto sottoposto a revisione).

Nella formulazione originale della tecnica, il terapeuta colloca i membri della famiglia nello spazio oppure chiede a uno o più di essi di disporre gli altri (ed eventualmente se stessi) in relazione reciproca – per quanto riguarda postura, collocazione spaziale e atteggiamento – al fine di rappresentare la percezione che chi dispone la scena ha della famiglia, sia in termini generali sia in riferimento a una situazione o a un conflitto specifici. I membri della famiglia sono incoraggiati a esprimere la propria percezione delle dinamiche familiari attraverso la vicinanza, la postura e lo sguardo, offrendo così una rappresentazione visiva unica dei ruoli e delle relazioni familiari (Duhl et al., 1973).

Attraverso la scultura, le dinamiche familiari emergono in modi che le descrizioni verbali dei membri non riuscirebbero a riflettere adeguatamente: i familiari possono esteriorizzare tensioni e conflitti latenti difficilmente esprimibili attraverso la

comunicazione verbale, una modalità particolarmente utile per le famiglie con bambini piccoli o con difficoltà comunicative (Satir, 1972). Mediante la tecnica, il terapeuta favorisce l'espressione di quell'insieme implicito di relazioni, ruoli, percezioni reciproche e aspettative che sono alla base del funzionamento familiare. Attraverso la scultura familiare, le famiglie possono offrire una rappresentazione della propria struttura più fedele rispetto a quella che emerge dalle loro descrizioni verbali (Satir & Baldwin, 1983).

Più recentemente, Sequeira (2020) ha proposto un'inquadratura postmoderna della tecnica della scultura familiare ("*family sculpting*"), articolata in cinque fasi, per mettere in luce le narrazioni dominanti, consentire l'emergere di narrazioni sub-dominanti e introdurre cambiamenti nelle storie, nelle relazioni e nelle interazioni familiari attraverso l'esperienza, piuttosto che attraverso il discorso.

La letteratura sulla scultura familiare evidenzia la rilevanza di questa tecnica nella pratica della terapia familiare sistemica e il suo impiego all'interno di diversi paradigmi, approcci sistemici e interventi. Tuttavia, finora la scultura familiare è stata concepita prevalentemente come una tecnica integrabile in approcci differenti.

Il gruppo di ricerca ritiene che l'epistemologia sistemico-dialogica contemporanea offra l'opportunità di innovare la scultura familiare e di elevarla a metodo coerente con i principi dialogici.

La svolta linguistica nella terapia familiare sistemica ha posto il linguaggio e la co-costruzione di significato tra terapeuta e osservatore al centro degli interventi terapeutici (Everri & Fruggeri, 2014): la dimensione individuale e quella interpersonale si trasformano in processi dialettici in cui le prospettive vengono scambiate, negoziate e ridefinite (Gergen, 2009), e il terapeuta adotta qualità quali l'umiltà, la fiducia e la disponibilità a esplorare l'ignoto insieme alla famiglia (Anderson, 1997). Ciò richiede non solo di porre domande, ma anche di rispettare le narrazioni della famiglia, sintonizzarsi

sui suoi ritmi emotivi e relazionali e creare uno spazio coerente in cui tali dialoghi possano dispiegarsi.

I dialoghi terapeutici sono dunque incarnati (“*embodied*”), ovvero si realizzano nel flusso di sintonie corporee tra terapeuti e utenti, attraverso conversazioni interne ed esterne vissute nel momento dell'incontro terapeutico (Seikkula, 2011).

La scultura familiare, con la sua enfasi sui corpi e sulle esperienze emotive dei partecipanti, possiede il potenziale per essere adattata in modo da favorire l'incarnazione di dialoghi trasformativi, creando così un ponte tra verbale e non verbale, tra emozioni e pensieri, tra esperienza e costruzione di significato.

1.4.1 Le caratteristiche principali della Scultura Familiare Dialogica

La Scultura Familiare Dialogica è stata concepita come un metodo per interventi e formazione in ambito sistemico, coerente con gli approcci dialogici contemporanei della pratica e dei metodi sistemici. Più nello specifico, il principio guida nello sviluppo della Scultura Familiare Dialogica è la concezione, proposta da Seikkula et al. (2018), del dialogo come qualcosa che emerge dall'interazione incarnata, definita “*embodied*”: i partecipanti, incluso il terapeuta, dialogano attraverso le parole e il corpo, mettendo in atto pensieri ed emozioni con la facilitazione del terapeuta. Parallelamente, una caratteristica chiave della Scultura Familiare Dialogica è l'uso del corpo da parte del terapeuta che è coinvolto, attivato e impegnato durante la scultura.

La presenza corporea del terapeuta diventa un elemento che offre spunti, rappresenta e interagisce con la presenza corporea dei membri della famiglia, creando una nuova struttura relazionale fisica a partire da ciò che i partecipanti portano in terapia o in formazione. In altre parole, il terapeuta lavora in prossimità e a contatto fisico con i partecipanti, toccandoli e spostandoli fisicamente.

Inoltre, le informazioni che il terapeuta riceve attraverso la propria esperienza corporea diventano una delle fonti principali per formulare ipotesi relazionali. Il terapeuta usa il corpo per riposizionare i membri della famiglia, per proporre configurazioni relazionali alternative e per crearne di nuove, valutando così le dinamiche fisico-emotive associate ai cambiamenti proposti. Il posizionamento del terapeuta si attua quindi attraverso l'uso del corpo e la verbalizzazione di ipotesi, domande e riflessioni nelle diverse fasi della scultura.

Un altro aspetto centrale della Scultura Familiare Dialogica, in linea con l'approccio sistemico-dialogico (Bertrando & Lini, 2019), è la presenza di due terapeuti durante lo svolgimento della tecnica. La co-conduzione nella pratica sistemica è una modalità nota e utilizzata fin dalle origini: offre il vantaggio di cogliere le complessità derivanti dall'*embodiment* di dialoghi diversi che si svolgono simultaneamente. Il contributo di Hornova (2020) ha ispirato il perfezionamento della tecnica in chiave dialogica della co-terapia: solitamente, un terapeuta guida la scultura, mentre l'altro assume una posizione di osservazione e dialoga con il terapeuta conduttore, sia in presenza (nella stessa stanza) che da remoto, tramite telefonate. Il dialogo tra i terapeuti e i partecipanti in posizione di ascolto consente inoltre di riprodurre un piccolo "team riflettente" (Andersen, 1987), in grado di favorire feedback e interazioni successivi, convogliati poi in altre sculture.

Nell'ambito di un approccio dialogico, le interazioni familiari possono essere intese come processi di assunzione di posizione (*stance-taking*), in cui gli individui assumono posizioni di natura triadica, circolare, interdipendente e co-costruita all'interno del sistema familiare (Everri & Fruggeri, 2014). In tal modo, i membri della famiglia contribuiscono a regolare le distanze interpersonali, a ridefinire ruoli, regole e gerarchie familiari e a riconoscere le competenze emergenti dei singoli membri. Anche il terapeuta

partecipa a questo processo e, attraverso il proprio corpo e le domande poste, facilita l'incarnazione delle posizioni dei clienti, contribuendo così alla creazione di nuove sculture familiari.

1.4.2 I principi operativi

La Scultura Familiare Dialogica (Baiardo, Everri, Matricardi, Migliorini & Cardinali, 2026, manoscritto sottoposto a revisione) si articola in quattro fasi operative allineate a un approccio sistemico-dialogico:

Fase 1: Introduzione alla Scultura Familiare Dialogica – tollerare l'incertezza. Il terapeuta introduce la tecnica nella prima parte della seduta senza fornire dettagli specifici sulla scultura. Spiega che i partecipanti dovranno muoversi nello spazio per "mostrare" ciò che sta accadendo nella loro famiglia nel presente. La scelta di non fornire troppe informazioni mira a favorire la spontaneità della scultura iniziale, riducendo al minimo la mediazione del pensiero razionale. L'elemento sorpresa, creato dall'introduzione di una componente fisica in uno spazio tipicamente dominato dallo scambio verbale, contribuisce spesso a generare un maggiore coinvolgimento tra i familiari rimasti fino a quel momento in posizione marginale. I partecipanti (terapeuta e familiari) attraversano una fase di incertezza che richiede di tollerare l'indeterminatezza di ciò che accadrà successivamente.

Fase 2: La prima scultura dialogica – negoziare le posizioni attraverso processi di assunzione di una postura. Ciò spinge i partecipanti ad avviare una negoziazione su come posizionarsi e a decidere chi inizierà. Tale negoziazione iniziale fornisce informazioni preziose sui ruoli familiari e sulle dinamiche relazionali connesse al problema presentato o all'impasse, sia in ottica clinica che formativa. In questa fase iniziale, il terapeuta può intervenire ponendo domande esplorative basate sui movimenti osservati, ad esempio: *"Come ti senti in questa posizione rispetto a come lei ti ha collocato prima?"*.

Durante l'intera esperienza, il terapeuta adotta una duplice postura: osserva i movimenti dei partecipanti e riflette sulle proprie ipotesi, sui dialoghi interiori e sulle risonanze, invitando i vari membri a esplicitare i significati e le emozioni sottostanti che attribuiscono alla configurazione scolpita. Inoltre, il terapeuta favorisce la polifonia e la coesistenza di prospettive diverse (Bakhtin, 1984): tutti i partecipanti sono attivamente coinvolti nell'esplorare configurazioni differenti e nello sperimentare diverse modalità di essere attraverso l'assunzione di posture diverse.

Fase 3: Dare corpo ai dialoghi per un cambiamento positivo attraverso le micro-transizioni. Il dialogo tra terapeuta e pazienti si dispiega attraverso il movimento dei loro corpi e le conversazioni che li accompagnano, ovvero le loro "prese di posizione" (*"stances"*). Attraverso questi movimenti e la messa in atto corporea di diverse configurazioni (sia da parte del terapeuta che dei pazienti), vengono esplorate e valutate alcune ipotesi una volta completata la scultura e quando il terapeuta chiede ai partecipanti come si sono sentiti in quella posizione rispetto a quelle precedenti all'interno delle configurazioni scolpite (ad es.: *"Come ti senti in questa posizione? È meglio o peggio di prima?"*).

Le ipotesi provvisorie del terapeuta nascono dall'osservazione della configurazione emergente della scultura e vengono proposte partecipando attivamente alla scultura stessa, ad esempio sedendosi tra i due genitori, oppure spostando i partecipanti per crearne una diversa. Si tratta di una messa in atto corporea di emozioni e pensieri favorita da una danza di "parole e corpi" – un processo di presa di posizione – che permette l'emergere delle risorse e delle vulnerabilità dei partecipanti, nonché di dinamiche relazionali inespresse (o invisibili). La combinazione di dialogo e sculture in movimento attiva una nuova esperienza corporea capace di suscitare emozioni e ricordi.

In questa fase, i dialoghi prendono corpo e i movimenti fisici si intrecciano allo svolgersi delle conversazioni; i partecipanti sperimentano diverse sculture. Il ritmo della transizione da una scultura all'altra dipende dalla presentazione del problema, dai temi emergenti e dal numero di partecipanti. Inoltre, tali cambiamenti riflettono le ipotesi provvisorie del terapeuta o dei clienti. Si tratta di interazioni che diventano visibili attraverso processi di presa di posizione, micro-transizioni e cambiamenti micro-interazionali (Everri et al., 2014): il terapeuta può chiedere a un membro della famiglia di guardare un altro familiare e avvicinarsi, oppure può accadere che un membro della famiglia proponga spontaneamente di avvicinarsi a un altro.

Le micro-transizioni possono essere intese come manifestazioni corporee dei processi di presa di posizione. Mentre i partecipanti si ricollocano, regolando lo sguardo, la vicinanza e l'orientamento del corpo, mettono in atto nuove valutazioni e allineamenti all'interno del campo relazionale, trasformando così le posizioni assunte in precedenza.

Fase 4: Chiusura – valorizzazione e validazione del feedback dei partecipanti. La Scultura Familiare Dialogica può occupare l'intera seduta o solo una parte di essa e può essere utilizzata in diverse fasi di un percorso terapeutico. Ciò dipende dagli obiettivi terapeutici del terapeuta, dalla presentazione del problema e dalle caratteristiche dei partecipanti. I ricercatori concordano con Papp et al. (2013) sul fatto che la scultura familiare si concluda una volta individuata, per tutti i partecipanti, una condizione di benessere, soddisfazione e senso di sé all'interno della relazione. Di solito, il terapeuta pone domande simili a quelle della fase iniziale, iniziando dalla persona che ha realizzato la prima scultura; ad esempio: *"Se pensi alla Scultura Familiare Dialogica che hai realizzato all'inizio di questa seduta, noti qualcosa di diverso? E come ti fa sentire?"*. Questa domanda consente al terapeuta di raccogliere feedback sui processi attivati

durante la seduta e di decidere se concludere la scultura per quella sessione o proseguire nella seduta successiva.

Capitolo 2: Il *coparenting* nell'approccio sistemico-relazionale

La letteratura scientifica ha ampiamente dimostrato come la cogenitorialità (*coparenting*) rappresenti un fattore cardine per lo sviluppo olistico e l'adattamento del bambino, nonché per il benessere e il funzionamento dell'intero sistema familiare (Feinberg, 2003; Campbell, 2023). Alla luce delle numerose evidenze empiriche, la qualità del *coparenting* sembra essere un fattore rilevante nello sviluppo infantile dalla prima infanzia fino alla tarda adolescenza (Teubert & Pinquart, 2010).

Un *coparenting* positivo ed efficace, basato su sostegno, rispetto, comunicazione e cooperazione, si associa a un'elevata qualità del rapporto coniugale (Ronaghan et al., 2024), a comportamenti genitoriali coinvolgenti e sensibili (Wang & Schoppe-Sullivan, 2023) e a un positivo adattamento socio-emotivo del bambino (Yoon et al., 2024). Un *coparenting* funzionale non si esaurisce però nell'assenza di conflitti distruttivi. Già Weissman e Cohen (1985) sottolineavano che una buona alleanza genitoriale richiede interesse verso i figli, comunicazione continua e la capacità di valorizzare e rispettare l'investimento educativo dell'altro genitore. Al contrario, la discrepanza e il disaccordo sulle linee educative aumentano la probabilità di conflitti sistemici (Margolin et al., 2001), compromettendo il clima familiare.

La ricerca degli ultimi decenni ha ampiamente indagato e riconosciuto l'impatto della relazione coniugale e della genitorialità individuale (*parenting*) sul benessere della famiglia e sullo sviluppo dei figli (McHale, 1995; Feinberg & Kan, 2008); viceversa, lo studio delle dinamiche di *coparenting* è rimasto a lungo in secondo piano. Solo in tempi più recenti la letteratura ha rivolto crescente attenzione a questo costrutto, riconoscendolo come una dimensione distinta, sebbene strettamente interconnessa, rispetto alla relazione di coppia (Margolin et al., 2001; Campbell, 2023).

Alla luce di tali premesse, il presente capitolo si propone di esaminare l'evoluzione teorica e concettuale del *coparenting*, analizzandone le dimensioni costitutive, i modelli di riferimento e le implicazioni per la pratica clinica.

2.1 Origini e sviluppo del costrutto

Il *coparenting* si configura come uno dei processi più rilevanti nel panorama degli studi contemporanei sulle relazioni familiari (McHale & Lindahl, 2011). Più nello specifico, esso descrive la dinamica psicologica e relazionale che intercorre tra gli adulti responsabili della cura, della crescita e della socializzazione di uno o più bambini, includendo l'esperienza emotiva dell'essere co-genitore (McHale, 2012). Tale costrutto descrive il modo in cui le figure genitoriali interagiscono tra loro nel ruolo di genitore, ma anche le modalità con cui essi condividono la *leadership*, risolvono disaccordi e si sostengono, o si ostacolano, reciprocamente riguardo ai loro doveri genitoriali (Feinberg, 2003; McHale & Lindahl, 2011).

Come evidenzia Feinberg (2003), esiste una distinzione fondamentale tra *parenting* e *coparenting*: il primo descrive gli stili e le pratiche che ciascun caregiver esprime individualmente nella propria interazione con il figlio, il secondo invece si focalizza sulle dinamiche relazionali tra genitori e sulla loro sincronizzazione nella cura dei figli. In altri termini, il *parenting* riguarda gli scambi verticali tra genitore e figlio, mentre il *coparenting* gli scambi orizzontali tra adulti; a tal proposito, McHale (2007) sottolinea come il *coparenting* rappresenti un dovere condiviso tra le figure responsabili dell'accudimento e dell'educazione del minore.

Il costrutto del *coparenting* affonda le sue radici nella teoria dei sistemi familiari e, in particolare, nel modello strutturale di Salvador Minuchin (1976). Secondo questo approccio, la diade di adulti responsabili della socializzazione dei bambini costituisce il "sottosistema esecutivo", le cui competenze principali riguardano la costruzione di un

accordo e un sostegno reciproci e il mantenimento di una chiara gerarchia intergenerazionale all'interno del sistema familiare. L'autore sostiene pertanto che lo sviluppo emotivo sano dei figli sia favorito da una *leadership* genitoriale collaborativa e dal mantenimento di chiari confini generazionali. In quest'ottica, un sistema familiare funzionale si organizza per distinguere il ruolo degli adulti, investiti dell'autorità e della responsabilità della cura, da quello dei bambini. Questa netta differenziazione previene il rischio di inversione dei ruoli e garantisce la chiarezza sistemica necessaria affinché ciascun membro della famiglia possa dedicarsi ai propri compiti evolutivi. All'interno della cornice sistemica, la relazione cogenitoriale costituisce un sottosistema autonomo e fondamentale, distinto da tutti gli altri sottosistemi familiari, come la relazione coniugale, i legami diadici genitore-figlio o il sottosistema della fratria (Minuchin, 1976; McHale, 1997; Van Egeren & Hawkins, 2004; Teubert & Pinquart, 2010). In quest'ottica, la distinzione tra relazione coniugale e relazione cogenitoriale aiuta a comprendere perché i genitori con alta conflittualità di coppia possono comunque crescere i propri figli in modo competente ed efficace (Margolin et al., 2001; McHale, 2010).

Parallelamente ai contributi sistemici, lo sviluppo del concetto di *coparenting* è stato fortemente influenzato da studi osservazionali nel campo della psicologia dello sviluppo. L'analisi diretta delle interazioni triadiche (madre-padre-bambino) ha portato i ricercatori a superare la visione diadica tradizionale, evidenziando la specificità del *coparenting* e la sua distinzione rispetto alla relazione genitore-figlio e al legame di coppia (McHale, 1995).

L'impulso empirico alla ricerca sul *coparenting* è derivato dagli studi sulla transizione al divorzio. Tra la fine degli anni '70 e l'inizio degli anni '80, parallelamente all'aumento dei tassi di divorzio negli Stati Uniti e alle evidenze cliniche sui problemi comportamentali e di adattamento dei figli in contesti di separazione (Hetherington et al.,

1985), la ricerca ha progressivamente focalizzato l'attenzione sulla qualità della relazione di *coparenting* tra gli ex coniugi e sulla sua influenza sul benessere dei figli dopo il divorzio (Ahrons, 1981). I dati empirici hanno dimostrato come l'esposizione a regole incoerenti e a costanti conflitti interparentali costituisca un fattore di rischio evolutivo, mentre il mantenimento di una comunicazione efficace e di una continuità educativa tra i genitori agisca come un potente fattore protettivo per lo sviluppo psicologico della prole (McHale & Lindahl, 2011).

Successivamente, la letteratura ha esteso l'indagine sul *coparenting* alle famiglie non divorziate (McHale, 1997), ampliando l'oggetto di studio per includere non soltanto le dimensioni negative, ma anche gli aspetti positivi. Oggi la ricerca ha evidenziato l'importanza del *coparenting* per comprendere il funzionamento familiare in qualsiasi assetto familiare: famiglie intatte, separate/divorziate, ricostituite, in condizioni di vulnerabilità, appartenenti a diverse etnie e contesti socioeconomici, con genitori gay o lesbiche oppure con genitori biologici e affidatari che devono coordinarsi nell'educazione del bambino (McHale & Lindahl, 2011).

2.1.1 Dimensioni e modelli teorici

Il *coparenting* si configura nella letteratura scientifica come un costrutto complesso e multidimensionale, sebbene revisioni teoriche ed evidenze empiriche mostrino alcune divergenze nelle sue concettualizzazioni sottostanti.

In termini generali, esso viene operazionalizzato attraverso il grado di coordinamento tra gli adulti nella cura e nell'educazione della prole, nonché dal modo in cui ciascun partner sostiene e legittima il ruolo genitoriale dell'altro (Lamela & Figueiredo, 2016). Negli anni sono stati proposti diversi ambiti di *coparenting* tra cui: l'accordo educativo, la cooperazione, il supporto reciproco, la svalutazione del partner, la divisione dei compiti, la gestione congiunta delle dinamiche familiari, la promozione

dell'integrità familiare, il conflitto manifesto, la denigrazione del partner assente e la triangolazione (Feinberg, 2003; Teubert & Pinquart, 2010; Van Egeren & Hawkins, 2004).

Il dibattito sulla scomposizione fattoriale del costrutto ha visto lo sviluppo di diversi modelli teorici. I primi contributi empirici oscillavano tra modelli a tre categorie, basati principalmente sulle dimensioni di cooperazione, conflitto e triangolazione (Margolin et al., 2001), e modelli a quattro dimensioni interconnesse (Feinberg, 2003). Sulla base di una meta-analisi della letteratura, Teubert e Pinquart (2010) hanno ricondotto le principali dimensioni del *coparenting* a quattro macro-aree ricorrenti: la cooperazione, intesa come lo scambio di informazioni in un clima di rispetto e lealtà; l'accordo sugli orientamenti educativi e di cura del bambino; il conflitto, inteso come sabotaggio e denigrazione della genitorialità altrui; e infine la triangolazione, ovvero la tendenza a creare alleanze disfunzionali con il figlio, ponendolo al centro delle dispute di coppia.

Tra i quadri teorici di maggior rilievo compare il modello di *coparenting* proposto da Feinberg (2003), il quale si articola in quattro domini principali tra loro sovrapposti. Il primo dominio è l'accordo/disaccordo sull'educazione dei figli, ovvero il grado di consenso tra le figure genitoriali rispetto alle pratiche educative e alla crescita della prole; nello specifico, la convergenza su valori morali, aspettative comportamentali, strategie di disciplina, bisogni emotivi, standard educativi, regole sulla sicurezza e sulle frequentazioni con i coetanei. La letteratura evidenzia come bassi livelli di accordo aumentino la conflittualità tra genitori e siano associati a problemi comportamentali nei figli (Schoppe-Sullivan et al., 2007).

Il secondo dominio riguarda il supporto/svalutazione cogenitoriale, che misura la qualità del sostegno reciproco e della comunicazione tra i partner nel loro ruolo di

genitori. Il versante positivo si esprime attraverso l'affermazione della competenza genitoriale dell'altro, il riconoscimento dei suoi contributi, la comunicazione efficace e il sostegno alle sue decisioni; mentre il versante negativo si manifesta nel minare l'autorità del partner attraverso critiche palesi o occulte, denigrazioni e attribuzioni di colpe.

La divisione del lavoro rappresenta la terza dimensione e riguarda la ripartizione dei compiti legati alla cura dei figli, comprendenti sia la routine quotidiana che la gestione di questioni finanziarie, legali e mediche. Questa componente risulta associata ai livelli di stress e depressione genitoriale, ma anche alla qualità coniugale. La ricerca evidenzia che la percezione soggettiva di equità nella divisione dei compiti è psicologicamente molto più importante del carico di lavoro effettivo (Belsky & Hsieh, 1998).

Infine, il quarto dominio concerne la gestione congiunta delle dinamiche familiari, ovvero il livello di collaborazione dei partner nella gestione del funzionamento complessivo e della coesione del sistema familiare. Si esplica nella capacità di stabilire norme relazionali, regolare l'equilibrio interattivo nelle situazioni triadiche e, soprattutto, proteggere il bambino dai conflitti di coppia.

A partire da interviste qualitative condotte con neogenitori, Feinberg et al. (2012) hanno proposto di integrare la dimensione di "vicinanza basata sulla genitorialità", che descrive la connessione emotiva dei genitori come squadra, la possibilità di celebrare insieme i traguardi di sviluppo del figlio e di assistere alla crescita dell'altro partner nel suo ruolo genitoriale. Infine, Van Egeren e Hawkins (2004) propongono una diversa concettualizzazione del costrutto che sintetizza i contributi precedenti ed è organizzata in quattro macro-dimensioni: la solidarietà nella cogenitorialità (il legame emotivo, la sintonia e la crescita reciproca come co-genitori), il supporto alla cogenitorialità (l'insieme di azioni e percezioni che convalidano l'operato dell'altro), l'indebolimento

della cogenitorialità (l'insieme di dinamiche competitive ed ostacolanti) e la genitorialità condivisa (il coinvolgimento congiunto nella cura).

Nel complesso, i diversi modelli teorici convergono nel considerare il *coparenting* un costrutto multidimensionale. Le differenze riguardano prevalentemente l'organizzazione delle dimensioni piuttosto che la loro natura, evidenziando un ampio consenso sul ruolo della qualità della relazione coparentale nel funzionamento della famiglia e nello sviluppo del bambino.

2.2 Il *coparenting* nella terapia sistemico-relazionale

L'impatto del *coparenting* sullo sviluppo e sull'adattamento psicologico dei figli è ampiamente documentato sia nelle famiglie intatte sia in quelle che hanno affrontato una separazione o un divorzio. In linea generale, un *coparenting* negativo, caratterizzato da conflittualità, triangolazione e scarsa cooperazione, si associa ad esiti evolutivi sfavorevoli, tra cui difficoltà nelle relazioni con i pari e problemi comportamentali di tipo sia esternalizzante sia internalizzante (McHale & Lindahl, 2011; Teubert & Pinquart, 2010). L'esposizione a un *coparenting* distruttivo influisce negativamente sulle risposte emotive e sul senso di sicurezza del bambino sia nel breve che nel lungo termine. Al contrario, il mantenimento di un'alleanza coparentale efficace, cooperativa e supportiva, anche in assenza della relazione coniugale, costituisce un fattore protettivo, tutelando l'adattamento psicosociale dei figli e il benessere dei genitori stessi (Pires & Martins, 2021).

La rilevanza clinica del costrutto emerge in modo particolare durante le transizioni familiari critiche, come la separazione o il divorzio. A questo proposito, Lamela e Figueiredo (2016) evidenziano come lo scioglimento del legame di coppia non dissolva il sistema familiare, bensì richieda una profonda riorganizzazione dei suoi sottosistemi. In questo scenario, la qualità del *coparenting* post-divorzio, più che la separazione in sé,

rappresenta un importante fattore associato al benessere psicologico dei minori. In particolare, gli stessi autori evidenziano che dinamiche coparentali disfunzionali, caratterizzate da elevati livelli di conflitto, triangolazione, ostilità e scarsa cooperazione, sono significativamente associate a maggiori problemi di adattamento e a un incremento dei sintomi di internalizzazione ed esternalizzazione, configurandosi come uno dei principali processi attraverso cui la separazione può influenzare lo sviluppo psicologico dei figli.

2.2.1 Il *coparenting* nella prospettiva sistemica

Il costrutto del *coparenting* trova i suoi presupposti concettuali più solidi all'interno della Teoria dei Sistemi Familiari (*Family Systems Theory*) sviluppata da Bowen (1978), secondo cui la famiglia costituisce un sistema emotivo interdipendente nel quale i comportamenti individuali assumono significato all'interno della complessa rete relazionale. In questa prospettiva, ogni membro del sistema influenza ed è a sua volta influenzato dagli altri, rendendo necessario un approccio orientato non al singolo individuo, ma alle dinamiche relazionali che ne regolano il funzionamento. L'autore ha anche evidenziato il ruolo della triangolazione nei sistemi familiari caratterizzati da elevata tensione emotiva, mostrando come il figlio possa essere coinvolto nei conflitti irrisolti della coppia genitoriale.

Tale cornice è stata successivamente approfondita dall'approccio strutturale di Minuchin (1976), che concepisce la famiglia come una struttura organizzata in sottosistemi distinti ma interconnessi, regolati da precisi confini, funzioni e gerarchie. All'interno di questo modello, l'autore introduce il concetto di "sottosistema esecutivo", distinto sia dal sottosistema coniugale che dal sottosistema dei fratelli. La chiarezza dei confini tra tali sottosistemi costituisce un indicatore fondamentale del funzionamento familiare: la distinzione tra il ruolo degli adulti e quello dei figli previene l'inversione dei

ruoli e contribuisce a mantenere la stabilità del nucleo; al contrario, quando tali confini risultano eccessivamente rigidi o scarsamente definiti, i bambini possono essere coinvolti nelle tensioni familiari e questo può favorire l'insorgenza di sintomatologia psicologica.

L'interdipendenza tra i due sottosistemi e, al contempo, la loro reciproca influenza è coerente con il modello ecologico di Feinberg (2003), in cui la relazione coniugale e la relazione di *coparenting* sono collegate in modo bidirezionale. Da un lato, i partner portano nel *coparenting* la qualità preesistente del loro legame; dall'altro la relazione di *coparenting*, una volta stabilita, diventa cruciale nelle interazioni quotidiane e influenza significativamente la soddisfazione coniugale successiva.

Questo delicato equilibrio sistemico si manifesta con particolare evidenza nei contesti di separazione o divorzio, dove l'adattamento della prole dipende dalla capacità degli ex partner di ridefinire i confini relazionali (Minuchin, 1976), imparando a cooperare pur conducendo vite separate (Ahrons, 1981). Come già accennato in precedenza, confini troppo rigidi o diffusi possono compromettere l'organizzazione familiare, favorendo dinamiche triangolari nelle quali il figlio viene coinvolto nei conflitti tra i genitori (Bowen, 1978). In alternativa, può verificarsi un'ambiguità dei confini quando gli ex partner faticano a definire i rispettivi ruoli all'interno della nuova configurazione coparentale (Hardesty et al., 2012). Promuovere una relazione di *coparenting* collaborativa rappresenta una strategia fondamentale per prevenire la triangolazione e le problematiche legate alla definizione dei confini (Steinbach, 2024). A livello clinico, per raggiungere questa collaborazione è indispensabile favorire una comunicazione aperta, la negoziazione diretta delle regole e il mantenimento di una gerarchia genitoriale chiara ed efficace (Galovan & Schramm, 2017).

Secondo Bryner (2001), gli interventi attuati durante e dopo il divorzio dovrebbero focalizzarsi sulla famiglia intesa come sistema in fase di riorganizzazione. In tale

prospettiva, appare prioritario intervenire sulle dinamiche conflittuali tra i genitori, poiché il conflitto interparentale persistente può incidere negativamente sull'adattamento dei figli.

Gattis et al. (2008), attraverso uno studio longitudinale, hanno evidenziato che il *coparenting* non rappresenta una dimensione statica del sistema familiare, bensì un processo dinamico suscettibile di modificazione attraverso l'intervento terapeutico sulla coppia. I risultati mostrano che la terapia di coppia può produrre effetti positivi sulla relazione coparentale, in particolare riducendo la conflittualità relativa all'educazione dei figli. Gli autori sottolineano tuttavia che l'integrazione di interventi specificamente orientati al *coparenting* nel percorso terapeutico potrebbe favorire miglioramenti ancora più significativi. In modo analogo, McHale (2010) evidenzia come i programmi di preparazione matrimoniale possano generare benefici che si estendono anche alla qualità della relazione coparentale; ciononostante, l'autore sostiene la necessità di sviluppare interventi specificamente mirati al rafforzamento del *coparenting*. A tal proposito, interventi che includono un lavoro mirato sulla relazione coparentale si associano a un migliore funzionamento familiare, poiché contribuiscono a ridurre il coinvolgimento dei figli nel conflitto interparentale e a promuovere la cooperazione tra i genitori (Darwiche et al., 2022).

Alla luce di tali evidenze, integrare un lavoro sul *coparenting* nella terapia di coppia sembra produrre benefici significativi, con effetti positivi che si estendono all'intero sistema familiare. Per quanto riguarda la scelta dei tempi, McHale (2010) suggerisce di iniziare valutazioni e interventi sul *coparenting* a partire da 3 mesi dopo il parto, quando la relazione coparentale tende già ad assumere configurazioni relativamente stabili.

2.2.2 Dai programmi di intervento sul *coparenting* alla terapia di coppia

Il coparenting riveste un'importanza cruciale per il benessere dell'intero nucleo familiare, rendendo necessario promuovere programmi di intervento volti ad aiutare i genitori a collaborare e a supportarsi reciprocamente nei compiti educativi (Darwiche et al., 2022; Eira Nunes et al., 2021).

Secondo la *review* di Campbell (2023), l'efficacia di questi percorsi non si esaurisce nel miglioramento dell'intesa di coppia, ma ha un impatto positivo a cascata che favorisce il benessere dei singoli genitori, l'adattamento dei figli e il funzionamento complessivo della famiglia, rivelandosi particolarmente preziosi nei contesti di forte vulnerabilità. Di conseguenza, diventa un importante obiettivo per i professionisti che operano con minori e famiglie a rischio monitorare con attenzione e sostenere attivamente la qualità della relazione di *coparenting*.

Negli ultimi decenni la letteratura ha sviluppato un numero crescente di programmi di intervento sul *coparenting*, la cui efficacia è progressivamente supportata da evidenze empiriche che associano la qualità dell'alleanza genitoriale al benessere complessivo del nucleo familiare. Secondo Favez e Frascarolo-Moutinot (2013), l'evoluzione e l'implementazione di questi percorsi possono essere descritte attraverso tre distinte fasi cronologiche. I primi interventi focalizzati sulla coordinazione della coppia genitoriale si sono sviluppati all'interno della terapia familiare strutturale (Minuchin, 1976). In questo quadro, l'azione clinica mira a riconfigurare l'assetto del nucleo familiare attraverso dinamiche attivate direttamente nel corso delle sedute, con lo scopo di stimolare, favorire e consolidare un cambiamento relazionale duraturo. In un secondo momento, l'interesse clinico si è orientato verso la fase del post-divorzio, caratterizzata dallo sviluppo di protocolli specifici per coppie separate o divorziate. Questi percorsi sono nati con l'intento di salvaguardare la coesione della funzione genitoriale anche dopo

il fallimento del legame sentimentale, offrendo un supporto mirato ai genitori che faticano a mantenere una collaborazione stabile e prevenendo al contempo potenziali disturbi dello sviluppo nei bambini (Pedro-Carroll et al., 2001). La terza fase coincide infine con l'approccio preventivo rivolto alle famiglie "intatte", ovvero alla creazione di programmi di *coparenting* per genitori non divorziati. Tali progetti si configurano come interventi volti a prevenire o mitigare le difficoltà connesse alle transizioni del ciclo di vita. L'attenzione si focalizza in particolare sul passaggio alla genitorialità, un momento estremamente delicato in cui i neogenitori si trovano a negoziare e a strutturare la propria relazione di *coparenting* (Feinberg, 2002).

Eira Nunes et al. (2021), tramite una recente meta-analisi, hanno individuato diverse categorie di popolazione a cui sono rivolti i programmi di *coparenting*, tra cui famiglie a rischio, neogenitori, genitori separati o divorziati. I programmi di *coparenting* si sono dimostrati efficaci nel migliorare il funzionamento del sistema familiare sia nelle realtà prive di problematiche evidenti sia nei contesti ad alto rischio. Tuttavia, la ricerca evidenzia come i benefici più marcati e significativi si riscontrino proprio all'interno delle popolazioni vulnerabili (Halford & Bodenmann, 2013). Per ottimizzare l'efficacia e l'impatto clinico di questi interventi, è quindi prioritario orientare le risorse e i programmi verso quei nuclei familiari che presentano fattori di rischio.

Esistono dunque programmi sul *coparenting* che si rivolgono a popolazioni specifiche, come genitori divorziati o neogenitori, mentre sembra ancora limitato un focus di lavoro sul *coparenting*, integrato nella terapia familiare e di coppia (Darwiche et al., 2022). Sebbene gli interventi di terapia di coppia abbiano dimostrato efficacia nel migliorare aspetti rilevanti della relazione coniugale, quali la soddisfazione di coppia e la qualità della comunicazione, tali benefici non sembrano tradursi automaticamente in un miglioramento della relazione di *coparenting*. In particolare, alcuni studi hanno

evidenziato come interventi generici di consulenza matrimoniale (Hahlweg & Klann, 1997) o programmi preventivi focalizzati principalmente sul miglioramento delle strategie comunicative (Ledermann et al., 2007) siano in grado di produrre effetti positivi sul funzionamento della coppia, senza tuttavia determinare una significativa riduzione del conflitto relativo alla gestione dei figli. Questi risultati suggeriscono che il *coparenting* costituisca una dimensione distinta del funzionamento familiare, sebbene strettamente interconnessa con la relazione di coppia, e che pertanto richieda interventi mirati capaci di affrontare direttamente le dinamiche legate alla collaborazione genitoriale. Inoltre, un *coparenting* conflittuale è stato ampiamente associato a difficoltà coniugali (Zemp et al., 2018) e a un rischio per il benessere dei figli (Murphy et al., 2016). Pertanto, affrontare e sostenere la relazione di *coparenting* nella terapia di coppia potrebbe rappresentare un intervento promettente, in grado di favorire sia il funzionamento della coppia sia il benessere dei bambini (Darwiche et al., 2022).

Capitolo 3: Metodologia della ricerca nello studio delle relazioni familiari

Il capitolo approfondisce le principali metodologie di ricerca impiegate nello studio delle relazioni familiari, con particolare attenzione alla complessità e alla natura sistemica dei processi relazionali. Viene dapprima approfondita la distinzione tra strumenti self-report e metodologie osservative, per poi esaminare il valore dell'approccio multimetodo, quale possibilità di coniugare la prospettiva soggettiva dei membri della famiglia con l'osservazione delle interazioni. Il capitolo si concentra infine sullo studio di caso, considerato come strategia di ricerca privilegiata per l'analisi approfondita di fenomeni complessi nel loro contesto naturale.

Superando la dicotomia del dibattito epistemologico con l'approccio quantitativo, è ormai stabilito che i due paradigmi rispondono a interrogativi di ricerca differenti: la ricerca qualitativa si distingue per un trattamento olistico dei fenomeni, spostando l'attenzione dalla spiegazione causale all'interpretazione personale (Silverman, 2000). Secondo Njie e Asimiran (2014) la scelta del metodo di ricerca è intrinsecamente legata all'oggetto di studio e alla profondità dell'indagine che si intende condurre. La metodologia qualitativa si fonda sul riconoscimento della natura socialmente costruita della realtà, ponendo l'accento sulle qualità intrinseche dei processi e sui loro significati impliciti, attraverso il coinvolgimento attivo del ricercatore. L'obiettivo centrale è rivelare il significato della realtà così come inteso e interpretato dagli attori sociali.

L'epistemologia della ricerca qualitativa è descritta come esistenziale (non deterministica) e costruttivista; essa presuppone che i fenomeni siano generati da molteplici azioni concomitanti e che la loro comprensione richieda un'ampia analisi del contesto (temporale, spaziale, storico, politico, economico, culturale, sociale e personale) (Stake, 2010). Denzin e Lincoln (2004) ritengono che la ricerca qualitativa assuma un approccio interpretativo e naturalistico nei confronti del proprio oggetto di studio,

affinché i ricercatori qualitativi possano studiare i fenomeni nei loro ambienti naturali, tentando di dare senso o interpretare i fenomeni in base ai significati che le persone attribuiscono loro.

Il metodo qualitativo viene tipicamente impiegato nella ricerca per esplorare ambiti complessi o scarsamente documentati (Njie & Asimiran, 2014). Per questo motivo, Leedy e Ormrod (2005) ritengono che la ricerca qualitativa non sia l'approccio adatto se si cercano risultati rapidi e risposte facili, in quanto implica la volontà di approfondire un processo e spesso richiede tempi prolungati per arrivare a una migliore comprensione di una situazione attraverso osservazioni, interviste e successive sessioni di follow-up.

Peshkin (1993) identifica quattro finalità cardine della ricerca qualitativa: descrizione, interpretazione, verifica e valutazione. Nello specifico, la dimensione descrittiva consente di delineare situazioni, contesti e processi; quella interpretativa offre gli strumenti per approfondire dinamiche e problematiche emergenti. Sul piano della verifica, permette di testare assunzioni e ipotesi, mentre in ambito valutativo fornisce criteri per giudicare l'efficacia di pratiche e processi, orientando così le decisioni future. Pur essendo un approccio generico, la ricerca qualitativa trova una direzione specifica in base all'obiettivo e al tipo di studio che si sceglie di condurre. Lo studio di caso, illustrato nel paragrafo 3.2, sollecita la necessità di addentrarsi in una specifica unità per ottenerne una comprensione profonda e altrimenti inaccessibile.

3.1 Procedure self-report e procedure osservative nello studio della famiglia

L'utilizzo della metodologia qualitativa si rivela particolarmente fecondo nello studio delle dinamiche e dei legami familiari. La letteratura scientifica evidenzia come tali approcci consentano di perseguire quattro obiettivi fondamentali: comprendere i significati profondi attribuiti dai soggetti alle interazioni quotidiane, accedere alla prospettiva interna dei membri nucleari osservandone i processi relazionali, analizzare

l'istituzione familiare all'interno del suo specifico contesto socioculturale e, infine, restituire visibilità e rappresentazione a nuclei familiari o individui storicamente marginalizzati (Ganong & Coleman, 2014). L'enfasi posta sull'interdipendenza, sulla natura triadica dei processi interattivi e sull'evoluzione diacronica delle dinamiche familiari e di coppia evidenzia la necessità di adottare dispositivi di ricerca coerenti con la complessità relazionale, sistemica e processuale dell'oggetto di studio (Lanz & Rosnati, 2002; O'Brien, 2005). Diversi studi sulla famiglia hanno contribuito a delineare un modello operativo centrato sulla dimensione interpersonale e sul contesto relazionale, rendendo le dinamiche familiari il principale oggetto di analisi e osservazione. In questa prospettiva, Fruggeri (2009) individua due principali approcci metodologici per lo studio delle relazioni familiari, differenziati in base alla fonte dell'informazione e alla natura dei dati raccolti: gli strumenti self-report e le procedure osservative dirette.

I metodi self-report, basati su questionari e interviste individuali, permettono di raccogliere descrizioni, percezioni e atteggiamenti attraverso i resoconti soggettivi dei partecipanti. Nell'ambito di questi strumenti, è tuttavia cruciale distinguere tra quelli somministrati a un solo componente e quelli rivolti all'intero nucleo familiare. I primi risultano metodologicamente inadeguati allo studio delle relazioni e dei processi familiari, poiché restituiscono esclusivamente rappresentazioni soggettive individuali, che, pur riferendosi al funzionamento relazionale, non permettono di coglierne la natura interattiva e sistemica. Al contrario, risultano maggiormente coerenti con un approccio sistemico le metodologie self-report che prevedono la partecipazione di tutti i membri della famiglia. Questa impostazione permette, infatti, di confrontare, seppur indirettamente, i diversi punti di vista, favorendo una lettura articolata e multilivello del funzionamento familiare.

Le procedure osservative invece rilevano, attraverso la mediazione di un osservatore esterno al sistema, i comportamenti manifesti dei diversi membri nel corso delle loro interazioni. Margolin et al. (1998) propongono l'uso di questa tecnica quando si prevede la compresenza, in un medesimo setting, della coppia o dell'intero nucleo familiare, a cui vengono proposte situazioni strutturate o semi-strutturate, definite in base agli obiettivi della ricerca, al tipo di compito e al setting scelto. Esempi di tali situazioni includono l'esecuzione di attività condivise, momenti di gioco congiunto, discussioni su argomenti specifici o la simulazione di routine quotidiane. Svincolandosi dalle descrizioni soggettive, l'osservazione diretta permette a clinici e ricercatori di accedere alle dimensioni fondamentali della comunicazione, migliorando in modo significativo la comprensione delle dinamiche familiari.

Una questione centrale nell'adozione di metodologie osservative concerne la loro validità ecologica, ovvero la possibile discrepanza tra i comportamenti rilevati in contesti di ricerca strutturati e quelli messi in atto nelle situazioni di vita quotidiana. Nello specifico, ci si interroga su quanto l'uso di dispositivi di registrazione possa indurre la famiglia a modulare il proprio stile interattivo verso modalità percepite come maggiormente funzionali, adeguate o conformi a norme socialmente condivise, rispetto alle dinamiche spontanee che caratterizzano il contesto naturale (Fruggeri, 2009). La letteratura offre ampie rassicurazioni in merito. La rassegna di Gardner (2000) ha evidenziato come la presenza di un osservatore non alteri significativamente la natura profonda delle interazioni familiari. In ambito clinico è emerso che i sistemi familiari con pattern relazionali disfunzionali non riescono a mantenere modalità funzionali stabili nel tempo, nemmeno in contesti osservativi strutturati (Copeland & White, 1991). Inoltre, sebbene la comunicazione verbale sia soggetta a controllo intenzionale, lo stesso non vale per le sue componenti analogiche e non verbali (Anolli, 2002). Di conseguenza, i metodi

osservativi basati prevalentemente su indicatori non verbali si rivelano particolarmente efficaci nel cogliere aspetti impliciti e meno controllabili della relazione. Infine, come evidenziato da Reiss (1981), lo stile di funzionamento familiare emerge dalle modalità attraverso cui i membri si coordinano nell'affrontare eventi specifici, incluso il contesto sperimentale; pertanto, i pattern interattivi familiari tendono a mantenere una continuità trasversale ai diversi contesti.

Come anticipato da Fruggeri (2009), il valore discriminante tra i due approcci risiede nella natura dell'oggetto indagato: mentre i metodi self-report sollecitano valutazioni soggettive su frequenza, intensità e significati di specifici comportamenti, l'osservazione cattura le sequenze interattive in atto. Ad esempio, considerando l'analisi di una situazione conflittuale tra due o più membri della famiglia, il ricorso a strumenti self-report permette di rilevare vissuti emotivi, attribuzioni causali e rappresentazioni soggettive dell'interazione. L'osservazione diretta del conflitto consente, invece, di rilevare i fattori che ne favoriscono l'insorgenza, le modalità di escalation, nonché i processi di gestione e risoluzione.

La scelta metodologica resta dunque subordinata all'interrogativo di ricerca: il ricorso a metodologie self-report è adeguato per esplorare come le dinamiche o le transizioni familiari vengono vissute, interpretate e rappresentate dai singoli membri della famiglia, includendo dimensioni quali vissuti emotivi, percezioni e aspettative reciproche; viceversa, l'impiego di metodi osservativi è da preferire se l'attenzione è rivolta alla dimensione dinamica, interattiva e processuale. Inoltre, la ricerca osservazionale offre il vantaggio di rilevare dimensioni implicite e pattern interattivi che spesso sfuggono alla consapevolezza dei membri stessi, fornendo un accesso privilegiato alle dinamiche interpersonali piuttosto che alle caratteristiche dei singoli individui. In questo senso, lo sguardo dell'osservatore esterno contribuisce ad arricchire il dato clinico

e di ricerca, aggiungendo informazioni rispetto a quelle fornite da chi è interno al nucleo familiare (Kerig & Lindahl, 2000).

Ciononostante, in letteratura è ampiamente condivisa l'idea che i metodi self-report e quelli osservativi non siano necessariamente mutuamente esclusivi; essi rappresentano piuttosto strategie di indagine complementari, in grado di cogliere differenti livelli di analisi del sistema familiare (Fruggeri, 2009). In tal senso, le procedure multimetodo risultano particolarmente appropriate, poiché integrano il punto di vista interno dei membri della famiglia con la prospettiva esterna dell'osservatore, offrendo una comprensione più ampia e articolata dei processi relazionali (Lanz & Rosnati, 2002; Mazzoni & Tafà, 2007).

Nell'ambito della metodologia della ricerca delle relazioni e dinamiche familiari trova posto la procedura multimetodo proposta da Mazzoni e Tafà (2007), che integra: questionari individuali, volti a rilevare indicatori del funzionamento familiare, e metodologie osservative orientate all'analisi delle dinamiche relazionali e delle modalità di funzionamento del sistema familiare. Tale approccio è particolarmente adeguato a disegni di ricerca che intendono esplorare le connessioni tra l'emergenza soggettiva e la qualità delle relazioni familiari, assumendo una prospettiva sistemica che considera l'interdipendenza tra livelli intra- e inter-personali.

In termini generali, la possibilità di osservare il sistema familiare nella sua unità, catturando la "famiglia rappresentata" e la "famiglia praticata" (Reiss, 1989), permette di integrare il livello delle rappresentazioni soggettive con quello delle pratiche interattive effettivamente osservabili (Bateson, 1984). L'osservazione diretta delle interazioni familiari, supportata dalle tecniche di videoregistrazione, supera la mera descrizione dei comportamenti manifesti e permette di accedere ai significati e ai processi sottostanti ai pattern comunicativi. Attraverso l'analisi delle condotte visibili è infatti possibile cogliere

il livello dell'intersoggettività, ovvero le intenzioni, i sentimenti e i significati condivisi che si esprimono nelle relazioni familiari. Sempre secondo gli autori, il materiale empirico così raccolto si caratterizza per un'elevata complessità e consente molteplici livelli di lettura: un livello interattivo, orientato alla descrizione dei comportamenti; un livello relazionale, volto all'attribuzione di significato alle azioni dei diversi membri, e uno funzionale, finalizzato alla valutazione delle dinamiche complessive del sistema.

3.2 Lo studio di caso

Lo studio di caso rappresenta uno dei principali approcci della ricerca qualitativa (Stake, 1995). Esso si configura come un'indagine dettagliata di uno specifico fenomeno, all'interno del suo contesto naturale, con l'obiettivo di comprenderne le peculiarità, attraverso la sua descrizione approfondita, l'ancoraggio a contesti di vita reale e l'utilizzo di molteplici metodi di raccolta dati (Njie & Asimiran, 2014).

Sul piano teorico, Yin (2018) definisce lo studio di caso come un'indagine empirica che esplora in profondità un fenomeno all'interno del suo contesto di vita reale, specialmente quando i confini tra il fenomeno e il contesto non sono chiaramente evidenti. In modo analogo, Creswell (2014) lo descrive come un design qualitativo incentrato sull'indagine approfondita di un oggetto di studio specifico, circoscritto nel tempo e nello spazio, la cui analisi richiede una raccolta dati estesa e multi-metodo.

In questa prospettiva, il "caso" costituisce l'unità di analisi che può essere rappresentata da un individuo, una famiglia, una comunità, un'organizzazione, un evento (De Vaus, 2001) ed è generalmente caratterizzato da confini spaziali e temporali ben definiti. La ricerca basata sullo studio di caso richiede, pertanto, due operazioni fondamentali tra loro strettamente interconnesse: la delimitazione del caso (*bounding the case*) e la produzione di una descrizione densa (*thick description*). La prima costituisce un passaggio essenziale, poiché gli studi di caso sono meglio concettualizzati attraverso

la chiara delimitazione del fenomeno di interesse piuttosto che mediante il ricorso a specifici metodi di ricerca (Schoch, 2020). Parimenti centrale è il concetto di *thick description*, che fa riferimento ad un'analisi profonda del significato dell'evento in oggetto e del contesto in cui si manifesta (Priya, 2021). In questa prospettiva, lo studio di caso si caratterizza per un'indagine approfondita di fenomeni collocati nel loro contesto naturale, spesso sviluppata attraverso una raccolta di dati prolungata nel tempo, con l'obiettivo di analizzare i processi e le condizioni contestuali che consentono di interpretare e comprendere le questioni teoriche oggetto di indagine (Hartley, 2004).

La letteratura propone diverse tassonomie per la classificazione degli studi di caso (Njie & Asimiran, 2014). A questo proposito, Stake (1995) distingue tre tipologie principali: intrinseca, strumentale e multipla. La prima si focalizza esclusivamente su una singola unità d'analisi, per comprenderne la specificità; in questo approccio, il ricercatore privilegia resoconti e narrazioni dirette dei soggetti coinvolti, mettendo in secondo piano eventuali altre finalità teoriche. La modalità si definisce invece strumentale quando il caso specifico riveste un interesse secondario e viene impiegato come strumento per comprendere un fenomeno teorico più vasto o per rielaborare una concettualizzazione generale. Infine, lo studio di caso multiplo prevede l'esame simultaneo di più unità, al fine di esplorare un determinato fenomeno in ottica estensiva.

Un'ulteriore categorizzazione è quella proposta da Yin (2018), che classifica gli studi di caso in base alla loro finalità: descrittiva, esplicativa o esplorativa. Nello specifico, il disegno descrittivo ha lo scopo di illustrare un fenomeno in profondità nel suo contesto reale; quello esplicativo ricerca i fattori causali sottostanti a un evento per spiegare perché e come esso si manifesti; infine, l'approccio esplorativo viene impiegato come indagine preliminare per formulare nuove ipotesi e domande di ricerca che guideranno successivi approfondimenti empirici.

3.2.1 Il disegno di ricerca del *case study*

Lo studio di caso non è solo un metodo di raccolta dati, ma si configura come una vera e propria strategia di ricerca. Il suo svolgimento si articola in molteplici passaggi, volti a connettere le riflessioni teoriche iniziali alle conclusioni della ricerca; essi sono: la definizione degli scopi della ricerca e la conseguente scelta del tipo di ricerca, la formulazione delle domande di ricerca, la selezione del disegno (caso singolo o multiplo), l'esplicitazione delle basi epistemologiche, sino alla pianificazione del campionamento, alla raccolta e all'analisi dei dati (Priya, 2021).

Il processo prende avvio dall'identificazione del problema di ricerca, ossia di una lacuna conoscitiva riguardante un particolare fenomeno, dalla quale derivano la formulazione dell'obiettivo generale (*purpose statement*) e dei quesiti di ricerca (*research questions*). Secondo Schoch (2020), l'analisi accurata di tali quesiti permette di valutare l'appropriatezza dello studio di caso come strategia metodologica. A questo proposito, Yin (2018) evidenzia come questo approccio risulti elettivo quando la ricerca è guidata da domande di tipo “come” (*how*) e “perché” (*why*), orientate all'esplorazione e alla comprensione approfondita di fenomeni complessi. Lo stesso autore sottolinea che, sebbene le domande di ricerca in uno studio di caso possano integrare approcci sia quantitativi che qualitativi, esse vengono prevalentemente formulate secondo la logica della ricerca qualitativa, focalizzandosi su concetti chiave quali spiegare, esplorare, descrivere e comprendere. Lo studio può inoltre articolarsi attorno a un unico quesito principale (*overarching question*) corredato da sotto-domande, oppure su più interrogativi di ricerca di pari livello.

Una volta definita la domanda di ricerca, la fase successiva riguarda la selezione dell'unità di analisi. A questo proposito, Yin (2018) individua due passaggi fondamentali: la “definizione del caso” e la “delimitazione del caso”. Il primo consiste nell'indicare con

chiarezza l'oggetto dello studio, che può essere una persona, un luogo, un'organizzazione o un fenomeno; il secondo attiene all'estensione dell'indagine, stabilendo cosa sia incluso o escluso in termini temporali, strutturali e prospettici. Solo a partire da tale delimitazione, è possibile stabilire la tipologia di dati necessari e le relative modalità di raccolta.

In questa prospettiva, la scelta di adottare un *single case study* non costituisce un limite metodologico, ma una precisa ed efficace strategia conoscitiva. Come evidenziato da Flyvbjerg (2006), il caso singolo consente di accedere a una conoscenza approfondita e legata al contesto reale, rivelandosi indispensabile per comprendere fenomeni complessi. Inoltre, esso offre una ricostruzione narrativa ricca ed esaustiva capace di restituire la reale complessità dei processi analizzati.

Capitolo 4: L'analisi preliminare

Il presente capitolo si propone di presentare il contesto che ha ospitato l'analisi preliminare della domanda, il Centro Clinico e di Ricerca di Psicoterapia della Coppia e della Famiglia, delineandone i tratti salienti, che lo rendono un servizio privilegiato per analizzare il processo di analisi della domanda come una fase preliminare nella quale si costruisce un significato condiviso, ulteriormente rielaborato nel corso della prima consulenza. Nelle pagine che seguono verrà inoltre descritto il processo dell'analisi preliminare alla ricerca. L'indagine ha avuto l'intento di approfondire, in una prospettiva sistemica, il processo di analisi della domanda, trasformazione del problema e del suo significato, ponendo a confronto 21 famiglie, in carico al servizio, al fine di cogliere pattern ricorrenti, discrepanze narrative, tratti di vulnerabilità e risorse emergenti. Secondo la prospettiva sistemica, il problema non è inteso come un'entità oggettiva e statica, piuttosto un prodotto emergente delle interazioni tra i membri del sistema familiare e tra questi e il contesto terapeutico (Andolfi, 1999; Cecchin et al., 1994).

4.1 Il contesto della ricerca

Il Centro Clinico e di Ricerca di Psicoterapia della Coppia e della Famiglia, che ha dato spazio all'analisi in oggetto, ospita un servizio sovrazonale di Terapia Familiare, con l'obiettivo di ottimizzare l'offerta specialistica di interventi rivolti a coppie e famiglie con minori a carico fino ai 21 anni, intervenendo in modo tempestivo, in presenza di segnali precoci di disagio connessi alle diverse fasi del ciclo di vita familiare. Il servizio ha l'obiettivo di favorire una maggiore integrazione tra gli interventi di primo livello, già presenti in maniera diffusa sul territorio (quali consulenza, osservazione clinica, monitoraggio e supporto) e gli interventi specialistici di secondo livello (quali, ad esempio, la psicoterapia familiare). L'approccio del lavoro clinico si colloca all'interno di una prospettiva relazionale e sistemica, i cui principi sono stati illustrati nel primo

capitolo, orientata al cambiamento dell'organizzazione familiare e della relazione di coppia, con l'obiettivo di prevenire o limitare la strutturazione di sintomatologie nei singoli individui, nelle famiglie e in particolare nei minori.

La letteratura scientifica ha ormai messo in luce in maniera esaustiva l'efficacia delle terapie familiari all'interno del sistema di cura (Carr, 2019). La possibilità che ha avuto il Consultorio Familiare (Genova) è stata quella di avviare un servizio unitario che permette di applicare una prospettiva sistemica all'esperienza clinica.

Il Centro Clinico e di Ricerca di Psicoterapia della Coppia e della Famiglia mira a includere tra le proprie aree di intervento anche la Psicoterapia di Coppia, ritenendo la crisi di coppia come un passaggio evolutivo decisivo nel ciclo di vita familiare. Il monitoraggio di tale fase consente di attivare, in un'ottica preventiva, la promozione di un *coparenting* funzionale, riconoscendo come ogni forma di esercizio della genitorialità trovi la propria base nella relazione di coppia, nonché di facilitare processi di riorganizzazione e mediazione nelle fasi di separazione. L'obiettivo primario del Centro è fornire un servizio specialistico di psicoterapia di coppia e familiare, offrendo agli operatori uno strumento di lavoro e di osservazione adeguato alle richieste del territorio. Tra gli obiettivi secondari rientra la necessità di produrre evidenze in merito all'efficacia della terapia familiare, in termini di analisi della domanda e attivazione delle risorse. Nel complesso l'attivazione del servizio ha permesso in questi anni una più accurata individuazione dei casi vulnerabili a livello sovrazonale e il loro invio precoce verso interventi di psicoterapia familiare e di coppia; una generale azione di prevenzione del disagio all'interno delle coppie e delle famiglie prese in carico; una maggiore cura della qualità degli interventi offerti, contestualmente all'erogazione di una formazione specialistica continua e mirata degli operatori; infine, il Centro ha permesso l'analisi e l'elaborazione di dati di ricerca confrontabili con la letteratura scientifica, utili sia alla

prosecuzione del servizio, sia all'implementazione di altrettante azioni di promozione del benessere sul territorio da parte del Consultorio Familiare.

L'équipe che opera nel servizio è composta da cinque Psicoterapeuti Sistemico Relazionali già operativi presso il Consultorio Familiare, organizzati in tre coppie terapeutiche. La presa in carico delle famiglie prevede un ciclo di dodici incontri, con una cadenza quindicinale; tale ciclo può essere eventualmente ripetuto una sola volta. L'intervento richiede la disponibilità di spazi adeguati alla co-terapia e di specifici strumenti di lavoro, quali due stanze attigue dotate di specchio unidirezionale, nonché sistemi di videoregistrazione e audio/video.

Il Centro Clinico e di Ricerca in Psicoterapia della Coppia e della Famiglia si configura dunque come un polo pubblico in grado di fornire agli utenti, privilegiando nuclei familiari con minori a carico, un sistema integrato e completo di presa in carico e di cura. Tale modello intende superare la frammentazione degli interventi territoriali, valorizzandoli all'interno di una rete più ampia che permetta di incentivare azioni di prevenzione, promozione del benessere e trattamento dei singoli e delle famiglie, attraverso l'invio al Centro per interventi psicoterapeutici di secondo livello. La disponibilità di un servizio unitario agevola il consolidamento di un impianto teorico basato sull'esperienza clinica, contribuendo a promuovere lo sviluppo di innovazioni metodologiche nel campo della psicoterapia della coppia e della famiglia. Inoltre, mediante la raccolta sistematica dei dati, è possibile favorire un monitoraggio continuo dei cambiamenti epidemiologici, al fine di garantire un costante adattamento e ampliamento del Servizio, rendendolo sempre più rispondente alle esigenze degli utenti.

4.2 Il processo di presa in carico e gli strumenti di valutazione iniziale

Come anticipato nel primo capitolo, il processo di presa in carico si configura come un iter complesso che richiede non solo l'attivazione dell'intervento terapeutico, ma

anche il costante consolidamento dell'alleanza. Tale fase riveste una valenza cruciale, rappresentando un momento delicato in cui si articola l'analisi della domanda, funzionale alla definizione degli obiettivi clinici. Il processo di presa in carico si struttura attraverso tre fasi distinte, durante le quali viene effettuato l'assessment secondo un orientamento sistemico relazionale. All'interno del servizio, esse prevedono la compilazione della griglia di presa in carico, una prima consulenza e la somministrazione dello SCORE-15, che permettono l'integrazione di dati *multi-informant* provenienti da differenti strumenti.

L'accesso al Centro avviene tramite la stesura della griglia di presa in carico, compilata da parte di operatori incaricati della raccolta e gestione delle richieste e trasmessa all'équipe di Terapia Familiare. Successivamente, si procede con un colloquio di consulenza rivolto alla famiglia, nel quale si esplora la domanda e il nucleo viene inserito in lista d'attesa. Tenendo conto delle specificità delle coppie terapeutiche, si procede infine all'assegnazione della famiglia al setting clinico più appropriato. Il primo colloquio di consulenza viene preparato dai terapeuti sulla base dei dati raccolti nella griglia di presa in carico e risulta orientato all'analisi del problema portato dalla coppia o dai singoli componenti del nucleo familiare (Cirillo et al., 2016). In tale sede, contestualmente alla sottoscrizione del consenso informato e della delibera per la videoregistrazione, viene somministrato lo SCORE-15 (Stratton et al., 2010). Conclusa la fase di consulenza, la domanda presentata dalla coppia o dalla famiglia viene rielaborata e ridefinita dall'équipe, la quale provvede successivamente a formulare gli obiettivi terapeutici del percorso. Le richieste che vengono accolte con maggiore frequenza riguardano prevalentemente interventi di psicoterapia di coppia e familiare, in particolare: psicoterapie di coppia connesse a crisi relazionali nella costruzione del progetto di coppia, crisi coniugali, difficoltà legate a problematiche di natura transculturale, crisi di coppia nelle fasi di transizione alla genitorialità e situazioni di crisi

associate a forme di “genitorialità ferita”, quali mancata generatività, percorsi di procreazione medicalmente assistita (PMA) non riusciti, aborti e lutti perinatali. Le richieste di psicoterapia familiare, invece, si articolano prevalentemente in:

- ambito perinatale: accompagnamento al passaggio dalla diade alla triade, con particolare attenzione all’analisi dei cambiamenti familiari e delle trasformazioni relazionali;
- ambito adottivo: gestione delle crisi post-adottive e possibilità di intervento psicoterapeutico nelle diverse fasi evolutive del percorso adottivo;
- ambito dell’affido: supporto alle famiglie affidatarie nei momenti di criticità relazionale, nonché interventi terapeutici congiunti tra famiglia affidataria e famiglia biologica del minore, ove presente, al fine di favorire la costruzione di un ponte relazionale tra i due sistemi familiari;
- crisi relazionali nelle transizioni del ciclo di vita: interventi nelle diverse fasi evolutive (infanzia, ingresso nell’adolescenza), con attenzione alle domande e ai bisogni espressi dai figli nei confronti dei genitori;
- sintomatologie dei figli: presa in carico di manifestazioni sintomatiche quali disturbi del comportamento alimentare, condotte oppostive e sintomi somatici;
- ambito transculturale: interventi volti all’integrazione tra differenti sistemi culturali e alla gestione delle relative differenze;
- famiglie soggette a provvedimenti dell’Autorità Giudiziaria: rilettura delle situazioni familiari in termini di vulnerabilità, superando il tradizionale paradigma della multiproblematicità.

4.2.1 La griglia di presa in carico

Il primo contatto che dà inizio al processo di presa in carico delle famiglie si struttura in due momenti concomitanti: il contatto telefonico iniziale e la stesura della

griglia di presa in carico. L'intervento terapeutico si basa sulla valenza di un avvio adeguato, in grado di valorizzare un senso di competenza alla famiglia o alla coppia quando decide di prendere parte al percorso. È poi responsabilità del terapeuta validare le risorse presenti nei singoli e nel sistema familiare, per promuovere una riorganizzazione funzionale anche in condizioni di profonda vulnerabilità. L'équipe struttura il percorso in modo da orientare verso una progressiva assunzione di responsabilità da parte del sistema familiare, sostenendo un processo in cui ogni membro possa riconoscersi come protagonista attivo e competente nelle scelte intraprese, a prescindere dall'esito del percorso terapeutico.

Coerentemente con gli obiettivi del presente lavoro, che pone al centro l'analisi del processo di presa in carico e della successiva ridefinizione del problema, vengono di seguito presentate le indicazioni del "Protocollo Ghezzi", utili nella gestione del primo contatto nella terapia di coppia (Ghezzi, 2004). Il primo contatto con la famiglia avviene prevalentemente per via telefonica. Questo passaggio, oltre a esprimere disponibilità all'ascolto, ha la funzione di trasmettere competenza e coinvolgimento all'utente che contatta il servizio. In questa fase, infatti, la linea di condotta condivisa da Selvini Palazzoli et al. (1977) è il mantenimento di un'accoglienza benevola e flessibile, ma al contempo direttiva, nella prospettiva per cui una buona terapia comincia con la presa in carico iniziale. Viene così offerta, a chi contatta il servizio, la possibilità di affidarsi, prefigurandosi l'incontro come uno spazio sicuro e strutturato, capace di riconoscere la complessità della domanda. Questo iter permette di orientare fin da subito la famiglia e il terapeuta dentro una cornice relazionale potenzialmente significativa per entrambi, differenziandola da modalità interattive ripetitive e conflittuali che caratterizzano il più delle volte il contesto problematico riportato.

La procedura richiama la storica cartella telefonica (Di Blasio et al., 1986), che aveva la finalità di strutturare una fase preliminare di pre-pensiero. Tale fase consente di prevenire il rischio che il terapeuta, incontrando la famiglia o la coppia, in assenza di alcune informazioni centrali, si trovi in difficoltà di fronte a livelli elevati di conflittualità o resistenza, che potrebbero compromettere l'avvio e la costruzione di un'alleanza terapeutica efficace. Durante la telefonata, attraverso la compilazione della griglia di presa in carico, vengono approfonditi i dati relativi a chi contatta il servizio, all'inviante (se interno al servizio o se l'accesso è volontario) e alla descrizione del problema, oltre a permettere una prima raccolta delle informazioni di base relative ai componenti del sistema familiare, alle rispettive famiglie d'origine e ad eventuali servizi di rete coinvolti nel progetto terapeutico. Viene in prima istanza indagata la modalità attraverso cui il richiedente, famiglia o coppia, sia giunto al servizio: conoscere l'inviante rappresenta infatti un fattore predittivo rispetto alle aspettative che i pazienti formulano nei confronti del percorso terapeutico, oltre a cogliere indirettamente quali siano le reti di supporto su cui il sistema fa affidamento, o quali variabili contestuali possano aver orientato la decisione, ad esempio rispetto all'inizio di una terapia di coppia o familiare (definita sulla griglia di presa in carico come "Prima richiesta").

Muovendo dall'assunto che le dinamiche di coppia e familiari siano profondamente connesse alla storia trigenerazionale, durante il contatto telefonico vengono raccolte non solo informazioni individuali come l'età, la scolarità e l'occupazione, ma anche elementi sulla composizione delle famiglie d'origine e sulla presenza di figure significative (nonni, zii...). Attraverso l'uso del genogramma (McGoldrick et al., 2020), si raccolgono elementi preliminari sulla qualità delle relazioni familiari, nonché su eventuali eventi critici, separazioni o lutti che hanno segnato la storia del nucleo. Infine, nel corso della telefonata si esplicitano brevemente le modalità di

lavoro. In particolare, la descrizione del setting (Andolfi, 2015) (presenza di una coppia di terapeuti, utilizzo dello specchio unidirezionale, videoregistrazione) e la comunicazione circa la previsione di una fase di consulenza finalizzata all'analisi della domanda e all'adeguatezza del servizio nel rispondervi. Una volta verificata l'adesione a tali condizioni, il contatto telefonico si conclude con la definizione di un primo colloquio.

4.2.1.1 La definizione del problema di coppie e famiglie

Il più delle volte, le richieste di presa in carico provengono da uno dei membri della famiglia. La domanda nasce dalla percezione di un problema, del quale viene sempre chiesta una descrizione durante la telefonata di presa in carico (definita sulla griglia di presa in carico come "Descrizione del problema"). Quando il paziente è la coppia, tendenzialmente essa porta con sé una richiesta di aiuto che può nascere o da un intenso vissuto di sofferenza connesso a un evento critico specifico vissuto dalla coppia o dalla famiglia, oppure rimandare a una condizione di insoddisfazione relazionale protratta nel tempo, non riconducibile a un singolo episodio problematico o a un evento circoscritto. All'interno di questo scenario, vengono spesso riportate difficoltà comunicative, delusioni reciproche correlate a eventi della vita quali la nascita dei figli, lutti familiari o difficoltà di riorganizzazione con le famiglie di origine. Questi ultimi sono tutti elementi che, se interconnessi, contribuiscono a delineare la relazione come uno spazio complesso, faticoso da abitare e pertanto difficile da sostenere.

L'elemento che accomuna le diverse richieste di aiuto è il desiderio di raggiungere una configurazione di maggiore benessere, a fronte di una significativa disillusione rispetto alle aspettative che ciascuno aveva riposto nell'incontro con l'altro (Cirillo et al., 2016). Talvolta, accade che sia uno solo dei partner a rivolgersi al servizio, mentre l'altro aderisce in modo più o meno consenziente; in altri casi, la domanda si struttura come condivisa ed esprime un'aspettativa comune al consolidamento della relazione, sostenuta

da una consapevolezza reciproca e sufficientemente matura del disagio. Inoltre, l'invio a una terapia di coppia può essere suggerito da altri professionisti che hanno in carico individualmente uno dei partner e che rilevano una persistente attribuzione all'altro di responsabilità. Tale assetto relazionale, caratterizzato da una forte proiezione sul coniuge non presente, tende a compromettere il lavoro individuale, portando a proporre come più indicato un intervento sul sistema di coppia.

In altri casi, vengono presentati contenuti riferiti a difficoltà coniugali o a problematiche riguardanti un figlio; in tali situazioni, un trattamento familiare può progressivamente orientarsi sulla relazione coniugale. In ogni caso, risulta essenziale mantenere linearità circa la direzione del lavoro clinico che si intende intraprendere. A tale riguardo, Ghezzi (2004) pone l'accento sul distinguere setting e formato: il primo rinvia al contratto terapeutico e definisce gli obiettivi dell'intervento, mentre il secondo riguarda gli aspetti tecnici e operativi, tra cui figurano i dispositivi e le modalità di convocazione. La chiarezza su tale distinzione riveste un ruolo fondante per orientare in modo coerente sia l'operato dei terapeuti sia le aspettative dei pazienti.

Nel caso in cui il paziente sia la famiglia, le domande riguardano in larga misura difficoltà relazionali tra genitori e figli, tra fratelli, oppure coinvolgono più relazioni disfunzionali all'interno del sistema familiare. Se, infatti, con il termine "terapia familiare", secondo Cirillo et al. (2016) si fa prevalentemente riferimento a un modello teorico e tecnico orientato alla presa in carico di un paziente non richiedente, in questi casi è la famiglia stessa a presentarsi come paziente, analogamente a quanto avviene per la coppia: un sistema relazionale le cui dinamiche interne risultano compromesse, generando vissuti di vulnerabilità, sofferenza e, talvolta, manifestazioni di violenza. Secondo gli autori, l'intervento in questi casi si orienta all'esplorazione dei nodi relazionali interni al sistema familiare che risultano fattori generativi di sofferenza

individuale, nonché all'individuazione delle risorse familiari utili alla loro riorganizzazione e rielaborazione. Ciò che caratterizza la tipologia di queste domande è l'assenza di una chiara definizione sintomatologica: il focus dell'approccio sistemico-relazionale, come già accennato, non è rivolto alla cura del singolo individuo, ma alla trasformazione di relazioni disfunzionali.

Seguendo quest'ottica, il "sintomo" si configura come un conflitto persistente, rispetto al quale il sistema non riesce a individuare vie di uscita efficaci. Tuttavia, nel corso del primo colloquio emerge frequentemente la presenza di una sintomatologia non esplicitata durante il contatto telefonico. Tale omissione è riconducibile, nella maggior parte dei casi, a due dinamiche ricorrenti: da un lato, processi di negazione o misconoscimento della realtà; dall'altro, modalità manipolative finalizzate a coinvolgere nel percorso terapeutico un membro del sistema che si mostra oppositivo e non riconosce una propria condizione di sofferenza. La griglia di presa in carico costituisce dunque il nodo informativo primario dal quale si è iniziata a strutturare l'analisi qualitativa; all'interno del paragrafo ad essa dedicato, verranno approfondite le definizioni del problema più frequenti presentate al Servizio di Terapia Familiare, che saranno oggetto di approfondimento, analisi, codifica e classificazione.

4.2.2 La prima consulenza

L'ultima fase di assessment coincide con il primo colloquio di consulenza, momento significativo per la triangolazione dei dati provenienti dalla griglia di presa in carico e dagli esiti qualitativi dello Score-15. Tale iter permette un *reframing* (Watzlawick et al., 1967) della domanda clinica iniziale: il problema esposto dalla famiglia viene riletto e ricodificato in termini clinici, favorendo la co-costruzione di un intervento terapeutico strutturato su obiettivi condivisi.

La fase di consulenza segue percorsi che l'esperienza e la letteratura ci suggeriscono essere alla base della costruzione della coppia e probabilmente anche della crisi. In particolare, viene indagato quali aspetti individuali hanno contribuito alla scelta del partner e alla costruzione del patto coniugale, quando è avvenuta l'uscita dalla famiglia di origine e come i due genitori si sono reciprocamente sostenuti nel tempo. Risulta particolarmente faticoso creare uno spazio in cui vengono presentate le aspettative tradite, per trasmettere il proprio bisogno di ricostruzione di un'alleanza, ma la presenza del terapeuta è garante del fatto che, in questo sforzo, nessuno dovrà rinunciare a fondamentali parti di sé e la terapia potrà diventare un momento di trasformazione.

Al primo colloquio di consulenza la coppia si presenta generalmente persa in un crescendo di ostilità, in cui non ci possono essere che un vincitore e un vinto. Dal momento che nessuno dei due è disposto a cedere, lo scambio di accuse può diventare senza fine, creando un clima di guerra, fino a quando l'oggetto stesso della domanda si perde. Il ruolo di curanti pone i terapeuti in una posizione differente, che mira a lavorare, più che "per loro", "con loro", su un progetto di cambiamento che essi stessi scelgono insieme, valorizzando nuove risorse e ri-conoscendosi in una nuova fase della vita. Il primo passo diventa così la costruzione di una tregua relazionale che, come riportato in Cirillo et al. (2016), risulta una condizione necessaria per favorire la disponibilità all'ascolto e avviare un processo di ridefinizione del problema.

Tale operazione è utile per tre finalità principali. In primo luogo, serve a formulare una definizione del problema il più possibile comprensibile, così da verificare che tutti i presenti condividano la medesima visione sul problema. Restituire una nuova definizione del problema costituisce un passaggio decisivo per impostare l'intervento. Nello specifico, ci si interroga se sia presente una difficoltà legata a un singolo soggetto o se

sussistano più fattori di vulnerabilità distribuite fra i membri del sistema familiare. In numerosi casi, l'identificazione del problema può apparire come un'incognita da risolvere, specialmente perché i diversi familiari non sempre la dichiarano apertamente. Un ulteriore scopo della definizione del problema è quello di operare una sorta di "esame di realtà", volto a informare i familiari sulle caratteristiche generali del problema. Questo chiarimento è funzionale allo scopo di verificare l'adequatezza di tutti i membri nel far fronte alla fatica in atto. Il terzo obiettivo del processo di *reframing* risiede nella rilettura e nella restituzione di una definizione condivisa del problema. Tale operazione costituisce il presupposto metodologico su cui si articolerà, nelle fasi successive del trattamento, l'elaborazione di una sistematizzazione psicologica più articolata ed esaustiva della sintomatologia presentata. In questa prospettiva, l'inquadramento del problema si configura come il primo, essenziale gradino del percorso di presa in carico. Esso riveste la funzione di snodo essenziale, orientato a strutturare un movimento familiare mirato attraverso l'intervento psicoterapeutico. La co-costruzione di questa cornice di significato consente di trasformare la domanda iniziale in un'ipotesi di lavoro clinico, facilitando l'alleanza terapeutica e la motivazione al cambiamento del sistema (Selvini Palazzoli et al., 1977). In ultima analisi, effettuare un *reframing* della domanda è fondamentale anche per i terapeuti, poiché permette di stabilire se il servizio sia effettivamente idoneo a gestire quel caso specifico. Vi sono infatti circostanze in cui il servizio potrebbe non rappresentare l'intervento terapeutico d'elezione; il percorso potrebbe dover richiedere una sinergia con una rete di interventi esterna che riveste un'urgenza prioritaria. Accade spesso che la terapia familiare risulti attuabile soltanto previo accordo di collaborazione con altri professionisti già impegnati nella cura o che si ritenga necessario inserire nel progetto terapeutico.

Nella prospettiva sistemico-familiare, il primo colloquio non è finalizzato esclusivamente alla raccolta di informazioni, ma alla costruzione di una cornice condivisa attraverso cui comprendere il sintomo all'interno delle dinamiche relazionali della famiglia, superando una lettura esclusivamente individuale e patologizzante del disagio (Selvini Palazzoli et al., 1977).

Un obiettivo prioritario nelle situazioni di elevata vulnerabilità è la messa in sicurezza della persona e del sistema familiare. Tale concetto, introdotto da Herman (1992) nell'ambito degli interventi con persone esposte a esperienze traumatiche, rappresenta una fase preliminare del lavoro clinico, finalizzata a garantire protezione, stabilità e condizioni sufficientemente favorevoli per il cambiamento. Nell'approccio sistemico, questa funzione viene perseguita anche attraverso il coinvolgimento attivo dei familiari, affinché possano contribuire al sostegno della persona in difficoltà e alla mobilitazione delle risorse relazionali del sistema. Come evidenziato da Selvini et al. (2012), il primo colloquio favorisce la costruzione di una rete di sostegno intorno al paziente, promuovendo collaborazione e comunicazione tra i membri della famiglia. In questa prospettiva, il terapeuta sostiene la creazione di un clima di fiducia e di ascolto reciproco, incoraggiando i familiari a comunicare tra loro e a mobilitare le risorse relazionali del sistema.

La costruzione dell'alleanza terapeutica richiede la creazione di un contesto nel quale ciascun membro della famiglia possa percepire la terapia come uno spazio sufficientemente sicuro per esprimere emozioni, assumere una posizione aperta e affrontare i conflitti senza il timore di ripercussioni all'interno del sistema familiare (Friedlander et al., 2006). Tale condizione di sicurezza costituisce una componente fondamentale dell'alleanza terapeutica e si accompagna alla promozione di un senso condiviso di scopo, favorendo la collaborazione dei familiari nella definizione degli

obiettivi e nel coinvolgimento nel processo terapeutico. In questa prospettiva, il terapeuta presta attenzione sia ai comportamenti osservabili dei singoli membri sia alle interazioni familiari, monitorando gli indicatori di coinvolgimento, connessione emotiva, sicurezza e condivisione degli obiettivi che caratterizzano la qualità dell'alleanza terapeutica.

La fase conclusiva del primo colloquio di consulenza è dedicata a un obiettivo imprescindibile: l'esplorazione e la valorizzazione delle risorse del nucleo familiare. Questo processo di promozione delle risorse si declina operativamente offrendo al sistema uno spazio di riflessione protetto, all'interno del quale i membri possono formulare ipotesi condivise sull'origine della sofferenza e stabilire interpretazioni significative tra la sintomatologia e gli eventi, siano essi interni alla dinamica familiare o provenienti dal contesto esterno. Coerentemente con la finalità di facilitare la cooperazione tra i vari membri del sistema, l'attenzione del clinico in questo passaggio si focalizza in particolare sulla valutazione delle abilità comunicative dei soggetti coinvolti, indagando quanto la famiglia o la coppia siano effettivamente in grado di sperimentare un ascolto reciproco e autentico. Dal punto di vista del clima relazionale, Rogers (1957) sottolinea l'importanza di un atteggiamento terapeutico fondato su accettazione, empatia e autenticità, elementi che favoriscono la costruzione di una relazione di fiducia e di un contesto non giudicante. Tale dimensione risulta particolarmente rilevante nelle situazioni di sofferenza familiare, in cui vissuti di colpa o vergogna possono ostacolare la richiesta di aiuto e la partecipazione al percorso terapeutico. Nella prassi odierna, questo concetto di accoglienza empatica ha gradualmente sostituito il paradigma della neutralità tipico dei modelli passati, nell'ottica di ridefinire in modo più dialogico e collaborativo il posizionamento del terapeuta all'interno del sistema (Cecchin, 1987).

4.2.3 Lo Score-15 come strumento di valutazione multi-prospettica

Accanto alla valutazione clinica di natura qualitativa svolta nei colloqui, la moderna ricerca in psicoterapia sistemica sottolinea l'importanza di integrare strumenti standardizzati in grado di misurare oggettivamente il funzionamento familiare e gli esiti dei trattamenti (Fruggeri, 2009). La terapia familiare opera considerando l'influenza ricorsiva delle relazioni, dei contesti e delle esperienze trigenerazionali; pertanto, la misurazione dei progressi clinici solleva una serie di complessità metodologiche quando l'oggetto dell'intervento si estende all'intero sistema. A tal fine, l'impiego di misure specificamente progettate e validate per le famiglie costituisce un'efficace alternativa agli strumenti di somministrazione puramente individuale.

Presso il Centro, un'attenzione particolare è riservata all'utilizzo dello SCORE-15 (*Systemic Core Outcomes Routine Evaluation*), uno strumento standardizzato sviluppato nell'ambito della terapia familiare e finalizzato alla valutazione degli esiti terapeutici e del funzionamento del sistema. Sviluppato originariamente da un'équipe diretta da Peter Stratton e sostenuto dalla *Association for Family Therapy* (AFT), lo strumento è stato successivamente promosso dall'EFTA (*European Family Therapy Association*) presso le varie Società Nazionali, ottenendo un'ampia validazione internazionale. Lo Score-15 è un questionario self-report che costituisce la versione abbreviata di strumenti precedenti (SCORE-55 e SCORE-40), sviluppata al fine di garantire maggiore rapidità di somministrazione senza compromettere l'affidabilità e la validità della misura. Esso indaga la percezione del funzionamento familiare attraverso 15 item e consente di ottenere un punteggio complessivo e tre punteggi distinti, organizzati in tre sottoscale:

- *Strengths and Adaptability* (item 1, 3, 6, 10, 15), che valuta le risorse e la capacità adattiva del sistema familiare;

- *Overwhelmed by Difficulties* (item 5, 7, 9, 11, 14), relativa al grado in cui la famiglia percepisce di essere sopraffatta dalle difficoltà;
- *Disrupted Communication* (item 2, 4, 8, 12, 13), che misura la qualità e le eventuali disfunzioni nei processi comunicativi.

Il punteggio totale viene calcolato attraverso la somma dei punteggi degli item positivi (sottoscala 1) e l'inversione dei punteggi relativi agli item negativi (sottoscale 2 e 3), secondo la formula: somma degli item positivi + $[60 - (\text{somma degli item negativi})]$. Il punteggio complessivo varia da 15 a 75, con valori più elevati indicativi di un migliore funzionamento familiare.

Per quanto riguarda la somministrazione, lo strumento è solitamente proposto a ciascun membro della famiglia di età superiore a 12 anni, in tre momenti salienti del percorso: all'inizio (prima seduta), in una fase intermedia (quinta seduta) e al termine dell'intervento. Lo SCORE include 5 ulteriori domande rivolte ai familiari, finalizzate a raccogliere le aspettative di ciascuno riguardo al percorso terapeutico e una breve definizione del problema che ha portato la coppia o la famiglia a rivolgersi al servizio. Lo SCORE-15 presenta rilevanti potenzialità sia in ambito di ricerca sia nella pratica clinica. Sul piano della ricerca, esso contribuisce allo sviluppo di evidenze empiriche (*evidence-based practice*), consentendo il confronto con altri strumenti di valutazione, nonché l'analisi comparativa di diversi modelli terapeutici che si distinguono per durata, tipologia di utenza e approccio clinico. Sul piano clinico, lo SCORE-15 si caratterizza per la semplicità di compilazione e per la capacità di monitorare i cambiamenti del funzionamento familiare nel corso della terapia. Lo strumento consente di individuare sia gli aspetti della vita familiare oggetto dell'intervento sia le aree disfunzionali che incidono sul benessere dei singoli membri, rilevando al contempo le potenzialità di cambiamento attivate dal percorso terapeutico. Lo SCORE-15 rappresenta inoltre un

valido supporto nella valutazione degli esiti della terapia familiare, pur nella consapevolezza delle inevitabili semplificazioni insite in ogni misurazione standardizzata. Tali limiti possono connotarsi come meno fuorvianti se non sono gli stessi terapeuti a proporsi direttamente per il processo valutativo.

Infine, lo strumento orienta la definizione e la discussione degli obiettivi terapeutici e permette di confrontare le valutazioni dei membri della famiglia con quelle del terapeuta. Presso il Centro, la facilità di somministrazione dello Score-15 permette di ottenere una fotografia immediata delle caratteristiche delle famiglie/coppie, della richiesta di aiuto, del problema portato e delle aspettative terapeutiche. Lo strumento si rivela inoltre utile sia come indicatore della qualità delle interazioni familiari sia come misura diadica iniziale (Schepisi & Paolini, 2016). L'interesse della presente ricerca si è rivolto alla definizione di quale tipologia di problema fosse percepita come prevalente all'inizio del percorso terapeutico dai membri della coppia o della famiglia, confrontando successivamente tali categorie soggettive con la ridefinizione effettuata dai terapeuti dell'équipe.

La terapia familiare sistemica, come accennato nei paragrafi precedenti, opera considerando la complessità e l'influenza ricorsiva delle relazioni, dei contesti, delle credenze e delle esperienze delle persone nel corso delle generazioni. Per questo motivo, essa viene spesso utilizzata con famiglie che presentano vulnerabilità gravi e/o multiple, spesso protratte nel tempo, per le quali altri interventi non hanno prodotto cambiamenti significativi. Misurare progressi ed esiti in terapia sollecita una serie di riflessioni specifiche quando il terapeuta lavora con famiglie e sistemi di cura. Sono state elaborate linee guida rivolte principalmente alla valutazione in contesti in cui sono presenti più membri della famiglia (*Family Therapy Outcomes Advisory Group*, 2014). Esse risultano rilevanti quando si lavora in modo sistemico con membri appartenenti a più di una

famiglia (lavoro multifamiliare). In questo elaborato viene posta attenzione alle situazioni in cui il focus terapeutico include le relazioni familiari, il contesto e il funzionamento del sistema familiare in quanto rilevanti per l'invio e per l'efficacia della terapia. Un'alternativa all'utilizzo di strumenti sviluppati per la somministrazione individuale consiste in misure specificamente progettate per le famiglie. Quando nelle presenti linee guida si fa riferimento a misure familiari, ci si riferisce allo SCORE e, in particolare, alla sua versione più recente e breve, lo SCORE-15.

4.3 I risultati dell'analisi preliminare

Come già anticipato nei paragrafi precedenti, il problema viene inizialmente raccolto durante la telefonata e la compilazione della griglia di presa in carico, successivamente formalizzato attraverso il questionario self-report Score-15 e infine ridefinito nelle prime sedute terapeutiche.

Il processo di analisi della domanda rileva come la presa in carico globale nei servizi di terapia familiare non si strutturi come una raccolta puramente descrittiva del problema, ma come una fase preliminare nella quale si costruisce un significato condiviso, che viene ulteriormente rielaborato nel corso della prima consulenza. L'intento è quello di approfondire, in una prospettiva sistemica, il processo di trasformazione del problema e del suo significato, ponendo a confronto i casi tra loro, al fine di cogliere pattern ricorrenti, discrepanze narrative, tratti di vulnerabilità e risorse emergenti.

Nel processo di presa in carico indagato, il problema viene il più delle volte espresso in termini individuali e sintomatici, solitamente attribuito a un singolo membro della famiglia identificato come "portatore del disagio". Quanto osservato è coerente con la prospettiva teorica sostenuta da Minuchin (1976), secondo cui le famiglie sono solite attribuire il problema a un individuo, il cosiddetto "paziente designato", rendendo latenti le dinamiche relazionali sottostanti e mantenendo l'omeostasi familiare. La ridefinizione

terapeutica operata durante la prima consulenza introduce invece una lettura relazionale del problema, in cui il sintomo viene ricollocato all'interno dei pattern interattivi, orientando l'attenzione dal sintomo alla relazione, dall'individuo al sistema familiare e dalla causalità lineare a quella circolare.

Un esempio esplicito può essere portato dal Caso di Studio singolo scelto per svolgere lo studio empirico che verrà illustrato nel prossimo capitolo. La famiglia presentava inizialmente una definizione del problema associato all'alta conflittualità coniugale; il focus della domanda è stato spostato successivamente su modalità comunicative disfunzionali e mancanza di competenze di *coparenting*. Contestualmente al percorso terapeutico della famiglia, è avvenuta un'ulteriore ridefinizione: dal contesto di separazione o ricomposizione familiare, il problema è stato riposizionato all'interno della definizione di difficoltà di riorganizzazione dei confini, dei ruoli e delle alleanze. Anche nei casi in cui la domanda riguarda la condotta problematica di figli adolescenti, la ridefinizione viene incentrata verso la disregolazione della coppia genitoriale e la fragilità comunicativa tra i partner. Questo spostamento rispecchia il paradigma sistemico, secondo cui il comportamento problematico è comprensibile solo all'interno dei pattern interattivi che lo mantengono (Watzlawick et al., 1967). In questa logica circolare, ogni comportamento è contemporaneamente causa ed effetto delle interazioni.

Dopo aver definito l'approccio teorico e metodologico che ha guidato l'analisi categoriale della domanda, è ora possibile estrapolare le ricorrenze che caratterizzano le principali richieste di presa in carico sulla base dei problemi presentati. L'analisi qualitativa svolta si compone di 21 coppie prese in carico dal Centro Clinico e di Ricerca di Psicoterapia della Coppia e della Famiglia. Attraverso l'osservazione diretta di questo specifico contesto, è stato possibile rilevare dinamiche e configurazioni preziose sulla

natura della domanda portata dai sistemi familiari, i cui risultati sono sintetizzati nella

Tabella 1.

Tabella 1

Analisi preliminare

CODICE FAMIGLIA	PRESA IN CARICO "Descrizione del problema"	SCORE TI "Come definirebbe il problema/la sfida principale che vi ha portato in terapia?"		RIDEFINIZIONE DELLA DOMANDA
		LEI	LUI	
2824BT	Richiesta terapia familiare: difficoltà della gestione delle figlie adolescenti	Il problema principale è stato l'abuso che ha subito la figlia maggiore, il tempo trascorso senza averla capita e l'effetto sulla famiglia.	Il problema principale è il trauma vissuto da mia figlia, le ripercussioni fisiche, psichiche ed emotive su di lei, e su tutta la famiglia.	Terapia familiare: Ridefinire le alleanze familiari e lavorare in sottosistemi
4124OB	Richiesta terapia di coppia: crisi di coppia e conflittualità coniugale	Il problema principale sono gli scontri non gravi ma ciclici	Il problema principale sono discussioni e crisi per le differenze tra noi	Terapia di coppia: Individuare l'origine del conflitto nel ciclo evolutivo della coppia e ridefinire il patto di coppia.
4524VS	Richiesta terapia familiare: difficoltà di comunicazione	Il problema principale è la mancanza di comunicazione	Il problema principale è la difficoltà di comprensione	Terapia di coppia: Sostenere la coppia rispetto alla domanda di aiuto di raggiungere una comunicazione funzionale.
4924VS	Richiesta terapia familiare: difficoltà durante la transizione alla genitorialità	Il problema principale sono i litigi di coppia	Il problema principale è il non riuscire a stare bene con la mia compagna	Terapia di coppia: Sostenere la coppia durante la fase di transizione alla genitorialità
5224BT	Richiesta terapia di coppia: difficoltà di comunicazione nella coppia	Il problema principale è l'insicurezza del mio compagno	Il principale problema è la situazione personale e di coppia	Terapia di coppia: Sostenere la coppia nella comunicazione delle proprie fatiche
5724OB	Richiesta terapia familiare: difficoltà della gestione dei figli adolescenti	Il problema principale è la gestione dell'emotività nell'adolescenza dei figli	Il problema principale è gestione dell'adolescenza dei figli	Terapia di coppia: Concedere uno spazio di coppia senza essere assorbiti dal sottosistema filiale
5824TB	Richiesta terapia di coppia: gestione dei confini familiari e della famiglia ricomposta	Il problema principale è la totale assenza di relazione la figlia	Il problema principale è la mancata armonia tra mia figlia e sua mamma	Terapia familiare: Ridefinire le alleanze familiari e lavorare in sottosistemi fra famiglia nucleare e famiglia ricomposta
5925OB	Richiesta terapia familiare: gestione dei confini familiari e difficoltà di comunicazione	Il problema principale è l'adolescenza delle figlie	Il problema principale è la gestione delle figlie adolescenti e la mancanza di dialogo costruttivo nella coppia	Terapia di coppia: Sostenere la coppia nella comunicazione delle proprie fatiche e ridefinire il patto di coppia.
0325 VS	Richiesta terapia di coppia: difficoltà di comunicazione durante la transizione alla genitorialità	Il problema principale è la coppia e la comunicazione	Il problema principale è la comunicazione	Terapia di coppia: Sostenere la coppia durante la fase di transizione alla genitorialità a fronte della depressione post-parto
0725OB	Richiesta terapia di coppia: conflittualità coniugale durante la transizione alla genitorialità	Il problema principale è la separazione che ha richiesto il marito	Il problema principale sono i litigi	Terapia familiare: Sostenere la coppia durante la fase di transizione alla genitorialità e lavorare in sottosistemi
1725VS	Richiesta terapia di coppia: difficoltà di comunicazione durante la transizione alla genitorialità	I problemi principali sono le difficoltà comunicative, la mancanza di ascolto, le ferite non perdonate	I problemi principali sono le indifferenze di vario tipo e la mancata considerazione dei problemi altrui	Terapia di coppia: Approfondire l'intreccio tra la coppia coniugale e quella genitoriale
1925OB	Richiesta terapia di coppia: conflittualità coniugale durante la transizione alla genitorialità	Il problema principale è la comunicazione	Il problema principale è comunicare con calma	Terapia di coppia: Sostenere la coppia durante la fase di transizione alla genitorialità attraverso l'approfondimento di modelli transgenerazionali
2525OB	Richiesta terapia di coppia: conflittualità coniugale e difficoltà di comunicazione	Il problema principale sono le discussioni e la carenza di desiderio sessuale	Il problema principale è la separazione e la mancanza di rispetto	Terapia familiare: Sostenere il nucleo familiare nell'ascolto dei figli
2725BT	Richiesta terapia familiare: gestione dei confini familiari e della famiglia ricomposta	Il problema principale è il dialogo e il non sentirsi parte di una coppia	Il problema principale è non essere una vera famiglia	Terapia di coppia: Sostenere la coppia nella ricomposizione familiare per la costruzione della loro famiglia ricomposta
2825BT	Richiesta terapia di coppia: difficoltà di comunicazione	Il problema principale è la comunicazione	Il problema principale è stato la depressione post-parto	Terapia di coppia: Ridefinizione della coppia all'interno della transizione alla genitorialità a fronte della depressione post-parto
2925 VS	Richiesta terapia familiare: difficoltà della gestione dei figli adolescenti	Il problema principale è l'adolescenza dei figli e la stanchezza	Il problema principale è il litigio continuo fra mia moglie e mia figlia	Terapia di coppia: Ridefinire il problema portato ricostruendo lo spazio della coppia all'interno del sistema familiare
3025OB	Richiesta terapia di coppia: difficoltà di comunicazione durante la transizione alla genitorialità	Il problema principale è il non riuscire a risolvere le incomprensioni	Il problema principale sono gli scontri e le difficoltà di comunicazione	Terapia di coppia: Ridefinire il patto di coppia per la costruzione di una famiglia ricomposta

3125VS	Richiesta terapia familiare: difficoltà della gestione della figlia	<i>Il problema principale è la tensione tra la coppia</i>	<i>Il problema principale sono le reazioni esagerate e il comportamento oppositivo di nostra figlia</i>	Terapia di coppia: Lavorare sulla dimensione della coppia
0126OB	Richiesta terapia di coppia: difficoltà di comunicazione durante la transizione alla genitorialità e difficoltà della gestione dei figli	<i>Il problema principale è l'incapacità di risolvere i problemi assieme</i>	<i>Il problema principale è l'allontanamento fra la coppia</i>	Terapia di coppia: Ridefinire il patto di coppia
0226VS	Richiesta terapia di coppia: difficoltà di comunicazione durante la transizione alla genitorialità	<i>Il problema principale è la comunicazione e difficoltà di comprensione</i>	<i>Il problema principale sono le ansie della compagna</i>	Terapia di coppia: Ridefinizione della coppia all'interno della transizione alla genitorialità a fronte della depressione post-parto
3526 BT	Richiesta terapia di coppia: crisi di coppia	<i>Il problema principale è la mancata fiducia</i>	<i>Il problema principale è la non comunicazione</i>	Terapia di coppia: Indagare come la disabilità del figlio si inserisce nel benessere della coppia e nella loro percezione di competenza genitoriale

La prima, fra le osservazioni che emergono, fa riferimento alle divergenze tra partner rispetto alla definizione del problema, manifestando una forte incidenza di narrazioni differenziate all'interno della coppia (Cigoli, 2006). In diverse occasioni si rilevano differenze marcate: un partner enfatizza le difficoltà nella gestione dei figli, mentre l'altro pone l'accento sulla qualità della relazione e della comunicazione. In alcune situazioni, come quella del caso scelto, un partner definisce il problema come "il processo di separazione imminente", mentre l'altro lo riconduce a "litigi" o una mancanza di dialogo e comprensione reciproca. In altri casi, uno dei due attribuisce la difficoltà a una dimensione individuale (insicurezza, ansia), mentre l'altro la colloca su un piano relazionale. Le divergenze manifestate dai partner possono essere lette alla luce del concetto di differenziazione del Sé (Bowen, 1978), che rappresenta la capacità dell'individuo di mantenere una posizione autonoma all'interno delle relazioni significative. Nei casi esaminati, le discrepanze nella definizione del problema sembrano riflettere difficoltà nella regolazione emotiva condivisa, bassa capacità di integrazione dei punti di vista, rigidità nelle attribuzioni di significato. In particolare, sembra emergere una polarizzazione tra una chiave di lettura maggiormente orientata alla gestione concreta del problema e alla ricerca di soluzioni operative e una prospettiva più centrata sugli aspetti emotivi e relazionali. Tale differenziazione può essere letta alla luce degli studi sul *coping*, che distinguono tra strategie orientate alla gestione del problema e strategie finalizzate alla regolazione delle emozioni (Folkman & Lazarus, 1988). Questa

discrepanza narrativa può riflettere una difficoltà della coppia nella costruzione di significati condivisi.

Nonostante le differenze, si riscontrano talvolta convergenze su alcune matrici problematiche, quali: la presenza di conflitti frequenti, la fatica comunicativa, il riconoscimento di una crisi in seguito a fasi del ciclo di vita (transizione alla genitorialità, separazioni). Le aree di contatto, seppur parziali, costituiscono un importante punto di accesso per il lavoro terapeutico. Come sottolineato da Andolfi (1999), anche una minima condivisione del problema può costituire una base per l'attivazione del processo di cambiamento, favorendo la costruzione di una "domanda comune". Una seconda variabile che richiede un approfondimento è la costante discrepanza tra il problema portato dalla coppia, tramite la griglia di presa in carico e la compilazione dello Score 15, e quello ridefinito dal terapeuta durante la prima consulenza. Tale discontinuità non rappresenta una distorsione, bensì un passaggio fondamentale del processo terapeutico.

In accordo con la prospettiva sistemica, la ridefinizione del problema costituisce una forma di intervento già trasformativo, in quanto introduce nuove cornici di significato (Cecchin et al., 1994). Molte domande si integrano con snodi evolutivi critici (Carter & McGoldrick, 1980), quali nascita dei figli, adolescenza, separazioni e ricomposizioni familiari. Tali transizioni richiedono una riorganizzazione dei ruoli e delle relazioni, che, se non adeguatamente elaborata, può generare sintomatologia. In particolare, nel caso di studio della ricerca, il conflitto di coppia viene integrato all'interno della storia evolutiva del sistema, con l'obiettivo di accompagnare la famiglia durante la fase separativa, attraverso una riorganizzazione dei sottosistemi familiari; in altri casi, il "figlio problema", portato come evento critico scatenante, viene ricollocato all'interno delle dinamiche del sistema familiare. Questo processo è coerente con il paradigma della

ristrutturazione, elaborato da Minuchin (1976), attraverso cui il terapeuta interviene modificando le modalità di lettura e organizzazione delle relazioni familiari.

L'analisi trasversale ha permesso di individuare alcuni costrutti ricorrenti che si presentano nei diversi casi: la loro codifica mostra una forte convergenza con i principali modelli teorici della terapia familiare. Come evidenziato dall'autore, la difficoltà nella definizione dei confini rappresenta uno dei temi più ricorrenti. Nei casi analizzati si osservano: confini diffusi tra genitori e figli, difficoltà di differenziazione dei ruoli e interferenze tra sottosistema genitoriale e coniugale. In alcune famiglie i figli appaiono coinvolti nelle tensioni della coppia, mentre in altre si osserva una scarsa coesione genitoriale, con stili educativi divergenti. Seguendo questo impianto teorico, confini troppo rigidi o troppo diffusi compromettono il funzionamento del sistema, generando un effetto di isolamento o invischiamento. Nei casi presi in esame si delineano con ricorrenza confini diffusi tra genitori e figli o interferenze tra sottosistema coniugale e genitoriale.

Anche le difficoltà comunicative appaiono come tema ricorsivo, sulla scia degli assunti della pragmatica della comunicazione umana (Watzlawick et al., 1967). Il disallineamento comunicativo osservato include escalation simmetriche, evitamento del confronto, incapacità di esprimere vissuti emotivi. Anche nei casi inizialmente focalizzati sui figli, emerge un'importante fragilità comunicativa del sottosistema coniugale che contribuisce al mantenimento del problema. La presenza di eventi transgenerazionali (traumi, migrazione, modelli educativi) richiama il contributo di Bowen (1978) e delle prospettive transgenerazionali, secondo cui i modelli relazionali tendono a trasmettersi attraverso le generazioni, influenzando il funzionamento attuale. Molti dei casi in esame portano alla luce tratti riconducibili alla definizione di "famiglie multiproblematiche" (Walsh 2008, 2016), in cui si intrecciano fattori relazionali, individuali e contestuali. In

questi contesti, secondo Malagoli Togliatti et al. (2002) l'intervento terapeutico assume anche una funzione di promozione delle risorse familiari.

La prima consulenza si articola come uno spazio di co-costruzione narrativa, in cui la coppia di terapeuti promuove nuove connessioni di significato. In linea con il modello milanese (Cecchin et al., 1994), i terapeuti assumono una posizione di curiosità e neutralità, sospendendo attribuzioni rigide e favorendo l'integrazione dei diversi punti di vista e la costruzione di ipotesi condivise. La ridefinizione del problema diventa così un atto terapeutico in sé, in grado di modificare le rappresentazioni familiari, di aprire nuove possibilità di cambiamento e di attivare risorse individuali e familiari, iniziando un processo di trasformazione della vulnerabilità in resilienza.

L'analisi preliminare condotta evidenzia quindi come il problema portato in terapia familiare sia il risultato di un processo narrativo iniziale, che viene progressivamente trasformato attraverso l'intervento clinico. Le divergenze tra i partner e la discrepanza tra problema espresso e ridefinito rappresentano elementi centrali del lavoro terapeutico, in quanto rendono visibili le dinamiche relazionali sottostanti. In linea con la prospettiva sistemica, il sintomo non è interpretabile come proprietà individuale, ma come espressione di un sistema in difficoltà, il cui equilibrio si basa su pattern interattivi che i terapeuti contribuiscono a rendere visibili e modificabili. In questo senso, il processo di presa in carico e la prima consulenza si configurano come momenti di co-costruzione del significato, durante i quali una narrazione individualizzante e colpevolizzante viene rivisitata in una lettura sistemica, aprendo nuove possibilità di intervento.

Capitolo 5: Lo studio empirico

5.1 Il presente studio

Questo studio si propone di esplorare e approfondire il costrutto del *coparenting*, attraverso l'uso della Scultura Familiare Dialogica ("*Dialogical Family Sculpting*"), che si configura come un innovativo strumento di intervento clinico, sviluppato da un'équipe di clinici e ricercatori nell'arco degli ultimi anni (Baiardo, Everri, Matricardi, Migliorini & Cardinali, 2026, manoscritto sottoposto a revisione).

Il *coparenting* è una tematica ampiamente studiata all'interno del contesto familiare (Campbell, 2023), ma pochi studi hanno analizzato questo costrutto attraverso tecniche analogico-espressive. Inoltre, le ricerche precedenti sul *coparenting* hanno spesso trascurato un focus di lavoro specifico sul *coparenting*, integrato nella terapia familiare o di coppia (Darwiche et al., 2022).

Per colmare queste lacune, sono stati analizzati i fattori di *coparenting* con l'utilizzo dello strumento della scultura, all'interno di un percorso di terapia familiare e di coppia. L'obiettivo del presente studio di caso era, infatti, quello di comprendere l'impatto che la Scultura Familiare Dialogica può avere all'interno di un processo di promozione della cogenitorialità.

Da un punto di vista clinico, l'introduzione della tecnica della scultura ha consentito di arricchire il percorso terapeutico con un focus mirato ed esperienziale sulle dinamiche di *coparenting*. Ciò è in linea con la letteratura sul *coparenting*, che evidenzia come integrare un lavoro specifico sulla relazione di *coparenting* all'interno della terapia di coppia rappresenti un approccio particolarmente promettente. Sebbene gli interventi di terapia di coppia migliorino aspetti della relazione coniugale, quali la soddisfazione di coppia e la qualità della comunicazione, tali cambiamenti non si traducono automaticamente in un miglioramento della collaborazione genitoriale, suggerendo la

necessità di interventi specificamente orientati al *coparenting* (Hahlweg & Klann, 1997; Ledermann et al., 2007; Darwiche et al., 2022).

Inoltre, la letteratura sottolinea come un *coparenting* conflittuale sia strettamente associato sia a difficoltà coniugali (Zemp et al., 2018) sia ad esiti sfavorevoli per il benessere dei figli (Murphy et al., 2016). Di conseguenza, sostenere la relazione di *coparenting* all'interno della terapia di coppia può produrre benefici che si estendono non solo al funzionamento della coppia, ma anche al benessere e all'adattamento dei bambini e, più in generale, dell'intero sistema familiare (Darwiche et al., 2022).

Infine, la scelta di utilizzare un simile strumento clinico per un nucleo vulnerabile è coerente con le evidenze empiriche che mostrano come i programmi di *coparenting* siano efficaci in diverse tipologie di popolazione (Eira Nunes et al., 2021), ma producano gli effetti più marcati e clinicamente significativi proprio nelle famiglie che presentano specifici fattori di rischio (Halford & Bodenmann, 2013).

5.2 Metodo

5.2.1 Partecipanti

Il presente studio di caso ha analizzato l'esperienza di un nucleo familiare composto da quattro membri: madre (44 anni, diplomato), padre (43 anni, diplomato) e due figli maschi (12 anni e 10 anni). Nello specifico lo studio si è concentrato sulla coppia madre e padre, uniti in una relazione sentimentale da 21 anni e sposati da 12 anni.

L'accesso al Centro di Terapia Familiare da parte della famiglia è avvenuto in forma spontanea, su richiesta avanzata dalla madre di un intervento psicologico rivolto ai figli e contestualmente di una terapia di coppia. Come viene riportato nella griglia di presa in carico, la domanda è motivata dal desiderio di preservare il nucleo familiare, nonostante la crescente conflittualità di coppia e le difficoltà nella gestione delle dinamiche familiari emerse nel corso degli ultimi 10 anni.

Il quadro ricostruito attraverso la griglia delinea una situazione caratterizzata da una forte conflittualità coniugale e da una progressiva instabilità delle relazioni familiari, che si sono intensificate a seguito della nascita dei figli. La madre riferisce una storia personale e familiare segnata da esperienze separative e vissuti traumatici, legati a tentativi di suicidio della propria figura materna a seguito di un lutto familiare, riferendosi a questo come periodo compatibile con una depressione post-partum non adeguatamente trattata. Vengono inoltre riportati episodi di crisi relazionale coincidenti con il periodo della transizione alla genitorialità, che hanno contribuito ad aumentare la fragilità del legame coniugale. Nel corso degli anni, il padre ha assunto un ruolo centrale nella gestione degli impegni domestici, familiari e dell'organizzazione quotidiana, determinando un'asimmetria nelle responsabilità genitoriali, occupandosi in maniera estesa della casa e dei figli, con un forte coinvolgimento nella loro crescita e nelle attività scolastiche ed extrascolastiche. Al momento della presa in carico, il padre manifesta una significativa fragilità psicologica, caratterizzata da instabilità comportamentale, e un temporaneo allontanamento dal domicilio coniugale. La coppia riferisce un progressivo allontanamento reciproco, fisico e relazionale, esacerbato da difficoltà comunicative e da vissuti di solitudine e incomprensione. La madre ha lasciato il suo precedente impiego lavorativo per intraprendere un nuovo percorso professionale che richiede un impegno prolungato per il quale trascorre molto tempo fuori casa, elemento percepito dal partner come ulteriore fattore di distanza emotiva e familiare.

Nonostante i fattori di vulnerabilità descritti, il sistema familiare dispone di una buona rete di supporto: risultano presenti entrambe le famiglie d'origine e altre figure significative, in particolare i nonni materni, che nonostante la separazione e la ricostruzione dei propri nuclei familiari con i nuovi partner, offrono supporto pratico e relazionale nella gestione dei figli. Si segnala inoltre il ruolo attivo della sorella della

madre, garantendo ai figli uno spazio di continuità affettiva attraverso frequentazioni regolari.

5.2.2 Procedura

Lo studio è stato condotto presso un Centro Clinico e di Ricerca di Psicoterapia della Coppia e della Famiglia, che opera con l'obiettivo di ottimizzare l'offerta specialistica di interventi rivolti a coppie e famiglie con minori a carico fino ai 21 anni, intervenendo in modo tempestivo, in presenza di segnali precoci di disagio connessi alle diverse fasi del ciclo di vita familiare.

Come già delineato nel Capitolo 4, la presa in carico da parte del servizio prevede un ciclo di dodici incontri, ciascuno articolato in tre momenti principali. Si inizia con un pre-seduta in cui gli operatori rileggono il diario dell'ultimo incontro, focalizzandosi sui passaggi relazionali più significativi, sulle ipotesi formulate in precedenza e su eventuali compiti assegnati alla famiglia o alla coppia. Segue l'effettiva conduzione della seduta e un momento di break terapeutico in cui la coppia di terapeuti si ritira dietro lo specchio per confrontarsi con l'équipe e concordare la restituzione finale. Il processo si conclude infine con il post-seduta, uno spazio dedicato alla discussione delle ipotesi cliniche e alla condivisione di eventuali risonanze emotive. Inoltre, l'équipe si riunisce con cadenza mensile per discutere le nuove prese in carico e portare alcuni casi complessi in intervizione ai colleghi. Tale spazio è particolarmente prezioso perché consente di preservare un momento approfondito di riflessione e confronto e di stabilire l'adeguatezza o meno del servizio nella presa in carico dei nuovi casi.

Per quanto riguarda il setting, l'intervento richiede la disponibilità di spazi adeguati alla co-terapia: nella stanza principale una coppia di terapeuti conduce gli incontri, mentre nella stanza adiacente altri operatori assistono allo svolgimento della seduta in tempo reale. Viene inoltre redatto un diario clinico, dove vengono trascritti sia

il contenuto verbale della seduta sia alcune considerazioni su aspetti non verbali. Ad esempio, in alcuni casi si annota la collocazione spaziale dei membri familiari, talvolta esemplificativa rispetto all'esistenza di alleanze, oppure la mimica facciale, fondamentale per intercettare vissuti emotivi o incongruenze. Inoltre, nello stesso diario clinico, viene riportato il continuo lavoro di ipotizzazione svolto dai professionisti. La stesura sistematica del diario riveste quindi una duplice valenza: consente di monitorare l'evoluzione del percorso terapeutico e le trasformazioni relazionali nel tempo e, al contempo, costituisce una fonte primaria per promuovere il prosieguo della terapia.

Per quanto concerne la procedura della ricerca, lo studio di caso è stato condotto tramite la trascrizione verbatim della seduta in cui è stato utilizzato lo strumento della Scultura Familiare Dialogica. Si tratta di un metodo per gli interventi clinici che sviluppa la tecnica tradizionale della scultura familiare, integrandola con i principi sistemico-dialogici contemporanei (Baiardo, Everri, Matricardi, Migliorini & Cardinali, 2026, manoscritto sottoposto a revisione). In questa prospettiva, secondo Seikkula et al. (2018), il dialogo è concepito come qualcosa che emerge dall'interazione incarnata (*embodied*): i partecipanti, incluso l'operatore, comunicano attraverso le parole e il corpo, mettendo in atto pensieri ed emozioni con la facilitazione del terapeuta. Ai membri della famiglia viene chiesto di muoversi liberamente nello spazio per rappresentare, attraverso il corpo, come percepiscono le relazioni familiari nel momento presente, negoziando attivamente le rispettive posizioni. Durante l'esercizio sperimentano diverse configurazioni relazionali attraverso piccoli cambiamenti corporei ("micro-transizioni") ed esplicitano le emozioni e i significati associati a ciascuna posizione. L'attività si conclude con una riflessione sull'esperienza vissuta, volta a favorire una maggiore consapevolezza delle dinamiche relazionali e l'individuazione di configurazioni percepite come più soddisfacenti.

Il caso è stato individuato nell'ambito del Centro appena descritto, presso il quale la famiglia è arrivata con accesso spontaneo, e la selezione del caso è avvenuta secondo i seguenti criteri di inclusione. La famiglia oggetto del presente studio ha concluso l'intero ciclo di dodici sedute, alcune delle quali sono state condotte con l'intero nucleo, altre solo con la coppia e altre ancora solo con i figli. La coppia ha inoltre compilato il consenso informato, autorizzando l'utilizzo dei dati. Infine, ha sperimentato durante il proprio percorso terapeutico lo strumento della Scultura Familiare Dialogica. La singola seduta analizzata è stata scelta in quanto l'unica in cui è stato utilizzato lo strumento della scultura. In definitiva, il caso è stato considerato rilevante ai fini del presente studio perché consentiva di osservare i processi di cogenitorialità prima e dopo l'utilizzo della scultura, evidenziando un possibile ruolo della stessa nella promozione del *coparenting*.

Dal punto di vista clinico, i terapeuti hanno scelto di introdurre la scultura in questa esatta fase del percorso terapeutico per rispondere a precise finalità. Prima dell'applicazione dello strumento, il setting rifletteva una situazione quotidiana di forte scontro, caratterizzato da un clima di guerra e da una progressiva malattia del sistema familiare. Tale tecnica permette così di interrompere l'escalation simmetrica e la narrazione disfunzionale tra i genitori, costringendoli a passare dal canale digitale a quello analogico. La scultura dialogica agisce infatti come un perturbatore strategico del sistema; laddove la parola diventa il veicolo principale della cronicizzazione del conflitto e della triangolazione dei figli, questo strumento canalizza la risorsa della co-genitorialità.

5.2.3 Analisi dei dati

I materiali testuali ricavati dalla trascrizione verbatim della seduta in cui è stato impiegato lo strumento della Scultura Familiare Dialogica sono stati esaminati utilizzando la metodologia della *grounded theory* (GTM) (Charmaz e Belgrave, 2019). Per la gestione e lo svolgimento della fase di analisi è stato utilizzato il software

NVIVO11. Seguendo le procedure della GTM, due ricercatori hanno condotto in modo indipendente una codifica aperta iniziale per generare una serie di concetti. Per garantire una copertura completa delle caratteristiche fondamentali dei dati delle interviste, i concetti sono stati successivamente raggruppati in categorie tematiche più ristrette utilizzando la codifica assiale (Strauss e Corbin, 1990). Il software NVIVO11 è stato fondamentale per organizzare le affermazioni in codici iniziali e formare una mappa tematica iniziale. La mappa è stata sviluppata e vagliata con cura per garantire la sua accuratezza nel rappresentare il set di dati. Sono state apportate continue rettifiche e perfezionamenti attraverso un processo iterativo fino a quando è stato raggiunto un consenso sulla mappa tematica finale. Questo approccio sistematico ha facilitato la comprensione organizzata e la categorizzazione della situazione sociale oggetto di studio (Charmaz, 2006), i cui risultati relativi alle categorie tematiche sono presentati nella **Tabella 2**.

Tabella 2

Categorie tematiche *coparenting*

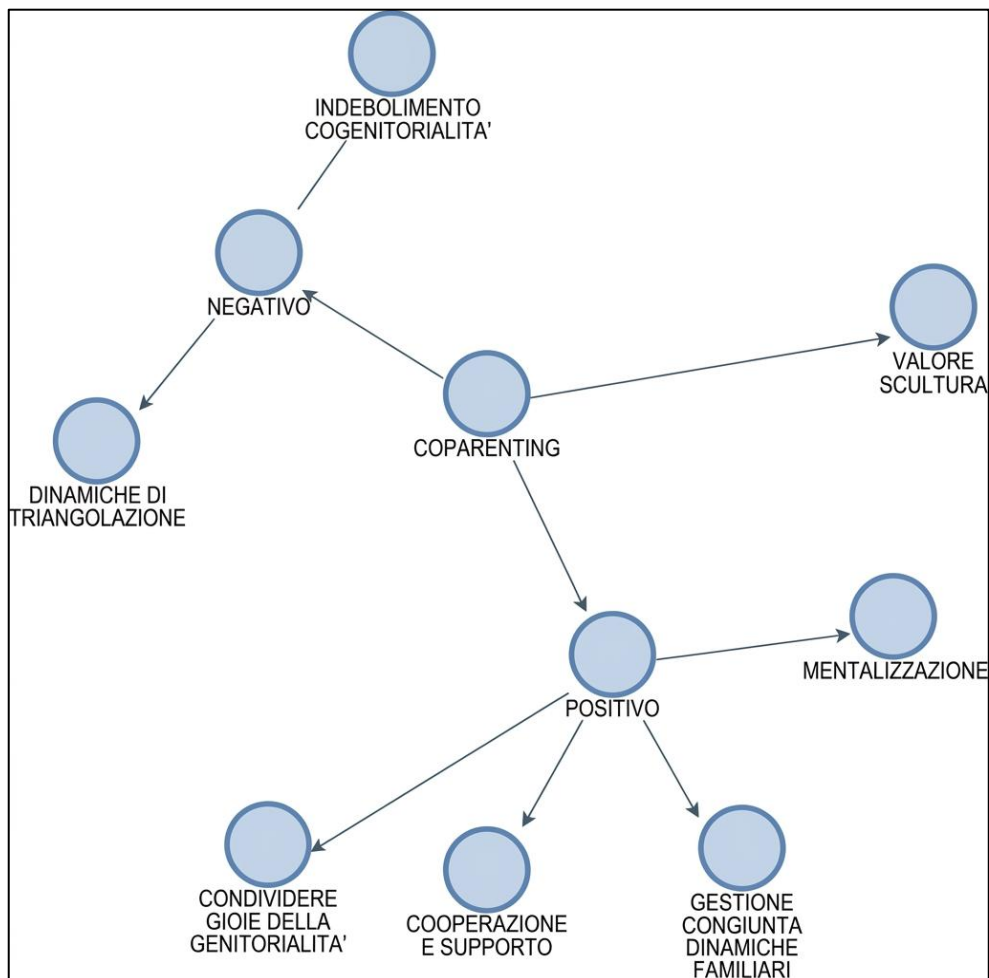
Tema	Sottotema	Citazioni
<i>Coparenting negativo</i>	Indebolimento della cogenitorialità	<i>“C'è stata guerra tra me e lui in questo episodio, perché secondo lui sono io che ho chiesto e ho fatto un sacco di domande ai ragazzi” (Madre)</i>
		<i>“Quando io sono con i bambini è difficile, impossibile che ci soffermiamo a parlare di problemi del futuro, di compleanni separati, di non vedrai più tua mamma, di altri fidanzati e fidanzate. E quindi riescono veramente di più a godersi la vita, a godersi il momento. Quando invece sono (i figli) con lei, che ha questa rabbia, vivono questo scombussolamento totale” (Padre)</i>
	Dinamiche di triangolazione	<i>“Quando lui è partito con l'abbraccio ho rivisto la vita che era in casa. Il loro mondo chiuso, loro tre e non c'era spazio per me. Mi mettevo da parte, gli ho fatto creare questo mondo” (Madre)</i>
		<i>“Durante la rappresentazione della scultura ho visto anche la sua dipendenza dai ragazzi (intende la dipendenza che il padre ha nei confronti dei figli), questo “sì mi stacco, ma stando sempre stretti” (Madre)</i>
		<i>“Ho provato emozioni negative verso i miei figli, nei momenti in cui lui era fuori di casa e vedevo in loro una soluzione. Ora tutte queste emozioni negative le sto ribaltando su di me, però prima a loro chiedevo “ragazzi fate qualcosa così papà ritorna a casa” (Madre)</i>
		<i>“Una cosa che mi ha un po' colpito nei giorni successivi è che mio figlio mi abbia detto “io ci voglio andare (riferito alla terapia) perché se ci sono dei problemi da risolvere, si risolvono”. Quindi, beh, me lo ha detto in altre parole, mi ha detto che se ci sono dei problemi nella famiglia, lui li risolverà” (Padre)</i>

Coparenting positivo	Cooperazione e supporto	<i>“Il processo che ho visto nella sua scultura (riferito alla scultura della madre) spero sia il futuro. Mi sono sentito sollevato nel vedere questo cambiamento, ho sentito un’esplosione, ho detto “speriamo” (Padre)</i>
	Mentalizzazione sui bisogni del bambino e della famiglia	<i>“La vita è fatta di alti e bassi, però continua. E loro (riferito ai figli), in questo momento, non sono in una fase di massima gioia. Sono in una fase di basso” (Padre)</i>
	Gestione congiunta delle dinamiche familiari	<i>“Io mi posiziono esattamente davanti, in piedi. Ognuno ha il proprio spazio, però io ci sono e voi ci siete. Ognuno ha il proprio spazio ma io vi guardo, io ci sono” (Madre)</i>
		<i>“Loro (riferito ai figli) sono due persone e bisogna lavorare anche sul loro legame, è importantissimo. La mamma sta bene, ci siete voi (riferito ai figli), uno può far affidamento sull’altro. Vorrei fosse così” (Madre).</i>
	Condividere le gioie della genitorialità	<i>“Nella nostra storia familiare passata, i nostri figli sono stati sempre seguiti in tutto, sia da noi genitori che dai nonni” (Padre).</i>
Valore della scultura nella promozione del coparenting		<i>“Nella mia scultura ho appreso degli strumenti, ho imparato. Mi è uscito tutto, mi sono sentita inadeguata nel dare conforto; un genitore dovrebbe sostenere i figli e in quel momento mi sono sentita inadeguata. Ho capito poi come fare” (Madre)</i>

5.3 Risultati

Per quanto riguarda il *coparenting*, dal presente studio sono emersi tre temi principali: *coparenting* negativo, *coparenting* positivo, valore della scultura nella promozione del *coparenting*. La mappa tematica riportata nella Fig. 1 qui di seguito illustra i temi e i relativi sottotemi emersi.

Figura 1. Mappa tematica



Coparenting negativo

Il primo tema emerso dall'analisi dei dati è il *coparenting* negativo. All'interno del tema, il primo sottotema era l'indebolimento della cogenitorialità. Durante la seduta terapeutica, infatti, i partecipanti hanno evidenziato dinamiche competitive ed ostacolanti, come critiche, litigi, denigrazioni e attribuzioni di colpe, volte a minare l'autorità

dell'altro genitore. A proposito un partecipante ha affermato: *“C'è stata guerra tra me e lui in questo episodio, perché secondo lui sono io che ho chiesto e ho fatto un sacco di domande ai ragazzi”* (Madre). Inoltre, sono emersi processi di svalutazione cogenitoriale, infatti un partecipante ha affermato: *“Quando io sono con i bambini è difficile, impossibile che ci soffermiamo a parlare di problemi del futuro, di compleanni separati, di non vedrai più tua mamma, di altri fidanzati e fidanzate. E quindi riescono veramente di più a godersi la vita, a godersi il momento. Quando invece sono (i figli) con lei, che ha questa rabbia, vivono questo scombussolamento totale”* (Padre). Il secondo sottotema definito dinamiche di triangolazione riguarda il coinvolgimento dei figli nelle dispute di coppia e la formazione di alleanze disfunzionali. A proposito un partecipante ha riferito di sentirsi escluso da una coalizione intrafamiliare: *“Quando lui è partito con l'abbraccio ho rivisto la vita che era in casa. Il loro mondo chiuso, loro tre e non c'era spazio per me. Mi mettevo da parte, gli ho fatto creare questo mondo”* (Madre). Durante la seduta sono emerse anche dinamiche di invischiamento tra genitori e figli, infatti un partecipante ha affermato: *“Durante la rappresentazione della scultura ho visto anche la sua dipendenza dai ragazzi (intende la dipendenza che il padre ha nei confronti dei figli), questo “sì mi stacco, ma stando sempre stretti”* (Madre). Inoltre, si evidenzia una strumentalizzazione dei figli, come riportato da uno dei partecipanti: *“Ho provato emozioni negative verso i miei figli, nei momenti in cui lui era fuori di casa e vedevo in loro una soluzione. Ora tutte queste emozioni negative le sto ribaltando su di me, però prima a loro chiedevo “ragazzi fate qualcosa così papà ritorna a casa”* (Madre). Infine, emerge una dinamica di parentificazione per cui il figlio assume su di sé una responsabilità tipicamente genitoriale. A proposito un partecipante ha affermato: *“Una cosa che mi ha un po' colpito nei giorni successivi è che mio figlio mi abbia detto “io ci voglio andare (riferito alla terapia) perché se ci sono dei problemi da risolvere, si*

risolvono". Quindi, beh, me lo ha detto in altre parole, mi ha detto che se ci sono dei problemi nella famiglia, lui li risolverà" (Padre).

Coparenting positivo

Il secondo tema emerso è il *coparenting* positivo. Diversi sottotemi appartengono a questo tema ovvero: cooperazione e supporto, mentalizzazione sui bisogni del bambino e della famiglia, gestione congiunta delle dinamiche familiari, condivisione delle gioie della genitorialità. Il primo sottotema definito cooperazione e supporto riguarda la risoluzione collaborativa dei problemi e la percezione di crescita reciproca come co-genitori, in un clima di rispetto e lealtà. A proposito un partecipante ha manifestato fiducia verso il cambiamento dell'altro genitore: *"Il processo che ho visto nella sua scultura (riferito alla scultura della madre) spero sia il futuro. Mi sono sentito sollevato nel vedere questo cambiamento, ho sentito un'esplosione, ho detto "speriamo" (Padre).* Il secondo sottotema è la mentalizzazione sui bisogni del bambino e della famiglia, ovvero la capacità di riconoscere e decodificare stati d'animo, pensieri o desideri degli altri membri della famiglia. Uno dei partecipanti, infatti, ha mostrato di riconoscere le difficoltà attraversate dai figli nel momento presente: *"La vita è fatta di alti e bassi, però continua. E loro (riferito ai figli), in questo momento, non sono in una fase di massima gioia. Sono in una fase di basso" (Padre).* Il terzo sottotema definito gestione congiunta delle dinamiche familiari riguarda la coesione del sistema familiare e la capacità di regolare l'equilibrio interattivo nelle situazioni triadiche. A proposito un partecipante ha affermato: *"Io mi posiziono esattamente davanti, in piedi. Ognuno ha il proprio spazio, però io ci sono e voi ci siete. Ognuno ha il proprio spazio ma io vi guardo, io ci sono" (Madre).* Durante la seduta emerge anche un tentativo di tutelare la fratria, infatti un partecipante ha riconosciuto l'importanza di rafforzare il legame tra fratelli: *"Loro (riferito ai figli) sono due persone e bisogna lavorare anche sul loro legame, è*

importantissimo. La mamma sta bene, ci siete voi (riferito ai figli), uno può far affidamento sull'altro. Vorrei fosse così" (Madre). Il quarto sottotema è la condivisione delle gioie della genitorialità. A proposito uno dei partecipanti ha riportato la capacità di lavorare assieme come squadra: *"Nella nostra storia familiare passata, i nostri figli sono stati sempre seguiti in tutto, sia da noi genitori che dai nonni"* (Padre).

Valore della scultura nella promozione del coparenting

Il terzo tema emerso è il valore della scultura nella promozione del *coparenting*, ovvero il ruolo che ha avuto la scultura nel riorganizzare i confini relazionali familiari, nell'attivare una visione ottimistica del futuro e nell'apprendere nuove competenze genitoriali. A proposito un partecipante ha affermato *"Nella mia scultura ho appreso degli strumenti, ho imparato. Mi è uscito tutto, mi sono sentita inadeguata nel dare conforto; un genitore dovrebbe sostenere i figli e in quel momento mi sono sentita inadeguata. Ho capito poi come fare"* (Madre).

5.4 Discussione

Implicazioni teoriche

Il presente studio si proponeva di esplorare le dinamiche di *coparenting*, attraverso l'utilizzo dello strumento della Scultura Familiare Dialogica, all'interno di un percorso di terapia familiare e di coppia. Dall'analisi sono emersi tre temi principali: *coparenting* negativo, *coparenting* positivo, valore della scultura nella promozione del *coparenting*.

Nel complesso, i risultati delineano il *coparenting* come un costrutto relazionale multidimensionale, nel quale dimensioni negative e positive possono coesistere (Feinberg, 2003; Van Egeren & Hawkins, 2004; Teubert & Pinquart, 2010). Sono emerse, infatti, dinamiche di svalutazione reciproca e triangolazione, ma anche capacità di supporto, attenzione ai bisogni dei figli e condivisione della funzione genitoriale. La

specificità di tale articolazione è coerente con la letteratura che considera il *coparenting* come un costrutto distinto, seppur interconnesso, dalla relazione di coppia e dal *parenting* individuale (Margolin et al., 2001; Campbell, 2023).

In relazione al primo tema, i partecipanti descrivono un *coparenting* negativo caratterizzato da competizione, critica, svalutazione e tentativi di indebolire l'autorità dell'altro genitore. Queste dinamiche sembrano ostacolare il sostegno reciproco delle funzioni genitoriali e risultano coerenti con evidenze empiriche relative all'*undermining coparenting*, descritto in termini di critica, svalutazione, colpevolizzazione e competizione tra i genitori (Schoppe-Sullivan et al., 2022). Tuttavia, la presenza di comportamenti di *undermining* non implica necessariamente un funzionamento cogenitoriale globalmente negativo. Douglas et al. (2025) hanno infatti individuato sia dimensioni riconducibili a una maggiore ostilità sia dimensioni caratterizzate da un maggiore *teamwork*, in linea con i risultati del presente studio, nei quali aspetti problematici e risorse cogenitoriali risultano compresenti.

Il conflitto, inoltre, non sembra rimanere confinato alla relazione tra gli adulti, ma appare associato al coinvolgimento dei figli attraverso dinamiche di triangolazione, alleanze e forme di strumentalizzazione. Tale risultato è coerente con la recente meta-analisi di Schrodt (2026), che ha evidenziato un'associazione positiva tra conflitto interparentale e triangolazione genitore–figlio, intesa come il coinvolgimento dei figli nelle dinamiche conflittuali tra i genitori. Wang et al. (2024) hanno inoltre evidenziato che la triangolazione genitore–figlio non costituisce un fenomeno unitario, ma comprende differenti configurazioni, che possono svolgere ruoli diversi in relazione all'adattamento dei figli. Nel presente studio, le modalità di coinvolgimento rilevate sembrano essere maggiormente riconducibili a configurazioni disfunzionali, caratterizzate dal coinvolgimento del figlio nelle dinamiche tra i genitori e, in particolare, da forme di

coalizione e utilizzo strumentale del figlio. Tale interpretazione trova ulteriore riscontro nello studio di Camisasca e Bavagnoli (2024), che ha evidenziato un'associazione tra *negative coparenting*, triangolazione e adattamento dei figli, collocando il coinvolgimento del figlio all'interno di un più ampio processo di compromissione della relazione cogenitoriale.

Un ulteriore elemento emerso riguarda la parentificazione, intesa come l'assunzione da parte del figlio di responsabilità e ruoli che eccedono quelli attesi in relazione al suo livello di sviluppo. Pur trattandosi di un costrutto distinto dalla triangolazione, la parentificazione può essere interpretata, nel contesto delle dinamiche cogenitoriali, come un'ulteriore manifestazione di una compromissione dei confini generazionali, quando al figlio vengono attribuite responsabilità che dovrebbero rimanere a carico dei genitori. In questa prospettiva, van Dijk et al. (2025), studiando famiglie divorziate, hanno considerato la triangolazione e la parentificazione emotiva come forme di *boundary diffusion* e ne hanno esaminato la relazione con la qualità del rapporto genitore-figlio adolescente. I risultati di tale studio rafforzano l'ipotesi che la compromissione dei confini tra i sottosistemi possa rappresentare un elemento rilevante per comprendere le difficoltà nella relazione tra genitori e figli.

Per quanto riguarda il secondo tema, che si riferisce al *coparenting* positivo, sono emerse diverse risorse cogenitoriali. I partecipanti hanno mostrato modalità di *coparenting* caratterizzate da risoluzione collaborativa dei problemi, percezione di una crescita reciproca come co-genitori e progressiva costruzione di fiducia nel cambiamento dell'altro. Tale risultato è coerente con la letteratura recente, che considera la cooperazione, il supporto reciproco e il funzionamento congiunto come dimensioni centrali del *coparenting* positivo (Campbell, 2023). In particolare, il riconoscimento del cambiamento dell'altro genitore può favorire una maggiore fiducia nella possibilità di

costruire modalità cooperative di gestione della relazione familiare. In questa direzione, Kuo e Nelson (2025) hanno rilevato che una maggiore percezione di supporto coparentale era seguita da un incremento di comportamenti relazionali positivi tra i partner, suggerendo che il *coparenting* possa contribuire attivamente a promuovere dinamiche relazionali più positive all'interno della coppia.

Un secondo elemento centrale riguarda la capacità dei genitori di mentalizzare gli stati mentali e i bisogni del bambino, riconoscendone emozioni, prospettive e vissuti e andando oltre il proprio punto di vista. Tale dimensione può essere interpretata alla luce del *parental reflective functioning*, inteso come la capacità genitoriale di comprendere gli stati mentali propri e del bambino e il modo in cui questi orientano il comportamento (Slade, 2005). La *parental reflective functioning* è associata a una maggiore sensibilità e responsività verso i bisogni del figlio (Huynh et al., 2024). Inoltre, De Palma et al. (2023) evidenziano l'esistenza di associazioni tra il *reflective functioning* e la qualità della relazione di *coparenting*, ipotizzando che la capacità di mentalizzazione costituisca una risorsa per promuovere la collaborazione e l'alleanza genitoriale. I risultati del presente studio convergono con tali evidenze, suggerendo che la capacità di comprendere l'esperienza interna dei figli possa favorire una rappresentazione condivisa dei loro bisogni e possa sostenere modalità più sensibili e coordinate di esercizio della funzione genitoriale.

La gestione congiunta delle dinamiche familiari emerge poi come dimensione del *coparenting* orientata non solo alla coordinazione tra genitori, ma anche alla regolazione dei confini e delle interazioni dell'intero sistema familiare. Tale risultato è coerente con la recente concettualizzazione del *coparenting* come processo a livello familiare, nel quale le caratteristiche dei genitori e dei figli contribuiscono al suo funzionamento (Bai et al., 2024). In questa direzione, Lindroos et al. (2024) evidenziano la natura dinamica e

reciprocamente influenzata dei processi di *coparenting*. I risultati del presente studio sembrano inoltre evidenziare un equilibrio tra vicinanza e differenziazione: i genitori riconoscono lo spazio individuale dei figli, mantenendo al contempo una presenza orientata a preservare la coesione del nucleo familiare. Tale equilibrio può essere interpretato alla luce della letteratura che considera congiuntamente autonomia e appartenenza nel contesto delle dinamiche familiari e coparentali (Rejaän et al., 2024).

In particolare, nei risultati emerge l'importanza attribuita dai partecipanti alla tutela della fratria e al rafforzamento del legame tra i figli. Tale risultato appare coerente con Chen et al. (2023), che hanno mostrato come un maggiore supporto nel *coparenting* sia associato a una minore percezione di trattamento differenziale tra fratelli e, indirettamente, a una migliore qualità della relazione fraterna. In questa prospettiva, i risultati del presente studio suggeriscono di considerare il *coparenting* secondo una prospettiva sistemica, nella quale la coordinazione tra i genitori non si esaurisce nella gestione della relazione genitore-figlio, ma può estendersi anche alla regolazione delle dinamiche tra i figli e al sostegno della loro relazione.

Infine, la letteratura identifica il *teamwork* come una componente rilevante del *coparenting*, riferendosi alla capacità dei genitori di cooperare, coordinarsi e sostenersi reciprocamente nella cura dei figli (Campbell, 2023). Nel presente studio, tale dimensione emerge tuttavia in modo circoscritto, attraverso un breve riferimento alla percezione dei genitori di lavorare insieme come una squadra nella cura dei figli.

Il terzo tema evidenzia il potenziale della scultura familiare nel favorire processi di consapevolezza e rielaborazione delle dinamiche di *coparenting*. La possibilità di rappresentare concretamente nello spazio le relazioni familiari sembra infatti rendere maggiormente osservabili le modalità relazionali, i confini e le posizioni assunte dai diversi membri della famiglia. Tale risultato è coerente con la letteratura classica sulla

family sculpting, che ha evidenziato come la tecnica consenta di rendere visibili e concretamente esperibili le configurazioni relazionali e la struttura dei rapporti familiari (Hearn & Lawrence, 1981). Un'ulteriore convergenza emerge dalla più recente letteratura sugli strumenti grafico-relazionali: Gennari et al. (2024), attraverso il *Family Life Space*, hanno mostrato come la costruzione condivisa di una rappresentazione spaziale della famiglia possa rendere osservabili aspetti dell'organizzazione familiare, della vicinanza e distanza, del conflitto e delle dinamiche di potere. Sebbene si tratti di strumenti differenti, tali evidenze convergono nel suggerire che la rappresentazione spaziale possa facilitare l'accesso a dimensioni delle relazioni familiari che risultano difficilmente esplicitabili attraverso il solo linguaggio verbale.

La dimensione esperienziale e concreta della scultura sembra inoltre offrire una possibilità ulteriore: non soltanto rappresentare la configurazione familiare esistente, ma anche esplorare configurazioni alternative e desiderate (Onnis et al., 1994). Tale funzione appare particolarmente rilevante nel lavoro sul *coparenting*, in quanto può offrire uno spazio condiviso nel quale rendere esplicite e confrontabili le diverse rappresentazioni che i genitori hanno della propria relazione coparentale. In questa direzione, la ricerca recente ha iniziato a valorizzare strumenti visivi finalizzati a facilitare l'emersione e l'elaborazione delle dinamiche coparentali. McHale et al. (2025), ad esempio, hanno mostrato come i *child-centered ecomaps* possano rendere maggiormente accessibili le rappresentazioni dei *caregiver* circa il proprio sistema di *coparenting* e favorire il confronto su dimensioni quali *engagement*, *teamwork*, conflitto e *child focus*. In modo coerente, Liekmeier et al. (2023) hanno rilevato un incremento del *coparenting* positivo riportato dai genitori a seguito di un intervento di terapia di coppia sistemica breve, a fronte dell'assenza di cambiamenti significativi nel *coparenting* negativo e nei comportamenti emotivi osservati. Tale risultato suggerisce che alcuni cambiamenti nella

relazione coparentale possano manifestarsi inizialmente sul piano delle rappresentazioni e delle percezioni della relazione, prima di tradursi necessariamente in modificazioni dei comportamenti osservabili.

Alla luce di tali evidenze, i presenti risultati suggeriscono che la scultura possa costituire un ulteriore dispositivo esperienziale attraverso cui facilitare l'emersione, la condivisione e la rielaborazione delle dinamiche coparentali. La scultura sembra, infatti, aggiungere una componente propriamente corporea e spaziale, che consente ai partecipanti non solo di osservare la configurazione relazionale, ma anche di sperimentarla e immaginarne possibili trasformazioni. In questa prospettiva, la scultura potrebbe offrire uno spazio nel quale le rappresentazioni del *coparenting* vengono rese visibili, condivise e progressivamente rielaborate, creando potenzialmente le condizioni per una successiva trasformazione delle modalità interattive.

Implicazioni pratiche

Sulla base dei risultati emersi dallo studio, le implicazioni pratiche per la clinica e per i servizi di psicologia della famiglia si focalizzano su alcuni aspetti chiave.

In primo luogo, emerge la necessità di distinguere e integrare la dimensione coniugale e quella cogenitoriale. Nei percorsi terapeutici rivolti alle coppie con figli, infatti, non appare sufficiente intervenire esclusivamente sulla qualità della relazione di coppia, ma risulta utile includere specifici momenti di lavoro orientati al *coparenting*. L'obiettivo è favorire una maggiore consapevolezza del ruolo della coppia come squadra genitoriale, rafforzare l'alleanza cogenitoriale e promuovere una maggiore attenzione condivisa ai bisogni dei figli. In questa prospettiva, interventi brevi e focalizzati sulla relazione cogenitoriale possono contribuire al miglioramento del funzionamento coniugale, cogenitoriale e familiare (Darwiche et al., 2022; Eira Nunes et al., 2021).

Un secondo elemento riguarda l'utilizzo di strumenti esperienziali e analogici, tra cui la Scultura Familiare. Questa metodologia consente di rappresentare nello spazio le percezioni soggettive delle relazioni, delle distanze emotive e delle modalità di interazione, favorendo l'emersione di aspetti della dinamica familiare che possono risultare difficilmente accessibili attraverso il solo linguaggio verbale. La rappresentazione concreta della configurazione relazionale può inoltre favorire un processo di decentramento dal proprio punto di vista e facilitare l'esplorazione delle prospettive degli altri membri della famiglia. In tal senso, la Scultura Familiare può costituire uno strumento utile all'interno di interventi sistemici orientati alla comprensione e alla riorganizzazione dei pattern relazionali (Papp et al., 2013).

Infine, l'integrazione di interventi focalizzati sulla *coparenting* nei servizi territoriali e consultoriali può rappresentare una risorsa rilevante in un'ottica preventiva. La possibilità di intervenire precocemente sulle difficoltà della relazione cogenitoriale consente di offrire un supporto mirato alle famiglie prima che le difficoltà relazionali assumano forme più persistenti. Le evidenze disponibili indicano infatti che gli interventi rivolti al *coparenting* possono produrre miglioramenti nella qualità della relazione cogenitoriale e nel benessere dei genitori, sostenendo l'opportunità di integrare questo tipo di lavoro nei percorsi di sostegno psicologico e familiare (Eira Nunes et al., 2021). In questa prospettiva, l'attenzione al *coparenting* può assumere una funzione preventiva, contribuendo a promuovere un funzionamento familiare maggiormente cooperativo e sensibile ai bisogni dei figli.

Conclusioni

Il principale contributo del presente studio consiste nell'evidenziare il potenziale della Scultura Familiare Dialogica quale strumento per esplorare e promuovere il

coparenting all'interno dei percorsi di terapia di coppia e familiare. In particolare, lo strumento sembra offrire una modalità concreta ed esperienziale attraverso cui rendere visibili le rappresentazioni, le posizioni e le dinamiche relazionali che caratterizzano il funzionamento cogenitoriale, favorendone al contempo la rielaborazione. L'utilizzo di questo strumento, infatti, sembrerebbe sostenere il passaggio dalla rappresentazione delle difficoltà cogenitoriali alla riflessione su possibili modalità relazionali alternative. I risultati suggeriscono pertanto che la Scultura Familiare Dialogica possa rappresentare uno strumento clinicamente utile per focalizzare il *coparenting* e favorire l'esplorazione di possibili trasformazioni delle dinamiche cogenitoriali.

Limitazioni e sviluppi futuri

Lo studio presenta alcuni limiti che devono essere considerati. Trattandosi di uno studio di caso, la ricerca è stata svolta con un approccio qualitativo; tuttavia, potrebbe essere utile sviluppare in futuro un'integrazione con il quantitativo. Inoltre, i risultati del presente studio non consentono di affermare che la Scultura Familiare Dialogica determini un miglioramento del *coparenting*. Essi suggeriscono piuttosto alcuni possibili processi attraverso i quali la tecnica può risultare utile nel lavoro terapeutico: la visualizzazione delle configurazioni relazionali, il confronto tra differenti prospettive, la riflessione sui bisogni dei figli e la costruzione di immagini alternative del funzionamento familiare. I risultati indicano quindi un potenziale della scultura come strumento di esplorazione, rielaborazione e promozione delle dinamiche cogenitoriali.

Ricerche future potrebbero estendere il disegno di studio applicando la metodologia della Scultura Familiare Dialogica a campioni clinici più ampi, includendo disegni longitudinali e strumenti mixed-methods per valutare la tenuta nel tempo degli esiti cogenitoriali.

Conclusioni

Lo studio empirico condotto nel presente lavoro di tesi si è proposto di esplorare e approfondire il costrutto della cogenitorialità (*coparenting*) attraverso l'impiego della Scultura Familiare Dialogica. L'analisi dei dati ha evidenziato il potenziale di questo strumento analogico-corporeo nel rendere osservabili i processi attraverso cui la coppia genitoriale costruisce, negozia e ridefinisce il proprio funzionamento cogenitoriale. La rappresentazione nello spazio e l'esperienza corporea hanno infatti consentito di portare in primo piano dimensioni della relazione difficilmente accessibili.

I risultati hanno mostrato come il *coparenting* si configuri come un costrutto relazionale multidimensionale, definito dalla compresenza di dimensioni negative e positive. Accanto a processi di critica e svalutazione reciproca e a dinamiche di triangolazione, sono emerse infatti forme di supporto reciproco, condivisione e attenzione ai bisogni dei figli. In tale prospettiva, l'esperienza dell'*embodiment* sembra aver favorito l'accesso a livelli di consapevolezza e condivisione difficilmente raggiungibili attraverso il solo linguaggio verbale. In particolare, ha permesso ai genitori di ri-negoziare e ri-orientare il proprio posizionamento reciproco.

In conclusione, il valore distintivo del presente lavoro risiede nell'aver mostrato come la rappresentazione spaziale e corporea della scultura possa facilitare la rappresentazione delle difficoltà cogenitoriali e la riflessione attiva su modalità interattive alternative e soddisfacenti. In questo senso, l'utilizzo della scultura può rappresentare una risorsa clinica per il lavoro sistemico con le coppie e le famiglie, offrendo al terapeuta uno strumento attraverso cui rendere maggiormente visibili le dinamiche cogenitoriali e accompagnare i genitori nella loro esplorazione e rielaborazione. Il contributo del presente studio consiste quindi nell'evidenziare il potenziale della Scultura Familiare

Dialogica come dispositivo di osservazione, riflessione e apertura a possibili trasformazioni della relazione cogenitoriale.

Bibliografia

- Ahrons, C. R. (1981). The continuing coparental relationship between divorced spouses. *American Journal of Orthopsychiatry*, 51(3), 415–428. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1981.tb01390.x>
- Andersen, T. (1987). The reflecting team: Dialogue and meta-dialogue in clinical work. *Family Process*, 26(4), 415–428. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1987.00415.x>
- Anderson, H. (1997). *Conversation, language, and possibilities: A postmodern approach to therapy*. Basic Books.
- Andolfi, M. (1999). *La terapia con la famiglia*. Cortina.
- Andolfi, M. (2015). *La terapia familiare multigenerazionale: Strumenti e risorse del terapeuta*. Cortina.
- Andolfi, M., Angelo, C., Menghi, P., & Nicolò-Corigliano, A. M. (1982). *La famiglia rigida: Un modello di psicoterapia relazionale*. Feltrinelli.
- Anolli, L. (2002). *Psicologia della comunicazione*. Il Mulino.
- Aponte, H. J. (2022). The soul of therapy: The therapist's use of self in the therapeutic relationship. *Contemporary Family Therapy*, 44(2), 136–143. <https://doi.org/10.1007/s10591-021-09614-5>
- Bai, L., Chimed-Ochir, U., & Teti, D. M. (2024). Coparenting as a family-level construct: parent and child inputs across the first two years. *Family Process*, 63(4), 1982–1999. <https://doi.org/10.1111/famp.12993>
- Baiardo, G., Everri, M., Matricardi, D., Migliorini, L., & Cardinali, P. (2026). *The dialogical family sculpting: Bridging symbolic-experiential and systemic-dialogical ideas in systemic practice and training* [Manuscript submitted for publication].

- Bakhtin, M. M. (1984). *Problems of Dostoevsky's poetics* (C. Emerson, Ed. & Trans.). University of Minnesota Press.
- Bateson, G. (1984). *Mente e natura*. Adelphi.
- Bateson, G., Jackson, D. D., Haley, J., & Weakland, J. (1956). Toward a theory of schizophrenia. *Behavioral Science*, 1(4), 251–264.
<https://doi.org/10.1002/bs.3830010402>
- Bavagnoli, A., & Camisasca, E. (2024). Negative co-parenting and children's adjustment: The role of children's appraisals and triangulation. *Maltrattamento e abuso all'infanzia*, 26(1), 45–65. <https://doi.org/10.3280/MAL2024-001003>
- Belsky, J., & Hsieh, K.-H. (1998). Patterns of marital change during the early childhood years: Parent personality, coparenting, and division-of-labor correlates. *Journal of Family Psychology*, 12(4), 511–528. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.12.4.511>
- Bertalanffy, L. von. (1971). *Teoria generale dei sistemi: Fondamenti, sviluppo, applicazioni*. Istituto Librario Internazionale.
- Bertrando, P., & Lini, C. (2019). Theory and practice of systemic-dialogical therapy. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 40(2), 176–189.
<https://doi.org/10.1002/anzf.1365>
- Bowen, M. (1978). *Family therapy in clinical practice*. Jason Aronson.
- Bryner, C. L., Jr. (2001). Children of divorce. *The Journal of the American Board of Family Practice*, 14(3), 201–210.
- Campbell, C. G. (2023). Two decades of coparenting research: A scoping review. *Marriage & Family Review*, 59(6), 379–411.
<https://doi.org/10.1080/01494929.2022.2152520>

- Carr, A. (2019). Family therapy and systemic interventions for child-focused problems: The current evidence base. *Journal of Family Therapy*, 41(2), 153–213. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.12226>
- Carter, B., & McGoldrick, M. (1980). *The family life cycle*. Gardner Press.
- Cecchin, G. (1987). Hypothesizing, circularity, and neutrality revisited: An invitation to curiosity. *Family Process*, 26(4), 405–413. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1987.00405.x>
- Cecchin, G., Lane, G., & Ray, W. (1994). *The cybernetics of prejudices in the practice of psychotherapy*. Karnac. <https://doi.org/10.4324/9780429473487>
- Charmaz, K. (2006). *Constructing grounded theory: A practical guide through qualitative analysis*. Sage.
- Charmaz, K., & Belgrave, L. L. (2019). Thinking about data with grounded theory. *Qualitative Inquiry*, 25(8), 743–753. <https://doi.org/10.1177/1077800418809455>
- Chen, B. B. (2023). Chinese parents' marital and coparenting relationships, parental differential treatment of siblings, and adolescents' sibling relationships. *Journal of Family Psychology*, 37(5), 658–666. <https://doi.org/10.1037/fam0001104>
- Cigoli, V. (2006). *Il familiare. Legami, simboli e transizioni*. Cortina.
- Cirillo, S., Selvini, M., & Sorrentino, A. M. (2016). *Entrare in terapia. Le sette porte della terapia sistemica*. Raffaello Cortina Editore.
- Copeland, A. P., & White, K. M. (1991). *Studying families*. SAGE Publications.
- Creswell, J. W. (2014). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed method approaches* (4th ed.). SAGE Publications.
- Darwiche, J., Carneiro, C., Vaudan, C., Imesch, C., Eira Nunes, C., Favez, N., & De Roten, Y. (2022). Parents in couple therapy: An intervention targeting marital and

- coparenting relationships. *Family Process*, 61(2), 490–506.
<https://doi.org/10.1111/famp.12773>
- De Palma, M., Rooney, R., Izett, E., Mancini, V., & Kane, R. (2023). The relationship between parental mental health, reflective functioning, coparenting and social emotional development in 0–3-year-old children. *Frontiers in Psychology*, 14, 1054723. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1054723>
- De Vaus, D. (2001). *Research design in social research*. SAGE Publications.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2004). *Handbook of qualitative research* (2nd ed.). SAGE Publications.
- Di Blasio, P., Fischer, J. M., & Prata, G. (1986). The telephone chart: A cornerstone of the first interview with the family. *Journal of Strategic and Systemic Therapies*, 5(1–2), 31–44. <https://doi.org/10.1521/jsst.1986.5.1-2.31>
- Douglas, S., Morrison, K., Miller, A., & Haines, J. (2025). Coparenting quality during COVID-19: Exploring gender differences using a mixed methods approach. *Journal of Family Issues*, 46(1), 26–45.
<https://doi.org/10.1177/0192513X241236555>
- Duhl, F. J., Kantor, D., & Duhl, B. S. (1973). Learning, space, and action in family therapy: A primer of sculpture. *Seminars in Psychiatry*, 5(2), 167–183.
- EFTA Research. (2010). *SCORE project full administration protocol*.
- Eira Nunes, C., De Roten, Y., El Ghaziri, N., Favez, N., & Darwiche, J. (2021). Coparenting programs: A systematic review and meta-analysis. *Family Relations*, 70(3), 759–776. <https://doi.org/10.1111/fare.12438>
- Everri, M., & Fruggeri, L. (2014). The individual-system relationship: Methodological cues from the stance-taking process analysis. *Journal of Family Therapy*, 36(3), 219–236. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.12025>

- Everri, M., Fruggeri, L., & Molinari, L. (2014). Microtransitions and the dynamics of family functioning. *Integrative Psychological and Behavioral Science*, 48(1), 61–78. <https://doi.org/10.1007/s12124-013-9248-9>
- Family Therapy Outcomes Advisory Group. (2014). Administering measures to families. In D. Law & M. Wolpert (Eds.), *Guide to using outcomes and feedback tools with children, young people and families* (2nd ed., pp. 102–109). CAMHS Press.
- Favez, N., & Frascarolo-Moutinot, F. (2013). Le coparentage: composants, implications et thérapie. *Devenir*, 25(2), 73–92. <https://doi.org/10.3917/dev.132.0073>
- Feinberg, M. E. (2002). Coparenting and the transition to parenthood: A framework for prevention. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 5(3), 173–195. <https://doi.org/10.1023/A:1019695015110>
- Feinberg, M. E. (2003). The internal structure and ecological context of coparenting: A framework for research and intervention. *Parenting: Science and Practice*, 3(2), 95–131. https://doi.org/10.1207/S15327922PAR0302_01
- Feinberg, M. E., & Kan, M. L. (2008). Establishing family foundations: intervention effects on coparenting, parent/infant well-being, and parent-child relations. *Journal of Family Psychology*, 22(2), 253–263. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.22.2.253>
- Feinberg, M. E., Brown, L. D., & Kan, M. L. (2012). A multi-domain self-report measure of coparenting. *Parenting*, 12(1), 1–21. <https://doi.org/10.1080/15295192.2012.638870>
- Flyvbjerg, B. (2006). Five misunderstandings about case-study research. *Qualitative Inquiry*, 12(2), 219–245. <https://doi.org/10.1177/1077800405284363>

- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1988). Coping as a mediator of emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(3), 466–475.
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.54.3.466>
- Friedlander, M. L., Escudero, V., Horvath, A. O., Heatherington, L., Cabero, A., & Martens, M. P. (2006). System for observing family therapy alliances: A tool for research and practice. *Journal of Counseling Psychology*, 53(2), 214–225.
<https://doi.org/10.1037/0022-0167.53.2.214>
- Fruggeri, L. (2009). *Osservare le famiglie. Metodi e tecniche*. Carocci.
- Galovan, A. M., & Schramm, D. G. (2017). Initial coparenting patterns and post-divorce parent education programming: A latent class analysis. *Journal of Divorce & Remarriage*, 58(3), 212–226. <https://doi.org/10.1080/10502556.2017.1303320>
- Gambini, P. (2007). *Psicologia della famiglia: La prospettiva sistemico-relazionale*. FrancoAngeli.
- Ganong, L. H., & Coleman, M. (2014). Qualitative research on family relationships. *Journal of Social and Personal Relationships*, 31(4), 451–459.
<https://doi.org/10.1177/0265407514520828>
- 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.
<https://doi.org/10.1023/A:1009503409699>
- Gennari, M., Gozzoli, C. F., & Tamanza, G. (2024). Assessing family relationships through drawing: The Family Life Space. *Frontiers in Psychology*, 15, 1347381.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1347381>
- Gergen, K. J. (2009). *Relational being: Beyond self and community*. Oxford University Press.

- Ghezzi, D. (2004). Terapia con le coppie, un protocollo consolidato. *Terapia familiare*, 74, 1000–1031.
- Hahlweg, K., & Klann, N. (1997). The effectiveness of marital counseling in Germany: A contribution to health services research. *Journal of Family Psychology*, 11(4), 410–421. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.11.4.410>
- Halford, W. K., & Bodenmann, G. (2013). Effects of relationship education on maintenance of couple relationship satisfaction. *Clinical Psychology Review*, 33(4), 512–525. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.02.001>
- Hardesty, J. L., Raffaelli, M., Khaw, L., Thomann Mitchell, E., Haselschwerdt, M. L., & Crossman, K. A. (2012). An integrative theoretical model of intimate partner violence, coparenting after separation, and maternal and child well-being. *Journal of Family Theory & Review*, 4(4), 318–331. <https://doi.org/10.1111/j.1756-2589.2012.00139.x>
- Harris, R., & Crossley, J. (2021). A systematic review and meta-synthesis exploring client experience of reflecting teams in clinical practice. *Journal of Family Therapy*, 43(4), 687–710. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.12346>
- Hartley, J. (2004). Case study research. In C. Cassell & G. Symon (Eds.), *Essential guide to qualitative methods in organizational research* (pp. 323–333). SAGE Publications.
- Hearn, J., & Lawrence, M. (1981). Family sculpting: I. Some doubts and some possibilities. *Journal of Family Therapy*, 3(3), 341–352. <https://doi.org/10.1046/j..1981.00569.x>
- Hearn, J., & Lawrence, M. (1985). Family sculpting: II. Some practical examples. *Journal of Family Therapy*, 7(2), 113–131. <https://doi.org/10.1046/j..1985.00670.x>

- Herman, J. L. (1992). *Trauma and recovery: The aftermath of violence—from domestic abuse to political terror*. Basic Books.
- Hetherington, E. M., Cox, M., & Cox, R. (1985). Long-term effects of divorce and remarriage on the adjustment of children. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 24(5), 518–530.
- Hornova, L. (2020). Dialogical co-therapy. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 41(4), 325–341. <https://doi.org/10.1002/anzf.1431>
- Huynh, T., Kerr, M. L., Kim, C. N., Fourianalistyawati, E., Chang, V. Y. R., & Duncan, L. G. (2024). Parental reflective capacities: A scoping review of mindful parenting and parental reflective functioning. *Mindfulness*, 15(7), 1531–1602. <https://doi.org/10.1007/s12671-024-02379-6>
- Kerig, P. K., & Lindahl, K. M. (2000). *Family observational coding systems: Resources for systemic research*. Psychology Press.
- Kuo, P. X., & Nelson, J. A. (2025). Parents engage in more positive relationship behaviors with partners after experiencing greater coparenting support. *Family Process*, 64(4), e70083. <https://doi.org/10.1111/famp.70083>
- Lamela, D., & Figueiredo, B. (2016). Coparenting after marital dissolution and children's mental health: A systematic review. *Jornal de Pediatria*, 92(4), 331–342. <https://doi.org/10.1016/j.jpedp.2016.05.010>
- Lanz, M., & Rosnati, R. (2002). *Metodologia della ricerca sulla famiglia*. LED.
- Ledermann, T., Bodenmann, G., & Cina, A. (2007). The efficacy of the couples coping enhancement training (CCET) in improving relationship quality. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 26(8), 940–959. <https://doi.org/10.1521/jscp.2007.26.8.940>

- Leedy, P. D., & Ormrod, J. E. (2005). *Practical research: Planning and design* (8th ed.). Merrill Prentice Hall.
- Liekmeier, E., Vowels, L. M., Antonietti, J. P., Bodenmann, G., & Darwiche, J. (2023). Coparenting change after couple therapy using self-reports and observational data. *Journal of Marital and Family Therapy*, 49(3), 675–691. <https://doi.org/10.1111/jmft.12647>
- Lindroos, E., Räikkönen, E., Malinen, K., & Rönkä, A. K. (2024). Circular causality in daily coparenting processes among first-time parents. *Journal of Family Psychology*, 38(5), 707–720. <https://doi.org/10.1037/fam0001227>
- Malagoli Togliatti, M., & Telfener, U. (Eds.). (1983). *La terapia sistemica: Nuove tendenze in terapia della famiglia*. Astrolabio.
- Malagoli Togliatti, M., Angrisani, P., & Barone, M. (2000). *La psicoterapia con la coppia. Il modello integrato dei contratti. Teoria e pratica*. FrancoAngeli.
- Margolin, G., Gordis, E. B., & John, R. S. (2001). Coparenting: A link between marital conflict and parenting in two-parent families. *Journal of Family Psychology*, 15(1), 3–21. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.15.1.3>
- Margolin, G., Oliver, P. H., Gordis, E. B., O'Brien, M., & MacTurk, E. (1998). The nuts and bolts of behavioral observation of marital and family interaction. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 1(3), 195–213. <https://doi.org/10.1023/A:1022608117322>
- Mazzoni, S., & Tafà, M. (2007). *L'intersoggettività nella famiglia: Procedure multimetodo per l'osservazione e la valutazione delle relazioni familiari*. FrancoAngeli.
- McGoldrick, M., Gerson, R., & Petry, S. (2020). *Genograms: Assessment and treatment*. W. W. Norton & Company.

- McHale, J. P. (1995). Coparenting and triadic interactions during infancy: The roles of marital distress and child gender. *Developmental Psychology*, 31(6), 985–996. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.31.6.985>
- McHale, J. P. (1997). Overt and covert coparenting processes in the family. *Family Process*, 36(2), 183–201. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1997.00183.x>
- McHale, J. P. (2007). When infants grow up in multiperson relationship systems. *Infant Mental Health Journal*, 28(4), 370–392. <https://doi.org/10.1002/imhj.20142>
- McHale, J. P. (2010). *La sfida della cogenitorialità*. Raffaello Cortina Editore.
- McHale, J. P. (2012). Coparenting interventions for fragile families: What do we know and where do we need to go? *Family Process*, 51(3), 284–306. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2012.01402.x>
- McHale, J. P., & Lindahl, K. M. (2011). *Coparenting: A conceptual and clinical examination of family systems*. American Psychological Association.
- McHale, J. P., Mazzoni, S., Mensi, M. M., Collins, R., Busca, A., Vecchio, A., & Riso, M. (2025). The use of child-centered ecomaps to describe engagement, teamwork, conflict and child focus in coparenting networks: The International Coparenting Collaborative Approach. *Genealogy*, 9(4), 119. <https://doi.org/10.3390/genealogy9040119>
- Minuchin, S. (1976). *Famiglie e terapia della famiglia*. Astrolabio.
- Murphy, S. E., Jacobvitz, D. B., & Hazen, N. L. (2016). What's so bad about competitive coparenting? Family-level predictors of children's externalizing symptoms. *Journal of Child and Family Studies*, 25(5), 1684–1690. <https://doi.org/10.1007/s10826-015-0321-5>

- Njie, B., & Asimiran, S. (2014). Case study as a choice in qualitative methodology. *IOSR Journal of Research & Method in Education*, 4(3), 35–40.
<https://doi.org/10.9790/7388-04313540>
- O'Brien, M. (2005). Studying individual and family development: Linking theory and research. *Journal of Marriage and Family*, 67(4), 880–890.
<https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2005.00181.x>
- Onnis, L., Bernardini, M., Leonelli, A., Mulè, A. M., Vietri, A., & Romano, C. (2013). Le sculture del tempo familiare. Un metodo di “narrazione analogica” in psicoterapia sistemica. *Ecologia della Mente*, 36(1), 5–27.
- Onnis, L., Di Gennaro, A., & Cardona, F. (1994). Sculpting present and future: A systemic intervention model applied to psychosomatic families. *Family Process*, 33(3), 341–355. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1994.00341.x>
- Papp, P. (1982). Staging reciprocal metaphors in a couples group. *Family Process*, 21(4), 453–467. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1982.00453.x>
- Papp, P., Scheinkman, M., & Malpas, J. (2013). Breaking the mold: Sculpting impasses in couples' therapy. *Family Process*, 52(1), 33–45.
<https://doi.org/10.1111/famp.12022>
- Pedro-Carroll, J., Nakhnikian, E., & Montes, G. (2001). Assisting children through transition: Helping parents protect their children from the toxic effects of ongoing conflict in the aftermath of divorce. *Family Court Review*, 39(4), 377–392.
<https://doi.org/10.1111/j.174-1617.2001.tb00620.x>
- Peshkin, A. (1993). The goodness of qualitative research. *Educational Researcher*, 22(2), 23–29. <https://doi.org/10.3102/0013189X022002023>

- Pires, M., & Martins, M. (2021). Parenting styles, coparenting, and early child adjustment in separated families with child physical custody processes ongoing in family court. *Children*, 8(8), 629. <https://doi.org/10.3390/children8080629>
- Priya, A. (2021). Case study methodology of qualitative research: Key attributes and navigating the conundrums in its application. *Sociological Bulletin*, 70(1), 94–110. <https://doi.org/10.1177/0038022920970318>
- Reiss, D. (1981). *The family's construction of reality*. Harvard University Press.
- Reiss, D. (1989). The represented and practicing family: Contrasting visions of family continuity. In A. J. Sameroff & R. N. Emde (Eds.), *Relationship disturbances in early childhood: A developmental approach* (pp. 191–220). Basic Books.
- Rejaän, Z., van der Valk, I., Schrama, W., & Branje, S. (2024). Parenting, coparenting, and adolescents' sense of autonomy and belonging after divorce. *Journal of Youth and Adolescence*, 53(6), 1454–1468. <https://doi.org/10.1007/s10964-024-01963-2>
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95–103. <https://doi.org/10.1037/h0045357>
- Ronaghan, D., Gaulke, T., & Theule, J. (2024). The association between marital satisfaction and coparenting quality: A meta-analysis. *Journal of Family Psychology*, 38(2), 236–245. <https://doi.org/10.1037/fam0001149>
- Satir, V. (1972). *Peplemaking*. Science and Behavior Books.
- Satir, V., & Baldwin, M. (1983). *Satir step by step: A guide to creating change in families*. Science and Behavior Books.
- Scabini, E., & Cigoli, V. (2012). *Alla ricerca del familiare. Il modello relazionale-simbolico*. Cortina.

- Schepisi, L., & Paolini, D. (2016). *The use of SCORE 15 in Italy: Some potential research and clinical applications* [Paper presentation]. 9th Conference of the European Family Therapy Association, Athens, Greece.
- Schoch, K. (2020). Case study research. In G. J. Burkholder, K. A. Cox, L. M. Crawford, & J. H. Hitchcock (Eds.), *Research design and methods: An applied guide for the scholar-practitioner* (pp. 245–258). SAGE Publications.
- Schoppe-Sullivan, S. J., Nuttall, A. K., & Berrigan, M. N. (2022). Couple, parent, and infant characteristics and perceptions of conflictual coparenting over the transition to parenthood. *Journal of Social and Personal Relationships*, 39(4), 908–930. <https://doi.org/10.1177/02654075211048954>
- Schoppe-Sullivan, S. J., Schermerhorn, A. C., & Cummings, E. M. (2007). Marital conflict and children's adjustment: Evaluation of the parenting process model. *Journal of Marriage and Family*, 69(5), 1118–1134. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2007.00436.x>
- Schrodt, P. (2026). Interparental conflict and parent–child triangulation: A meta-analytical review of children feeling caught between parents. *Human Communication Research*, 52(2), 77–89. <https://doi.org/10.1093/hcr/hqaf018>
- Seikkula, J. (2011). Becoming dialogical: psychotherapy or a way of life? *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 32(3), 179–193. <https://doi.org/10.1375/anft.32.3.179>
- Seikkula, J., Karvonen, A., Kykyri, V. L., Penttonen, M., & Nyman-Salonen, P. (2018). The relational mind in couple therapy: A Bateson-inspired view of human life as an embodied stream. *Family Process*, 57(4), 855–866. <https://doi.org/10.1111/famp.12382>

- Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., & Prata, G. (1977). La prima seduta di una terapia familiare sistemica. *Terapia Familiare*, 2, 5–13.
- Selvini, M. P., Boscolo, L., Cecchin, G., & Prata, G. (1980). Hypothesizing circularity neutrality: Three guidelines for the conductor of the session. *Family Process*, 19(1), 3–12. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1980.00003.x>
- Selvini, M., Sorrentino, A. M., & Gritti, M. C. (2012). Promuovere la resilienza “individuale-sistemica”: Un modello a sei fasi. *Psicobiettivo*, 32(3), 32–51. <https://doi.org/10.3280/PSOB2012-003003>
- Sequeira, J. (2020). A escultura familiar: Aplicações terapêuticas nas terapias sistêmicas. *Nova Perspectiva Sistêmica*, 29(68), 19–30. <https://doi.org/10.38034/nps.v29i68.525>
- Silverman, D. (2000). Analyzing talk and text. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (2nd ed., pp. 821–834). SAGE Publications.
- Slade, A. (2005). Parental reflective functioning: An introduction. *Attachment & Human Development*, 7(3), 269–281. <https://doi.org/10.1080/14616730500245906>
- Stake, R. E. (1995). *The art of case study research*. SAGE Publications.
- Stake, R. E. (2010). *Qualitative research: Studying how things work*. Guilford Press.
- Steinbach, A. (2024). Coparenting as a mediator between physical custody arrangements and children's mental health. *Family Process*, 63(1), 284–298. <https://doi.org/10.1111/famp.12844>
- Stratton, P., Bland, J., Janes, E., & Lask, J. (2010). Developing a practicable outcome measure for systemic family therapy: The SCORE. *Journal of Family Therapy*, 32(3), 232–258. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6427.2010.00507.x>
- Strauss, A., & Corbin, J. M. (1990). *Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques*. Sage.

- Telfener, U., de Bustis, E., Cazzaniga, E., Ferrari, F., Floris, R., Ganda, G., Giordano, C., Giuliani, M., La Barbera, C., Marchiori, R., Mosconi, A., Mreule, S., Pasini, B., Pezzolo, M., Rosas, R., Sacchelli, D., Sannasardo, P., Sbattella, F., Tettamanzi, M., ... Barazzetti, A. (2025). The Milan Approach today. *Family Process*, 64(1), e13075. <https://doi.org/10.1111/famp.13075>
- Teubert, D., & Pinquart, M. (2010). The association between coparenting and child adjustment: A meta-analysis. *Parenting: Science and Practice*, 10(4), 286–307. <https://doi.org/10.1080/15295192.2010.492040>
- van Dijk, R., Mastrotheodoros, S., van der Valk, I. E., Branje, S., & Deković, M. (2025). Daily and half-yearly associations between boundary diffusion and parent-adolescent relationship quality after divorce. *Journal of Youth and Adolescence*, 54(2), 383–399. <https://doi.org/10.1007/s10964-024-02064-w>
- Van Egeren, L. A., & Hawkins, D. P. (2004). Coming to terms with coparenting: Implications of definition and measurement. *Journal of Adult Development*, 11(3), 165–178. <https://doi.org/10.1023/B:JADE.0000035625.74672.0b>
- Walsh, F. (2008). *La resilienza familiare*. Raffaello Cortina Editore.
- Walsh, F. (2016). Family resilience: A developmental systems framework. *European Journal of Developmental Psychology*, 13(3), 313–324. <https://doi.org/10.1080/17405629.2016.1154035>
- Wang, J., & Schoppe-Sullivan, S. (2023). Do associations between coparenting relationships and parenting behaviors differ for new mothers and fathers? *Journal of Family Psychology*, 37(5), 647–657. <https://doi.org/10.1037/fam0001112>
- Wang, M., Sun, S., Liu, X., Yang, Y., Liu, C., Huang, A., & Liu, S. (2024). Interparental conflict and early adolescent depressive symptoms: Parent-child triangulation as

- the mediator and grandparent support as the moderator. *Journal of Youth and Adolescence*, 53(1), 186–199. <https://doi.org/10.1007/s10964-023-01923-2>
- Watzlawick, P., Beavin, J. H., & Jackson, D. D. (1967). *Pragmatics of human communication: A study of interactional patterns, pathologies, and paradoxes*. W. W. Norton & Company.
- Weissman, S. H., & Cohen, R. S. (1985). The parenting alliance and adolescence. *Adolescent Psychiatry*, 12, 24–45.
- Wiener, N. (1948). *Cybernetics: Or control and communication in the animal and the machine*. MIT Press.
- Yin, R. K. (2018). *Case study research and applications: Design and methods* (6th ed.). SAGE Publications.
- Yoon, S., Lee, J. Y., Yang, J., Wang, J., Zhang, Y., Kim, M., & Schoppe-Sullivan, S. (2024). Coparenting profiles and children's socioemotional outcomes in unmarried parents with low-income. *Journal of Marriage and Family*, 86(1), 288–302. <https://doi.org/10.1111/jomf.12952>
- Zemp, M., Johnson, M. D., & Bodenmann, G. (2018). Within-family processes: Interparental and coparenting conflict and child adjustment. *Journal of Family Psychology*, 32(3), 299–309. <https://doi.org/10.1037/fam0000368>