

**DALLA “SCHEDE TELEFONICA”
ALLA “CARTELLA DATI”:**

**UNO STRUMENTO PER IL PRIMO APPROCCIO
E LA CATAMNESI IN TERAPIA FAMILIARE.
L’ESPERIENZA NEL SERVIZIO DI TERAPIA
FAMILIARE DELL’ULSS 16 DI PADOVA.**

di

ANDREA MOSCONI

Medico, Psichiatra, Didatta del Centro Milanese di Terapia della Famiglia.
Responsabile del Servizio di Terapia Familiare e Relazionale dell'ULSS 16.

MANUELA TIRELLI

Psicologa, Psicoterapeuta della Famiglia del Servizio di Terapia Familiare e
Relazionale dell'ULSS 16.

Indirizzo: Servizio di Terapia Familiare e Relazionale USLL 16 , Via dei Colli 4, 35100 Padova

PREMESSA

Non leggete questo articolo!

Sappiamo che in tempo di seconda cibernetica parlare di “dati” significa, con molta probabilità, suscitare un vespaio. Abbiamo ritenuto, ciononostante interessante proporre la nostra esperienza di Terapia Familiare, a questo proposito, stimolati anche dal lavorare in un Servizio pubblico (A. Mosconi et al., 1991).

LA SCHEDA TELEFONICA NELLA LETTERATURA SISTEMICA

Nella letteratura sistemica, ed in particolare dagli A.A. che si ispirano alla "scuola di Milano", è stata più volte sottolineata l'importanza di una raccolta dati "relazionali" fatta da un componente dell'équipe terapeutica prima della seduta iniziale di consultazione con la famiglia.

Già in "Paradosso e Controparadosso", prima fondamentale pubblicazione dell'équipe di Milano, gli A.A. (M. Selvini Palazzoli, L. Boscolo, G.P. Cecchin, G. Prata, 1975) sottolineavano come la terapia avesse inizio con il primo contatto telefonico e proponevano di attuare in quella sede una rilevazione di dati, in parte anagrafici e in parte riguardanti i comportamenti analogici ormai ben nota come: "scheda telefonica". Le informazioni così raccolte venivano utilizzate come traccia per la conduzione della prima seduta in cui erano invitati tutti i conviventi del "paziente designato". Una organizzazione "minuziosa" di tali dati e una loro attenta valutazione sarebbe stata tanto più indispensabile nel lavoro terapeutico con famiglie a transazione schizofrenica.

Parimenti nell'ultimo articolo prodotto dalla medesima équipe, prima della sua divisione (Selvini, Boscolo, Cecchin, Prata; 1980), l'ipotizzazione (capacità del terapeuta di "ormare" (tracking) i pattern relazionali) veniva considerata indispensabile per il costituirsi di un nuovo ordine nel sistema in terapia, e vi era un esplicito invito a non iniziare, di norma, la terapia familiare partendo da un livello di informazione uguale a zero. A tal fine veniva suggerito di utilizzare le informazioni raccolte durante il contatto telefonico. La formazione di alcune ipotesi relazionali "falsificabili" avrebbe costituito così la prima fase di un processo di apprendimento per "tentativo ed errore".

Anche in una guida per terapisti familiari in formazione (Weber et al.; 1985), che riporta tecniche in uso presso terapisti ad indirizzo strutturale, la telefonata con l'utenza viene considerata come la prima fase della consulenza in quanto permetterebbe di specificare le regole del setting, di esplorare il ruolo dell'inviante, di permettere l'attività di formulazione di ipotesi da verificare successivamente, di chiarire la fase del ciclo di vita che la famiglia sta percorrendo.

Il tema dell'uso in prima seduta dei dati riguardanti il primo contatto telefonico con un componente della famiglia ebbe poi, nel tempo, sostenitori e detrattori, come vedremo

meglio più avanti, e venne approfondito soprattutto dai terapisti che si riferivano ad un indirizzo strategico.

Costoro, infatti, privilegiarono nelle loro comunicazioni scientifiche lo sforzo di "tipizzare" un certo numero di "giochi" familiari mentre i terapisti che si riferirono alla teoria dell'osservatore furono invece maggiormente interessati a riflettere sull'atteggiamento mentale del terapeuta sistemico e sulla sua modalità di approcciarsi alla realtà (A. Mosconi et al, 1991).

Prima, tuttavia, di approfondire gli elementi di tale dibattito, gioverà riassumere le peculiari funzioni e aree di indagine che, nel tempo, vennero attribuite alla "scheda telefonica".

LA SCHEDA TELEFONICA E LE SUE FUNZIONI

Il parere dei diversi autori può venire schematizzato nei seguenti punti:

- 1) **Conoscere il sistema "out-there"**: Selvini Palazzoli et al. (1988) hanno precisato quanto sia importante lo studio della famiglia in questa fase; essa infatti sarebbe un sistema ancora separato da quello terapeutico, una unità "out there", ove si giocano giochi relazionali non ancora influenzati dalla terapia, la cui conoscenza permette all'équipe di formulare ipotesi sui modelli diacronici della famiglia "là fuori", differenti dai modelli sincronici del sistema terapeutico (terapeuta più famiglia) "qui ed ora". La nozione di sistema "out there" implicherebbe un sistema con storia (un'organizzazione con specifici pattern interattivi che, nel tempo, contribuiscono alla comparsa e al mantenimento di fenomeni indesiderati chiamati "sintomi") su cui sarebbe necessario possedere un livello adeguato di informazioni per evitare di associare le mosse dei terapeuti alla struttura di interazioni che mantiene nel sistema quel disagio per cui ha chiesto aiuto.
- 2) **Definire i confini del sistema interessato**: M. Selvini Palazzoli e coll. (1975) sottolinearono come la cartella telefonica permette all'équipe terapeutica di decidere chi convocare in seduta ma, anche, di stabilire se iniziare o meno la terapia. Inoltre, essendo "il più Complesso a Spiegare il più Semplice," sarebbe controproducente considerare prima un sistema ristretto per poi allargare, in seguito, il campo di osservazione. Ciò potrebbe produrre, facilmente, un clima di colpevolizzazione o di inchiesta giudiziaria nei nuovi convocati. In questo senso si avrebbe, quindi, un vantaggio a poter decidere in anticipo che "confini dare al sistema" coinvolto.
- 3) **Conoscere le modalità interattive disfunzionali**: Hoffman (1981), Cardinali e Guidi (1988) mettono in evidenza, in modo particolare, che poiché il Sistema tende a riproporre in terapia le proprie disfunzionali modalità interattive, cercherà di collocare i terapeuti in uno spazio funzionale ai suoi bisogni e alla sua epistemologia. Una preventiva conoscenza di tali modalità permetterà al terapeuta di non accettare un

rapporto complementare a tali disfunzionali bisogni, evitando così di assumere la veste di "dottore omeostato".

- 4) **Fare emergere le mosse manipolatorie**, da parte di uno o più membri della famiglia, che cercano alleanze o flussi di comunicazioni preferenziali con il terapeuta. Nel sottolineare l'importanza di questa funzione della cartella telefonica, Ghezzi, Lerma, Martino (1984), pongono l'accento sulla possibilità per il terapeuta di evitare di colludere con i giochi disfunzionali del sistema: la conoscenza in pre-seduta di tali mosse facilita infatti un approccio del terapeuta alla famiglia più consapevole dell'eventuale rischio di perdita della neutralità, ciò che condurrebbe o ad una amplificazione del sintomo o ad un precoce drop-out.

- 5) **Evitare in prima seduta che la famiglia viva un momento tedioso e burocratico**. L'uso del mezzo telefonico permetterebbe di raccogliere agevolmente queste informazioni in quanto proprio chi telefona (il richiedente) è spesso uno dei membri della famiglia più interessati alla terapia, ovviamente per scopi conseguenti ad un proprio modo di vedere la situazione, ed è, quindi, più collaborativo e paziente.

- 6) **Introdurre la famiglia alle regole del setting terapeutico**. Poiché non può essere dimenticato che il flusso di informazioni è comunque bidirezionale (terapeuta vs utente e utente vs terapeuta), vengono comunicate in questa occasione di interazione terapeuta-sistema familiare, in forma esplicita, le modalità del setting terapeutico ed, in forma implicita, le "regole" del gioco terapeutico (Viaro Leonardi, 1982; Di Blasio, et all., 1986). La prima raccolta dati viene utilizzata, allora, come un primo passo del processo di "training" della famiglia alle regole che sottostanno alla conversazione terapeutica in seduta: prima di tutto quella della direttività dei terapeuti. Sono questi ultimi, infatti, che definiscono la propria posizione "one-up" ponendo come "conditio sine qua non" alla seduta familiare un primo contatto destinato alla compilazione della scheda dati relazionali e che comunicano la regola della direttività, ovvero che essi possiedono il diritto esclusivo di decidere ciò di cui si parla.

LA SCHEDA TELEFONICA: AREE D'INDAGINE

Si tratta, in pratica, di una traccia utile a costruire un colloquio (intervista) semistrutturato che permette al terapeuta di influenzare il flusso di informazioni senza lasciarsi trasportare dall'utente che spesso ripropone un modello di comunicazione costituito da informazioni "congelate" e di poca utilità per la curiosità del terapeuta (Selvini, Bscolo, Cecchin, Prata, 1977; Di Blasio, et all., 1986).

Emergono, dall'esame della letteratura e dalla pratica clinica, alcune aree di indagine ridondanti e peculiari che, in pratica, vengono considerate il primo passo del programma terapeutico. Si ipotizza che, in tale modo, la prima seduta, privata così del compito di

raccolta dei dati di base, potrà essere, grazie alle domande circolari e ipotizzanti, più facilmente una esperienza di elevata intensità emotiva.

La scheda abitualmente comprende le seguenti aree:

- 1) **Informazioni Anagrafiche:** la scheda telefonica richiede la compilazione di alcune voci che riguardano un insieme di variabili per l'identificazione della famiglia, implicite nel Titolo di questo paragrafo. Giova piuttosto ricordare che questa area appare più o meno estesa a seconda del contesto in cui si opera. Si ipotizza che essa possa includere dal solo cognome, indirizzo e numero telefonico a tutto un insieme di dati quali: ULSS, regione, distretto, ambulatorio, etc.

- 2) **L'Inviante o Committente.** Molto si è detto e scritto in proposito, attribuendovi, a volte, forse soverchia importanza. In particolare si è approfondita l'analisi su due versanti:
 - a. *Rapporto Inviante-Terapeuta*, soprattutto per ciò che riguarda:
 - il contesto in cui si svolge l'invio (rapporto tra privati, privato-pubblico, o viceversa, rapporto tra Servizi) per gli eventuali significati impliciti;
 - la stima reciproca,
 - la chiarezza e la specificità dell'invio (vedi il cosiddetto "invio con l'elastico").
 - b. *Il rapporto Inviante-Utenza.* Quest'ultimo può presentare qualche problema se, ad esempio, l'inviante si è lasciato "cooptare" dalla famiglia. Egli, prima affascinato dall'impresa terapeutica, può passare da sentimenti di onnipotenza ad una successiva esasperazione impotente. La famiglia inviata da persona così invischiata "obbedisce" ma si reca alla terapia senza la sufficiente motivazione (Selvini, Boscolo, Cecchin, Prata; 1980). Per comprendere comunque il significato dell'invio in generale sono state ritenute importanti una serie di domande, come ad esempio:
 - chi ha contattato l'inviante,
 - cosa ha detto l'inviante del problema e perchè ha consigliato una terapia familiare,
 - cosa ha capito l'inviante del problema,
 - se l'inviante sta chiedendo una terapia o una consultazione,
 - se la famiglia dovrà tornare a riferire sui colloqui.Nel caso in cui i terapeuti pensino di aver individuato un inviante "sospetto" (coinvolto nel problema), potranno invitarlo alla prima seduta assieme alla famiglia (A. Mosconi, 1991).
In ogni caso viene consigliato di raccogliere tutte le informazioni utili per comunicare, eventualmente, con l'inviante sul procedere della terapia/consultazione familiare (Weber, McKeever e McDaniel, 1985).

- 3) **La composizione del nucleo familiare.** Indispensabile ovviamente, l'identificazione dei membri conviventi con il "paziente designato" e delle altre persone coinvolte nel problema, al fine di poter decidere quale sistema convocare in prima seduta (Burbatti e Formenti, 1985). La valutazione del numero dei componenti del sistema, ovvero della delimitazione dei confini del sistema, è un compito delicato.

Come detto più sopra, un allargamento del campo di indagine, successivo alla prima seduta, potrebbe essere vissuto dall'utente come un atto di colpevolizzazione e procurare ostilità (Di Blasio et al., 1986). Brevi informazioni socio-anagrafiche di base su ognuno dei componenti la famiglia (Titolo di studio, lavoro ecc...) e note sulle relazioni dei membri del sistema nucleare o, se necessario, sulla famiglia estesa, sono suggerite come utili per tracciare una prima mappa del sistema che diverrà uno strumento nel processo iniziale di ricostruzione della realtà comunicata dall'utente.

- 4) **Il problema.** Viene suggerito di sollecitare descrizioni di fatti e comportamenti, scoraggiando il dilungarsi sulle impressioni personali dell'interlocutore. Tradizionalmente oggetto della curiosità del terapeuta è la cronologia del sintomo, la sua frequenza, i suoi effetti pragmatici: "let the kalendar speak" come raccomanda Bowen (Selvini et al., 1988).

La descrizione dell'ultimo episodio critico e la storia dei tentativi di soluzione già effettuati, possono illuminare sul gioco sottostante al comportamento patologico. Eventuali terapie in atto, specie se farmacologiche, vengono sempre esplicitamente confermate e sostenute. Terminata la compilazione della scheda in generale, il terapeuta solitamente si accorda sulla data della prima seduta, indicando quali membri del sistema sono invitati a parteciparvi, in genere tutti i conviventi, e fornisce alcune informazioni sul setting, équipe terapeutica, specchio unidirezionale, eventuale videoregistrazione.

Se permane qualche dubbio si può spostare questo passo ad un successivo appuntamento telefonico, per poterne discutere in équipe.

IL DIBATTITO SULLA "SCHEDE TELEFONICA": INDIRIZZO STRATEGICO-FENOMENOLOGICO E CONVERSAZIONALE- COSTRUTTIVISTA.

Attorno al tema della Scheda Telefonica ed al suo utilizzo si è fatto un gran discutere. E' nostra impressione, infatti, che negli ultimi anni, con lo svilupparsi di un orientamento terapeutico che si ispira alla seconda cibernetica, i terapisti sistemici si siano mossi fondamentalmente in due direzioni: da una parte i terapisti "orientati alla famiglia", che si prefiggono di individuare le generali leggi che regolano l'organizzazione dei giochi familiari e i relativi meccanismi patogeni e dall'altra i terapisti "orientati alla terapia", interessati piuttosto ad approfondire la relazione terapeutica, data l'impostazione che nulla può essere dato come assodato e definitivamente conosciuto.

Pur nella considerazione dell'esistenza di diversi indirizzi e posizioni nel continuum suddetto definiamo, allora, concordando con Di Nicola (1984), strategico/fenomenologica la corrente che raccoglie i terapisti "orientati alla famiglia" e conversazionale/costruttivista la corrente cui fanno riferimento i terapisti "orientati alla terapia" (A. Mosconi e coll., 1992). In relazione alle prime fasi della terapia e all'uso della "scheda telefonica", essi sembrano mostrare cospicue differenze.

a. **La corrente strategico-fenomenologica.** Coloro che seguono tale impostazione ritengono, in generale, utile operare mediante un'ipotesi sul gioco familiare che integri, strettamente, i dati della storia con l'agire nel presente (Di Blasio, 1986; Prata G., 1995; Selvini Palazzoli M. e coll., 1988).

Essi sembrano, così, contemplare le seguenti fasi preliminari alla terapia:

1. un approfondito colloquio telefonico con un componente della famiglia;
2. la pre-seduta: una discussione d'équipe volta a formulare una traccia dei temi strategicamente utili nella seduta;
3. un inizio della seduta programmato e formulato strategicamente sulle ipotesi elaborate in base ai dati raccolti con la "scheda telefonica".

La scheda telefonica appare perciò, uno strumento fondamentale e centrale di tale indirizzo, e con essa il terapeuta comunica che a lui servono alcune notizie, in qualche modo oggettive, cioè indipendenti dal punto di vista dell'interlocutore.

A partire da essa il terapeuta strategico mira ad effettuare ristrutturazioni e a creare connessioni via via sempre più esplicite verso la scelta di una ipotesi sul funzionamento della famiglia o sulla particolare modalità interattiva che ha originato il sintomo, per poter individuare gli interventi "strategicamente" utili a modificare la situazione disfunzionale.

A tale posizione furono fatte, come è noto, alcune obiezioni. Secondo alcuni autori, infatti, seppure l'osservazione di un sistema quando minore è l'interferenza dei terapeuti risulti pragmaticamente utile, apparve artificiale la separazione sistema osservato-sistema

osservatore in un momento particolare della storia del rapporto terapeutico, come se l'iniziale interazione telefonica (con la quale vengono raccolte le informazioni) non fosse già l'inizio della formazione di un nuovo sistema più ampio. Poiché questa separazione poneva qualche dubbio sembrava disconoscere le elaborazioni epistemologiche che vedevano la reintegrazione dell'osservatore nelle proprie descrizioni - non esistendo più confini naturali tra sistema e ambiente (M. Ceruti, 1985) - e la conoscenza come una costruzione autopoietica della realtà (A. Maturana, F. Varela, 1980).

Il problema venne affrontato dall'équipe guidata dalla Selvini Palazzoli che propose alcuni rimedi alla compromissione dell'osservatore (Selvini Palazzoli et al., 1988). Più in specifico, per quanto riguardava la prima raccolta dati, questa équipe propose di far compilare la scheda telefonica sempre dallo stesso terapeuta proprio per garantire la correttezza metodologica della ricerca (Di Blasio et al., 1986). In questo modo si cercava di mantenere costante una variabile, che, in ogni caso, non poteva non comunicare con il sistema osservato! (A. Mosconi et al.).

b. **La corrente conversazionale-costruttivista.** Secondo questa impostazione le "ipotesi" valgono per la "utilità" che possono avere nel costruire la relazione con la famiglia (Cecchin G.F., 1987). Essi ritengono, quindi, preminente ciò che si va creando nell'"hic et nunc" del rapporto terapeutico. In relazione a ciò essi sembrano preferire impostare la terapia secondo le fasi seguenti:

1. assumere al telefono alcuni dati generali (cognome, motivo della chiamata, inviante),
2. ingresso in seduta e conoscenza del problema direttamente dalla famiglia.

Nelle mappe espresse nella conversazione si esprime, infatti, l'estetica di un integrarsi "armonico" tra l'agire terapeutico e le aspettative della famiglia.

La struttura della conversazione si articola secondo alcune direttive metodologiche per cui si assumono come dati fondanti per le ipotesi e la formulazione di "immagini guida", soprattutto le osservazioni effettuate dal terapeuta in seduta sui comportamenti verbali e non verbali, sui sentimenti e le emozioni espresse.

A partire da esse il terapeuta orienta la conversazione soprattutto su differenze di tempo (da quanto tempo?), di luogo (dove di più?), di relazione (con chi?) e la struttura stessa della conversazione viene sfruttata ai fini del cambiamento, a prescindere, talora, dagli stessi contenuti.

Una esplicita attività ipotizzante offerta al sistema come "punto di vista" del terapeuta su cui confrontarsi serve ad iniziare un nuovo modulo conversativo.

Il terapeuta presenta la propria idea sul funzionamento della famiglia non come una conoscenza acquisita ma, piuttosto, come il proprio punto di vista, risultato di un interesse "curioso", che permette insieme alla famiglia la co-creazione dalla realtà terapeutica (Cecchin G.F., 1987).

Egli comunica, come per il modello strategico, che non è interessato solo al sintomo ma, in modo privilegiato, all'atmosfera familiare soprattutto in riferimento ai fatti critici, cioè a quegli eventi che la stessa famiglia presenta come vissuti in modo problematico. Punto

focale dell'interesse terapeutico sono, tuttavia, i sentimenti, le emozioni, gli atteggiamenti piuttosto che le "notizie oggettive".

Emerge così una posizione terapeutica che potrebbe essere definita "down", in quanto atteggiamento duttile e flessibile, con cui il terapeuta si mostra disponibile a tener conto soprattutto di quanto emerge dalla relazione in corso piuttosto che dalla "oggettiva" conoscenza del sistema.

Si può ben dedurre che, in questo caso, la "scheda telefonica" rivesta un'importanza minore.

Due modi di impostare la seduta e l'uso del primo contatto telefonico molto diversi e, forse, apparentemente incompatibili.

Ma è poi proprio così? Se entrambe queste modalità conducono a buoni risultati terapeutici, il problema, forse, non è affrontabile in termini di vero o falso: si entrerebbe in un paradosso. Le ipotesi, a nostro avviso, vanno quindi fatte ad un altro livello; i paradossi come si sa, si possono sciogliere distinguendo tempi, modi e contesti all'interno dei percorsi su cui riflettere.

L'ESPERIENZA DEL SERVIZIO DI TERAPIA FAMILIARE E RELAZIONALE DELL'ULSS 16 DI PADOVA

Il Servizio di Terapia Familiare e Relazionale dell'ULSS 16 è sorto nel 1986 come centro di terapia familiare e di ricerca sull'applicazione dell'ottica sistemica nei servizi pubblici; vi operano quattro terapeuti, coordinati da un responsabile (aiuto psichiatra), tutti con una consolidata formazione psicoterapeutica effettuata presso la "scuola di Milano". Il servizio è sorto come un servizio di terzo livello, con possibilità di accesso diretto da parte dell'utenza, ma anche con finalità di consulenza agli operatori sociali e sanitari del territorio.

Sulla modalità del primo contatto con la famiglia, all'inizio dell'attività, tra i terapeuti si fronteggiavano diverse posizioni. Negli scritti degli autori da noi esaminati avevamo rilevato motivate riserve sulla praticabilità della scheda telefonica nei servizi pubblici.

L'accento veniva messo, soprattutto, sulla genericità della domanda di intervento. Quando, infatti, non vi era richiesta specifica di terapia familiare un approccio troppo definito e connotato rischiava di sfidare la cultura dell'utente. Veniva così raccomandata particolare attenzione ad adeguare le tecniche utilizzate in relazione al livello del servizio in cui era situata l'équipe (livello di base o livello specialistico), e veniva consigliata una grande elasticità sulle regole del setting consulenziale o terapeutico. Spesso inoltre per ragioni organizzative, questo primo contatto non poteva essere attuato dai terapisti, ma veniva affidato ad altre figure professionali (Selvini M., e coll., 1982). Oltre, quindi, alle perplessità derivanti da tali considerazioni, all'interno dell'équipe si riflettevano gli elementi del più ampio dibattito tra strategici e conversazionalisti cui si è fatto cenno più sopra.

Una parte dell'équipe sosteneva si dovesse limitare il primo colloquio alla raccolta di pochi dati essenziali, destinando così la prima seduta al completamento delle informazioni;

un'altra parte dell'équipe, invece, sosteneva la necessità di effettuare un primo colloquio telefonico più complesso.

Si scelse, allora, di sperimentare per i primi anni di attività entrambe le modalità, distinguendo la SCHEDA DATI BASE dalla CARTELLA DATI. La scheda dati base comprendeva: dati identificativi del sistema, nome e qualifica dell'inviante e una sintetica descrizione del problema.

Questa scheda dati base si concludeva con l'invito standard alla prima seduta per tutti i componenti la famiglia interessati al trattamento.

La cartella dati, invece, comprendeva, per esteso, tutte le aree di indagine su esposte: dati di riferimento del sistema, notizie sull'inviante (qualifica, indirizzo), motivazioni dell'invio, rapporto e coinvolgimento con la famiglia, composizione della famiglia nucleare (conviventi e non), descrizione del problema e sua cronologia, cure fatte e in corso, percezione del problema da parte di tutto il sistema, disponibilità al trattamento. La telefonata si concludeva con una richiesta di nuovo contatto nel quale, dopo una discussione, si sarebbe fissata una seduta per tutta la famiglia.

Nel tempo andammo a verificare, metodicamente, le difficoltà che si venivano a creare in un caso e nell'altro. Le impressioni che ne traemmo furono molte. Non vi erano, ad esempio, significative differenze nell'andamento e nella durata delle terapie tra il gruppo di famiglie con cui era stata sperimentata la prima modalità di approccio e quella con cui era stata sperimentata la seconda.

Tuttavia la SCHEDA DATI appariva lo strumento più idoneo ad accogliere la "domanda" di una utenza indefinita e con invii per generici interventi psicoterapeutici, quale era quella che si rivolgeva, soprattutto inizialmente, al servizio. In quel periodo, infatti, gli invii avvenivano ai terapeuti personalmente piuttosto che ad una specifica attività di terapia familiare e pertanto, la richiesta al telefono di informazioni approfondite, da parte di operatori diversi da quello cui era stato fatto l'invio suscitava nell'interlocutore resistenze e talora espliciti rifiuti e nel contesto più ampio, cui il servizio appartiene (collegi, invianti, centralinisti) perplessità, incomprensioni, disservizi.

Altro aspetto a favore di questo semplificato mezzo, appariva la possibilità di assicurare la neutralità del terapeuta fin dal primo contatto con la famiglia; la scheda dati infatti, compilata da personale di segreteria o da operatori diversi dal terapeuta, impediva la formazione di rapporti preferenziali con un solo membro del sistema.

Questo aspetto appariva particolarmente importante, avendo a che fare con richieste generiche, spesso confuse, che invece molto più utilmente potevano venire approfondite nel corso della prima seduta, alla presenza di tutta la famiglia.

Essa, quindi, appariva un mezzo indefinito, neutro e pertanto particolarmente appropriato a contesti operativi indefiniti, o a servizi di base (primo livello), o a centri pubblici di terapia familiare in cui é ancora precario ed indefinito il rapporto con il macrosistema di riferimento.

La CARTELLA DATI, invece, veniva considerata, anche dall'utenza, come momento interno al processo terapeutico e poteva essere utilizzata purchè ad effettuarla fosse un terapeuta o un altro professionista con una formazione adeguata, il quale si presentava all'interlocutore sapendo definire in modo competente la propria posizione nel servizio, gli

scopi e le finalità dello strumento che proponeva, in rapporto alla terapia. Abbiamo constatato infatti, che se chi effettuava il colloquio fin dall'inizio, si definiva con chiarezza, non si generavano particolari resistenze o rifiuti o drop-out nella famiglia se non quelli riferibili tradizionalmente a "cattivi invii". Essa quindi offriva l'opportunità di utilizzare al meglio la telefonata, per definire la domanda.

L'analisi dell'esperienza mostrava che un Servizio di Terapia Familiare pubblico, con una struttura stabile e riconosciuta, può affermare proprie prassi specifiche ed originali, non temendo, con ciò, la perdita di utenza o un rapporto di dannosa simmetria con i colleghi, purchè sappia definirsi come specialistico e competente.

La richiesta di informazioni, anche se al telefono, sul sistema familiare appare allora, congruente con una terapia già definita come "familiare".

In conclusione l'esperienza ci suggeriva, quindi, che la scelta del tipo di strumento per la prima raccolta dati appariva sostanzialmente legata a fattori estrinseci al mezzo stesso, quali:

- il livello di organizzazione del servizio o dell'équipe,
- il suo rapporto con il contesto più ampio,
- il suo livello di prestigio,
- la sua efficacia nel definirsi.

Tutti elementi che si riferiscono sostanzialmente al rapporto con il contesto di riferimento.

Al di là di tutto ciò quello che ci sembrava assumere importanza fondamentale era l'ultimo dei punti succitati.

Esso sembra essere, tuttavia, in relazione più con la capacità del terapeuta di essere coerente con la propria realtà epistemologica.

Si tornava, in tal modo, al dibattito tra strategici e conversazionalisti, ma con alcune utili osservazioni in più.

Seguendo e rivedendo con l'équipe le diverse terapie condotte nell'uno e nell'altro modo, l'impressione che si rilevava era che pur agendo a livelli diversi, l'uno nell'attivare e orientare le relazioni, l'altro nel dirigerle verso le "zone più calde e significative" della vita del sistema, le terapie presentavano anche significative analogie.

Nelle prime sedute tendevano ad emergere un insieme di informazioni riguardanti sostanzialmente alcuni temi "cruciali" quali:

- a. il sintomo, la sua storia e i suoi effetti sulle relazioni familiari nel tempo,
- b. elementi più o meno approfonditi della storia della famiglia nucleare e delle famiglie estese,
- c. punti di vista sui caratteri individuali, le relazioni e le aspettative,
- d. osservazioni sui comportamenti non verbali.

Tali aree di indagine sembravano essere, comunque, dei "pilastri" indispensabili per la formulazione delle ipotesi, vere o utili che fossero, per "l'accoppiamento strutturale" con la famiglia.

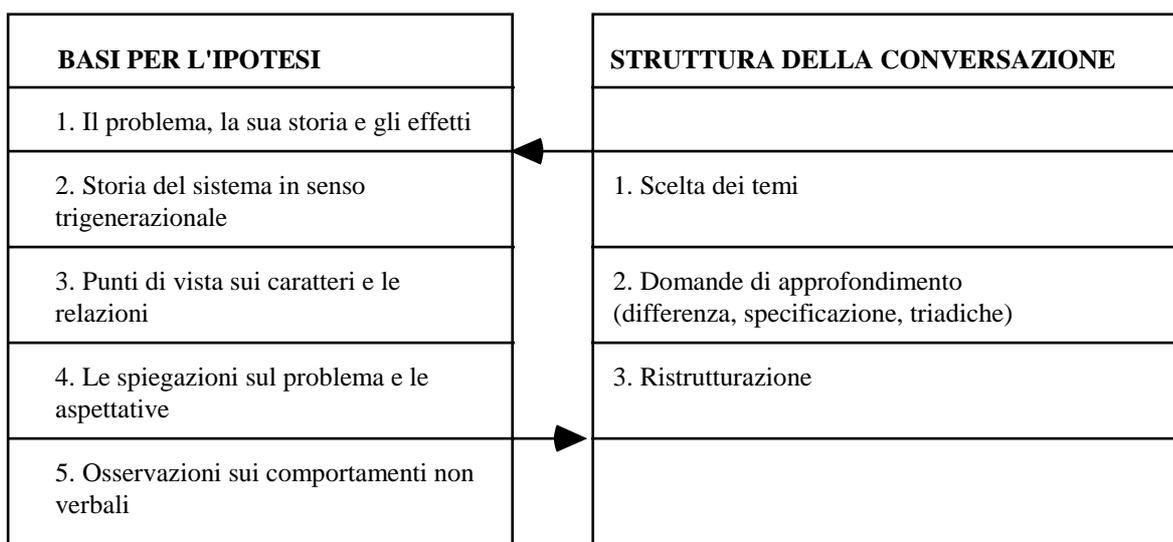
Inevitabile è l'obiezione che tale insieme di dati può essere inserito in una cornice pragmatica e semantica talora molto diversa, in riferimento all'agire terapeutico.

In relazione a ciò, sarebbe tuttavia, a nostro avviso, interessante indagare se a prescindere dalla modalità con cui avviene tale accoppiamento (area condivisa), esistano significative differenze sulle "meta-ipotesi" esplicative del funzionamento del sistema utilizzate dai terapeuti.

In pratica è come se, nell'arco delle prime sedute, tutti i terapeuti avessero seguito un "canovaccio" comune e una sorta di "cartella dati standard" (o trama narrativa?).

L'impressione fu inoltre che anche là dove il terapeuta non aveva un suo prestabilito "canovaccio" era la famiglia che in risposta alle domande per differenza o di specificazione, "come, quando, con chi di più, dove, ecc..." (A.Mosconi et al., 1996) raccontava la propria storia e parlava delle proprie osservazioni fornendo elementi concernenti le "basi" per le ipotesi.

Ora da un lato tutto ciò ci pare evidente e coerente con la struttura "narrativa" della mente, più volte sottolineata da molti autori, dall'altro questo ci suggerisce l'idea della circolarità esistente tra struttura della conversazione terapeutica e informazioni base per le ipotesi. Per maggiore chiarezza proponiamo lo schema seguente:



Ma per meglio discutere tali ipotesi sarà necessario proporre una distinzione tra NOTIZIA e DATO.

DISTINZIONE TRA NOTIZIA E DATO PER UN'IPOTESI SISTEMICA.

Definiamo "Notizia" qualsiasi delle possibili informazioni fornibili dalla famiglia con valore di generica comunicazione mentre consideriamo "Dato" utile per la formulazione di ipotesi, il concetto di vincolo nell'accezione di Ceruti (1986), cioè, il punto di incontro condiviso di

tre punti di vista, terapeuta-famiglia-paziente. Il "dato" viene utilizzato da tutti e tre come mattone per costruire le proprie ipotesi. All'interno dell'ottica sistemica vengono comunemente considerati "dati" alcuni eventi significativi della storia della famiglia, che per il terapeuta rappresentano punti di biforcazione in cui il sistema per vivere ha dovuto o voluto prendere decisioni significative, cioè cariche di conseguenze a più livelli, cognitivi, personali, economici e di politica familiare. Poiché le conseguenze di tali eventi portano a modificazioni riscontrabili nel tempo, nello spazio, nel numero di elementi possiamo considerare, in questo senso, il dato un elemento "intersoggettivo". Tali eventi divengono, così, gli indicatori di come la famiglia ha operato le proprie scelte. Il loro rilevamento nel tempo in senso diacronico e la connessione tra di essi può, quindi, ben fornire il materiale per la elaborazione di ipotesi sulla struttura e l'organizzazione del sistema stesso. Il processo di ipotizzazione connette quindi i dati in strutture di significato secondo le linee interpretative tracciate dalla teoria dei sistemi.

Questa ipotesi si fonda su due premesse:

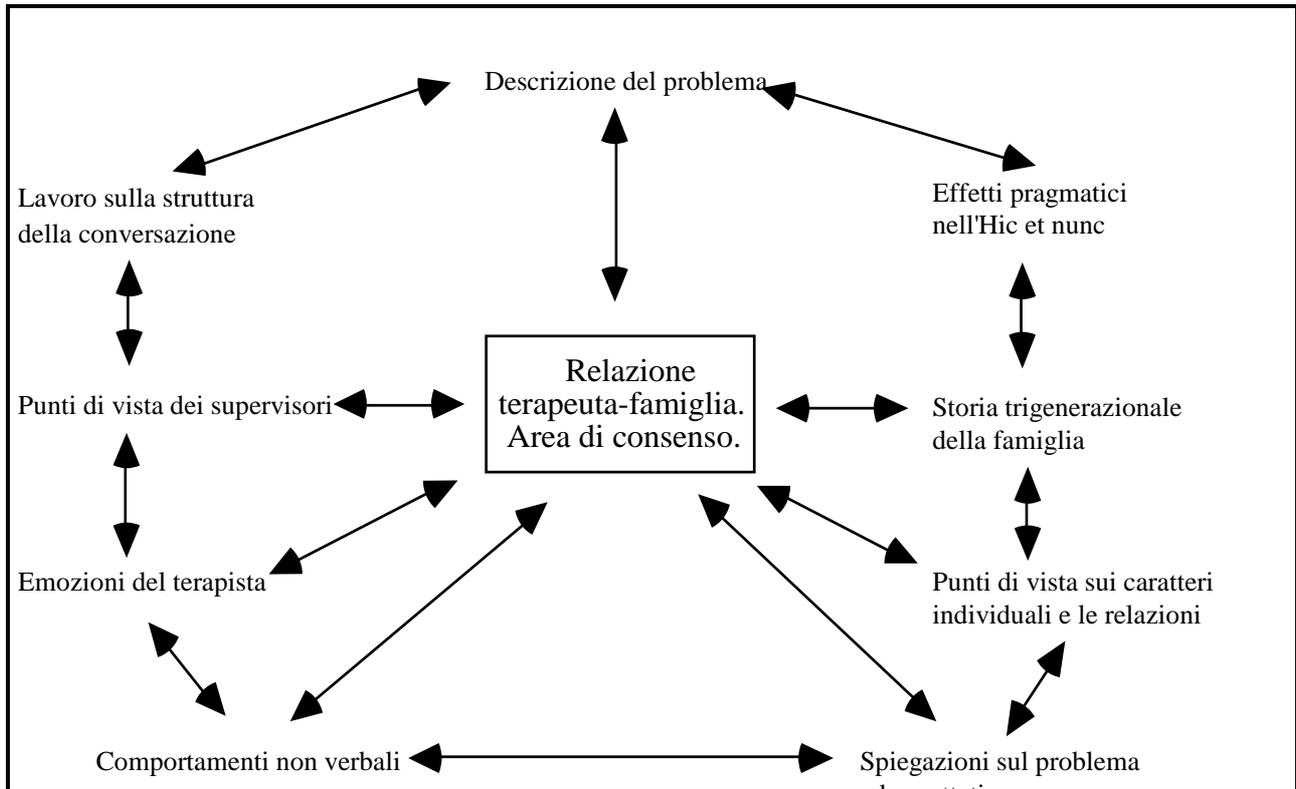
- un sistema nasce quando due elementi si incontrano e interagiscono (per la famiglia il matrimonio),
- un sistema subisce inevitabili modificazioni per l'entrata o l'uscita di uno o più elementi. Tali modificazioni coinvolgono i livelli biologici (nascite, morti, etc., adolescenza, giovinezza, fidanzamenti, etc.), producendo cambiamenti strutturali e/o organizzativi.

Questa concezione di dato, a nostro avviso, è condivisa all'interno dell'ottica sistemica e rappresenta il bagaglio di informazioni imprescindibile da cui ogni terapeuta parte per le sue ipotesi sul sistema ma, cosa ancora più interessante, sembra determinare anche il modo con cui la famiglia descrive la propria storia. In un caso e/o nell'altro, quindi, come detto più sopra, queste informazioni possono risultare centrali nel costruire trame narrative e conversazionali. La differenza tra i terapeuti si riferisce piuttosto alla sede e al momento in cui ottenere tali informazioni (al telefono o nelle prime sedute).

Il dibattito tra strategia e conversazione potrebbe in tal modo, cambiare di livello nel senso che ci sarebbero **MODI DIVERSI PER APPROCCIARE UN'UNICA REALTÀ: "LA COSTRUZIONE DI UN'AREA DI CONSENSO CONDIVISIBILE TRA TERAPEUTA E FAMIGLIA SULLA BASE DI NOTIZIE DATI SIGNIFICATIVI"**.

Lo schema della interazione in seduta potrebbe quindi modificarsi come segue.

COSTRUZIONE DELLA RELAZIONE TERAPEUTA-FAMIGLIA



Tutti i livelli potrebbero cioè venire utilizzati dal terapeuta in un gioco continuo in cui l'uno rinvierebbe all'altro. Il terapeuta potrebbe e dovrebbe così scegliere di volta in volta, a seconda delle situazioni e della sua relazione con la famiglia nell'hic et nunc e delle sue convinzioni e caratteristiche soggettive, da dove partire.

Tutta la conversazione verrebbe a costruirsi attorno ai DATI cui abbiamo fatto cenno, che assumerebbero di fatto il valore di elementi costitutivi dell'area di dominio consensuale con la famiglia. Tra l'altro il mantenersi aderenti a tali aree tematiche permetterebbe di entrare in modo più coerente nel mondo e nel linguaggio della famiglia, o, come altri dicono, nelle sue "storie". Tutto ciò offrirebbe poi dei vantaggi in relazione alla plausibilità e coerenza delle ipotesi (V. Ugazio, 1984; A. Mosconi, 1994; G. Prata, 1995).

E' in questa ottica che abbiamo ritenuto che valesse la pena di riprendere il tema della Scheda Telefonica per riproporla come "cartella dati".

Pur raccogliendoli nel modo più agevole, al telefono o nelle prime sedute, il ritenerli in forma "standardizzata e completa" offre, a nostro avviso, alcuni vantaggi sia nell'aver una traccia sia per la costruzione delle ipotesi che, cosa ancora più importante, per la ricerca.

LA CARTELLA DATI

Elaborata in modo che possa essere, anche, inserita nel sistema informativo generale della ULSS, la cartella dati è strutturata come un insieme di quadri monotematici, in modo da essere uno strumento molto elastico, che consente anche eventuali variazioni del livello di approfondimento nella raccolta dei dati “ad usum” del terapeuta. Ogni informazione è raccolta sia in maniera descrittiva, che in maniera codificata per consentire l'uso delle cartelle sia come materiale cartaceo, sia per l'inserimento dati al computer e l'incrocio di alcune variabili. La cartella, come già detto, ha due diversi e fondamentali utilizzi: da un lato, in senso clinico, offre al terapeuta una fotografia del sistema, indipendente da punti di vista ed opinioni dell'interlocutore e/o una traccia per la conversazione; dall'altro viene utilizzata anche a scopo di ricerca. In particolare l'interesse è divisibile in due filoni: 1) il confronto tra il percorso terapeutico, la fine delle terapie e le catamnesi; 2) le variabili che possono essere connesse con l'insorgenza del sintomo e con il cambiamento in terapia. Riprenderemo comunque alla fine del capitolo questo argomento, dopo aver descritto la struttura della cartella dati.

La cartella è composta da sei moduli.

Essi seguono, specificandole e approfondendole, le aree di indagine della scheda telefonica. Ognuno di essi contiene nella parte inferiore la legenda e le istruzioni per la codifica delle informazioni avute. Si è preferita questa formulazione rispetto all'inserimento della legenda nel testo in quanto alcune di esse sono ripetute ed, inoltre, è sembrato che, in tal modo, il testo fosse più leggibile.

Il desiderio, infatti, è quello di tenere una via di mezzo tra una sufficiente completezza delle informazioni essenziali e l'agilità del mezzo usato.

Il completamento della cartella richiede, se fatto in una sola intervista, circa venti minuti. La codifica, solitamente, viene fatta a parte e dopo avere completato la cartella dati.

1) Dati Anagrafici

Il primo quadro contiene i dati generali di identificazione della famiglia.

In generale il riferimento è fatto al capo-famiglia. Nel caso di coppie separate, nelle quali un figlio presenti problemi, sarà il genitore convivente o che ha in affidamento i figli.

Lavorando noi in contesto pubblico, con afferenze anche ad altre Regioni sono stati aggiunti anche i dati della ULSS e Regione, che verranno poi ripresi nella schede individuali.

Nel riquadro sottostante viene registrata *Tipo, Modalità e Data di contatto*. La cartella dati, infatti, è predisposta per venire ricompilata a fine terapia e in sede catamnestica. Dalla concezione di “dato” esposta più sopra, infatti, se ne deduce che una modificazione dell'assetto relazionale della famiglia potrà essere segnalato da una modificazione delle variabili anagrafiche, sociali e sanitarie prese in considerazione.

Il nome e la qualifica del compilatore permetteranno al terapeuta, che quasi sempre è un altro operatore, di richiedere eventuali informazioni poco chiare.

Seguono poi, nella parte inferiore i numeri di archiviazione della cartella e il nome del terapeuta. Questo facilita la discussione dei casi in équipe.

A piè pagina, come detto, le istruzioni per la compilazione.

2) Dati anagrafici, sociali e sanitari individuali

Questo modulo è, forse, il più complesso. Ne avevamo studiato diverse forme, ed attualmente stiamo provando questa che per il momento sembra essere la più sintetica.

Esso è tenuto staccato dal resto della cartella, che si presenta invece come un foglio continuo, per due motivi:

a) Va compilato per ogni componente del nucleo familiare e, quindi, è in numero variabile, secondo le dimensioni del nucleo stesso.

b) Essendo noi inseriti in un insieme di servizi più ampio, esso può essere compilato in forma singola dai colleghi che vedono il paziente individualmente. Se, poi, verrà fatto un invio in Terapia Familiare, verrà inserito nella cartella più ampia con il completamento delle altre schede.

Nella parte superiore sono segnalati i dati relativi alla posizione occupata nella famiglia (grado di parentela, ordine generazionale, ecc...) e se si tratta del paziente designato. Seguono dati sanitari, le notizie relative alle condizioni sociali (stato civile, titolo di studio, ecc...) sono completate dalla data di conseguimento di ognuna di esse. Lo stesso si farà con i dati relativi alle eventuali patologie psichiche ed organiche pregresse e attuali. Queste sono comprensive di codifica (secondo il DSM o l'ICD) e delle date degli interventi fatti. Tutto ciò permetterà, poi, l'incrocio dei dati secondo il metodo delle "cronologie parallele" (A. Mosconi e coll., 1996).

La legenda relativa al modulo 2 è piuttosto ampia e serve anche alla compilazione di parti degli altri moduli. Essa va, quindi, letta con maggiore attenzione .

3) Il Committente (o Inviante) e il Segnalante

In questo modulo sono riunite, classicamente, le informazioni identificative dell'Inviante e del familiare che contatta il Servizio, con l'aggiunta di alcune note relative alla relazione con il paziente ed all'atteggiamento relativo all'invio o alla richiesta. In più vi è solo la possibilità di ritenere le informazioni in forma codificata.

4) Nucleo Familiare Convivente

Questo modulo permette al terapeuta di avere una visione sintetica del nucleo familiare convivente e/o non. In questo modulo possono essere riportate anche alcune delle notizie anagrafiche presenti negli altri moduli, al fine di avere un quadro di insieme. Vi è, poi, uno spazio per la mappa familiare, nonché la possibilità di codificare le fasi del ciclo vitale. Esse sono state modificate, scandendole, sulla età scolare dei figli.

5) Il Problema

Questo modulo è descrittivo. In esso vengono raccolte le informazioni relative, si direbbe, alla storia del problema e ai suoi effetti pragmatici sulla famiglia. Alcune domande di specificazione completano il quadro. Per questo modulo vale quanto detto più sopra, parlando della scheda telefonica.

Vengono aggiunte solo alcune possibilità di codifica, ad esempio, dei tentativi terapeutici effettuati e dell'atteggiamento dei familiari nei confronti dell'invio.

6) Scheda sintesi

Questo è il modulo più utile ai fini della verifica del processo terapeutico. In esso infatti viene evidenziato il problema portato dal sistema, rispetto al quale viene fatta, all'inizio della terapia, una diagnosi sui cinque assi utilizzando i criteri del DSM. Per tale diagnosi si utilizzerà quanto emerge dal Modulo 5 (problema), unitamente alle due sedute di consultazione. Essa viene poi riscritta alla fine della terapia, e a distanza di un anno, in fase catamnestica. Un altro quadro permette inoltre di evidenziare le fasi e i tempi della terapia: in particolare viene segnato il tempo del primo contatto, quello della fase di consultazione e quello della fase terapeutica vera e propria. Inoltre viene evidenziata la chiusura, sia segnalando dopo quante sedute si è conclusa la terapia, sia evidenziando il modo in cui è avvenuta la chiusura, se cioè è stata una fine co-costruita nel sistema, se si è invece trattato di una "sospensione" strategica, di un drop-out.

Si può avere così un quadro di insieme facile e di veloce consultazione. Queste schede vengono anche raccolte in copia in un archivio cartaceo, suddiviso per diagnosi. Tutto ciò facilita ricerche su gruppi di problemi simili.

Che dire di più? Non molto; sappiamo di addentrarci in un campo che necessita di moltissime messe a punto.

Esponiamo di seguito, la CARTELLA DATI.

RIASSUNTO

Gli autori presentano una rielaborazione del concetto, classico, della *Scheda Telefonica* in *Cartella Dati*. Viene discusso il concetto di dato come "vincolo" utile a costruire un'area consensuale con la famiglia. Viene esaminato tale concetto all'interno della corrente Strategica e conversazionale. Viene evidenziata, comunque, l'utilità di ritenere delle informazioni in forma codificata anche e soprattutto per motivi di ricerca.

Parole chiave: *Scheda Telefonica - Cartella Dati- Terapia Familiare*

BIBLIOGRAFIA

Anolli, L., Sbattella, F. (1985), Analisi della comunicazione analogica nel fenomeno delle insubordinazioni, *Terapia Familiare*, 17, 5-19.

Bettinelli, S., Bianchi, B., Quaroni, E., Ricciardelli, S., Schinco, M. (1987), Un tentativo di formalizzare il processo di ipotizzazione. In: Molinari, E., Mosconi, A., *Il processo terapeutico nell'approccio sistemico: l'interazione tra sistema osservato e sistema osservatore*, Unicopli, Milano, 98-106.

- Burbatti, G., Formenti, L.** (1985), *La famiglia e il suo modello*, Franco Angeli, Milano.
- Cardinali, F., Guidi, G.** (1988), Supervisione e terapia. Due processi paralleli. La relazione di supervisione: analisi delle collusività, *Terapia Familiare*, 26, 5-18.
- Cecchin, G.F.** (1995), La costruzione di possibilità terapeutiche, *Terapia Familiare*, 41, 35-45.
- Cecchin, G.F.** (1987), Hypothesizing, Circularity and Neutrality Revisited: an Invitation to curiosity, *Family Process*, vol. 26, 405-414.
- Ceruti, M.** (1985), La Hybris dell'onniscienza e la sfida della complessità. In: (a cura di Bocchi G. e Ceruti, M.), *La sfida della complessità*, Feltrinelli, Milano, 25-48.
- Cornwell, M., Boscolo, L.** (1990), Innamorarsi delle idee, Intervista con Luigi Boscolo, *Il Bollettino*, 22, 3-11.
- Covini, A., Fiocchi, E., Pasquini, E., Selvini, M.** (1994), *Alla conquista del territorio*, NIS, Roma.
- Di Blasio, P., Fischer, J.M., Prata, G.** (1986), La cartella telefonica: pietra angolare della prima intervista con la famiglia, *Terapia familiare*, 22; 5-17.
- Di Nicola, U.** (1984), Road may Schizo-land: Mara Selvini palazzoli and the Milan Model of Systemic Family Therapy, *Journal Strat. Syst. Ther.*, 3, 50-62.
- Friedman, R.** (1985), Making Family Thray Easier for the therapist: Burnout Prevention. *Family process*, 24, 549-553.
- Ghezzi, D., Lerma, M., Martino, C.** (1984), Le prime fasi della terapia familiare: un'équipe rivede le proprie strategie, *Terapia Familiare*, 15, 5-22.
- Hoffman, L.** (1981), *Foundations of Family Therapy*, Basic Books, New york; tr. it. Astrolabio, Roma, 1984.
- Manfrida, G., Lapi, I.** (1987), Il centro di terapia familiare e il territorio: problemi e prospettive, *Terapia familiare*, 23, 53-66.
- Marzocchi, G., Ruini, F.M.** (1981), Terapia Familiare in un Servizio psichiatrico pubblico: prime osservazioni sulla casistica, *Terapia Familiare*, 10, 67-85.
- Maturana, H.L., Varela, F.** (1980) *Autopoiesis and Cognition. The Realization of the Living*. Reidel Publishing Company, Dordrecht; tr. it. Marsilio, Venezia, 1985.

Mosconi, A. (1992), Ulteriori considerazioni sulla costruzione del setting in Terapia familiare sistemica: una traccia per la curiosità terapeutica, *Psichiatria Generale e dell'Età evolutiva*, 1, 171-182.

Mosconi, A., Castellani, A., De Maria, L., Gonzo, M., Sorgato, R., Tirelli, M., Tomas, M., Zago, E. (1996), Come costruisci la tua conversazione terapeutica? Breve glossario di interventi sistemici con alcune ipotesi sul suo utilizzo, *Terapia Familiare*, 50, 25-41.

Mosconi, A., Sgalambro, V., Zerilli, M. (1991), Il primo approccio con la famiglia nel servizio di Terapia Familiare dell'ULSS 21 di Padova: una ricerca sulla scheda dati, *Psichiatria Generale e dell'Età evolutiva*, 3, 363-374.

Mosconi, A., Gonzo, M., Sorgato, R., Tirelli, M., Tomas, M. (1995), From Counter-paradox and the Milan model to Therapeutic conversation and the Milan Systemic approach: origin and development of the Centro Milanese della Famiglia. In: Uwe P. Gielen and A.L. Comunian (Eds), *Family and Family Therapy in International Perspective*, Marinelli, Milano (in corso di stampa).

Prata, G., Raffin, C. (1995), Coerenza e plausibilità del “gioco familiare” ipotizzato, *Psicoobiettivo*, 1, 85-104.

Ricci, C. (1981), Al di là della diade. La natura multidimensionale della comunicazione. In: Selvini Palazzoli, M., Anolli, M., Di Blasio, P., Giossi, L., Pisano, I., Ricci, C., Sacchi, M., Ugazio, V., *Sul fronte dell'organizzazione*, Feltrinelli, Milano, 215-228.

Schwartz, R., Perrotta, P. (1986), Non vendiamo interventi prima del tempo, *Ecologia della Mente*, 2, 37-52.

Selvini Palazzoli, M. (1984), Review of: Keeney, B.P., Aesthetics of Change, *Family Process*, 2, 282-284.

Selvini Palazzoli, M. (1985), The problem of the Sibling as the Referring Person, *Journal of Marital and Family Therapy*, 11, 1, 21-34.

Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., Prata, G. (1975), *Paradosso e Controparadosso*, Feltrinelli, Milano.

Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., Prata, G. (1977), La prima seduta di una terapia familiare, *Terapia Familiare*, 2, 5-13.

Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., Prata, G. (1980a), The problem of the Referring Person, *Journal of Marital and Family Therapy*, 46, 3-9.

Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., Prata, G. (1980b), Ipotizzazione, Circolarità, Neutralità: tre direttive per la conduzione della seduta, *Terapia Familiare*, 7, 7-19.

Selvini Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M., Sorrentino, A.M. (1985), L'individuo nel gioco, *Terapia Familiare*, 19, 65-73.

Selvini Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M., Sorrentino, A.M. (1988), I giochi psicotici nella famiglia, Cortina, Milano.

Selvini, M. (a cura di) (1985), *Cronaca di una ricerca*, NIS, Roma.

Selvini, M., Covini, A., Fiocchi, E., Pasquino, R. (1982), Al di là della terapia familiare: esperienza di ristrutturazione sistemica di un centro psichiatrico territoriale, *Terapia Familiare*, 12, 19-39.

Telfener, U. (1985), Gli errori in terapia familiare sistemica: uno strumento di apprendimento, *Archivio di Psicologia Neurologia e Psichiatria*, 3-4, 513-530.

Viaro, M., Fava Pilotto, A. (1979), Un approccio familiare nella terapia di consultazione, *Terapia Familiare*, 5, 21-35.

Viaro, M., Leonardi, P. (1981), Le insubordinazioni, *Terapia Familiare*, 12, 41-62.

Watzlawick, P., Weakland, J.H., Fish, R. (1974), *Change*, Astrolabio, Roma.

Weber, T., McKeever, J.L., McDaniel, S.H. (1985), A Beginner's Guide to the problem-Oriented First Family Interview, *Family Process*, 24, 357-364.

**DALLA “SCHEDE TELEFONICA”
ALLA “CARTELLA DATI”:**

**INTERVISTA STRUTTURATA PER LA SEGNALAZIONE TELEFONICA ED IL
PRIMO COLLOQUIO IN UN SERVIZIO PUBBLICO**

di

ANDREA MOSCONI

Medico, Psichiatra, Didatta del Centro Milanese di Terapia della Famiglia.
Responsabile del Servizio di Terapia Familiare e Relazionale dell'ULSS 16.

MANUELA TIRELLI

Psicologa, Psicoterapeuta della Famiglia del Servizio di Terapia Familiare e
Relazionale dell'ULSS 16.

Indirizzo: Servizio di Terapia Familiare e Relazionale USLL 16 , Via dei Colli 4, 35100
Padova

PREMESSA

Come già sottolineato nella introduzione è di grande utilità per un operatore “di prima linea” avere, nel minore tempo possibile , un quadro sufficientemente ampio del contesto in cui si è venuto a creare il problema, al fine di poter impostare le soluzioni più adatte.

In questo capitolo riportiamo l’esperienza fatta nel Servizio di Terapia Familiare dell’ULSS 16 di Padova.

LA SCHEDE TELEFONICA NELLA LETTERATURA SISTEMICA

Nella letteratura sistemica, ed in particolare dagli A.A. che si ispirano alla cosiddetta "Scuola di Milano", è stata più volte sottolineata l'importanza di una raccolta dati "relazionali" fatta da un componente dell'équipe terapeutica prima della seduta iniziale di consultazione con la famiglia.

In "Paradosso e Controparadosso", prima fondamentale pubblicazione dell'équipe di Milano, gli A.A. (M. Selvini Palazzoli, L. Boscolo, G.P. Cecchin, G. Prata, 1975) sottolineavano come la terapia avesse inizio con il primo contatto telefonico e proponevano di attuare in quella sede una rilevazione di dati, in parte anagrafici e in parte riguardanti i comportamenti analogici ormai ben nota come: "scheda telefonica". Le informazioni così raccolte venivano utilizzate come traccia per la conduzione della prima seduta in cui erano invitati tutti i conviventi del "paziente designato". Una organizzazione "minuziosa" di tali dati e una loro attenta valutazione sarebbe stata utile in tutti i casi , ma tanto più indispensabile nel lavoro terapeutico con situazioni di particolare difficoltà quali le famiglie a transazione schizofrenica.

Parimenti nell'ultimo articolo prodotto dalla medesima équipe, prima della sua divisione (Selvini, Boscolo, Cecchin, Prata; 1980), “l'ipotizzazione” , intesa come la capacità del terapeuta di fare ipotesi , "ormare" (tracking) cioè , i pattern relazionali collegandoli in modo tale da avere un quadro di insieme del funzionamento della famiglia, veniva considerata indispensabile per il costituirsi di un nuovo ordine nel sistema in terapia. Vi era , perciò , un esplicito invito a non iniziare, di norma , l'intervento familiare partendo da un livello di informazione uguale a zero. A tal fine veniva suggerito di utilizzare le informazioni raccolte durante il contatto telefonico. La formazione di alcune ipotesi relazionali , da verificarsi in un tempo successivo , avrebbe costituito così la prima fase di un processo di apprendimento per "tentativo ed errore".

Anche in una guida per terapisti familiari in formazione (Weber et al.; 1985), che riporta tecniche in uso presso terapisti ad "indirizzo strutturale"¹, la telefonata con l'utenza viene considerata come la prima fase della consulenza in quanto permetterebbe di specificare le regole del setting , di esplorare il ruolo dell'inviante , di permettere l'attività di formulazione di ipotesi da verificare successivamente, di chiarire la fase del ciclo di vita che la famiglia sta percorrendo.

Il tema dell ' uso in prima seduta dei dati riguardanti il primo contatto telefonico con un componente della famiglia ebbe poi , nel tempo , sostenitori e detrattori , come vedremo meglio più avanti .

Prima, tuttavia, di approfondire gli elementi di tale dibattito, gioverà riassumere le peculiari funzioni e aree di indagine che, nel tempo, vennero attribuite alla "scheda telefonica".

LA SCHEDA TELEFONICA E LE SUE FUNZIONI

Il parere dei diversi autori può venire schematizzato nei seguenti punti:

- 1) **Conoscere il sistema "out-there"**: Selvini Palazzoli et al. (1988) hanno precisato quanto sia importante lo studio della famiglia in questa fase; essa infatti sarebbe un sistema ancora separato da quello terapeutico, una unità "out there", ove si giocano giochi relazionali non ancora influenzati dalla terapia, la cui conoscenza permette all'équipe di formulare ipotesi sui modelli "diacronici" della famiglia "là fuori", differenti dai modelli sincronici del sistema terapeutico (terapeuta più famiglia) "qui ed ora". La nozione di sistema "out there" implicherebbe un sistema con storia (un'organizzazione con specifici pattern interattivi che, nel tempo, contribuiscono alla comparsa e al mantenimento di fenomeni indesiderati chiamati "sintomi") su cui sarebbe necessario possedere un livello adeguato di informazioni per evitare di associare le mosse dei terapeuti alla struttura di interazioni che mantiene nel sistema quel disagio per cui ha chiesto aiuto.
- 2) **Definire i confini del sistema interessato**: M. Selvini Palazzoli e coll. (1975) sottolinearono come la cartella telefonica permette all'équipe terapeutica di decidere chi convocare in seduta ma, anche, di stabilire se iniziare o meno la terapia. Inoltre, essendo "il più Complesso a Spiegare il più Semplice," sarebbe controproducente considerare prima un sistema ristretto per poi allargare, in seguito, il campo di osservazione. Ciò potrebbe produrre, facilmente, un clima di colpevolizzazione o di inchiesta giudiziaria nei nuovi convocati. In questo senso si avrebbe, quindi, un vantaggio a poter decidere in anticipo che "confini dare al sistema" coinvolto.

¹ L'indirizzo Strutturale fa riferimento alle opere di S.Minuchin. A chi volesse approfondire questo indirizzo si consiglia , oltre che al nome dell'autore , di fare riferimento alla ottima sintesi dei diversi indirizzi presenti nel movimento di terapia familiare , riportata sul : A.S. Gurman , D.P. Kniskern - Manuale di Terapia della Famiglia - Ed. Boringhieri 1995 . Torino

- 3) **Conoscere le modalità interattive disfunzionali:** Hoffman (1981), Cardinali e Guidi (1988) mettono in evidenza, in modo particolare, che poiché il Sistema tende a riproporre in terapia le proprie disfunzionali modalità interattive, cercherà di collocare i terapeuti in uno spazio funzionale ai suoi bisogni e alla sua epistemologia. Una preventiva conoscenza di tali modalità permetterà al terapeuta di non accettare un rapporto complementare a tali disfunzionali bisogni, evitando così di assumere la veste di "dottore omeostato".
- 4) **Fare emergere le mosse manipolatorie,** da parte di uno o più membri della famiglia, che cercano alleanze o flussi di comunicazioni preferenziali con il terapeuta. Nel sottolineare l'importanza di questa funzione della cartella telefonica, Ghezzi, Lerma, Martino (1984), pongono l'accento sulla possibilità per il terapeuta di evitare di colludere con i giochi disfunzionali del sistema: la conoscenza in pre-seduta di tali mosse facilita infatti un approccio del terapeuta alla famiglia più consapevole dell'eventuale rischio di perdita della neutralità, ciò che condurrebbe o ad una amplificazione del sintomo o ad un precoce drop-out.
- 5) **Evitare in prima seduta che la famiglia viva un momento tedioso e burocratico.**
L'uso del mezzo telefonico permetterebbe di raccogliere agevolmente queste informazioni in quanto proprio chi telefona (il richiedente) è spesso uno dei membri della famiglia più interessati alla terapia, ovviamente per scopi conseguenti ad un proprio modo di vedere la situazione, ed è, quindi, più collaborativo e paziente.
- 6) **Introdurre la famiglia alle regole del setting terapeutico.** Poiché non può essere dimenticato che il flusso di informazioni è comunque bidirezionale (terapeuta vs utente e utente vs terapeuta), vengono comunicate in questa occasione di interazione terapeuta-sistema familiare, in forma esplicita, le modalità del setting terapeutico ed, in forma implicita, le "regole" del gioco terapeutico (Viaro Leonardi, 1982; Di Blasio, et al., 1986). La prima raccolta dati viene utilizzata, allora, come un primo passo del processo di "training" della famiglia alle regole che sottostanno alla conversazione terapeutica in seduta: prima di tutto quella della direttività dei terapeuti. Sono questi ultimi, infatti, che definiscono la propria posizione "one-up" ponendo come "conditio sine qua non" alla seduta familiare un primo contatto destinato alla compilazione della scheda dati relazionali e che comunicano la regola della direttività, ovvero che essi possiedono il diritto esclusivo di decidere ciò di cui si parla.

LA SCHEDA TELEFONICA: AREE D'INDAGINE

Si tratta, in pratica, di una traccia utile a costruire un colloquio (intervista) semistrutturato che permette al terapeuta di influenzare il flusso di informazioni senza lasciarsi trasportare dall'utente che spesso ripropone un modello di comunicazione costituito da informazioni

"congelate" e di poca utilità per la curiosità del terapeuta (Selvini, Bscolo, Cecchin, Prata, 1977; Di Blasio, et al., 1986).

Emergono, dall'esame della letteratura e dalla pratica clinica, alcune aree di indagine ridondanti e peculiari che, in pratica, vengono considerate il primo passo del programma terapeutico. Si ipotizza che, in tale modo, la prima seduta, privata così del compito di raccolta dei dati di base, potrà essere, grazie alle domande circolari e ipotizzanti, più facilmente una esperienza di elevata intensità emotiva.

La scheda abitualmente comprende sostanzialmente tutte , o quasi , le aree citate nella introduzione . Le elenchiamo brevemente , rinviando il lettore più sopra per un loro approfondimento.

1) **Informazioni Anagrafiche:** la scheda telefonica richiede la compilazione di alcune voci che riguardano un insieme di variabili per l'identificazione della famiglia, implicite nel Titolo di questo paragrafo. Giova piuttosto ricordare che questa area appare più o meno estesa a seconda del contesto in cui viene compilata. Gli esempi riportati in letteratura sembrano includere dal solo cognome, indirizzo e numero telefonico a tutto un insieme di dati quali: ULSS, regione, distretto, ambulatorio, etc.

2) **L'Inviante o Committente.** Molto si è detto e scritto in proposito, attribuendovi, a volte, forse soverchia importanza. In particolare è stata approfondita l'analisi su due versanti:

a. *Rapporto Inviante-Terapeuta*, soprattutto per ciò che riguarda:

- il contesto in cui si svolge l'invio (rapporto tra privati, privato-pubblico, o viceversa, rapporto tra Servizi) per gli eventuali significati impliciti;
- la stima reciproca,
- la chiarezza e la specificità dell'invio (vedi il cosiddetto "invio con l'elastico").

b. *Il rapporto Inviante-Utenza.* Quest'ultimo può presentare qualche problema se, ad esempio, l'inviante si è lasciato "cooptare" dalla famiglia. Egli, prima affascinato dall'impresa terapeutica, può passare da sentimenti di onnipotenza ad una successiva esasperazione impotente. La famiglia inviata da persona così invischiata "obbedisce" ma si reca alla terapia senza la sufficiente motivazione (Selvini, Boscolo, Cecchin, Prata; 1980). Per comprendere comunque il significato dell'invio in generale sono state ritenute importanti una serie di domande, come ad esempio:

- chi ha contattato l'inviante,
- cosa ha detto l'inviante del problema e perchè ha consigliato una terapia familiare,
- cosa ha capito l'inviante del problema,
- se l'inviante sta chiedendo una terapia o una consultazione,
- se la famiglia dovrà tornare a riferire sui colloqui.

Nel caso in cui i terapeuti pensino di aver individuato un inviante "sospetto" (coinvolto nel problema), potranno invitarlo alla prima seduta assieme alla famiglia (A. Mosconi, 1991).

In ogni caso viene consigliato di raccogliere tutte le informazioni utili per comunicare, eventualmente, con l'inviante sul procedere della terapia/consultazione familiare (Weber, McKeever e McDaniel, 1985).

3) **La composizione del nucleo familiare.** Indispensabile ovviamente, l'identificazione dei membri conviventi con il "paziente designato" e delle altre persone coinvolte nel problema, al fine di poter decidere quale sistema convocare in prima seduta (Burbatti e Formenti, 1985). La valutazione del numero dei componenti del sistema, ovvero della delimitazione dei confini del sistema, è un compito delicato.

Come detto più sopra, un allargamento del campo di indagine, successivo alla prima seduta, potrebbe essere vissuto dall'utente come un atto di colpevolizzazione e procurare ostilità (Di Blasio et al., 1986). Brevi informazioni socio-anagrafiche di base su ognuno dei componenti la famiglia (Titolo di studio, lavoro ecc...) e note sulle relazioni dei membri del sistema nucleare o, se necessario, sulla famiglia estesa, sono suggerite come utili per tracciare una prima mappa del sistema che diverrà uno strumento nel processo iniziale di ricostruzione della realtà comunicata dall'utente.

4) **Il problema.** Viene suggerito di sollecitare descrizioni di fatti e comportamenti, scoraggiando il dilungarsi sulle impressioni personali dell'interlocutore. Tradizionalmente oggetto della curiosità del terapeuta è la cronologia del sintomo, la sua frequenza, i suoi effetti pragmatici: "let the kalendar speak" come raccomanda Bowen (Selvini et al., 1988).

La descrizione dell'ultimo episodio critico e la storia dei tentativi di soluzione già effettuati, possono illuminare sul gioco sottostante al comportamento patologico. Eventuali terapie in atto, specie se farmacologiche, vengono sempre esplicitamente confermate e sostenute.

Terminata la compilazione della scheda in generale, al terapeuta, solitamente, viene consigliato di accordarsi sulla data della prima seduta, indicando quali componenti del sistema familiare sono invitati a parteciparvi, in genere tutti i conviventi, e fornire alcune informazioni sul setting, équipe terapeutica, specchio unidirezionale, eventuale presenza di videoregistrazione.

Se permane qualche dubbio da parte degli utenti circa il setting, si può rinviare ad un colloquio o ad un successivo appuntamento telefonico, perché essi possano riflettere e per poterne discutere in équipe.

IL DIBATTITO SULLA "SCHEDE TELEFONICA": INDIRIZZO STRATEGICO-FENOMENOLOGICO E CONVERSAZIONALE- COSTRUTTIVISTA.

Attorno al tema della Scheda Telefonica ed al suo utilizzo si è fatto , come si diceva più sopra , un gran discutere. Negli ultimi anni , infatti , con lo svilupparsi di un orientamento terapeutico che si ispira alla seconda cibernetica, i terapisti sistemici si sono mossi fondamentalmente in due direzioni: da una parte i terapisti "orientati alla famiglia", che si sono prefissi di individuare le regole generali che organizzano e guidano i giochi familiari e i relativi meccanismi patogeni e dall'altra i terapisti "orientati alla terapia", interessati piuttosto ad approfondire la relazione terapeutica, partendo dall' ipotesi che nulla può essere dato come assodato e definitivamente conosciuto se non all'interno di una relazione .

Pur nella considerazione dell'esistenza di diversi indirizzi e posizioni nel continuum suddetto definiamo, allora, concordando con Di Nicola (1984), Strategico/Fenomenologica la corrente che raccoglie i terapisti "orientati alla famiglia" e Conversazionale/Costruttivista la corrente cui fanno riferimento i terapisti "orientati alla terapia" (A. Mosconi e coll., 1992).

In relazione alle prime fasi della terapia e , cosa che più ci interessa in questa sede , all'uso della "scheda telefonica", essi sembrano mostrare cospicue differenze.

a. **La corrente Strategico-Fenomenologica.** I terapisti che aderiscono a tale impostazione ritengono, in generale, utile operare mediante un' ipotesi sul gioco familiare che integri, strettamente, i dati emergenti dalla storia familiare con l'agire nel presente (Di Blasio, 1986; Prata G.,1995; Selvini Palazzoli M. e coll.,1988).

Essi contemplano , percoè , le seguenti fasi preliminari alla terapia:

1. un approfondito colloquio telefonico con un componente della famiglia;
2. la pre-seduta: che prevede una discussione d'équipe volta a formulare una traccia dei temi strategicamente più utili nella seduta;
3. un inizio della seduta programmato e formulato strategicamente sulle ipotesi elaborate in base ai dati raccolti con la "scheda telefonica".

Tale scheda appare , perciò, uno strumento fondamentale e centrale di tale indirizzo, e con essa il terapeuta comunica che a lui servono alcune notizie, in qualche modo oggettive, cioè indipendenti dal punto di vista dell'interlocutore.

A partire da essa il terapeuta strategico mira ad effettuare ristrutturazioni e a creare connessioni via via sempre più esplicite verso la scelta di una ipotesi sul funzionamento della famiglia o sulla particolare modalità interattiva che ha originato il sintomo, per poter individuare gli interventi "strategicamente" utili a modificare la situazione disfunzionale.

A tale posizione furono fatte alcune obiezioni. Secondo alcuni autori, infatti, seppure l'osservazione di un sistema quando minore è l'interferenza dei terapeuti risulti utile,

appare artificiale pensare che essa non venga ad influenzare le informazioni raccolte , come se l'iniziale interazione telefonica non fosse già l'inizio di una relazione di grande importanza . Poichè questa separazione poneva qualche dubbio , il problema venne affrontato dall'équipe guidata dalla Prof.ssa Selvini Palazzoli che propose alcuni rimedi alla compromissione dell'osservatore (Selvini Palazzoli et al., 1988). Più in specifico, per quanto riguardava la prima raccolta dati, questa équipe propose di far compilare la scheda telefonica sempre dallo stesso terapeuta proprio per garantire la correttezza e la coerenza metodologica (Di Blasio et al., 1986). In questo modo si cercava di mantenere costante una variabile, che, in ogni caso, non poteva non comunicare con il sistema osservato (A. Mosconi et al. , 1991).

b. **La corrente Conversazionale-Costruttivista.** Secondo questa impostazione le "ipotesi" valgono per l' "utilità" che possono avere nel costruire la relazione con la famiglia (Cecchin G.F., 1987). I terapisti che vi aderiscono ritengono , quindi , preminente ciò che si va creando nell'"hic et nunc" del rapporto terapeutico. In relazione a ciò essi preferiscono impostare il contatto con la famiglia secondo le fasi seguenti:

1. assumere al telefono alcuni dati generali (cognome, motivo della chiamata, inviante),
2. ingresso in seduta e conoscenza del problema direttamente dalla famiglia.

Nella conversazione si esprime un integrarsi "armonico" tra l'agire terapeutico e le aspettative della famiglia.

La struttura della conversazione si articola secondo alcune direttive metodologiche che assumono come dati fondanti per le ipotesi soprattutto le osservazioni effettuate dal terapeuta sui comportamenti verbali e non verbali, sui sentimenti e le emozioni espresse nel corso della seduta..

A partire da esse il terapeuta orienta la conversazione soprattutto su differenze di tempo (da quanto tempo?), di luogo (dove di più?), di relazione (con chi?) e la struttura stessa della conversazione viene sfruttata ai fini del cambiamento, a prescindere, talora, dagli stessi contenuti.

Una esplicita attività ipotizzante offerta al sistema come "punto di vista" del terapeuta su cui confrontarsi serve ad iniziare un nuovo modulo conversativo.

Il terapeuta presenta la propria idea sul funzionamento della famiglia non come una conoscenza acquisita ma, piuttosto, come il proprio punto di vista, risultato di un interesse "curioso", che permette insieme alla famiglia la co-costruzione dalla realtà terapeutica (Cecchin G.F., 1987).

Egli comunica, come per il modello strategico, che non è interessato solo al sintomo ma, in modo privilegiato, all'atmosfera familiare soprattutto in riferimento ai fatti critici, cioè a quegli eventi che la stessa famiglia presenta come vissuti in modo problematico. Punto focale dell'interesse terapeutico sono, tuttavia, i sentimenti, le emozioni, gli atteggiamenti piuttosto che le "notizie oggettive".

Emerge così una posizione terapeutica che potrebbe essere definita " debole ", in quanto atteggiamento duttile e flessibile, con cui il terapeuta si mostra disponibile a tener conto

soprattutto di quanto emerge dalla relazione in corso piuttosto che dalla "oggettiva" conoscenza del sistema.

Si può ben dedurre che, in questo caso, la "scheda telefonica" rivesta un'importanza minore.

Due modi di impostare la seduta e l'uso del primo contatto telefonico molto diversi e, forse, apparentemente incompatibili.

Ma è poi proprio così? Se entrambe queste modalità hanno condotto a buoni risultati terapeutici, il problema, forse, non è affrontabile in termini di vero o falso. Le ipotesi, a nostro avviso, vanno quindi fatte ad un altro livello.

L'ESPERIENZA DEL SERVIZIO DI TERAPIA FAMILIARE E RELAZIONALE DELL'ULSS 16 DI PADOVA

Il Servizio di Terapia Familiare e Relazionale dell'ULSS 16 è sorto nel 1986 come Centro di Terapia Familiare e di ricerca sull'applicazione dell' Ottica Sistemica nei servizi pubblici. vi operano quattro terapeuti con una consolidata formazione effettuata presso la "Scuola di Milano". Il Servizio è sorto come un servizio di terzo livello, con possibilità di accesso diretto da parte dell'utenza, ma anche con finalità di consulenza agli operatori sociali e sanitari del territorio.

Sulla modalità del primo contatto con la famiglia, all'inizio dell'attività, tra i terapeuti si fronteggiavano diverse posizioni. Negli scritti degli autori da noi esaminati avevamo rilevato motivate riserve sulla praticabilità della scheda telefonica nei servizi pubblici.

L'accento veniva messo, soprattutto, sulla genericità della domanda di intervento. Quando, infatti, non vi era richiesta specifica di terapia familiare un approccio troppo definito e connotato rischiava di sfidare la cultura dell'utente. Veniva così raccomandata particolare attenzione ad adeguare le tecniche utilizzate in relazione al livello del servizio in cui era situata l'équipe (livello di base o livello specialistico), e veniva consigliata una grande elasticità sulle regole del setting consulenziale o terapeutico. Spesso inoltre per ragioni organizzative, questo primo contatto non poteva essere attuato dai terapeuti, ma veniva affidato ad altre figure professionali (Selvini M., e coll., 1982). Oltre, quindi, alle perplessità derivanti da tali considerazioni, all'interno dell'équipe si riflettevano gli elementi del più ampio dibattito tra strategici e conversazionalisti cui si é fatto cenno più sopra.

Una parte dell'équipe sosteneva si dovesse limitare il primo colloquio alla raccolta di pochi dati essenziali, destinando così la prima seduta al completamento delle informazioni; un'altra parte dell'équipe, invece, sosteneva la necessità di effettuare un primo colloquio telefonico più complesso.

Si scelse, allora, di sperimentare per i primi anni di attività entrambe le modalità, distinguendo la SCHEDA DATI BASE dalla CARTELLA DATI. La scheda dati base comprendeva: dati identificativi del sistema, nome e qualifica dell'inviante e una sintetica descrizione del problema.

Questa scheda dati base si concludeva con l'invito standard alla prima seduta per tutti i componenti la famiglia interessati al trattamento.

La cartella dati, invece, comprendeva, per esteso, tutte le aree di indagine su esposte: dati di riferimento del sistema, notizie sull'inviante (qualifica, indirizzo), motivazioni dell'invio, rapporto e coinvolgimento con la famiglia, composizione della famiglia nucleare (conviventi e non), descrizione del problema e sua cronologia, cure fatte e in corso, percezione del problema da parte di tutto il sistema, disponibilità al trattamento. La telefonata si concludeva con una richiesta di nuovo contatto nel quale, dopo una discussione, si sarebbe fissata una seduta per tutta la famiglia.

Nel tempo andammo a verificare, metodicamente, le difficoltà che si venivano a creare in un caso e nell'altro. Le impressioni che ne traemmo furono molte. Non vi erano, ad esempio, significative differenze nell'andamento e nella durata delle terapie tra il gruppo di famiglie con cui era stata sperimentata la prima modalità di approccio e quella con cui era stata sperimentata la seconda.

Tuttavia la SCHEDA DATI appariva lo strumento più idoneo ad accogliere la "domanda" di una utenza indefinita e con invii per generici interventi psicoterapeutici, quale era quella che si rivolgeva, soprattutto inizialmente, al servizio. In quel periodo, infatti, gli invii avvenivano ai terapeuti personalmente piuttosto che ad una specifica attività di terapia familiare e pertanto, la richiesta al telefono di informazioni approfondite, da parte di operatori diversi da quello cui era stato fatto l'invio suscitava nell'interlocutore resistenze e talora espliciti rifiuti e nel contesto più ampio, cui il servizio appartiene (colleghi, invianti, centralinisti) perplessità, incomprensioni, disservizi.

Altro aspetto a favore di questo semplificato mezzo, appariva la possibilità di assicurare la neutralità del terapeuta fin dal primo contatto con la famiglia; la scheda dati infatti, compilata da personale di segreteria o da operatori diversi dal terapeuta, impediva la formazione di rapporti preferenziali con un solo membro del sistema.

Questo aspetto appariva particolarmente importante, avendo a che fare con richieste generiche, spesso confuse, che invece molto più utilmente potevano venire approfondite nel corso della prima seduta, alla presenza di tutta la famiglia.

Essa, quindi, appariva un mezzo indefinito, neutro e pertanto particolarmente appropriato a contesti operativi indefiniti, o a servizi di base (primo livello), o a centri pubblici di terapia familiare in cui è ancora precario ed indefinito il rapporto con il macrosistema di riferimento.

La CARTELLA DATI, invece, veniva considerata, anche dall'utenza, come momento interno al processo terapeutico e poteva essere utilizzata purchè ad effettuarla fosse un terapeuta o un altro professionista con una formazione adeguata, il quale si presentava all'interlocutore sapendo definire in modo competente la propria posizione nel servizio, gli scopi e le finalità dello strumento che proponeva, in rapporto alla terapia. Abbiamo constatato infatti, che se chi effettuava il colloquio fin dall'inizio, si definiva con chiarezza, non si generavano particolari resistenze o rifiuti o drop-out nella famiglia se non quelli riferibili tradizionalmente a "cattivi invii". Essa quindi offriva l'opportunità di utilizzare al meglio la telefonata, per definire la domanda.

L'analisi dell'esperienza mostrava che un Servizio di Terapia Familiare pubblico, con una struttura stabile e riconosciuta, può affermare proprie prassi specifiche ed originali, non

temendo, con ciò, la perdita di utenza o un rapporto di dannosa simmetria con i colleghi, purchè sappia definirsi come specialistico e competente.

La richiesta di informazioni, anche se al telefono, sul sistema familiare appare allora, congruente con una terapia già definita come "familiare".

In conclusione l'esperienza ci suggeriva, quindi, che la scelta del tipo di strumento per la prima raccolta dati appariva sostanzialmente legata a fattori estrinseci al mezzo stesso, quali:

- il livello di organizzazione del servizio o dell'équipe,
- il suo rapporto con il contesto più ampio,
- il suo livello di prestigio,
- la sua efficacia nel definirsi.

Tutti elementi che si riferiscono sostanzialmente al rapporto con il contesto di riferimento.

Al di là di tutto ciò quello che ci sembrava assumere importanza fondamentale era l'ultimo dei punti succitati.

Esso sembra essere, tuttavia, in relazione più con la capacità del terapeuta e/o dell'operatore di essere coerente con la propria prassi di intervento .

Si tornava, in tal modo, al dibattito sulla teoria di riferimento del terapeuta , ma con alcune utili osservazioni in più.

Seguendo e rivedendo con l'équipe le diverse terapie condotte nell'uno e nell'altro modo, l'impressione che si rilevava era che pur agendo a livelli diversi, l'uno nell'attivare e orientare le relazioni, l'altro nel dirigerle verso le "zone più calde e significative" della vita del sistema, le terapie presentavano anche significative analogie.

Nelle prime sedute ,ad esempio , tendevano ad emergere un insieme di informazioni riguardanti sostanzialmente alcuni temi "cruciali" quali:

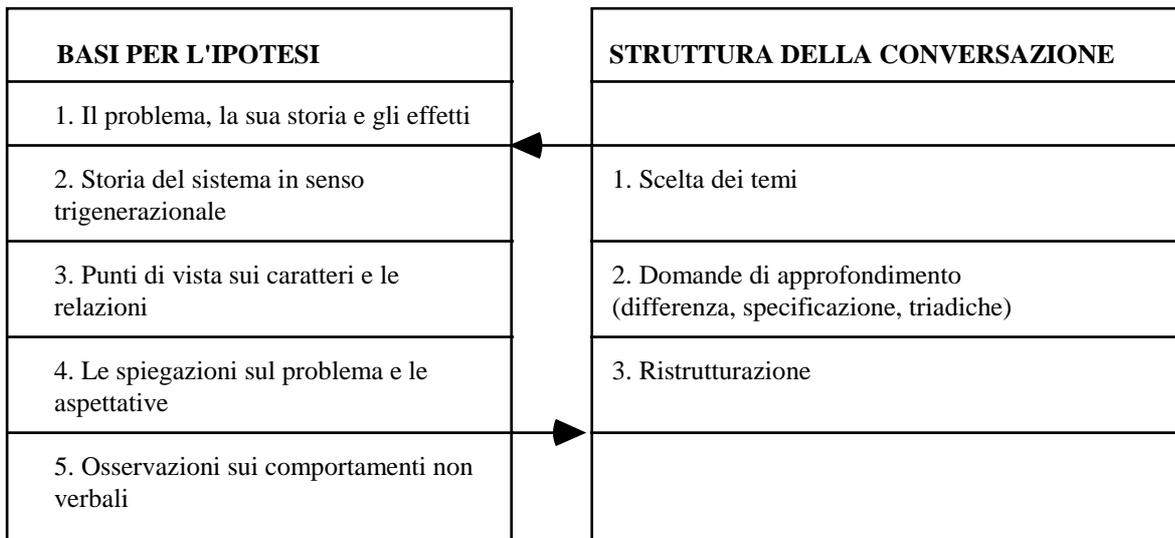
- a. il sintomo, la sua storia e i suoi effetti sulle relazioni familiari nel tempo,
- b. elementi più o meno approfonditi della storia della famiglia nucleare e delle famiglie estese,
- c. punti di vista sui caratteri individuali, le relazioni e le aspettative,
- d. osservazioni sui comportamenti non verbali.

Tali aree di indagine sembravano ,quindi , essere, comunque, dei "pilastri" indispensabili per la formulazione delle ipotesi utili ad instaurare una relazione con la famiglia.

In pratica è come se, nell'arco delle prime sedute, tutti i terapeuti avessero finito con il seguire un "canovaccio" comune che seguiva i temi della "cartella dati standard".

L'impressione fu inoltre che anche là dove il terapeuta non aveva un suo prestabilito "canovaccio" era la famiglia che in risposta alle domande : "come, quando, con chi di più, dove, ecc..." (A.Mosconi et al., 1996) raccontava la propria storia e parlava delle proprie osservazioni fornendo elementi concernenti le "basi" per le ipotesi.

Ora da un lato tutto ciò ci pare evidente e coerente con la struttura "narrativa" della mente, più volte sottolineata da molti autori, dall'altro questo ci suggerisce l'idea della circolarità esistente tra struttura della conversazione in seduta e informazioni base per le ipotesi. Per maggiore chiarezza proponiamo lo schema seguente:



Ma per meglio discutere tali ipotesi sarà necessario proporre una distinzione tra NOTIZIA e DATO.

DISTINZIONE TRA NOTIZIA E DATO PER UN'IPOTESI SISTEMICA.

Definiamo "Notizia" qualsiasi delle possibili informazioni fornite dalla famiglia con valore di generica comunicazione mentre consideriamo "Dato" utile per la formulazione di ipotesi, il punto di incontro condiviso di tre punti di vista, terapeuta-famiglia-paziente. Il "dato" viene utilizzato da tutti e tre come "mattoncino" per costruire le proprie ipotesi. All'interno dell'ottica sistemica vengono comunemente considerati "dati" alcuni eventi significativi della storia della famiglia, che per il terapeuta rappresentano punti di cambiamento in cui il sistema per vivere ha dovuto o voluto prendere decisioni significative, cioè cariche di conseguenze a più livelli, cognitivi, personali, economici e di politica familiare. Poiché le conseguenze di tali eventi portano a modificazioni riscontrabili nel tempo, nello spazio, nel numero di elementi possiamo considerare, in questo senso, il dato un elemento "intersoggettivo". Tali eventi divengono, così, gli indicatori di come la famiglia ha operato le proprie scelte. Il loro rilevamento nel tempo in senso diacronico e la connessione tra di essi può, quindi, ben fornire il materiale per la elaborazione di ipotesi sulla struttura e l'organizzazione del sistema stesso. L'ipotesi connette, quindi, i dati in strutture di significato secondo le linee interpretative tracciate dalla teoria dei sistemi.

Essa si fonda su due premesse:

- un sistema nasce quando due elementi si incontrano e interagiscono (per la famiglia il matrimonio),

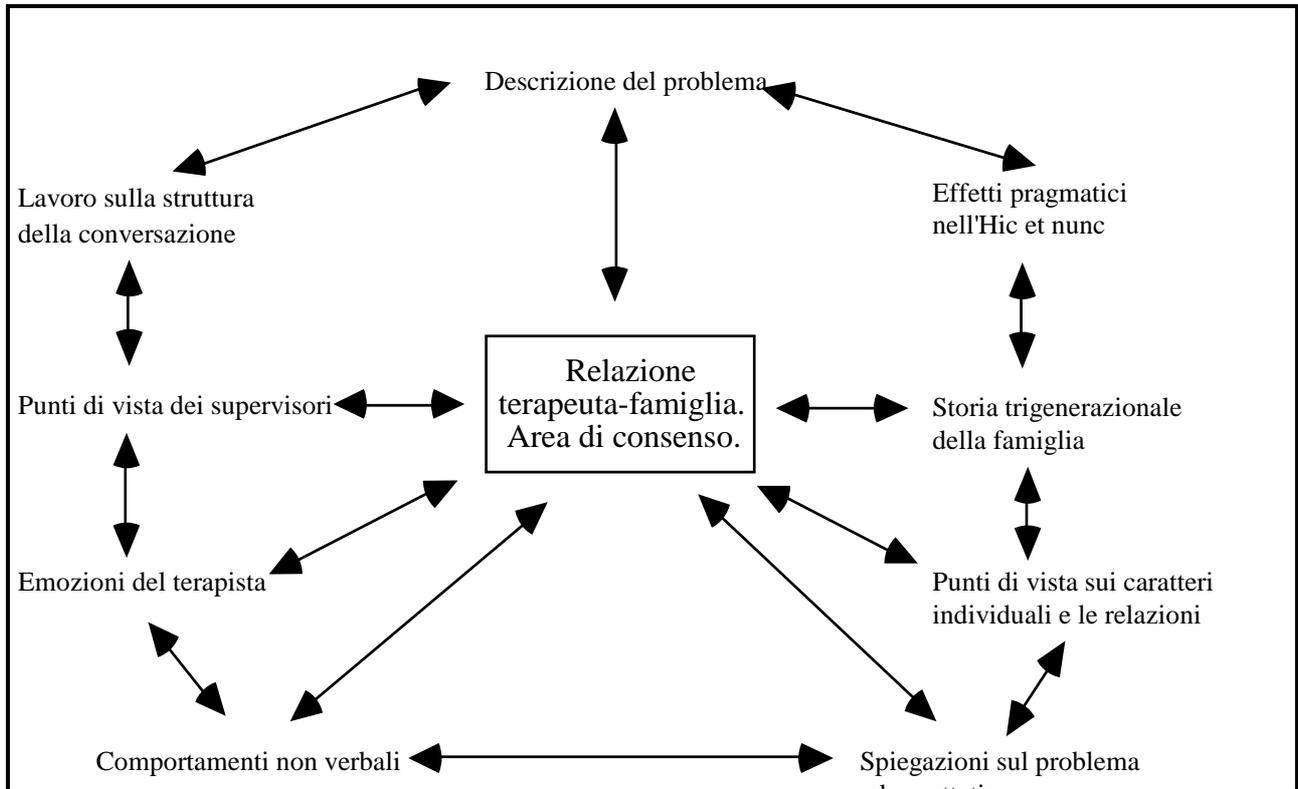
- un sistema subisce inevitabili modificazioni per l'entrata o l'uscita di uno o più elementi. Tali modificazioni coinvolgono i livelli biologici (nascite, morti, etc., adolescenza, giovinezza, fidanzamenti, etc.), producendo cambiamenti strutturali e/o organizzativi.

Questa concezione di dato, a nostro avviso, è condivisa all'interno dell'ottica sistemica e rappresenta il bagaglio di informazioni imprescindibile da cui ogni terapeuta parte per le sue ipotesi sul sistema ma, cosa ancora più interessante, sembra determinare anche il modo con cui la famiglia descrive la propria storia. In un caso e/o nell'altro, quindi, come detto più sopra, queste informazioni possono risultare centrali. La differenza tra i terapeuti si riferisce piuttosto alla sede e al momento in cui ottenere tali informazioni (al telefono o nelle prime sedute).

Il dibattito tra strategia e conversazione potrebbe in tal modo, cambiare di livello nel senso che ci sarebbero **MODI DIVERSI PER APPROCCIARE UN'UNICA REALTÀ: "LA COSTRUZIONE DI UN'AREA DI CONSENSO CONDIVISIBILE TRA TERAPEUTA E FAMIGLIA SULLA BASE DI NOTIZIE DATI SIGNIFICATIVI"**.

Lo schema della interazione in seduta potrebbe quindi modificarsi come segue.

COSTRUZIONE DELLA RELAZIONE TERAPEUTA-FAMIGLIA



Tutti i livelli potrebbero cioè venire utilizzati dal terapeuta in un gioco continuo in cui l'uno rinvierebbe all'altro. Il terapeuta potrebbe e dovrebbe così scegliere di volta in volta, a seconda delle situazioni e della sua relazione con la famiglia nell'hic et nunc e delle sue convinzioni e caratteristiche soggettive, da dove partire.

Tutta la conversazione verrebbe a costruirsi attorno ai DATI cui abbiamo fatto cenno, che assumerebbero di fatto il valore di elementi costitutivi dell'area di consenso con la famiglia. Tra l'altro il mantenersi aderenti a tali aree tematiche permetterebbe di entrare in modo più coerente nel mondo e nel linguaggio della famiglia, o, come altri dicono, nella sua "storia". Tutto ciò offrirebbe poi dei vantaggi in relazione alla plausibilità e coerenza delle ipotesi (V. Ugazio, 1984; A. Mosconi, 1994; G. Prata, 1995).

E' in questa ottica che abbiamo ritenuto che valesse la pena di riprendere il tema della Scheda Telefonica per riproporla come "Cartella Dati".

Pur raccogliendoli nel modo più agevole, al telefono o nelle prime sedute, il ritenerli in forma "standardizzata e completa" offre, a nostro avviso, alcuni vantaggi sia nell'aver una traccia sia per la costruzione delle ipotesi che, cosa ancora più importante, per l'archiviazione, la ricerca e la confrontabilità dei dati stessi.

LA CARTELLA DATI

Elaborata in modo che possa essere, anche, inserita nel sistema informativo generale della ULSS, la cartella dati è strutturata come un insieme di quadri monotematici, in modo da essere uno strumento molto elastico, che consente anche eventuali variazioni del livello di approfondimento nella raccolta dei dati “ad usum” del terapeuta. Ogni informazione è raccolta sia in maniera descrittiva, che in maniera codificata per consentire l'uso delle cartelle sia come materiale cartaceo, sia per l'inserimento dati al computer e l'incrocio di alcune variabili. La cartella, come già detto, ha due diversi e fondamentali utilizzi: da un lato, in senso clinico, offre al terapeuta una fotografia del sistema, indipendente da punti di vista ed opinioni dell'interlocutore e/o una traccia per la conversazione; dall'altro viene utilizzata anche a scopo di ricerca. In particolare l'interesse è divisibile in due filoni: 1) il confronto tra il percorso terapeutico, la fine delle terapie e le catamnesi; 2) le variabili che possono essere connesse con l'insorgenza del sintomo e con il cambiamento in terapia. Riprenderemo comunque alla fine del capitolo questo argomento, dopo aver descritto la struttura della cartella dati.

La cartella è composta da sei moduli.

Essi seguono, specificandole e approfondendole, le aree di indagine della scheda telefonica. Ognuno di essi contiene nella parte inferiore la legenda e le istruzioni per la codifica delle informazioni avute. Si è preferita questa formulazione rispetto all'inserimento della legenda nel testo in quanto alcune di esse sono ripetute ed, inoltre, è sembrato che, in tal modo, il testo fosse più leggibile.

Il desiderio, infatti, è quello di tenere una via di mezzo tra una sufficiente completezza delle informazioni essenziali e l'agilità del mezzo usato.

Il completamento della cartella richiede, se fatto in una sola intervista, circa venti minuti. La codifica, solitamente, viene fatta a parte e dopo avere completato la cartella dati.

1) Dati Anagrafici

Il primo quadro contiene i dati generali di identificazione della famiglia.

In generale il riferimento è fatto al capo-famiglia. Nel caso di coppie separate, nelle quali un figlio presenti problemi, sarà il genitore convivente o che ha in affidamento i figli.

Lavorando noi in contesto pubblico, con afferenze anche ad altre Regioni sono stati aggiunti anche i dati della ULSS e Regione, che verranno poi ripresi nella schede individuali.

Nel riquadro sottostante viene registrata *Tipo, Modalità e Data di contatto*. La cartella dati, infatti, è predisposta per venire ricompilata a fine terapia e in sede catamnestica. Dalla concezione di “dato” esposta più sopra, infatti, se ne deduce che una modificazione dell'assetto relazionale della famiglia potrà essere segnalato da una modificazione delle variabili anagrafiche, sociali e sanitarie prese in considerazione.

Il nome e la qualifica del compilatore permetteranno al terapeuta, che quasi sempre è un altro operatore, di richiedere eventuali informazioni poco chiare.

Seguono poi, nella parte inferiore i numeri di archiviazione della cartella e il nome del terapeuta. Questo facilita la discussione dei casi in équipe.

A piè pagina, come detto, le istruzioni per la compilazione.

2) Dati anagrafici, sociali e sanitari individuali

Questo modulo è, forse, il più complesso. Ne avevamo studiato diverse forme, ed attualmente stiamo provando questa che per il momento sembra essere la più sintetica.

Esso è tenuto staccato dal resto della cartella, che si presenta invece come un foglio continuo, per due motivi:

a) Va compilato per ogni componente del nucleo familiare e, quindi, è in numero variabile, secondo le dimensioni del nucleo stesso.

b) Essendo noi inseriti in un insieme di servizi più ampio, esso può essere compilato in forma singola dai colleghi che vedono il paziente individualmente. Se, poi, verrà fatto un invio in Terapia Familiare, verrà inserito nella cartella più ampia con il completamento delle altre schede.

Nella parte superiore sono segnalati i dati relativi alla posizione occupata nella famiglia (grado di parentela, ordine generazionale, ecc...) e se si tratta del paziente designato. Seguono dati sanitari, le notizie relative alle condizioni sociali (stato civile, titolo di studio, ecc...) sono completate dalla data di conseguimento di ognuna di esse. Lo stesso si farà con i dati relativi alle eventuali patologie psichiche ed organiche pregresse e attuali. Queste sono comprensive di codifica (secondo il DSM o l'ICD) e delle date degli interventi fatti. Tutto ciò permetterà, poi, l'incrocio dei dati secondo il metodo delle "cronologie parallele" (A. Mosconi e coll., 1996).

La legenda relativa al modulo 2 è piuttosto ampia e serve anche alla compilazione di parti degli altri moduli. Essa va, quindi, letta con maggiore attenzione .

3) Il Committente (o Inviante) e il Segnalante

In questo modulo sono riunite, classicamente, le informazioni identificative dell'Inviante e del familiare che contatta il Servizio, con l'aggiunta di alcune note relative alla relazione con il paziente ed all'atteggiamento relativo all'invio o alla richiesta. In più vi è solo la possibilità di ritenere le informazioni in forma codificata.

4) Nucleo Familiare Convivente

Questo modulo permette al terapeuta di avere una visione sintetica del nucleo familiare convivente e/o non. In questo modulo possono essere riportate anche alcune delle notizie anagrafiche presenti negli altri moduli, al fine di avere un quadro di insieme. Vi è, poi, uno spazio per la mappa familiare, nonché la possibilità di codificare le fasi del ciclo vitale. Esse sono state modificate, scandendole, sulla età scolare dei figli.

5) Il Problema

Questo modulo è descrittivo. In esso vengono raccolte le informazioni relative, si direbbe, alla storia del problema e ai suoi effetti pragmatici sulla famiglia. Alcune domande di specificazione completano il quadro. Per questo modulo vale quanto detto più sopra, parlando della scheda telefonica.

Vengono aggiunte solo alcune possibilità di codifica, ad esempio, dei tentativi terapeutici effettuati e dell'atteggiamento dei familiari nei confronti dell'invio.

6) Scheda sintesi

Questo è il modulo più utile ai fini della verifica del processo terapeutico. In esso infatti viene evidenziato il problema portato dal sistema, rispetto al quale viene fatta, all'inizio della terapia, una diagnosi sui cinque assi utilizzando i criteri del DSM. Per tale diagnosi si utilizzerà quanto emerge dal Modulo 5 (problema), unitamente alle due sedute di consultazione. Essa viene poi riscritta alla fine della terapia, e a distanza di un anno, in fase catamnestica. Un altro quadro permette inoltre di evidenziare le fasi e i tempi della terapia: in particolare viene segnato il tempo del primo contatto, quello della fase di consultazione e quello della fase terapeutica vera e propria. Inoltre viene evidenziata la chiusura, sia segnalando dopo quante sedute si è conclusa la terapia, sia evidenziando il modo in cui è avvenuta la chiusura, se cioè è stata una fine co-costruita nel sistema, se si è invece trattato di una "sospensione" strategica, di un drop-out.

Si può avere così un quadro di insieme facile e di veloce consultazione. Queste schede vengono anche raccolte in copia in un archivio cartaceo, suddiviso per diagnosi. Tutto ciò facilita ricerche su gruppi di problemi simili.

Che dire di più? Non molto; sappiamo di addentrarci in un campo che necessita di moltissime messe a punto.

Esponiamo di seguito, la CARTELLA DATI.

RIASSUNTO

Gli autori presentano una rielaborazione del concetto, classico, della *Scheda Telefonica* in *Cartella Dati*. Viene discusso il concetto di dato come "vincolo" utile a costruire un'area consensuale con la famiglia. Viene esaminato tale concetto all'interno della corrente Strategica e conversazionale. Viene evidenziata, comunque, l'utilità di ritenere delle informazioni in forma codificata anche e soprattutto per motivi di ricerca.

Parole chiave: *Scheda Telefonica - Cartella Dati- Terapia Familiare*

BIBLIOGRAFIA

Anolli, L., Sbattella, F. (1985), Analisi della comunicazione analogica nel fenomeno delle insubordinazioni, *Terapia Familiare*, 17, 5-19.

Bettinelli, S., Bianchi, B., Quaroni, E., Ricciardelli, S., Schinco, M. (1987), Un tentativo di formalizzare il processo di ipotizzazione. In: Molinari, E., Mosconi, A., *Il processo terapeutico nell'approccio sistemico: l'interazione tra sistema osservato e sistema osservatore*, Unicopli, Milano, 98-106.

- Burbatti, G., Formenti, L.** (1985), *La famiglia e il suo modello*, Franco Angeli, Milano.
- Cardinali, F., Guidi, G.** (1988), Supervisione e terapia. Due processi paralleli. La relazione di supervisione: analisi delle collusività, *Terapia Familiare*, 26, 5-18.
- Cecchin, G.F.** (1995), La costruzione di possibilità terapeutiche, *Terapia Familiare*, 41, 35-45.
- Cecchin, G.F.** (1987), Hypothesizing, Circularity and Neutrality Revisited: an Invitation to curiosity, *Family Process*, vol. 26, 405-414.
- Ceruti, M.** (1985), La Hybris dell'onniscienza e la sfida della complessità. In: (a cura di Bocchi G. e Ceruti, M.), *La sfida della complessità*, Feltrinelli, Milano, 25-48.
- Cornwell, M., Boscolo, L.** (1990), Innamorarsi delle idee, Intervista con Luigi Boscolo, *Il Bollettino*, 22, 3-11.
- Covini, A., Fiocchi, E., Pasquini, E., Selvini, M.** (1994), *Alla conquista del territorio*, NIS, Roma.
- Di Blasio, P., Fischer, J.M., Prata, G.** (1986), La cartella telefonica: pietra angolare della prima intervista con la famiglia, *Terapia familiare*, 22; 5-17.
- Di Nicola, U.** (1984), Road may Schizo-land: Mara Selvini palazzoli and the Milan Model of Systemic Family Therapy, *Journal Strat. Syst. Ther.*, 3, 50-62.
- Friedman, R.** (1985), Making Family Thray Easier for the therapist: Burnout Prevention. *Family process*, 24, 549-553.
- Ghezzi, D., Lerma, M., Martino, C.** (1984), Le prime fasi della terapia familiare: un'équipe rivede le proprie strategie, *Terapia Familiare*, 15, 5-22.
- Hoffman, L.** (1981), *Foundations of Family Therapy*, Basic Books, New york; tr. it. Astrolabio, Roma, 1984.
- Manfrida, G., Lapi, I.** (1987), Il centro di terapia familiare e il territorio: problemi e prospettive, *Terapia familiare*, 23, 53-66.
- Marzocchi, G., Ruini, F.M.** (1981), Terapia Familiare in un Servizio psichiatrico pubblico: prime osservazioni sulla casistica, *Terapia Familiare*, 10, 67-85.
- Maturana, H.L., Varela, F.** (1980) *Autopoiesis and Cognition. The Realization of the Living*. Reidel Publishing Company, Dordrecht; tr. it. Marsilio, Venezia, 1985.

Mosconi, A. (1992), Ulteriori considerazioni sulla costruzione del setting in Terapia familiare sistemica: una traccia per la curiosità terapeutica, *Psichiatria Generale e dell'Età evolutiva*, 1, 171-182.

Mosconi, A., Castellani, A., De Maria, L., Gonzo, M., Sorgato, R., Tirelli, M., Tomas, M., Zago, E. (1996), Come costruisci la tua conversazione terapeutica? Breve glossario di interventi sistemici con alcune ipotesi sul suo utilizzo, *Terapia Familiare*, 50, 25-41.

Mosconi, A., Sgalambro, V., Zerilli, M. (1991), Il primo approccio con la famiglia nel servizio di Terapia Familiare dell'ULSS 21 di Padova: una ricerca sulla scheda dati, *Psichiatria Generale e dell'Età evolutiva*, 3, 363-374.

Mosconi, A., Gonzo, M., Sorgato, R., Tirelli, M., Tomas, M. (1995), From Counter-paradox and the Milan model to Therapeutic conversation and the Milan Systemic approach: origin and development of the Centro Milanese della Famiglia. In: Uwe P. Gielen and A.L. Comunian (Eds), *Family and Family Therapy in International Perspective*, Marinelli, Milano (in corso di stampa).

Prata, G., Raffin, C. (1995), Coerenza e plausibilità del “gioco familiare” ipotizzato, *Psicoobiettivo*, 1, 85-104.

Ricci, C. (1981), Al di là della diade. La natura multidimensionale della comunicazione. In: Selvini Palazzoli, M., Anolli, M., Di Blasio, P., Giossi, L., Pisano, I., Ricci, C., Sacchi, M., Ugazio, V., *Sul fronte dell'organizzazione*, Feltrinelli, Milano, 215-228.

Schwartz, R., Perrotta, P. (1986), Non vendiamo interventi prima del tempo, *Ecologia della Mente*, 2, 37-52.

Selvini Palazzoli, M. (1984), Review of: Keeney, B.P., Aesthetics of Change, *Family Process*, 2, 282-284.

Selvini Palazzoli, M. (1985), The problem of the Sibling as the Referring Person, *Journal of Marital and Family Therapy*, 11, 1, 21-34.

Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., Prata, G. (1975), *Paradosso e Controparadosso*, Feltrinelli, Milano.

Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., Prata, G. (1977), La prima seduta di una terapia familiare, *Terapia Familiare*, 2, 5-13.

Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., Prata, G. (1980a), The problem of the Referring Person, *Journal of Marital and Family Therapy*, 46, 3-9.

Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., Prata, G. (1980b), Ipotizzazione, Circolarità, Neutralità: tre direttive per la conduzione della seduta, *Terapia Familiare*, 7, 7-19.

Selvini Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M., Sorrentino, A.M. (1985), L'individuo nel gioco, *Terapia Familiare*, 19, 65-73.

Selvini Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M., Sorrentino, A.M. (1988), I giochi psicotici nella famiglia, Cortina, Milano.

Selvini, M. (a cura di) (1985), *Cronaca di una ricerca*, NIS, Roma.

Selvini, M., Covini, A., Fiocchi, E., Pasquino, R. (1982), Al di là della terapia familiare: esperienza di ristrutturazione sistemica di un centro psichiatrico territoriale, *Terapia Familiare*, 12, 19-39.

Telfener, U. (1985), Gli errori in terapia familiare sistemica: uno strumento di apprendimento, *Archivio di Psicologia Neurologia e Psichiatria*, 3-4, 513-530.

Viaro, M., Fava Pilotto, A. (1979), Un approccio familiare nella terapia di consultazione, *Terapia Familiare*, 5, 21-35.

Viaro, M., Leonardi, P. (1981), Le insubordinazioni, *Terapia Familiare*, 12, 41-62.

Watzlawick, P., Weakland, J.H., Fish, R. (1974), *Change*, Astrolabio, Roma.

Weber, T., McKeever, J.L., McDaniel, S.H. (1985), A Beginner's Guide to the problem-Oriented First Family Interview, *Family Process*, 24, 357-364.