



**Università
di Genova**



**Scuola di
Scienze sociali**
School of Social Sciences



Dipartimento di **S**cienze della **F**ormazione

CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN PSICOLOGIA

DALLA FAMIGLIA VULNERABILE ALLA RESILIENZA FAMILIARE:

Uno studio empirico nella presa in carico sistemica

Relatore: Prof.ssa Laura Migliorini

Correlatore: Prof.ssa Paola Cardinali

Candidato: Cecilia Russo

ANNO ACCADEMICO

2025-2026

Indice

Introduzione	1
Capitolo 1: L'approccio sistemico alla famiglia e la tecnica della scultura.....	4
1.1 L'applicazione del modello sistemico alla famiglia.....	6
1.2 L'approccio sistemico nella terapia familiare	7
1.2.1 L'epistemologia circolare e la transizione cibernetica	8
1.2.2 L'architettura del setting terapeutico	10
1.2.3 L'intervento sistemico tra pragmatica della comunicazione e prospettiva transgenerazionale	12
1.2.4 La prassi terapeutica sistemica.....	13
1.3 La tecnica della scultura nella terapia familiare.....	14
1.3.1 Applicazioni cliniche	16
1.4 La Scultura Familiare Dialogica	19
1.4.1 Le caratteristiche principali della Scultura Familiare Dialogica.....	21
1.4.2 I principi operativi.....	23
Capitolo 2: Vulnerabilità e resilienza: un continuum dinamico	27
2.1 Il continuum dinamico tra vulnerabilità e resilienza nei sistemi familiari.....	29
2.2 Il paradigma della vulnerabilità familiare	31
2.3 La resilienza come risorsa adattiva	33
2.3.1 Dalla resilienza individuale a quella familiare.....	34
2.3.2 Modelli teorici sullo stress e sull'adattamento familiare	37
2.3.3 Modelli teorici sulla resilienza familiare	39
2.4 L'Evoluzione dei costrutti.....	40
2.5 Il cambio del paradigma nella presa in carico di famiglie vulnerabili.....	44
Capitolo 3: Metodologia della ricerca nello studio delle relazioni familiari	48
3.1 Procedure self-report e procedure osservative nello studio della famiglia	49
3.2 Lo studio di caso	54
3.2.1 Il disegno di ricerca del case study	56
Capitolo 4: L'analisi preliminare	58
4.1 Il contesto della ricerca	58
4.2 Il processo di presa in carico e gli strumenti di valutazione iniziale	60
4.2.1 La griglia di presa in carico	62
4.2.1.1 La definizione del problema di coppie e famiglie.....	65
4.2.2 La prima consulenza	67
4.2.3 Lo Score-15 come strumento di valutazione multi-prospettica	72
4.3 I risultati dell'analisi preliminare	75
Capitolo 5: Lo studio empirico	82
5.1 Il presente studio	82
5.2 Metodo	84
5.2.1 Partecipanti	84
5.2.2 Procedura	86
5.2.3 Analisi dei dati	90

5.3 Risultati	93
5.4 Discussione	100
Conclusioni	111
Bibliografia	113

Introduzione

Negli ultimi anni, la clinica sistemico-relazionale e i servizi territoriali dedicati alla famiglia si sono trovati a fronteggiare una complessità crescente, caratterizzata da forme di vulnerabilità multidimensionale in cui le fatiche genitoriali, la conflittualità e le difficoltà socioeconomiche si intersecano profondamente. All'interno di questa cornice, e in risposta a una complessità sociale e clinica crescente, assumono particolare rilevanza i costrutti di vulnerabilità e resilienza familiare, intesi non più come categorie statiche o meramente riducibili a fattori di deficit individuale, bensì concepiti lungo un *continuum* dinamico.

Superando le tradizionali letture focalizzate unicamente sul rischio, la prospettiva sistemica permette di leggere la vulnerabilità familiare come l'esito dell'interazione tra condizioni contestuali, fatiche genitoriali, conflittualità e difficoltà socioeconomiche; specularmente, la resilienza si configura come il processo adattivo e trasformativo dell'intero sistema familiare, radicato nelle risorse relazionali e nelle dinamiche intergenerazionali. Una famiglia può attivare con successo la propria resilienza in una dimensione, attraverso forme di espressione emotiva aperte e risoluzioni collaborative dei problemi, e sperimentare contemporaneamente una profonda vulnerabilità in un'altra, mostrando fallimenti nei processi comunicativi o rigidità organizzative del sistema.

Tuttavia, cogliere le sfumature di questi processi e le complesse dinamiche familiari 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, che consente di tradurre le rappresentazioni

soggettive delle relazioni in una configurazione spaziale e corporea, rendendo osservabili dimensioni relazionali e vissuti di vulnerabilità o risorsa difficilmente accessibili attraverso la sola narrazione verbale.

È in questo scenario che il presente lavoro di tesi si inserisce e prende forma, all'interno dell'esperienza di Tirocinio Pratico Valutativo svolta presso il Consultorio Familiare ASL3, un contesto che mi ha offerto il privilegio di coniugare la riflessione teorico-metodologica con la pratica clinica quotidiana. Vivere dall'interno le dinamiche dei servizi territoriali ha permesso non solo di toccare con mano la complessità e le fatiche che le famiglie portano nei contesti di cura, ma anche di cogliere il valore trasformativo di un'osservazione partecipata. L'interesse della ricerca nasce infatti dalla possibilità di osservare i processi di vulnerabilità e resilienza familiare attraverso uno strumento che permette ai membri della famiglia di rappresentare concretamente la propria relazione. L'originalità del presente studio risiede, dunque, nell'esplorazione di un'intersezione ancora poco approfondita: da un lato, costrutti complessi e cruciali come la vulnerabilità e la resilienza familiare; dall'altro, una metodologia analogico-espressiva di recente sviluppo, la Scultura Familiare Dialogica.

Sebbene la comprensione delle risorse e delle fragilità familiari rappresenti un tema fondamentale nella ricerca clinica e sistemica, sono ancora limitati gli studi che ne analizzano le dinamiche attraverso tecniche analogico-espressive. Per tradurre questi concetti sul piano clinico e metodologico, il lavoro si sviluppa attraverso un approfondimento teorico ed empirico articolato in cinque capitoli principali.

La prima parte del lavoro traccia le coordinate epistemologiche 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 capitolo è dedicato ai costrutti di vulnerabilità e resilienza, con particolare attenzione al passaggio

da un paradigma di stampo individualista a una presa in carico orientata alle risorse e alle potenzialità evolutive della famiglia.

Il terzo capitolo approfondisce le principali metodologie di ricerca nello studio delle relazioni familiari, valorizzando lo studio di caso. Nel quarto vengono presentati il contesto di ricerca e un'analisi preliminare condotta su un campione di famiglie in carico al servizio, focalizzata sui processi di analisi della domanda e sull'emersione di tratti di vulnerabilità e risorse.

Il quinto capitolo presenta lo studio empirico illustrando l'uso della Scultura Familiare Dialogica (*Dialogical Family Sculpting*) attraverso un *single case study*. Vengono inoltre presentati la procedura, l'analisi dei dati e la discussione dei risultati emersi, esplorando i nodi della vulnerabilità e le traiettorie di resilienza che emergono dall'utilizzo dello strumento.

Il contributo del presente studio consiste quindi nell'esplorare il potenziale della Scultura Familiare Dialogica come dispositivo di osservazione e mappatura delle aree di vulnerabilità, ma anche come possibile risorsa clinica per attivare e sostenere processi di resilienza o possibili trasformazioni nella relazione familiare.

Desidero esprimere un sincero ringraziamento all'intera équipe del servizio, per l'accoglienza e per aver offerto un contesto di apprendimento di grande valore. In questo percorso, un ringraziamento particolare è rivolto al mio tutor interno, il Dott. Giacomo Baiardo. Grazie al suo ruolo trasversale, in qualità di membro del servizio e parte integrante del gruppo di ricerca composto da Giacomo Baiardo, Marina Everri, Davide Matricardi, Laura Migliorini e Paola Cardinali, mi è stata offerta la preziosa opportunità di sviluppare questo progetto di tesi su una pratica innovativa come la Scultura Familiare Dialogica, nonché la possibilità di osservare l'applicazione dello strumento come dispositivo di sintonizzazione e di attivazione delle risorse relazionali.

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 ed 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 trigerazionale, 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 inesprese (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: Vulnerabilità e resilienza: un continuum dinamico

Storicamente, la ricerca sulla vulnerabilità si è concentrata prevalentemente sui fattori di rischio e di deficit che connotano le famiglie in carico ai servizi clinici e sociali (Rutter, 1987). Tuttavia, questo approccio si è gradualmente rivelato riduttivo, poiché non permette di cogliere la complessità dinamica dei sistemi familiari e le loro potenzialità trasformative.

Negli ultimi anni, il costrutto ha assunto un ruolo sostanziale nella comprensione dei processi evolutivi, nello specifico all'interno dei contesti familiari (Masten, 2021). In questo quadro, il costrutto di resilienza familiare ha richiamato sempre maggiore interesse, intesa come un processo, non più individuale ma relazionale e sistemico, attraverso cui la famiglia, come unità funzionale, affronta, riorganizza e supera condizioni di avversità (Walsh, 2003). La letteratura internazionale evidenzia in modo consistente il ruolo della resilienza familiare nel promuovere il benessere psicologico e nel mitigare l'impatto dei fattori di rischio, confermando una visione multilivello dei processi adattivi consolidata anche dagli sviluppi ecologici successivi (Ungar, 2021).

In modo analogo, il concetto di vulnerabilità è stato ridefinito in senso sistemico, passando da una concezione statica e individuale a una prospettiva contestuale (Milani, 2022). Seguendo il modello di Bronfenbrenner (1979), che porta con sé l'idea di uno sviluppo individuale come risultato dell'interazione tra fattori personali, familiari e socioculturali, la vulnerabilità sembra scaturire dall'interazione dinamica tra condizioni di rischio e risorse disponibili nei diversi sistemi familiari di appartenenza. Le ricerche più recenti sottolineano il ruolo centrale dei fattori contestuali, come le disuguaglianze socioeconomiche, nel rielaborare la vulnerabilità e la possibilità di attivare processi resilienti (Conger & Donnellan, 2007; Evans & Kim, 2013). Prime et al. (2020)

confermano a tal proposito che le risorse comunitarie e sociali assumono un ruolo fondamentale nei processi di resilienza familiare.

Nell'approccio sistemico tale punto di vista assume particolare rilevanza nella fase di presa in carico delle famiglie. I professionisti sul campo si misurano infatti con un'ampia varietà di forme di disagio psicologico, conflittualità e fatiche genitoriali, spesso riconducibili a configurazioni di famiglie "multiproblematiche". Questo aspetto sempre più spesso si riscontra in sistemi caratterizzati dalla co-occorrenza di difficoltà economiche, relazionali ed educative, contestualmente inseriti in contesti di marginalità sociale (Minuchin, 1974). In quest'ottica, la decisione di porre l'accento sulla vulnerabilità, piuttosto che su specifiche categorie di multiproblematicità, offre la possibilità di implementare uno sguardo maggiormente integrato e coerente con l'approccio sistemico. Inoltre, considerare la vulnerabilità in relazione alla resilienza offre una chiave di lettura che non patologizzi esclusivamente la famiglia, ma al contrario, valorizzi i processi adattivi, le risorse relazionali e le capacità trasformative del sistema familiare (Walsh, 2016).

Alla luce di queste considerazioni, il presente capitolo si propone di esplorare il rapporto tra vulnerabilità e resilienza familiare, proponendo un lessico condiviso (Barbier, 2011), capace di evolvere verso una interpretazione più ampia dei costrutti, piuttosto che forzare la complessità delle famiglie entro schemi interpretativi rigidi e unidimensionali. Il paragrafo finale ospiterà un approfondimento sul cambiamento paradigmatico che l'applicazione della prospettiva sistemica ha avuto sullo studio della famiglia: abbracciare l'ottica della resilienza in terapia permette di evitare la sterile etichettatura dei nuclei come "disfunzionali" o "multiproblematici", spostando l'asse della ricerca e dell'intervento clinico dall'analisi delle carenze e delle disfunzioni familiari all'individuazione delle risorse, delle competenze e dei fattori protettivi.

2.1 Il continuum dinamico tra vulnerabilità e resilienza nei sistemi familiari

Alla luce delle numerose evidenze teoriche ed empiriche, vulnerabilità e resilienza iniziano a non essere più concepite come categorie opposte, ma come poli di un continuum dinamico e dimensioni coesistenti (Zhu et al., 2026). Le famiglie non sono semplicemente “vulnerabili” o “resilienti”, ma si collocano lungo traiettorie evolutive complesse in cui elementi di rischio e di protezione coesistono e si trasformano nel tempo (Masten, 2021). In questa prospettiva, la resilienza può essere intesa come il processo attraverso cui le famiglie trasformano condizioni di vulnerabilità in opportunità di riorganizzazione e di crescita.

Walsh (2008) riporta che storicamente l'approccio clinico e la ricerca sulle famiglie “multiproblematiche” si sono concentrati quasi esclusivamente sui deficit, etichettando spesso i nuclei in difficoltà come "disfunzionali" o patologici; al contrario, un orientamento centrato sulla resilienza familiare, propone una cornice positiva e pragmatica, mossa dal convincimento che anche i sistemi più compromessi possiedono risorse latenti e aspirano al benessere. L'indicazione clinica della psicologa e terapeuta familiare (Walsh, 2016) diviene quella di ampliare il focus della valutazione familiare dai rischi e fattori problematici, ai punti di forza e risorse nella rete relazionale, all'interno e all'esterno del nucleo familiare. Promuovere la resilienza significa quindi aiutare le persone a conquistare un senso di coerenza, normalizzando il disagio all'interno della crisi per renderlo comprensibile, gestibile e denso di significato.

L'efficacia pratica di questo approccio risiede nell'applicazione di una valutazione integrata: compiere un'analisi approfondita che includa sia le risorse sia le vulnerabilità specifiche in relazione alle urgenze evolutive di ogni nucleo. Adottare un focus esclusivamente orientato ai punti di forza rischia infatti di generare "punti ciechi" nel monitoraggio clinico. A questo proposito, la recente ricerca condotta da Zhu et al.

(2026) offre uno snodo teorico cruciale. Gli autori hanno evidenziato come le famiglie mostrino una caratteristica complessa di "resilienza e vulnerabilità coesistenti". La vulnerabilità familiare viene intesa come la suscettibilità del sistema al collasso strutturale o funzionale, quando gli stressori superano le capacità di *coping*. Lo studio del gruppo di ricerca estende e completa il quadro di Walsh, dimostrando che una famiglia può attivare con successo la propria resilienza in una dimensione (ad esempio, mantenendo un sistema di credenze solido e una speranza condivisa) e sperimentare contemporaneamente una profonda vulnerabilità in un'altra (come la comparsa di caos organizzativo o fallimenti comunicativi). Ridurre l'analisi alla sola dimensione resiliente implica il rischio di non cogliere questa articolata compresenza di forze e fragilità; integrare invece una prospettiva di vulnerabilità permette una valutazione più completa e diviene premessa per la progettazione di interventi clinici mirati.

Nel contesto della terapia familiare sistemica, l'integrazione tra vulnerabilità e resilienza assume così un valore operativo fondamentale. Come anticipato da Walsh (2016), focalizzarsi esclusivamente sui sintomi o sui deficit rischia di limitare la comprensione del funzionamento familiare e di ridurre le possibilità di intervento. Al contrario, adottare una prospettiva che tenga conto della vulnerabilità in relazione alle risorse consente di ampliare lo sguardo clinico, individuare processi trasformativi e sostenere l'attivazione di risorse familiari. In questo senso, la vulnerabilità rappresenta un punto di accesso privilegiato per comprendere le difficoltà della presa in carico, mentre la resilienza offre una struttura teorica e operativa per orientare l'intervento. La valutazione del funzionamento della famiglia avviene così, secondo l'autrice (2008), in una cornice positiva in cui si cercano risorse e potenzialità, senza tuttavia trascurare vincoli e vulnerabilità.

2.2 Il paradigma della vulnerabilità familiare

Come evidenzia Rutter (1987), i modelli prevalenti in letteratura tendono a definire la vulnerabilità in termini di esposizione a fattori di rischio individuali o contestuali, riconducibili a un'aumentata probabilità di esiti negativi sul piano psicologico, relazionale o sociale. Tuttavia, questa chiave di lettura, si è rivelata nel tempo riduttiva, poiché focalizzata su una visione statica e orientata al deficit del funzionamento individuale e familiare.

Di recente il termine vulnerabilità è risultato più determinante nelle scienze sociali, delineandosi come una categoria interpretativa determinante per comprendere i processi di sviluppo, adattamento e rischio (Masten, 2021). La letteratura contemporanea propone una ridefinizione del costrutto in chiave dinamica e processuale, sottolineando come la vulnerabilità si generi a partire dall'interazione tra fattori di rischio, risorse e contesto (Masten, et al., 2023). Seguendo tale presupposto metodologico, secondo Evans e Kim (2013) essa assume una natura multidimensionale e multilivello che comprende componenti biologiche, psicologiche, relazionali e socioeconomiche. In questa prospettiva, la vulnerabilità può essere formalizzata come una condizione dinamica di suscettibilità agli effetti negativi dello stress, emergente dall'interazione tra fattori individuali e contestuali.

Nel dibattito scientifico della letteratura contemporanea de Melo e Sanches (2026) riconoscono la natura multilivello della vulnerabilità, coerentemente con i modelli sistemici, che concepiscono l'individuo inserito in reti di relazioni interdipendenti e dinamiche (Bronfenbrenner, 1979). In antitesi alle prospettive individualistiche, l'approccio sistemico si rivolge alla famiglia come un'unità funzionale, in cui i processi di adattamento comprendono simultaneamente tutti i membri (Minuchin, 1974). Entro questa nuova cornice teorica, la vulnerabilità familiare si configura come una

declinazione specifica del costrutto, legata al complesso funzionamento del sistema familiare. Essa può essere concettualizzata come la condizione in cui una famiglia presenta una capacità deficitaria di fronteggiare eventi stressanti o transizioni evolutive, a causa di fragilità relazionali, strutturali o contestuali (Walsh, 2016; Albright, Fosco, Feinberg, Sloan, & Fang, 2025). Anche gli studi più attuali di Farahi (2025), indicano che eventi stressanti, quali difficoltà economiche, malattie, migrazioni, conflittualità, non impattano su singoli individui in modo isolato, ma attivano riconfigurazioni dell'intero sistema. Secondo l'autrice la vulnerabilità si struttura dall'interazione fra livelli, piuttosto che da fattori isolati. Essa può essere codificata su diversi livelli interconnessi. Il livello individuale coinvolge caratteristiche psicologiche, vulnerabilità emotiva, stili di coping, fattori biologici; al livello relazionale vengono attribuite qualità delle relazioni significative, supporto sociale e dinamiche di attaccamento. Il livello familiare comprende il funzionamento del sistema familiare, l'organizzazione e la comunicazione, mentre quello socioculturale le condizioni economiche, le disuguaglianze e l'accesso alle risorse. A livello sociale, invece, la vulnerabilità si manifesta attraverso fenomeni quali la povertà, l'emarginazione o la violenza giovanile (Milani, Ius & Serbati, 2013; Milani, 2022).

Oltre alle dimensioni individuali e sociali de Melo e Sanches (2026), riconoscono anche le dimensioni programmatiche e morali. Le prime riguardano le risorse sociali necessarie per la tutela degli individui; una disponibilità insufficiente di tali risorse può compromettere l'integrità fisica, nonché il benessere psicologico e sociale. La vulnerabilità morale consente invece di esaminare i conflitti etici all'interno dei contesti familiari, poiché determinati modelli familiari o caratteristiche dei loro membri, sono spesso esposti a una vulnerabilità accentuata, connessa a processi di esclusione, violenza e stigmatizzazione.

Uno snodo cruciale nel recente panorama scientifico riguarda il superamento di una visione esclusivamente patologizzante della vulnerabilità. In continuità con gli approcci sistemici e relazionali, è stata affinata una prospettiva che unisce vulnerabilità e risorse, orientando lo sguardo non solo ai deficit, ma anche alle capacità adattive dei sistemi familiari (Zhu et al., 2026). Questa nuova prospettiva implica un cambiamento epistemologico di svolta: la vulnerabilità non è più vista come costruito imm modificabile, ma una condizione di partenza che può evolvere in direzioni diverse a seconda dei processi e delle risorse familiari valorizzate. Quest'ultime risiedono in elementi del funzionamento familiare già approfonditi da Walsh (2003): comunicazione, coesione e supporto reciproco oltre che sistemi di credenze familiari positivi, modelli organizzativi familiari flessibili e buone strategie di comunicazione e risoluzione di problemi. Inoltre, studi longitudinali individuano le relazioni familiari di qualità come fattori predittivi significativi del benessere psicologico a lungo termine. In quest'ottica, la vulnerabilità diventa un costruito strettamente connesso alla resilienza, intesa come la capacità di attivare risorse e riorganizzare il funzionamento di fronte all'avversità (Zhu et al., 2024).

2.3 La resilienza come risorsa adattiva

Il concetto di resilienza proposto da Froma Walsh nella prefazione del suo elaborato come «la capacità di resistere, ‘lottare bene’ e riprendersi da sfide di vita dirompenti, crisi e avversità» (2008, p.ix) ha assunto una rilevanza centrale nella teoria e nella ricerca sulla salute mentale. Essa implica processi dinamici e relazionali che favoriscono un adattamento positivo in contesti di significativa vulnerabilità (Luthar, Cicchetti & Becker, 2000), permettendo a individui e famiglie di rispondere con successo a crisi e sfide (Cowan, Cowan & Schultz, 1996).

Storicamente, il costruito affonda le sue radici negli studi sulla resilienza individuale condotti su coorti di bambini esposti a gravi fattori di rischio psicosociale.

Queste ricerche hanno contribuito a scardinare l'idea che un trauma, in particolare se vissuto durante l'infanzia, produca necessariamente esiti catastrofici, evidenziando invece come contesti di forte sofferenza possano generare risposte diverse. A tal proposito, Rutter (1987) ha dimostrato che l'esposizione a molteplici fattori di rischio in infanzia si traduce in disturbo psicologico solo in una minima percentuale di casi. Infatti, di fronte alle medesime avversità, in alcuni casi si registrano percorsi di vita compromessi, in molti altri emergono traiettorie di pieno riscatto, caratterizzate da una vita adulta affettivamente e professionalmente appagante e da una genitorialità sana. Parallelamente, Kaufman e Ziegler (1987) hanno evidenziato che la maggior parte dei minori, vittime di maltrattamento, non replica tali condotte abusanti una volta diventato genitore.

2.3.1 Dalla resilienza individuale a quella familiare

In un primo momento, la comunità scientifica ha considerato la resilienza una dote innata e una caratteristica prettamente individuale; successivamente, l'attenzione si è spostata sull'interazione dinamica tra fattori biologici individuali e variabili ambientali (Walsh, 2008). Tuttavia, in questa prima fase, l'approccio alla famiglia era ancora limitato: i ricercatori tendevano a considerarla unicamente come una fonte di vulnerabilità, parlando di famiglia disfunzionale, e non come una potenziale risorsa per la resilienza. L'allargamento dei filoni di ricerca a scenari di vulnerabilità diversificati – dalle condizioni di marginalità socioeconomica alle patologie croniche, fino ai traumi collettivi e ai lutti – ha imposto una revisione del concetto di resilienza. Questa non viene più intesa come un tratto statico, ma come il risultato dinamico dell'interazione tra diversi fattori di rischio e di protezione, che operano a livello individuale, familiare e socioculturale (Masten, 2003). Se infatti, storicamente il concetto di resilienza è stato studiato nell'ambito della psicologia dello sviluppo per descrivere la capacità dei singoli individui di adattarsi positivamente nonostante la presenza di fattori di rischio, il costrutto

ha iniziato ad estendersi ai sistemi familiari e sociali, assumendo una connotazione sempre più sistemica relazionale. Un contributo fondamentale in questo campo è rappresentato dallo storico studio longitudinale di Werner e Smith (1992), che ha monitorato l'evoluzione di quasi 700 bambini di origine multiculturale nati in contesti di grave indigenza nell'isola di Kauai, nelle Hawaii. Sebbene a 18 anni i due terzi dei soggetti ad alto rischio mostrassero le fragilità attese, come gravidanze precoci, difficoltà scolastiche, disturbi psichici o problemi legali, un terzo del campione era composto da giovani adulti equilibrati, capaci e affettuosi. Il monitoraggio di questi soggetti fino all'età matura ha confermato la stabilità del loro successo, tanto che molti di loro presentavano esiti migliori rispetto ai coetanei cresciuti in ambienti più agiati: avevano relazioni stabili, lavori sicuri e avevano affrontato con maggiore forza d'animo eventi traumatici collettivi come un uragano. Lo studio ha inoltre evidenziato come la resilienza possa emergere in qualunque momento del ciclo di vita, spesso mediata da fattori relazionali e contestuali, quali l'incontro con un partner supportivo o l'inserimento in comunità religiose.

Da queste evidenze Walsh (2008) ha sviluppato l'ottica della resilienza familiare che, adottando una prospettiva sistemica, allarga lo sguardo oltre il legame genitore-figlio, includendo la fratria, la relazione di coppia e la rete parentale allargata. In tal senso, la resilienza familiare non è una caratteristica individuale né coincide con la mera somma delle resilienze dei singoli membri, ma si configura come proprietà dinamica e relazionale del sistema-famiglia. Pertanto, le avversità non sono più lette come trauma individuale, ma come eventi capaci di destabilizzare l'intero nucleo. Questo cambio di paradigma ribalta la visione orientata al deficit: le famiglie che affrontano momenti di crisi non vengono più etichettate come irrimediabilmente danneggiate, bensì come sistemi messi alla prova dalle difficoltà, ma intrinsecamente capaci di attivare processi di guarigione e maturazione per tutti i loro componenti.

Il passaggio da una prospettiva focalizzata esclusivamente sul singolo individuo a un modello di resilienza sistemico e familiare rappresenta un nodo cruciale nella comprensione e nell'intervento clinico-sociale rivolto ai nuclei in situazione di vulnerabilità. Le famiglie che vivono condizioni di grave disagio si trovano spesso coinvolte in una spirale, che Garfinkel et al. (2001) descrivono come svantaggio cumulativo, caratterizzata da molteplici fattori di rischio contestuale, quali la disoccupazione, la monogenitorialità, la cronicità della salute o il degrado socioeconomico (Arditti et al., 2010), che incidono profondamente sulle competenze genitoriali e sulla stabilità relazionale (Schumacher et al., 2001).

All'interno di questo quadro teorico, mentre la resilienza individuale si fonda su caratteristiche personali quali la maturità e l'*empowerment*, la resilienza familiare opera a un livello relazionale, nutrendosi di coesione, comunicazione efficace e di un sistema di credenze condiviso che orienta il nucleo verso la riorganizzazione e la padronanza degli eventi avversi. Storicamente, tuttavia, l'approccio ai nuclei presi in carico dai servizi sociali, definiti da Malagoli e Tofani (2002) come “multiproblematici”, ha rischiato di scindere rigidamente la patologia individuale dalle risorse ambientali.

Un contributo fondamentale per comprendere come tali dinamiche si declinino nelle famiglie vulnerabili è offerto dallo studio condotto da Migliorni et al. (2016), i quali hanno analizzato il funzionamento familiare e gli stili di attaccamento individuali, confrontando famiglie maltrattanti e famiglie affidatarie. I risultati di questa ricerca evidenziano come la valutazione delle famiglie in situazioni di maltrattamento non possa prescindere dall'attenzione ai fattori protettivi interni al funzionamento familiare. Mantenere un approccio integrato significa infatti riconoscere che anche nei nuclei più complessi e segnati da fragilità, sussistono potenzialità e risorse relazionali che possono essere attivate.

L'indagine sottolinea la necessità di superare visioni riduttive o stereotipate, evidenziando che l'esclusiva focalizzazione sui deficit genitoriali rischia di compromettere l'efficacia degli interventi di sostegno. Al contrario, l'adozione di un modello basato sulla resilienza familiare consente di valorizzare le risorse presenti, integrando la tutela del minore con il recupero delle competenze del sistema familiare. In definitiva, come emerge dall'analisi delle dinamiche di attaccamento e di coping descritte da Migliorni et al. (2016), il benessere familiare non è il semplice riflesso di caratteristiche individuali ottimali, ma l'esito di un processo complesso e interdipendente in cui la promozione di legami sicuri, il supporto alla genitorialità e la valorizzazione delle risorse relazionali costituiscono i pilastri imprescindibili per l'efficacia dei percorsi di aiuto e di prevenzione.

2.3.2 Modelli teorici sullo stress e sull'adattamento familiare

Per comprendere come un sistema familiare possa attivare le proprie risorse, è necessario indagare i meccanismi che regolano la risposta del nucleo agli eventi perturbanti. L'ottica della resilienza familiare affonda le sue radici storiche ed epistemologiche nei modelli dello stress e dell'adattamento familiare (Hill, 1949; McCubbin & Patterson, 1983b; Patterson, 1988, 2002). Se la resilienza rappresenta l'esito positivo e la traiettoria di crescita di fronte alle avversità, i modelli dello stress descrivono il bilanciamento tra richieste e risorse. Comprendere come le famiglie decodificano, gestiscono e assorbono lo stress è dunque il prerequisito fondamentale per mapparne il funzionamento resiliente.

In linea con i modelli teorici sullo stress familiare, la resilienza non coincide con la mera sopravvivenza o con la sopportazione passiva delle difficoltà, ma rappresenta un'opportunità di trasformazione e di crescita emotiva e relazionale. Stinnett e DeFrain (1985) affermano infatti che, affrontare uniti un evento critico, permette alle famiglie di

ridefinire le proprie priorità valoriali, sviluppare nuove competenze e consolidare legami affettivi più profondi. Il pioniere di questo approccio è rappresentato da Hill (1949), che sviluppa il primo modello dello stress familiare: il modello ABC-X. Tale modello postula che l'esito (X) di una crisi dipende dall'interazione tra l'evento stressante (A), le risorse di cui dispone la famiglia (B) e la definizione o significato che la famiglia attribuisce all'evento stesso (C).

Successivamente, McCubbin e Patterson (1983) sviluppano il modello Double ABC-X introducendo una dimensione temporale ed evolutiva. Esso tiene conto della capacità della famiglia di adattarsi a molteplici fattori di stress (*stressors*) nel tempo, oscillando lungo un continuum che va dal polo positivo del buon adattamento (*bonadaptation*) a quello negativo del disadattamento (*maladaptation*). Sempre partendo dalla struttura lineare del modello ABC-X, anche Boss (2002) introduce una svolta ecologica sviluppando il suo modello contestuale. Secondo l'autrice, gli elementi contestuali come status socioeconomico o *background* etnico influenzano profondamente il modo in cui la famiglia percepisce e risponde agli stressors.

Infine, lo sguardo più accurato risiede nel modello Family Adjustment and Adaptation Response (FAAR) di Patterson (1988). Esso descrive un processo attivo in cui la famiglia tenta costantemente di bilanciare le richieste (*demands*) familiari con le proprie capacità (*capabilities*), sotto la mediazione dei significati condivisi (*meanings*), per giungere a un livello di adattamento (*adaptation*) o aggiustamento (*adjustment*) familiare. Le richieste familiari comprendono: stressor normativi e non normativi, tensioni continue e scompigli quotidiani. Le capacità familiari includono le risorse e i comportamenti di coping. Sia le richieste che le capacità possono emergere da tre diversi livelli dell'ecosistema: (a) dai singoli membri della famiglia, (b) dall'unità familiare e (c) dai vari contesti comunitari in cui il nucleo è inserito. Nel modello FAAR si configurano

due tipi di esiti. Quotidianamente, le famiglie si impegnano in schemi di interazione relativamente stabili mentre cercano di bilanciare le esigenze che affrontano con le loro capacità esistenti per raggiungere un certo livello di adattamento familiare. Tuttavia, vi sono momenti in cui le richieste familiari superano di gran lunga le capacità disponibili. Quando questo squilibrio persiste, il nucleo affronta una crisi, intesa come periodo di significativo squilibrio e disorganizzazione interna. La crisi, nel modello FAAR, diviene un vero e proprio punto di svolta, che impone cambiamenti importanti nella struttura familiare, nei modelli di interazione, o in entrambi. Essa determina così una discontinuità nella traiettoria di funzionamento della famiglia che può evolvere in direzione di un miglioramento o di un peggioramento (Patterson, 2002).

2.3.3 Modelli teorici sulla resilienza familiare

Il passaggio dai modelli dello stress a quelli focalizzati sulle risorse relazionali viene sistematizzato in tempi più recenti. La review di Stojadinović (2023) presenta tre modelli teorici particolarmente influenti in tal senso. Il primo è il modello di McCubbin e McCubbin (1996), che descrive la resilienza familiare come un processo articolato in due macro-fasi: un ciclo di aggiustamento, durante il quale la famiglia cerca di gestire lo stress mantenendo i propri modelli abituali di funzionamento, e un ciclo di adattamento, che si attiva quando lo stress evolve in una vera e propria crisi e richiede una profonda riorganizzazione delle modalità relazionali e organizzative della famiglia. L'esito di tale processo può tradursi in un adattamento positivo oppure in una persistente condizione di difficoltà.

Vi è poi il modello elaborato da Froma Walsh (2008), considerato uno dei riferimenti più autorevoli nell'ambito della resilienza familiare. Secondo l'autrice, i processi resilienti si organizzano attorno a tre grandi aree: il sistema di credenze familiari, che consente di attribuire significato alle difficoltà e mantenere una visione fiduciosa del

futuro; i processi organizzativi, che comprendono flessibilità, coesione e capacità di mobilitare risorse interne ed esterne; e i processi comunicativi, basati sulla chiarezza delle informazioni, sull'espressione emotiva aperta e sulla risoluzione collaborativa dei problemi. Un aspetto particolarmente innovativo del modello consiste nell'idea che la resilienza non coincida con il semplice ritorno alla situazione precedente alla crisi, ma con la capacità di co-costruire nuovi equilibri attraverso l'esperienza dell'avversità.

Infine, il modello proposto da Keller (2003) integra i contributi precedenti e pone l'accento sulla necessità di definire in modo più rigoroso il concetto di esito positivo della resilienza. A questo scopo, l'autore suggerisce di utilizzare la qualità della vita della famiglia come indicatore privilegiato del successo dei processi resilienti.

2.4 L'Evoluzione dei costrutti

Il consolidamento teorico del costrutto di resilienza familiare trova ampio riscontro nelle rassegne e nelle ricerche empiriche contemporanee. Sebbene persistano alcune sfide metodologiche, dovute principalmente alla grande eterogeneità degli strumenti di misurazione e ai diversi criteri utilizzati per definire il "successo" adattivo di una famiglia, la comunità scientifica concorda ormai nel definire la resilienza un processo relazionale, dinamico e multidimensionale, piuttosto che una caratteristica statica della famiglia. Il concetto di resilienza vive quindi un'evoluzione in chiave sistemica, ridefinendosi come resilienza familiare. Essa richiama la capacità della famiglia, intesa come sistema relazionale, di far fronte e superare eventi critici, riorganizzando il proprio funzionamento in modo adattivo (Walsh, 2016). Secondo il modello sistemico, la resilienza familiare non risiede nei singoli individui, ma emerge dai processi interattivi che caratterizzano il sistema familiare. Studi recenti confermano che la resilienza familiare è positivamente correlata al benessere psicologico e predice esiti adattivi nel tempo (Yang et al., 2023). La meta-analisi di Cheng et al. (2024) conferma che la

resilienza familiare costituisce un importante fattore protettivo per la salute mentale, associandosi a minori livelli di disagio psicologico, depressione, ansia, stress e comportamenti problematici, nonché a maggiori livelli di benessere psicologico, adattamento positivo e crescita personale. La resilienza familiare agisce come un vero e proprio meccanismo protettivo, capace di attenuare l'impatto negativo delle avversità e di favorire il mantenimento del benessere psicologico anche in situazioni particolarmente difficili. Inoltre, la resilienza familiare costituirebbe un fattore protettivo trasversale, efficace in differenti tipi di avversità (malattia, lutto, migrazione, povertà, disastri naturali, pandemia). Ciò rafforza la concezione della resilienza come processo generale di adattamento piuttosto che come risposta specifica a singoli eventi stressanti. Anche Stojadinović (2023) considera la resilienza familiare un costrutto cardine per comprendere le modalità attraverso cui le famiglie affrontano eventi stressanti, crisi e condizioni di avversità, preservando il proprio funzionamento e promuovendo il benessere psicologico dei propri membri.

Negli ultimi anni, la validità di questi modelli è stata testata in contesti di forte stress collettivo. Ad esempio, la review di Gayatri e Irawaty (2022) mostra come la pandemia di COVID-19 abbia avuto un impatto significativo sul benessere delle famiglie, determinando un aumento di stress, ansia, depressione e difficoltà relazionali, soprattutto nei nuclei maggiormente esposti a vulnerabilità economiche e sociali. Tuttavia, gli studi analizzati confermano che la resilienza familiare ha svolto un'importante funzione protettiva, contribuendo a mitigare gli effetti psicologici e sociali della crisi. I risultati indicano che le famiglie più resilienti sono state capaci di mantenere relazioni positive, comunicare in modo efficace, adattarsi ai cambiamenti e mobilitare risorse. In particolare, coesione familiare, flessibilità, sostegno reciproco e supporto sociale sono emersi come fattori chiave per contenere il disagio e promuovere il benessere.

Anche la ricerca medica ha iniziato a guardare con enorme interesse a questo costrutto. Nell'ambito delle cure oncologiche, Shao et al. (2023) hanno dimostrato che promuovere la resilienza della famiglia migliora l'adattamento alla malattia e la qualità della vita sia del paziente sia dei suoi caregiver, rendendo questo costrutto un obiettivo fondamentale per i protocolli di assistenza integrata. Infine, persino in contesti delicati come la neonatologia, le evidenze raccolte da Laporte et al. (2025) suggeriscono che la resilienza familiare costituisca un quadro concettuale prezioso per umanizzare le cure e mitigare l'impatto traumatico legato all'ospedalizzazione dei neonati, proteggendo il benessere dell'intero nucleo fin dai primi momenti di crisi. Vanistendael e Lecomte (2000) precisano che la resilienza umana non si limita ad un'attitudine di resistenza, ma permette la valorizzazione di un vissuto individuale che non rimuove la sofferenza e le vulnerabilità, ma di contro, le impiega come nuovo punto di partenza. La vulnerabilità non è quindi rimossa, negata, o eliminata, ma inclusa e soprattutto risignificata a fronte del sistema di relazioni e di valori della persona stessa.

Si potrebbe dunque integrare il costrutto della resilienza, all'interno di un framework ampio e articolato, con una "parola-coro", come l'ha definita Stefano Bartezzaghi nell'elaborato di Milani, Ius e Serbati (2013), in quanto suona e canta solo all'unisono con altre, prima fra tutte vulnerabilità. Nell'attuale processo di mutamento sociale, emergono nuove forme di vulnerabilità che interessano un numero sempre maggiore di famiglie in diverse fasi del loro ciclo vitale e in svariati contesti. Se guardiamo al fenomeno dal punto di vista sociale, convenzionalmente, quando si parla di "famiglie vulnerabili", si intende nuclei minacciati nella loro autonomia, dignità o integrità fisica o psichica. Secondo le linee guida internazionali CIOMS (2003, p.53) "La vulnerabilità può risultare dall'età, dalla malattia, da un deficit fisico o psichico, ecc.", cioè da una condizione esterna o interna alla persona, transitoria o stabile, che limita la

capacità, il potere, l'intelligenza, il grado di istruzione, le risorse per proteggere da sole i propri interessi e i propri diritti, ciò che richiama al dovere e alla necessità di intervenire dall'esterno per proteggerle. Come evidenziano Milani, Ius e Serbati (2013) tali forme di vulnerabilità appaiono oggi in continuo aumento a causa:

- del contesto economico: della povertà emergente, della crisi economica, della perdita dei posti di lavoro, dei tagli al sistema di welfare;
- della complessità relazionale: le relazioni interpersonali e affettive all'interno delle famiglie sono sempre più difficoltose, come è evidente dal numero crescente di separazioni coniugali, dal tempo sempre più limitato della durata del legame di coppia, dal numero in aumento di segnalazioni minorili ai servizi sociali, dalla fragilità delle relazioni fra le famiglie e il loro esterno, ecc;
- della dimensione organizzativa: il lavoro, il luogo in cui si abita, la disponibilità o meno di una rete sociale, sono spesso causa di criticità nell'organizzazione della vita quotidiana, rendendo arduo ai genitori, anche trovare un tempo pensato per stare con i propri figli, sia in termini quantitativi che qualitativi;
- della situazione culturale: sempre più famiglie provengono da contesti culturali, linguistici e sociali differenti e si interfacciano con abitudini, mentalità, sistemi di valori che rendono complesso sia il fare famiglia che l'educare i bambini.

Come messo in evidenza da diversi autori (Soulet, 2003; Lacharité & Goupil, 2011; Milani & Ius, 2010; Serbati & Milani, 2013), i costrutti appena citati vanno preferibilmente analizzati secondo un approccio fenomenologico piuttosto che strutturalista. Contestualizzare le nozioni di vulnerabilità e resilienza e il loro dinamico e vicendevole richiamarsi, attraverso un approccio fenomenologico che pone al centro della prospettiva, non il singolo individuo, ma la persona nel suo contesto, ci riconnette, da una parte alla prospettiva ecologica dello sviluppo umano di Bronfenbrenner (1979), che

agevola la reciprocità delle interazioni fra soggetti, famiglie e contesto sociale, dall'altra a quella sistemico-relazionale proposta da Selvini Palazzoli (1988) che non considera il singolo come individuo in un contesto, ma la famiglia come sistema relazionale in interazione reciproca con gli altri sistemi, coerente alle teorie relazionali della società (Donati, 1991; Folgheraiter, 1994).

2.5 Il cambio del paradigma nella presa in carico di famiglie vulnerabili

L'applicazione della prospettiva sistemica allo studio della famiglia ha favorito un cambiamento paradigmatico, spostando l'asse della ricerca e dell'intervento clinico, dall'analisi delle carenze e delle disfunzioni familiari, all'individuazione delle risorse, delle competenze e dei fattori protettivi. In questa cornice, la resilienza familiare si configura come una proprietà emergente del sistema-famiglia, un processo intrinsecamente dinamico e relazionale (Yang et al., 2023). Essa rappresenta inoltre un fenomeno complesso e multidimensionale, profondamente influenzato dall'interazione tra risorse, vulnerabilità e contesto ambientale. Le famiglie vengono accolte in terapia come sistemi messi a dura prova da sfide complesse, alle quali rispondono introducendo le migliori risorse disponibili in quel momento. L'obiettivo terapeutico si sposta quindi sul rafforzamento dei processi organizzativi e comunicativi del nucleo, al fine di ripristinare il benessere individuale e collettivo.

Le famiglie che accedono ai servizi manifestano frequentemente condizioni di vulnerabilità multidimensionale, che includono fattori economici, sociali e relazionali. La vulnerabilità è annoverata oggi come una condizione che, oltre a farsi carico della presenza di fattori di rischio, può influenzare anche le modalità di accesso e di partecipazione ai percorsi terapeutici. Come emerge dall'analisi di Lombardi, Grossi, Mercuri, Iuliano e Isola (2020), le famiglie vulnerabili possano manifestare difficoltà nell'engagement, ambivalenza rispetto all'intervento e maggiore rischio di drop-out. In

particolare, la presenza di risorse limitate può compromettere la capacità della famiglia di mantenere continuità nel percorso terapeutico. A tal proposito, diverse ricerche empiriche hanno inoltre dimostrato come condizioni di vulnerabilità socioeconomica siano correlate sia a un maggiore rischio di esiti psicopatologici negativi, soprattutto all'interno di nuclei familiari e processi evolutivi dei figli, nonché a una maggiore variabilità nei percorsi di adattamento. Tali evidenze suggeriscono l'importanza di promuovere, fin dalla prima consulenza, i fattori protettivi presenti nel sistema familiare (Prime et al., 2020; Cheng et al., 2024).

Una delle fasi prioritarie della presa in carico sistemica riguarda la costruzione della domanda terapeutica. Contrariamente agli approcci individuali, nei contesti familiari la domanda si presenta spesso come implicita, discontinua o mediata da invii istituzionali. In molti casi, infatti, l'accesso proviene da segnalazioni relazionate da servizi sociali o autorità giudiziarie. Secondo Carr (2019) questo implica che la richiesta iniziale di aiuto possa non essere condivisa ed elaborata da tutti i membri della famiglia, attivando disallineamenti e resistenze. Anche Cirillo, Selvini e Sorrentino (2016) sostengono che, nel caso delle famiglie vulnerabili, tale complessità è ulteriormente accentuata. La vulnerabilità può limitare la capacità del sistema familiare di riconoscere e simbolizzare il proprio malessere, rendendo necessario un primo approccio clinico orientato alla co-costruzione di significati condivisi. Il terapeuta sistemico assume quindi un ruolo attivo nel facilitare la narrazione familiare, promuovendo un processo di riorganizzazione del significato che renda possibile l'avvio del percorso terapeutico.

Quando avviene la presa in carico di una famiglia vulnerabile, la valutazione riveste una funzione cruciale, in quanto permette di rilevare fattori di resilienza anche in contesti connotati da elevata vulnerabilità (Ungar, 2021). Negli ultimi decenni la terapia familiare ha spostato l'attenzione dai deficit alle risorse, e dalla vulnerabilità alla

resilienza. In questa prospettiva, il terapeuta collabora con la famiglia per individuare e valorizzare le competenze già presenti, concentrandosi non sulle cause dei problemi ma sulle possibilità di cambiamento. In particolare, sembra che la resilienza familiare possa fungere da variabile di mediazione tra condizioni di rischio e benessere psicologico, ponendo in risalto l'importanza di una valutazione inclusiva di vulnerabilità e risorse (Zhu et al., 2026).

Uno degli obiettivi principali della presa in carico sistemica si declina attraverso la promozione di processi di cambiamento e trasformazione che avvengono mediante l'attivazione delle risorse familiari. Secondo Prime et al. (2020), l'intervento non si limita alla riduzione del sintomo, ma mira a sostenere la capacità del sistema familiare di riorganizzarsi in modo adattivo. In questo senso, la vulnerabilità viene riqualificata: da criticità, diventa punto di accesso per la relazione terapeutica. Il riconoscimento delle fragilità del sistema familiare, all'interno di un clima relazionale sicuro, può infatti mettere in luce nuove modalità di interazione e significazione. Nel lavoro con famiglie vulnerabili, ciò implica la valorizzazione di competenze relazionali già presenti, la promozione di modalità comunicative più funzionali e il rafforzamento delle risorse necessarie per affrontare eventi stressanti. Questa prospettiva trova riscontro anche in quanto sostenuto da Masten (2021), che sottolinea la potenzialità degli interventi orientati alla resilienza nell'integrare dimensioni di rischio e protezione all'interno di un unico quadro interpretativo, risultando particolarmente efficaci nel favorire il benessere e ridurre la "multiproblematicità".

Oltre alle potenzialità che derivano dalla logica della resilienza e dall'approccio sistemico nella presa in carico delle famiglie vulnerabili, è doveroso presentare anche le fragilità che queste famiglie portano con sé. Tra queste, l'analisi di Lombardi et al. (2020), sopracitata, evidenzia: la difficoltà di engagement, il rischio di drop-out, la complessità

nella gestione di invii multipli, la discontinuità nei percorsi terapeutici e la mancanza di una costruzione di rete tra servizi. Tali dimensioni riflettono non solo la complessità delle situazioni familiari, ma anche i limiti strutturali dei sistemi di cura, disvelando la necessità di modelli di intervento più integrati.

Alla luce delle evidenze, la presa in carico sistemica ha le potenzialità per essere un contesto privilegiato capace di unire vulnerabilità e resilienza, promuovendo processi trasformativi (Walsh, 2016). Si propone dunque modalità di pensiero e intervento capace di integrare la duplice prospettiva, al fine di coniugare due facce della stessa medaglia, combinare interventi di protezione con quelli di prevenzione, così da agire non solo per prevenire rischi, ma per promuovere competenze, risorse, relazioni, evoluzioni. Il ben-trattamento, termine aggiuntivo che si inserisce nel coro già espresso precedentemente, è generalmente definito come un risultato complesso dell'ambiente macro (la società, la comunità) e micro (la famiglia), esito delle risorse familiari e contestualmente a quelle che la comunità e i servizi forniscono alle famiglie (Barudy & Marquebreucq, 2005). Per tali ragioni ogni intervento deve basarsi su un'analisi dinamica come primo passo per promuovere il cambiamento delle famiglie, rendendole protagoniste all'interno del contesto, della rete sociale e di tutti i livelli di relazione (Bertolini, 1988; Orlando, 1997).

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 osservatorio 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, della quale i 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 osservatorio 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 oppositive 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 alla 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 una 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'adeguatezza 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 et al., 1998). 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 T1 "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 transegenerazionali
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 i costrutti di vulnerabilità e resilienza familiare, 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).

La vulnerabilità e la resilienza familiare sono tematiche ampiamente studiate all'interno del contesto familiare, soprattutto in ambito sociale (Rutter, 1987; Prime et al., 2020), ma pochi studi hanno analizzato questo costrutto attraverso tecniche analogico-espressive. A fronte di questo, l'obiettivo del presente single case study è quello di analizzare i fattori della resilienza familiare attraverso le verbalizzazioni di una seduta in cui è stata utilizzata la metodologia della scultura. Le ricerche precedenti sulla resilienza familiare hanno spesso trascurato uno sguardo maggiormente integrato e coerente con l'approccio sistemico nella terapia familiare o di coppia, volto a rielaborare la vulnerabilità per attivare processi resilienti, concentrandosi prevalentemente sui fattori di rischio e di deficit che connotano le famiglie in carico ai servizi su specifiche categorie di multiproblematicità (Masten, 2021). Tuttavia, questo approccio si è gradualmente rivelato riduttivo, poiché non permette di cogliere la complessità dinamica dei sistemi familiari e le loro potenzialità trasformative (Milani, 2022; Milani, Ius & Serbati, 2013).

Per colmare questa lacuna, è stata esaminata la relazione fra vulnerabilità e resilienza all'interno di un percorso di terapia familiare e di coppia, declinando l'intervento attraverso l'uso della Scultura Familiare Dialogica. L'introduzione della tecnica della scultura ha consentito di arricchire il percorso terapeutico con un focus mirato ed esperienziale su queste due dimensioni. Ciò è in linea con i risultati di ricerche

precedenti che evidenziano in modo consistente il ruolo della resilienza familiare nel promuovere il benessere psicologico e nel mitigare l'impatto dei fattori di rischio, confermando una visione multilivello dei processi adattivi consolidata anche dagli sviluppi ecologici successivi (Prime et al., 2020; Ungar, 2021). La letteratura internazionale sottolinea inoltre come, gli interventi orientati alla resilienza nelle terapie familiari, permettono di integrare dimensioni di rischio e protezione all'interno di un unico quadro interpretativo, risultando particolarmente efficaci nel favorire il benessere familiare e ridurre la "multiproblematicità" (Masten, 2021; Walsh, 2008).

Studi recenti (Masten, et al., 2023; Walsh, 2016) evidenziano che nel lavoro con famiglie vulnerabili, interventi mirati alla promozione di processi di cambiamento e trasformazione, siano in grado di valorizzare non solo le competenze relazionali già presenti all'interno del sistema, ma anche modalità comunicative più funzionali fra i membri, promuovendo il riconoscimento di nuove competenze familiari per affrontare eventi stressanti. In particolare, sembra che la resilienza familiare costituisca un importante fattore protettivo per la salute mentale, associandosi a minori livelli di disagio psicologico, depressione, ansia, stress, nonché a maggiori livelli di benessere psicologico, adattamento positivo e crescita personale (Cheng et al., 2024). Altri autori (Gayatri & Irawaty, 2022; Stojadinović, 2023) sottolineano che la resilienza familiare assume una funzione protettiva, contribuendo a mitigare gli effetti psicologici e sociali delle avversità, attenuandone l'impatto negativo e favorendo il mantenimento del benessere psicologico anche in differenti situazioni di vulnerabilità (malattia, lutto, migrazione, povertà, disastri naturali, pandemia). I risultati indicano che le famiglie che sviluppano resilienza, sono capaci di mantenere relazioni positive, comunicare in modo efficace, adattarsi ai cambiamenti e mobilitare risorse. In particolare, coesione familiare, flessibilità, sostegno reciproco e supporto sociale sono emersi come fattori chiave per contenere il disagio e

promuovere il benessere. La resilienza familiare risulta così una variabile di mediazione tra condizioni di rischio e benessere psicologico, ponendo in risalto l'importanza di una valutazione inclusiva fra vulnerabilità e risorse (Zhu et al., 2026).

Infine, la scelta di orientare un simile strumento clinico verso un nucleo vulnerabile sposa le evidenze secondo cui, sebbene gli interventi di terapia familiare risultino universalmente efficaci, i benefici più marcati e clinicamente significativi si riscontrano proprio in contesti di interventi capaci di integrare vulnerabilità e resilienza (Walsh, 2016) in una prospettiva che tenga conto della vulnerabilità in relazione alle risorse, ampliando lo sguardo clinico. Spostare l'attenzione dai deficit alle risorse, e dalla vulnerabilità alla resilienza, permette di attivare processi trasformativi e sostenere la valorizzazione di risorse familiari, all'interno di sistemi che presentano fattori di complessità ulteriormente accentuati (Cirillo, Selvini & Sorrentino, 2016).

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 al 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 otto 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 che ha messo in luce dimensioni rilevanti sia rispetto al costrutto della vulnerabilità (mancanza di integrità familiare, modelli organizzativi familiari rigidi, dinamiche di parentificazione e triangolazione, accuse reciproche, criticità nella co-genitorialità, mancanza di risorse), sia per quanto riguarda l'attivazione di fattori di resilienza (dare significato alle avversità, mantenere una visione positiva e ottimista, connettività e legame, attivare forme di flessibilità e adattamento, risoluzione collaborativa dei problemi), che verranno successivamente discusse nei risultati. In definitiva, il caso è stato considerato rilevante ai fini del presente studio perché consentiva di osservare la vulnerabilità non come condizione statica, ma piuttosto come un processo dinamico che sorge dall'intersezione tra storia individuale, transizioni evolutive e dinamiche organizzative del sistema (Walsh, 2016). La selezione del caso è stata condotta attraverso l'identificazione di specifici fattori di vulnerabilità che, in linea con il framework teorico presentato nel secondo capitolo, mettono alla prova le capacità adattive dell'intero sistema (Albright, Fosco, Feinberg, Sloan, & Fang 2025; de Melo e Sanches, 2026; Farahi, 2025).

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 risorse legate alla co-genitorialità, ad una nuova flessibilità e coesione familiare oltre che dimensioni di collaborazione fra i membri.

La vulnerabilità del sistema familiare in esame può essere letta su diversi livelli interconnessi: il primo, quello individuale, coinvolge caratteristiche psicologiche genitoriali, vulnerabilità emotiva, stili di coping disfunzionali; il livello relazionale si riferisce invece alla qualità delle relazioni significative, il supporto sociale e le dinamiche di attaccamento. Infine, il livello familiare, che comprende il funzionamento del sistema familiare, l'organizzazione e la comunicazione, e quello socioculturale, riguardante le condizioni economiche, le disuguaglianze e l'accesso alle risorse. In tal senso, la vulnerabilità familiare viene formalizzata come una condizione dinamica di suscettibilità agli effetti negativi emergenti dall'interazione tra fattori individuali e contestuali.

Tuttavia, in coerenza con l'approccio sistemico che ha guidato tale ricerca, la scelta del caso non è stata dettata esclusivamente dai deficit rilevati, ma dalla presenza di processi trasformativi che hanno permesso di osservare la resilienza in un'ottica di continuum. Nonostante l'instabilità, il sistema familiare ha dimostrato la capacità di attivare risorse esterne: la presenza attiva dei nonni, pur nel contesto di separazioni familiari, e il supporto collaterale offerto dalla rete allargata, in particolare la figura della sorella materna, rappresentano elementi di protezione che bilanciano le spinte verso la

disintegrazione. Tale configurazione ha reso questo nucleo un terreno di indagine privilegiato.

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 e nella Tabella 3.

Tabella 2

Categorie tematiche vulnerabilità

Tema	Sottotema	Citazioni
Attribuzione di significati negativi		<i>“È colpa nostra, non siamo bravi a gestire clima di pesantezza, non abbiamo gli strumenti per gestirla” (madre).</i>
Dinamiche di funzionamento	Modelli organizzativi rigidi	<i>“Abito ancora a casa sua, non posso dirgli di non entrare, ma lo trovo estremamente irrispettoso” (madre)</i>
	Triangolazione	<i>“Ho provato delle emozioni negative nei confronti dei ragazzi, nei momenti in cui il padre era fuori di casa e ho visto in loro una soluzione. A volte chiedevo loro di fare qualcosa così che papà tornasse a casa” (madre).</i>
	Invischiamento	<i>“Quando mi avete chiesto di staccarmi on mi sono sentito bene. Mi sento meglio quando noi tre siamo stretti, tutti vicini, come se fossimo uno solo; meno quando mi allontanano dall'abbraccio.” (padre).</i>
Criticità nella cogenitorialità		<i>“I ragazzi sono affaticati perché c'è poca collaborazione fra noi genitori” (madre)</i>

Tabella 3

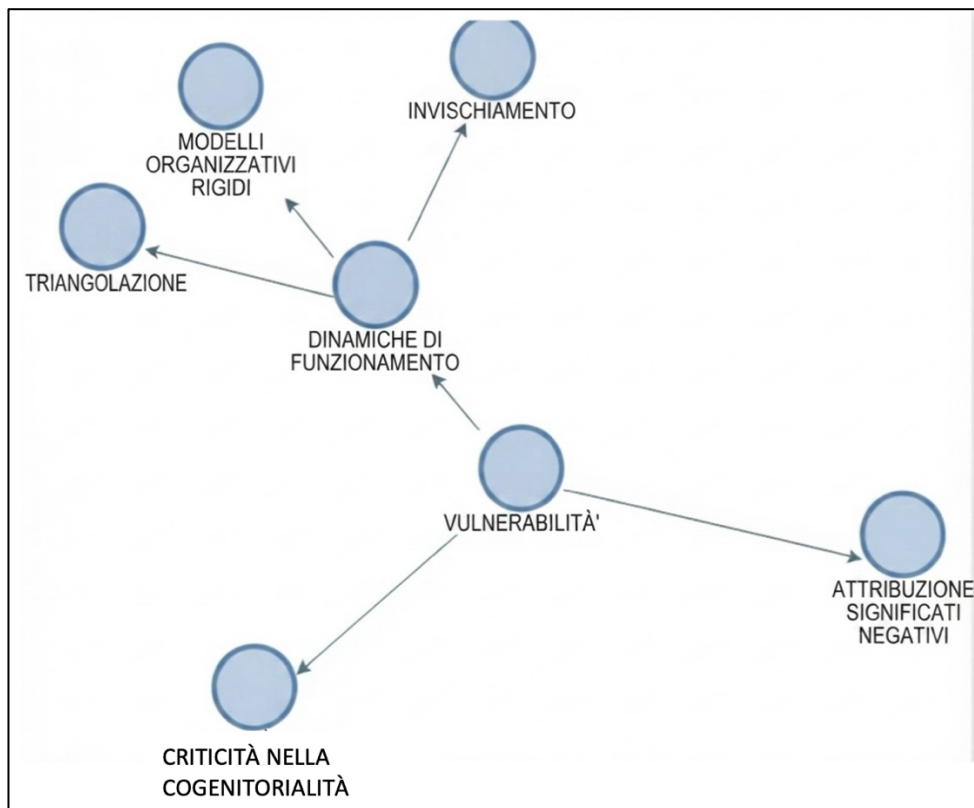
Categorie tematiche resilienza

Tema	Sottotema	Citazioni
Sistemi di credenze e attribuzione di significati	Dare significato alle avversità	<i>"I ragazzi, in questo momento non sono in una fase di massima gioia, sono in una fase di basso. Stanno facendo fatica e stanno patendo, questo significa che la vita è fatta di alti e bassi, però continua." (padre)</i>
	Mantenere una visione positiva	<i>"Durante il processo della scultura di mia moglie, ho visto ciò che spero sia il nostro futuro." (padre)</i>
Connettività e legame		<i>"Durante la scultura ho provato a spiegare ai ragazzi che quando la mamma si sente triste e piange è solo un momento, che non è colpa loro. Ho chiesto loro di tenersi abbracciati mentre la mamma va nell'altra stanza." (madre)</i>
Processi comunicativi	Anticipazione evento avverso	<i>"Riesco ad essere più tranquillo e mi immagino già in un futuro dove c'è una collaborazione fra me e lei." (padre)</i>
	Espressione e condivisione emotiva	<i>"Durante la mia scultura mi sentivo sollevato, ho sentito un allentamento, un'esplosione." (padre)</i>
Benefici della scultura	Flessibilità	<i>"Durante la scultura ho visto che mio marito ha ascoltato le nuove proposte relazionali dei nostri figli e ha cercato di adattarsi affinché stessero meglio tutti e tre." (madre)</i>
	Supporto	<i>"Ho capito che effettivamente nella nostra storia familiare, prima di questa situazione di guerra, i nostri figli sono stati sempre seguiti, da noi e dai nonni. Questo vuol dire che prima, la nostra famiglia, ci ha messo delle cose sufficientemente buone." (padre)</i>
	Ridefinizione confini	<i>"La scultura mi ha fatto sentire bene, ho capito che i miei figli possono contare l'uno sull'altro." (madre)</i> <i>"Con questa nuova proposta relazionale ho imparato che della mia sofferenza me ne occupo io, non i miei figli" (madre)</i>
	Problem solving collaborativo	<i>"Ho capito bisogna lavorare anche sul legame dei ragazzi, è importantissimo. Quando la mamma non sta bene, possono fare affidamento l'uno sull'altro" (madre).</i>

5.3 Risultati

Per quanto riguarda il costrutto della vulnerabilità, dal presente studio sono emersi tre temi principali: l'attribuzione di significati negativi, le dinamiche di funzionamento e la criticità nella cogenitorialità, ciascuno con diversi sottotemi. La mappa tematica riportata nella **Fig. 1** qui di seguito illustra i temi e i relativi sottotemi emersi.

Figura 1. Mappa tematica vulnerabilità



Attribuzione di significati negativi

Il primo tema emerso dall'analisi dei dati concerne l'attribuzione di significati negativi, che riguarda il mantenimento di atteggiamenti negativi, la percezione di emozioni negative, l'incapacità di accettare le avversità e la conseguente autostigmatizzazione (Zhu, 2026). A tal proposito un partecipante ha affermato: “*Magari sono io che voglio vedere il disagio in questo momento, però secondo me c’è un clima di pesantezza*” (madre); “*È colpa nostra, non siamo bravi a gestire questa cosa, non abbiamo gli strumenti per gestirla*” (madre).

Dinamiche di funzionamento

Il secondo tema emerso riguarda i modelli organizzativi e le dinamiche di funzionamento. Diversi sottotemi appartengono a questo tema ovvero: modelli organizzativi familiari rigidi, dinamiche di triangolazione, parentificazione e invischiamento. Nello specifico, il primo sottotema evidenzia come la rigidità organizzativa comprometta la capacità di adattamento del sistema familiare in risposta ai cambiamenti evolutivi, accentuando al contempo le criticità funzionali e strutturali del nucleo. A tal proposito i partecipanti hanno affermato: *“Abito ancora a casa sua, non posso dirgli di non entrare, ma lo trovo estremamente irrispettoso” (madre)*; *“Un giorno sono salito e sceso di casa, nel momento in cui sono rientrato in macchina c'erano già state duemila chiamate da parte sua...apriti cielo” (padre)*. Il secondo sottotema, si compone delle dinamiche di triangolazione e parentificazione. Le prime riguardano il coinvolgimento dei figli al centro dei conflitti genitoriali e la formazione di alleanze disfunzionali (Teubert & Pinquart 2010; 2011), a tal proposito un partecipante ha affermato: *“Ho provato delle emozioni negative nei confronti dei ragazzi, nei momenti in cui il padre era fuori di casa e ho visto in loro una soluzione. A volte chiedevo loro di fare qualcosa così che papà tornasse a casa” (madre)*. Con il termine parentificazione, invece, si fa riferimento ad un modello di interazioni familiari caratterizzato da un'iper-responsabilizzazione del bambino, il quale assume compiti e ruoli di stampo genitoriale che ad esso di norma non competono (Borchet et al., 2015; Boszormenyi-Nagy & Spark, 1973; Hooper, 2008), come ha affermato un partecipante: *“Mio figlio mi ha detto che vuole venire qui in terapia, che se ci sono dei problemi nella famiglia, lui li risolverà, mi ha detto che vuole venire perché se ci sono dei problemi da risolvere li risolve lui” (padre)*. Il terzo sottotema, l'invischiamento, fa riferimento a un modello relazionale in cui i confini tra i membri della famiglia sono eccessivamente sfumati o addirittura assenti,

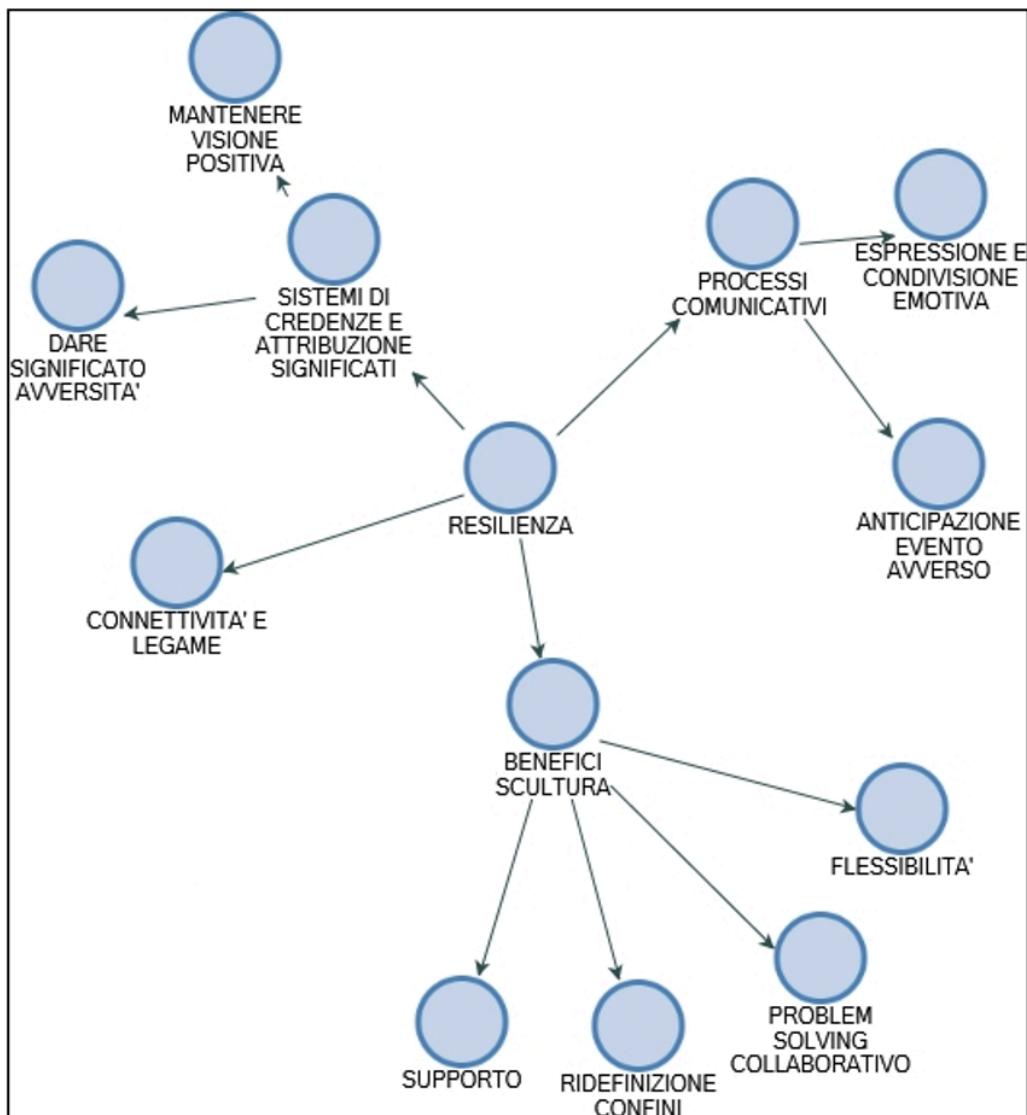
portando a una fusione emotiva che ostacola l'individuazione e l'autonomia personale (Minuchin, 1974): *“Ho visto la dipendenza di lui nei confronti dei ragazzi, quando gli avete chiesto di staccarsi un po' e proporre un'altra figura, lui ha detto “sì mi stacco” ma li ha tenuti sempre stretti” (madre); “Non mi sono sentito benissimo quando mi avete chiesto di staccarmi. Mi sento meglio quando siamo noi tre stretti, poi meno quando mi chiedete di allontanarmi dall'abbraccio. So che siamo tre persone distinte, però mi sentivo meglio quando eravamo tutti vicini, come se fossimo uno solo” (padre).*

Criticità nella cogenitorialità

Il terzo tema emerso dall'analisi riguarda la criticità nella cogenitorialità. Nello specifico, tale aspetto fa riferimento alla mancata o debole capacità nel costruire e/o mantenere l'insieme delle condizioni (interne ed esterne) del sistema che consentono un esercizio positivo e autonomo delle funzioni genitoriali. Inoltre, esso richiama un disinvestimento congiunto da parte dei genitori nei confronti dei figli, con la conseguente svalorizzazione dell'importanza dell'altro genitore, e una comunicazione discontinua riguardo ai bisogni dei bambini (Cohen & Weissman, 1984; McHale, 2012). A tal proposito i genitori hanno affermato: *“I ragazzi sono affaticati perché c'è poca collaborazione fra noi genitori, non siamo bravi a gestire questa cosa, non abbiamo gli strumenti per gestirla” (madre); “spero vivamente che questo scambio di battute non sia per lei un motivo di attacco, sono abbastanza sicuro che questo sia un motivo di attacco” (padre).*

Per quanto riguarda la resilienza, dal presente studio sono emersi quattro temi principali: i sistemi di credenze e l'attribuzione di significati, la connettività e il legame, i processi comunicativi e i benefici della scultura nella promozione della resilienza, ciascuno articolato in diversi sottotemi. La mappa tematica riportata nella **Fig. 2** illustra i temi e i relativi sottotemi emersi.

Figura 2. Mappa tematica resilienza



Sistemi di credenze e attribuzione di significati

Il primo tema emerso dall'analisi dei dati concerne i sistemi di credenze e l'attribuzione di significati. A tale area appartengono due sottotemi distinti: dare significato alle avversità e mantenere una visione positiva e ottimista (Walsh, 2016). Nello specifico, il primo sottotema, fa riferimento alla capacità di interpretare le sfide e attribuire un significato personale o condiviso agli eventi stressanti, come ha affermato un partecipante: *“Quando i ragazzi sono con lei, con il suo dolore, la sua delusione, la sua rabbia e il vortice di questa situazione, lei li trascina dentro. C'è uno scombussolamento totale per i ragazzi”* (padre); *“I ragazzi, in questo momento non sono*

in una fase di massima gioia, sono in una fase di basso. Stanno facendo fatica e stanno patendo, questo significa che la vita è fatta di alti e bassi, però continua” (padre).

Il secondo sottotema, relativo al mantenimento di una visione positiva e ottimista, evidenzia l'importanza di coltivare un atteggiamento fiducioso e una prospettiva costruttiva per il futuro all'interno del nucleo familiare. A tal proposito un partecipante ha affermato: *“Per me un desiderio è avere una speranza, lo vedo più come qualcosa di figurativo, non come obiettivo. Un desiderio non è detto che si avveri, ma si può sperare” (padre).* Dopo la scultura lo stesso ha affermato: *“Durante il processo della scultura di mia moglie, ho visto ciò che spero sia il futuro. Mi sono sentito sollevato nel vedere questo cambiamento, spero che sia il nostro futuro” (padre).*

Anche la moglie afferma: *“Per me un desiderio è una cosa da amare, da realizzare, qualcosa che può anche non essere una cosa materiale, come un desiderio di una famiglia unita una famiglia serena” (madre);* e successivamente: *“La scultura mi ha fatto sentire una speranza, ho appreso degli strumenti, ho imparato. Spero che sia vero, il fatto che anche se non controllo tutto, i miei figli possono farcela da soli. Prima mi sentivo inadeguata, poi ho capito come fare” (madre).*

Connettività e legame

Il secondo tema emerso riguarda la connettività e il legame. Questo sottotema fa riferimento al senso di unità tra i membri, al legame intimo del rapporto familiare, all'integrazione e alla coesione del nucleo familiare (Walsh, 2016). A tal proposito, un partecipante ha affermato: *“Quando siamo andati via dall'incontro che avete avuto con loro, abbiamo parlato di altro, io non gli ho chiesto di quello che avete fatto qua dentro. Gli ho solo chiesto se si sono trovati bene, mi hanno detto di sì, che gli è piaciuto, e basta. Ho pensato fosse la cosa migliore da fare. Non gli ho voluto chiedere cosa è successo qua dentro perché ritengo che qua ci sia stata una discussione che deve rimanere fra di*

voi, e ritengo che questo luogo sia per loro un posto sicuro.” (padre); “Durante la scultura ho provato a spiegare ai ragazzi che quando la mamma si sente triste e piange è solo un momento, che non è colpa loro. Ho chiesto loro di tenersi abbracciati mentre la mamma va nell’altra stanza” (madre).

Processi comunicativi

Il terzo tema emerso dall'analisi concerne i processi comunicativi. Tale area si articola in due sottotemi principali: l'anticipazione dell'evento avverso, ovvero la preparazione all'impatto futuro e l'espressione e condivisione emotiva (Walsh, 2016). Il primo sottotema si riferisce alla capacità proattiva di proiettarsi in avanti per gestire potenziali sfide future, pianificando la vita futura assieme. Un partecipante ha così affermato: *“Riesco ad essere più tranquillo e mi immagino già in un futuro dove c'è una collaborazione fra me e lei. Quando io sono con i bambini è difficile, impossibile che ci soffermiamo a parlare di problemi del futuro. Di compleanni separati, di non vedere più la mamma, di altri fidanzati o fidanzate.” (padre).* Il secondo sottotema, relativo all'espressione e condivisione emotiva, sottolinea l'importanza di dare spazio alla liberazione emotiva, favorendo la trasparenza nei flussi comunicativi familiari, un'interazione positiva oltre che la condivisione di sentimenti anche dolorosi. Emerge chiaramente dalle voci dei partecipanti: *“Mi viene da piangere, sento sofferenza” (madre); “In questo momento non riesco a vedere delle paure in loro sul futuro” (padre).* Dopo l'applicazione dello strumento i partecipanti hanno evidenziato il mantenimento di una comunicazione chiara e aperta: *“Durante la mia scultura mi sentivo sollevato, ho sentito un allentamento, un'esplosione” (padre).*

Benefici della scultura nella promozione della resilienza

Il quarto tema riguarda i benefici della scultura nella promozione della resilienza, ovvero il ruolo che ha avuto la scultura sui processi di resilienza familiare. Tra questi

emergono: la flessibilità e l'adattamento organizzativo, che riguardano la capacità di adattarsi rapidamente alle situazioni in evoluzione e ai cambiamenti strutturali derivanti dalle sfide della vita quotidiana: *“Durante la scultura ho visto che mio marito ha ascoltato le nuove proposte relazionali dei nostri figli e ha cercato di adattarsi affinché stessero meglio tutti e tre”* (madre); il supporto e la fiducia, che si riferiscono alla forza dei legami interpersonali, all'impegno reciproco nella tolleranza, oltre che al riconoscimento di solide reti di supporto, che permette al nucleo familiare di interconnettersi con risorse interne ed esterne. A tal proposito un partecipante ne ha evidenziato l'importanza: *“Ho capito che effettivamente nella nostra storia familiare, prima di questa situazione di guerra, i nostri figli sono stati sempre seguiti, da noi e dai nonni. Questo vuol dire che prima, la nostra famiglia, ci ha messo delle cose sufficientemente buone”* (padre).

La ridefinizione dei confini relazionali, rispetto alla quale i partecipanti affermano: *“Mi avete fatto capire che ognuno ha il proprio spazio ma io vi guardo, io ci sono.”* (madre); *“La scultura mi ha fatto sentire bene, ho capito che i miei figli possono contare l'uno sull'altro”* (madre); *“Con questa nuova proposta relazionale ho imparato che della mia sofferenza me ne occupo io, non i miei figli, questo passaggio mi ha fatto sentire bene”* (madre); infine, il problemsolving collaborativo, che riguarda l'abilità di affrontare insieme le pressioni e cooperare attivamente per trovare soluzioni. A tal proposito, a seguito dell'applicazione della Scultura Familiare Dialogica, un partecipante ha affermato: *“Ho capito che i ragazzi sono due persone e bisogna lavorare anche sul loro legame, è importantissimo. Quando la mamma non sta bene, possono fare affidamento l'uno sull'altro”* (madre).

5.4 Discussione

Implicazioni teoriche

Il presente studio si proponeva di esplorare le dimensioni di vulnerabilità e resilienza familiare, 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 relativi al costrutto di vulnerabilità: l'attribuzione di significati negativi, le dinamiche di funzionamento e la criticità nella cogenitorialità; quattro temi legati al costrutto della resilienza: i sistemi di credenze e l'attribuzione di significati, la connettività e il legame, i processi comunicativi, e infine, i benefici della scultura nella promozione della resilienza.

Nel complesso, i risultati delineano il passaggio dalla vulnerabilità alla resilienza familiare come un processo articolato e complesso, in cui fattori di rischio e risorse protettive coesistono. Viene così riconosciuta la natura multidimensionale dei costrutti: la vulnerabilità, emerge come una condizione dinamica di suscettibilità agli effetti negativi dello stress, emergente dall'interazione tra fattori individuali e contestuali (de Melo e Sanches, 2026); la resilienza familiare si configura come processo relazionale, dinamico e multidimensionale, piuttosto che una caratteristica statica della famiglia, un fenomeno complesso e profondamente influenzato dall'interazione tra risorse, vulnerabilità e contesto ambientale (Yang et al., 2023).

In antitesi alle prospettive individualistiche, l'approccio sistemico si rivolge alla famiglia come un'unità funzionale, in cui i processi di adattamento comprendono simultaneamente tutti i membri (Minuchin, 1974). Dalle analisi emergono infatti, da un lato criticità e fattori di vulnerabilità legati a dinamiche di svalutazione reciproca e triangolazione e, dall'altro, la presenza di significative risorse, come risoluzione collaborativa dei problemi, attenzione ai bisogni dei figli e solide reti di supporto

familiare. Entro questa nuova cornice teorica, la vulnerabilità familiare appare legata al complesso funzionamento del sistema familiare che presenta una capacità deficitaria di fronteggiare eventi stressanti o transizioni evolutive, a causa dell'interazione fra livelli interconnessi di fragilità relazionali, strutturali o contestuali (Albright, Fosco, Feinberg, Sloan, & Fang 2025; Farahi, 2025). Tale complessità strutturale risulta coerente con la letteratura che inquadra il funzionamento familiare e cogenitoriale come un sistema dinamico, capace di evolvere ed esprimere potenziali di resilienza anche a partire da profonde condizioni di fragilità iniziale (Campbell, 2023).

In relazione al primo tema della vulnerabilità, l'attribuzione di significati negativi includeva anche il mantenimento di atteggiamenti disfunzionali, che conducono all'incapacità, da parte del sistema, di accettare le avversità e ad una conseguente autostigmatizzazione (Zhu, 2026). Tale fenomeno è inteso da Aktu e Aras (2024) come l'insieme di credenze svalutanti sul proprio ruolo genitoriale e sentimenti di vergogna interna (*parents' self-stigma*). In questo quadro, i pensieri di autosvalutazione, la colpa e la vergogna, legati a percezioni di inadeguatezza genitoriale, riducono drasticamente il senso di autoefficacia genitoriale.

Nello specifico, l'uso della Scultura Familiare Dialogica (DFS) ha permesso di fare emergere un intenso senso di colpa e di inadeguatezza, particolarmente evidente nella figura materna, spesso accompagnato da un profondo disorientamento emotivo e da una percezione di isolamento ed esclusione all'interno delle dinamiche familiari. In accordo con la letteratura di riferimento (Aktu & Aras, 2024), queste risonanze emotive negative tendono a cristallizzarsi, riducendo il senso di autoefficacia genitoriale di fronte alle difficoltà evolutive e contestuali, confermando come i vissuti di colpa e la pressione associata alle aspettative non soddisfatte interferiscano con le risorse adattive del nucleo (Walsh, 2016).

Per quanto riguarda il secondo tema, che si riferisce alle dinamiche di funzionamento, i risultati mostrano come l'utilizzo della DFS abbia permesso di cogliere la rigidità organizzativa familiare, che compromette la capacità di adattamento del sistema di fronte a cambiamenti evolutivi, accentuando al contempo dinamiche di triangolazione, parentificazione e invischiamento. Queste producono la formazione di alleanze disfunzionali (Teubert & Pinquart 2010) e confini familiari sfumati o assenti, influenzando direttamente l'adattamento psicologico e comportamentale dei figli, con un impatto negativo sul benessere familiare. Tale evidenza si allinea con la recente meta-analisi condotta da Schrodt (2026), la quale ha posto in luce una correlazione diretta tra conflitto interparentale e il coinvolgimento dei figli nelle dinamiche conflittuali tra i genitori; di conseguenza, i bambini che si sentono intrappolati tra di essi si ritrovano costretti a difendere la propria lealtà verso entrambi.

Questa particolare condizione emotiva potrebbe essere definita come "conflitto di lealtà" (Baker & Eichler, 2014) e come "alleanza intergenerazionale" (Wang et al., 2024). Tali autori hanno inoltre rimarcato come la triangolazione genitore–figlio non costituisca un fenomeno omogeneo, bensì includa differenti configurazioni che incidono sul benessere dei figli. Nel caso in esame, le modalità di coinvolgimento osservate appaiono riconducibili a configurazioni disfunzionali, contraddistinte dal coinvolgimento del figlio nelle dinamiche genitoriali e, in particolare, da forme di strumentalizzazione del figlio.

Kerig (2005) definisce invece le dinamiche sopracitate come una forma di "dissoluzione dei confini". All'interno di questo quadro teorico, van Dijk et al. (2025), focalizzandosi su nuclei familiari separati, qualificano la triangolazione e la parentificazione emotiva in termini di una diffusione dei confini "*boundary diffusion*", analizzandone l'incidenza sulla qualità del legame genitore–figlio. Come teorizzato da Minuchin (1974), i sistemi familiari cercano di mantenere un senso di equilibrio tra i

sottosistemi che li compongono, ma invariabilmente incontrano momenti di squilibrio del sistema. In questo caso, lo squilibrio è caratterizzato dal conflitto interparentale distruttivo, in cui i familiari avvertono la percezione di un inadempimento reciproco degli obblighi, generando richieste di lealtà che inducono sensi di colpa e portano i genitori a cercare alleanze capaci di offuscare e diffondere i sani confini tra i sottosistemi (Bowen, 1978).

Il terzo tema riguardava l'aspetto della criticità nella cogenitorialità, che, come emerge dall'analisi, gioca un ruolo cruciale nel far sentire i bambini minacciati dal conflitto genitoriale. Condotte distruttive quali aggressività verbale, non verbale e ritiro relazionale incrementano la probabilità che i figli sperimentino paura, rabbia e tristezza (Schrodt & LaFreniere, 2022). Tali vissuti amplificano la sensazione di essere intrappolati tra i genitori, risultando predittivi di sintomatologia internalizzante ed esternalizzante (Schrodt & Afifi, 2018a; Schrodt, 2016).

Bresin et al. (2017) hanno messo in evidenza come, i genitori che generano schemi di conflitto distruttivi, tendono non solo a minare i reciproci sforzi genitoriali ma chiedano anche informazioni ai figli sull'altro genitore ponendoli come mediatori delle loro dispute. Tali dinamiche risultano associate ad ansia, depressione e deterioramento del legame filiale (Schrodt & Afifi, 2007). Come sostenuto da Davies e Martin (2013), queste criticità contribuiscono a una cascata evolutiva che compromette la salute mentale dei bambini, traducendosi in sintomi internalizzanti ed esternalizzanti. Un ulteriore riscontro a tale chiave di lettura emerge dal lavoro di Bavagnoli e Camisasca (2024), i quali documentano una connessione tra *negative coparenting*, triangolazione e disadattamento, inquadrando il coinvolgimento dei figli all'interno di una più ampia compromissione della cogenitorialità.

Per quanto concerne il costrutto della resilienza, il primo tema è legato ai sistemi di credenze, che non si limitano alla capacità di dare significato alle avversità attraverso l'interpretazione e l'attribuzione di significati personali o condivisi agli eventi stressanti, ma implicano il mantenimento di una visione positiva e ottimista (Walsh, 2016). Nello specifico, l'analisi delle verbalizzazioni raccolte durante la scultura evidenzia l'importanza di coltivare un atteggiamento fiducioso e una prospettiva evolutiva condivisa.

La resilienza familiare appare dunque sostenuta da credenze che favoriscono il funzionamento sistemico e la cooperazione. Tali evidenze trovano riscontro nella letteratura recente, la quale sottolinea come i sistemi di credenze e i valori familiari, facilitino o ostacolino i processi resilienti e il benessere sistemico (Vladislav et al., 2024). In particolare, l'impegno congiunto dei genitori nel decodificare la fragilità ha attivato un processo di significazione profonda, consentendo di mobilitare le risorse necessarie per superare la sfida evolutiva e trasformare le criticità in opportunità di riorganizzazione adattiva.

Il secondo tema riguarda la connettività e il legame familiare, le quali implicano processi che rafforzano la connessione, la coesione e le risorse del sistema. Tutti questi elementi, secondo Walsh (2003) contribuiscono alla riorganizzazione necessaria per formulare risposte adattive in grado di affrontare sfide stressanti. Il senso di coesione che emerge in alcuni momenti della scultura fra i membri familiari, mette in luce la profondità della relazione familiare (es. padre-figli), confermando l'importanza di preservare il senso di coesione e unità (es. tutela della fratria).

Il terzo tema concerne i processi comunicativi, che facilita la resilienza familiare attraverso la condivisione emotiva (Walsh, 2016). Dalla scultura emerge come l'espressione dei vissuti permetta alla famiglia di sintonizzarsi sui bisogni reciproci,

riducendo le difese e promuovendo la corresponsabilità nella crisi. A ciò si affianca una maggiore trasparenza comunicativa e un'interazione positiva, in cui i partecipanti hanno sperimentato un senso di liberazione emotiva. Il riconoscimento del cambiamento dell'altro genitore favorisce una rinnovata fiducia in condotte cooperative; sulla stessa linea, Kuo e Nelson (2025) hanno riscontrato che un livello superiore di supporto cogenitoriale incrementa le interazioni positive agendo da propulsore per dinamiche di coppia più funzionali. Attraverso lo spazio dialogico offerto dallo strumento, i membri ridefiniscono congiuntamente le strategie d'azione, trasformando l'evento critico in un'opportunità di coesione sistemica (Rocchi et al., 2017). Tali risultanze trovano riscontro nella letteratura recente, la quale evidenzia come interventi basati sull'ascolto attivo e sulla comunicazione sintonica consentano ai genitori di superare il senso di inadeguatezza iniziale, mobilitando risorse di speranza e progettualità condivisa per il futuro del sistema familiare (Zamralita, Wilis & Angelina, 2024; Masten & Cicchetti, 2016).

Il quarto tema riguardava i benefici della scultura familiare nel promuovere la resilienza, agendo da catalizzatore per attivare processi di significazione, rielaborazione e consapevolezza. La possibilità di rappresentare concretamente nello spazio le relazioni e le aspettative familiari costituisce un fondamentale motore di cambiamento relazionale, poiché rende osservabili le dinamiche di funzionamento, i confini e le posizioni dei membri. Tale evidenza trova riscontro nella letteratura classica sul *family sculpting*, la quale mostra come la tecnica renda visibili ed esperibili le configurazioni relazionali e la struttura dei rapporti familiari (Hearn & Lawrence, 1985). La dimensione esperienziale e concreta della scultura offre così una risorsa trasformativa essenziale, permettendo non solo di ridefinire le dinamiche esistenti, ma anche di esplorare configurazioni alternative orientate alla coesione e alla crescita familiare (Onnis et al., 1994).

Nello specifico, l'applicazione della tecnica della scultura sui processi di resilienza ha attivato significativi movimenti terapeutici. Il primo riguarda una maggiore flessibilità nell'adattamento organizzativo familiare e il consolidamento della fratria, aspetto che trova riscontro nello studio di Chen (2023) sulla cooperazione cogenitoriale e le relazioni del sottosistema fraterno: come descritto dai partecipanti, l'esperienza della scultura ha favorito un senso di sollievo e una maggiore consapevolezza rispetto alla possibilità per i figli di contare reciprocamente sul supporto della rete familiare.

Un secondo movimento concerne il riconoscimento del supporto reciproco: l'uso dello strumento ha agevolato il manifestarsi di solide reti di supporto, mettendo in luce la capacità del nucleo familiare di connettersi con le risorse esterne. Ripercorrere la propria storia familiare ha consentito ai genitori di riscoprire il valore delle risorse messe in campo prima della crisi, riconoscendo la famiglia come un punto di riferimento solido e "sufficientemente buono" su cui fondare la propria resilienza.

Il terzo beneficio che viene attivato dallo strumento è la ridefinizione dei confini, che si manifesta in una rinnovata forza nei legami interpersonali e nell'impegno reciproco alla tolleranza. Le evidenze emerse dal presente studio sembrano delineare la capacità dei genitori di riconoscere e promuovere l'autonomia dei figli, alleggerendoli da responsabilità eccessive. In linea con De Palma et al. (2023), la capacità di comprendere l'esperienza interna dei figli favorisce un'alleanza genitoriale più sensibile e coordinata. Infine, l'applicazione della DFS ha favorito la risoluzione collaborativa dei problemi, intesa come abilità di affrontare insieme le pressioni e cooperare attivamente per trovare soluzioni condivise (Bai et al., 2024).

Alla luce di tali evidenze, i presenti risultati suggeriscono che la Scultura Familiare Dialogica possa costituire un dispositivo esperienziale d'elezione per promuovere la resilienza familiare. Attraverso l'aggiunta di una componente corporea e

spaziale, la tecnica consente di osservare le configurazioni relazionali sperimentarle e riorganizzarle attivamente (Hearn & Lawrence, 1981). In questa prospettiva, offre uno spazio in cui i processi transazionali, quale la comunicazione aperta, la flessibilità e la risoluzione collaborativa dei problemi, vengono resi visibili e ridefiniti (Rocchi et al., 2017). Ciò favorisce la mobilitazione di risorse latenti nel nucleo, ponendo le basi per una trasformazione positiva delle modalità interattive e per una crescita orientata alla coesione e al benessere condiviso.

Implicazioni pratiche

Sulla base dei risultati emersi dallo studio, le implicazioni pratiche per la clinica e per i servizi di psicologia della famiglia richiedono di superare una visione restrittiva della vulnerabilità, integrandola con l'attitudine ad attivare processi resilienti (Conger & Donnellan, 2007; Evans & Kim, 2013). Nei percorsi di terapia familiare emerge l'esigenza di esplorare il legame dinamico tra fragilità e risorse, promuovendo un lessico clinico condiviso, che eviti schemi interpretativi rigidi (Barbier, 2011). L'obiettivo è favorire un cambiamento paradigmatico nello studio e nella cura della famiglia: abbracciare l'ottica della resilienza consente di superare la sterile etichettatura dei nuclei come "multiproblematici", spostando l'asse dell'intervento dalle sole carenze all'individuazione delle competenze e dei fattori protettivi. In quest'ottica, considerare la vulnerabilità in costante dialogo con la resilienza evita di patologizzare la famiglia, valorizzando al contrario i processi adattivi, le risorse relazionali e le capacità trasformatrice (Walsh, 2016).

Un secondo elemento riguarda l'uso di strumenti esperienziali e analogici, tra cui la Scultura Familiare Dialogica. Rispetto al modello tradizionale, la DFS potenzia la dimensione dialogica consentendo di rappresentare concretamente nello spazio distanze

emotive, nuclei di vulnerabilità e risonanze emotive difficilmente accessibili attraverso il solo linguaggio verbale. Tale configurazione relazionale genera un movimento corporeo che favorisce il decentramento dal proprio punto di vista e l'esplorazione delle prospettive altrui. In questo modo, la DFS agisce come un potente catalizzatore clinico: anziché limitarsi a fotografare la criticità, attiva la riorganizzazione dei pattern relazionali, mobilitando le risorse familiari interne per transitare dalla vulnerabilità alla resilienza (Papp et al., 2013).

Infine, l'integrazione di interventi orientati alla resilienza nei servizi territoriali e consultoriali può rappresentare una risorsa preventiva rilevante. Intervenire precocemente sulle famiglie vulnerabili valorizza le competenze relazionali e promuove modalità comunicative funzionali per affrontare eventi stressanti. Le evidenze indicano infatti che la presa in carico sistemica possiede il potenziale per coniugare vulnerabilità e resilienza promuovendo processi trasformativi fin dalla prima consulenza (Walsh, 2016; Prime et al., 2020). Si delinea così la necessità di un approccio che integri azioni protettive e preventive, agendo non solo per contenere i rischi, ma per promuovere attivamente competenze, risorse e relazioni (Cheng et al., 2024).

Conclusioni

Il principale contributo del presente studio consiste nell'evidenziare il potenziale della Scultura Familiare Dialogica quale strumento per esplorare e promuovere la resilienza familiare all'interno dei percorsi di terapia di coppia e familiare. In particolare, lo strumento sembra offrire uno spazio esperienziale in cui osservare e rielaborare le configurazioni familiari, favorendo l'attivazione di risorse. Tale metodologia sostiene un orientamento positivo e pragmatico, basato sul convincimento che anche i sistemi più compromessi posseggano potenzialità latenti. I risultati suggeriscono pertanto il

potenziale della Scultura Familiare Dialogica come strumento clinicamente utile per l'esplorazione e la riorganizzazione di configurazioni sistemiche più funzionali (Walsh, 2016). Promuovere la resilienza significa dunque aiutare le persone a conquistare un senso di coerenza, normalizzando il disagio per renderlo comprensibile, gestibile e denso di significato.

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 della resilienza familiare. Essi suggeriscono piuttosto alcuni possibili processi attraverso i quali la tecnica può risultare utile nel lavoro terapeutico: dare significato alle avversità, mantenere una visione positiva e ottimista, connettività e legame, attivare forme di flessibilità e adattamento, risoluzione collaborativa dei problemi. A ciò si affianca la sfida di tradurre la complessità della resilienza in linee guida cliniche integrate, evitando di affidarsi unicamente all'intuito del terapeuta. In questa prospettiva, secondo Balenzano e Musso (2024), gli sviluppi futuri della ricerca dovrebbero superare gli interventi standardizzati a favore di metodologie flessibili e co-progettate, promuovendo una convergenza tra ricerca, clinica e politiche d'intervento. Inoltre, sebbene gli studi più recenti (Zhu et al., 2026) abbiano iniziato a mappare la coesistenza di queste due dimensioni in contesti sanitari specifici, la ricerca clinica necessita ancora di ulteriori approfondimenti empirici poiché tende spesso a misurare resilienza e vulnerabilità tramite disegni quantitativi che offrono «fotografie» statiche del funzionamento familiare.

Rimane così fortemente sottovalutato l'aspetto longitudinale e processuale. Ricerche future potrebbero dunque 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 dei domini di resilienza, ma anche i nodi di connessione tra essi, le traiettorie temporali e le variazioni contestuali.

Conclusioni

Lo studio empirico condotto nel presente lavoro di tesi si è proposto di esplorare la complessa intersezione tra i costrutti di vulnerabilità e resilienza all'interno della pratica clinica, approfondendo l'uso della Scultura Familiare Dialogica (*Dialogical Family Sculpting*). L'analisi dei dati ha evidenziato come l'utilizzo di questo strumento analogico-corporeo possa offrire una chiave d'accesso privilegiata per osservare da vicino i processi attraverso cui la famiglia negozia e ridefinisce il proprio funzionamento, per affrontare insieme le pressioni e cooperare attivamente per trovare soluzioni condivise.

I risultati evidenziano come la vulnerabilità e la resilienza non debbano essere intese come categorie statiche o contrapposte, bensì come un continuum dinamico. Da un lato, l'analisi ha fatto emergere nuclei di vulnerabilità legati all'attribuzione di significati negativi, a dinamiche disfunzionali e a criticità co-genitoriali. Dall'altro, l'introduzione della scultura dialogica ha agito come un potente attivatore di risorse, evidenziando la capacità della famiglia di mobilitare sistemi di credenze condivise, connettività, legami e processi comunicativi orientati alla resilienza.

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 vulnerabilità familiari e la riflessione attiva su nuove risorse. In questo senso, l'utilizzo della scultura può rappresentare una risorsa clinica per il lavoro sistemico con coppie e famiglie, offrendo al terapeuta uno strumento per decodificare le ambiguità relazionali, dare voce e rappresentazione alle aree di vulnerabilità e trasformarle in una spinta attiva verso il cambiamento, l'integrazione e l'adattamento evolutivo.

Se da un lato lo studio ha permesso di evidenziare il potenziale trasformativo della Scultura Dialogica Familiare, dall'altro apre a nuove e stimolanti aree di ricerca. Nel

panorama della clinica sistemica odierna, caratterizzata da una domanda d'aiuto sempre più frammentata e complessa, l'integrazione tra la parola e il corpo si conferma nuova frontiera. In quest'ottica, future ricerche potrebbero approfondire l'efficacia a lungo termine della Scultura Familiare Dialogica, non solo in termini di esito terapeutico immediato, ma anche rispetto alla stabilità nel tempo delle traiettorie di resilienza attivate, estendendo l'indagine a differenti tipologie di nuclei familiari e di vulnerabilità socio-relazionale.

Bibliografia

- Afifi, T. D. (2003). Feeling caught in stepfamilies: Managing boundary turbulence through appropriate communication privacy rules. *Journal of Social and Personal Relationships*, 20, 729–755. <https://doi.org/10.1177/0265407503206002>
- Aktu, Y., & Aras, E. (2024). Adaptation and validation of the Parents' Self-stigma Scale into Turkish and its association with parenting stress and parental self-efficacy. *BMC Psychology*, 12(1), 620. <https://doi.org/10.1186/s40359-024-02116-7>
- Albright, C. A., Fosco, G. M., Feinberg, M. E., Sloan, C. J., & Fang, S. (2025). Family vulnerability, disruption, and parent mental health problems during the COVID-19 pandemic. *Journal of Family Psychology*, 40(1), 49–60. <https://doi.org/10.1037/fam0001411>
- 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>

- Arditti, J., Burton, L., & Neeves-Botelho, S. (2010). Maternal distress and parenting in the context of cumulative disadvantage. *Family Process*, 49(2), 142–164. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2010.01315.x>
- 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]
- Baker, A. J. L., & Eichler, A. (2014). College student childhood exposure to parental loyalty conflicts. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services*, 95, 59–66. <https://doi.org/10.1606/1044-3894.2014.95.9>
- Bakhtin, M. M. (1984). *Problems of Dostoevsky's poetics* (C. Emerson, Ed. & Trans.). University of Minnesota Press.
- Balenzano, C., & Musso, P. (Eds.). (2024). *Resilienza: approcci multisistemici in ottica transdisciplinare*. Cacucci.
- Barbier, J. M. (2011). *Vocabulaire d'analyse des activités*. Presses Universitaires de France.
- Barudy, J., & Marquebreucq, A. P. (2005). *Les enfants des mères résilientes*. Solal.
- 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>

- Bertalanffy, L. von. (1971). *Teoria generale dei sistemi: Fondamenti, sviluppo, applicazioni*. Istituto Librario Internazionale.
- Bertolini, P. (1988). *L'esistere pedagogico. Ragioni e limiti di una pedagogia come scienza fenomenologicamente fondata*. La Nuova Italia.
- 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>
- Borchet, J., Lewandowska-Walter, A., & Rostowska, T. (2016). Parentification in late adolescence and selected features of the family system. *Health Psychology Report*, 4(2), 116–127. <https://doi.org/10.5114/hpr.2016.55921>
- Boss, P. (2002). *Family stress management: A contextual approach*. Sage.
- Boszormenyi-Nagy, I., & Spark, G. M. (1973). *Invisible loyalties: Reciprocity in intergenerational family therapy*. Harper and Row.
- Bowen, M. (1978). *Family Therapy in Clinical Practice*. Jason Aronson.
- Bresin, R. C., Murdock, N. L., Marszalek, J. M., & Stapley, L. A. (2017). The triangular relationship inventory: Development and validation. *Couple and Family Psychology: Research and Practice*, 6, 287–310. <https://doi.org/10.1037/cfp0000094>
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Harvard University Press.
- 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 Publications.
- 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>
- Cheng, X., Feng, Y., An, Y., & Song, Y. (2024). The association between family resilience and mental health: A three-level meta-analysis. *Archives of Psychiatric Nursing*, 53, 224–231. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2024.10.017>
- 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*. Cortina.
- Conger, R. D., & Donnellan, M. B. (2007). An interactionist perspective on the socioeconomic context of human development. *Annual Review of Psychology*, 58, 175–199. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.58.110405.085551>
- Copeland, A. P., & White, K. M. (1991). *Studying families*. SAGE Publications.
- Council for International Organizations of Medical Sciences [CIOMS]. (2003). Lignes directrices internationales d'éthique pour la recherche biomédicale impliquant des sujets humains.

- Cowan, P. A., Cowan, C. P., & Schultz, M. S. (1996). Thinking about risk and resilience in families. In E. M. Hetherington & E. A. Blechman (Eds.), *Stress, coping and resiliency in children and families* (pp. 1–38). Lawrence Erlbaum Associates.
- Creswell, J. W. (2014). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed method approaches* (4th ed.). SAGE Publications.
- Cummings, E. M., Goeke-Morey, M. C., & Papp, L. M. (2003). Children's responses to everyday marital conflict tactics in the home. *Child Development*, 74, 1918–1929. <https://doi.org/10.1046/j.1467-8624.2003.00646.x>
- Davies, P. T., & Martin, M. J. (2013). The reformulation of emotional security theory: The role of children's social defense in developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 25, 1435–1454. <https://doi.org/10.1017/S0954579413000709>
- de Melo, M. I. A. A., & Sanches, M. A. (2026). Caracterização da vulnerabilidade familiar em contexto de exclusão social. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 21(48). [https://doi.org/10.5712/rbmfc21\(48\)4637](https://doi.org/10.5712/rbmfc21(48)4637)
- 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>
- Donati, P. P. (1991). *Teoria relazionale della società*. Franco Angeli.

- 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
- Evans, G. W., & Kim, P. (2013). Childhood poverty, chronic stress, self-regulation, and coping. *Child development perspectives*, 7(1), 43–48.
<https://doi.org/10.1111/cdep.12013>
- 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.
- Farahi, F. (2025). Prevenire la vulnerabilità familiare nell’infanzia sotto il profilo socioculturale: L’esempio del modello PIPPI. *Rivista Italiana di Educazione Familiare*.
<https://doi.org/10.36253/rief-18292>
- Flyvbjerg, B. (2006). Five misunderstandings about case-study research. *Qualitative Inquiry*, 12(2), 219–245. <https://doi.org/10.1177/1077800405284363>
- Folgheriter, F. (1994). *Interventi di rete e comunità locali: La prospettiva relazionale nel lavoro sociale*. Erickson
- 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.
- 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 object and setting affect the validity of behavior? *Clinical Child and Family Psychology Review*, 3(3), 185–198. <https://doi.org/10.1023/A:1009503409699>
- Garfinkel, I., McLanahan, S., Tienda, M., & Brooks-Gunn, J. (2001). Fragile families and welfare reform. *Children and Youth Services Review*, 23(4–5), 277–301.
- Gayatri, M., & Irawaty, D. K. (2022). Family resilience during COVID-19 pandemic: A literature review. *The Family Journal*, 30(2), 132–138. <https://doi.org/10.1177/10664807211023875>
- 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.
- 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.

- 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. (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.
- Hill, R. (1949). *Families under stress: Adjustment to the crises of war separation and reunion*. Harper & Brothers.
- 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>
- Hooper, L. M. (2008). Defining and Understanding Parentification: Implications for All Counselors. *The Alabama Counseling Association Journal*, 34(1), 34–43.
- Kaufman, J., & Ziegler, E. (1987). Do abused children become abusive parents? *American Journal of Orthopsychiatry*. 57, 186–192. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1987.tb03528.x>
- Keller, H. (2003). A Measurable Model of Resilience [Doctoral dissertation, Seton Hall University]. *Seton Hall University Dissertations and Theses* (ETDs). <https://scholarship.shu.edu/dissertations/89>
- Kerig, P. K., & Lindahl, K. M. (2000). Family observational coding systems: Resources for systemic research. *Psychology Press*.
- Kerig, P. K. (2005). Revisiting the construct of boundary dissolution: a multidimensional perspective. *Journal of Emotional Abuse*, 5, 5–42.
- 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>

- Lacharité, C., & Goupil, E. (2011). Les familles à problèmes multiples: interventions socio-éducatives et enjeux éthiques. In D. Bergonnier Dupuy (Ed.), *Traité de l'éducation familiale* (pp. 447–464). Dunod.
- Lanz, M., & Rosnati, R. (2002). *Metodologia della ricerca sulla famiglia*. LED.
- Laporte, G., Sergerie-Richard, S., Genest, C., & Aita, M. (2025). Family resilience as an emerging concept in neonatology: Evidence from a metasummary review. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 39(4), 298-311. <https://doi.org/10.1097/JPN.0000000000000761>
- Leedy, P. D., & Ormrod, J. E. (2005). *Practical research: Planning and design* (8th ed.). Merrill Prentice Hall.
- 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>
- Lombardi, L., Grossi, G., Mercuriu, M., Iuliano, E., & Isola, L. (2020). Fattori predittivi del drop-out: accettabilità e impegno nel parent training. *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, 46(1), 87–109. <https://doi.org/10.3280/qpc46-2020oa10163>
- Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child development*, 71(3), 543–562. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00164>
- 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.
- Malagoli, M. T., & Tofani, L. R. (2002). *Famiglie multiproblematiche. Dall'analisi all'intervento su un sistema complesso*. Carocci.

- 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>
- Masten, A. S. (2021). Resilience of children in disasters: A multisystem perspective. *International Journal of Psychology*, 56(1), 1–11. <https://doi.org/10.1002/ijop.12737>
- Masten, A. S., & Cicchetti, D. (2016). Resilience in development: Progress and transformation. In D. Cicchetti (Ed.), *Developmental psychopathology: Risk, resilience, and intervention* (3rd ed., pp. 271–333). John Wiley & Sons, Inc. <https://doi.org/10.1002/9781119125556.devpsy406>
- Masten, A. S., & Powell, J. L. (2003). A resilience framework for research, policy, and practice. In S. S. Luthar (Ed.), *Resilience and Vulnerability: Adaptation in the Context of Childhood Adversities* (pp. 1–25). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511615788.003>
- Masten, A. S., Tyrell, F. A., & Cicchetti, D. (2023). Resilience in development: Pathways to multisystem integration. *Development and Psychopathology*, 35(5), 2103–2112. <https://doi.org/10.1017/S0954579423001293>
- Mazzoni, S., & Tafà, M. (2007). *L'intersoggettività nella famiglia: Procedure multimetodo per l'osservazione e la valutazione delle relazioni familiari*. FrancoAngeli.
- McCubbin, H. I., & Patterson, J. M. (1983b). The family stress process: The Double ABCX Model of family adjustment and adaptation. In H. I. McCubbin, M. Sussman, & J. M. Patterson (Eds.), *Social stress and the family: Advances and developments in family stress theory and research* (pp. 7–37). Haworth. https://doi.org/10.1300/J002v06n01_02
- McGoldrick, M., Gerson, R., & Petry, S. (2020). *Genograms: Assessment and treatment*. WW Norton & Company.

- 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.
- Migliorini, L., Rania, N., Cavanna, D., Cardinali, P., & Guiducci, V. (2016). Comparing maltreating and foster families in Italy. *Journal of Child and Family Studies*, 25(3), 746–755. <https://doi.org/10.1007/s10826-015-0269-5>
- Milani, P., & Ius, M. (2010). *Sotto un cielo di stelle. Educazione, bambini e resilienza*. Cortina.
- Milani, P., Ius, M., & Serbati, S. (2013). Vulnerabilità e resilienza: lessico minimo. *Studium Educationis*, 3, 72–80.
- Milani, P. (2022). *Nelle stanze dei bambini, alle nove della sera. Contrastare e prevenire le disuguaglianze sociali*. Erickson.
- Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy*. Harvard University Press. (Ed. it: *Famiglie e terapia della famiglia*, Astrolabio, 1976)
- Minuchin, S. (1976). *Famiglie e terapia della famiglia*. Astrolabio.
- 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>
- Orlando, D. (1997). *Metodologia della ricerca pedagogica*. La Scuola.

- 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>
- Patterson, J. M. (1988). Families experiencing stress: I. The Family Adjustment and Adaptation Response Model: II. Applying the FAAR Model to health-related issues for intervention and research. *Family Systems Medicine*, 6(2), 202–211. <https://doi.org/10.1037/h0089739>
- Patterson, J. (2002). Integrating family resilience and family stress theory. *Journal of Marriage and the Family* 64(2), 349–360. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2002.00349.x>
- Peshkin, A. (1993). The goodness of qualitative research. *Educational Researcher*, 22(2), 23–29. <https://doi.org/10.3102/0013189X022002023>
- Prime, H., Wade, M., & Browne, D. T. (2020). Risk and resilience in family well-being. *American Psychologist*, 75(5), 631–643. <https://doi.org/10.1037/amp0000660>
- 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.
- Repetti, R. L., Taylor, S. E., & Seeman, T. E. (2002). Risky families: Family social environments and the mental and physical health of offspring. *Psychological Bulletin*, 128(2), 330–366. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.128.2.330>
- Rocchi, S., Ghidelli, C., Burro, R., Vitacca, M., Scalvini, S., Della Vedova, A. M., Roselli, G., Ramponi, J. P., & Bertolotti, G. (2017). The Walsh Family Resilience Questionnaire: the

- Italian version. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 13, 2987–2999.
<https://doi.org/10.2147/NDT.S147315>
- 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>
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57(3), 316–331. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1987.tb03541.x>
- Satir, V. (1972). *Peoplemaking*. 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, *Research design and methods: An applied guide for the scholar-practitioner* (pp. 245–258). SAGE Publications.
- Schrodt, P. (2016). Coparental communication with nonresidential parents as a predictor of children's feelings of being caught in stepfamilies. *Communication Reports*, 29, 63–74. <https://doi.org/10.1080/08934215.2015.1020562>
- 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>
- Schrodt, P., & Afifi, T. D. (2007). Communication processes that predict young adults' feelings of being caught and their associations with mental health and family satisfaction.

<https://doi.org/10.1080/03637750701390085>

Schrodt, P., & Afifi, T. D. (2018a). Negative disclosures and feeling caught mediate coparental communication and mental health. *Personal Relationships*, 25, 480–496. <https://doi.org/10.1111/pere.12256>

Schrodt, P., & LaFreniere, J. R. (2022). Witnessing interparental conflict, feeling caught, and mental health: A conditional process analysis involving parental confirmation and divorce status. *Journal of Social and Personal Relationships*, 39, 303–324. [10.1177/02654075211036508](https://doi.org/10.1177/02654075211036508)

Schumacher, J. M., Slep, A. M. S., & Heyman, R. E. (2001). Risk factors for child neglect. *Aggression and Violent Behavior*, 6, 231–254. [http://dx.doi.org/10.1016/S1359-1789\(00\)00024-0](http://dx.doi.org/10.1016/S1359-1789(00)00024-0)

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 Palazzoli, M., 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 Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M., & Sorrentino, A. M. (1988). *I giochi psicotici della famiglia*. Cortina.

- Selvini Palazzoli, 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>
- Serbati, S., & Milani, P. (2013). *La tutela dei bambini. Teorie e strumenti per intervenire con le famiglie vulnerabili*. Carocci.
- 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>
- Shao, M., Yang, H., Du, R., Zhang, M., Zhu, J., Zhang, H., Ma, B., Chen, C., & Wang, T. (2023). Family resilience in cancer treatment and key influencing factors: A systematic review. *European Journal of Oncology Nursing*, 66, 102403. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2023.102403>
- Silverman, D. (2000). Analyzing talk and text. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln, *Handbook of qualitative research* (2nd ed., pp. 821–834). SAGE Publications.
- Soulet, M. H. (2003). Faire face et s'en sortir: vers une théorie de l'agir faible. In V. Châtelain & M. H. Soulet (Eds.), *Agir en situation de vulnérabilité* (pp. 167–214). Presses de l'Université Laval.
- Stake, R. E. (1995). *The art of case study research*. SAGE Publications.
- Stake, R. E. (2010). *Qualitative research: Studying how things work*. Guilford Press.
- Stinnett, N., & DeFrain, J. D. (1985). *Secrets of strong families*. Little, Brown.
- Stojadinović, D. (2023). Conceptual review of family resilience. *Zbornik Odseka za pedagogiju*, (32), 71-88. <https://doi.org/10.19090/zop.2023.32.71-88>
- 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, 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 Publications, Inc.
- 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.
- Ungar, M. (Ed.). (2021). *Multisystemic resilience: Adaptation and transformation in contexts of change*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oso/9780190095888.001.0001>
- Vanistendael, S., & Lecomte, J. (2000). *Le bonheur est toujours possible*. Bayard Editions.
- 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>
- Vladislav, E. O., Marc, G., Paica, C.-I., & Pop, O. (2024). Family resilience in a social-ecological context: Emotional difficulties and coping strategies. *Frontiers in Psychology*, 15, 1421745. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1421745>
- Walsh, F. (2003). Family resilience: A framework for clinical practice. *Family process*, 42(1), 1–18. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2003.00001.x>
- Walsh, F. (2008). *La resilienza familiare*. Raffaello Cortina.
- Walsh, F. (2015). *Strengthening family resilience*. Guilford publications.

- 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, 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.
- Werner, E. E., & Smith, R. S. (1992). *Overcoming the odds: High risk children from birth to adulthood*. Cornell University Press.
- Wiener, N. (1948). *Cybernetics: Or control and communication in the animal and the machine*. MIT Press.
- Yang, M., Yang, S., Rosa, R. D. D., & Cui, L. H. (2023). Development of family resilience models. *Frontiers of Nursing*, 10(1), 3–8. <https://doi.org/10.2478/fon-2023-0001>
- Yin, R. K. (2018). *Case study research and applications: Design and methods* (6th ed.). SAGE Publications.
- Zamralita, Z., Wilis, A. P. L., & Angelina, S. (2024). The role of family resilience on family functioning with family communication as mediator in generation z. *Jurnal Komunikasi*, 16(2), 508-524. <https://doi.org/10.24912/jk.v16i2.30434>
- Zhu, J., Li, X. T., Guo, J. Y., Li, W., & Ye, M. (2024). Family resilience and vulnerability of patients at diagnosis of lung cancer: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 33(9), 3669–3683. <https://doi.org/10.1111/jocn.17206>

Zhu, J., Li, X. T., Gao, S. R., Yan, H., & Ye, M. (2026). Trajectory Analysis of Family Resilience and Family Vulnerability in Lung Cancer Surgery Patients: A Longitudinal Qualitative Study. *Psycho-Oncology*, 35(4), e70459. <https://doi.org/10.1002/pon.70459>