

Lo psicologo in hospice: il gruppo Geode tra riflessioni e lavoro in reparto

Federica Azzetta¹, Annarita Caimi², Francesca Chieppa³, Anna Vittoria Macchi⁴, Anna Porta⁵, Alessia Sempreboni⁶, Sandra Soldi⁷, Patrizia Toietta⁸

¹ Psicologa e psicoterapeuta, Hospice di Abbiategrasso

² Psicologa e psicoterapeuta, Hospice di Magenta

³ Psicologa ricercatrice, Hospice Don Gnocchi, Monza

⁴ Psicologa e psicoterapeuta, Hospice Azienda ospedaliero universitaria Maggiore della Carità, Novara

⁵ Psicologa e psicoterapeuta, Hospice "l'Orsa Maggiore", Biella

⁶ Psicologa e psicoterapeuta, Struttura complessa cure palliative dell'Azienda ospedaliera Carlo Poma, Mantova

⁷ Psicologa e psicoterapeuta, Hospice "Il gabbiano", Pontevico

⁸ Psicologa e psicoterapeuta, Azienda ospedaliera Guido Salvini, Garbagnate

Corrispondenza a: Federica Azzetta - fazzetta@hospicediabbiategrasso.it

Riassunto

La malattia e la morte sono eventi naturali. Lo psicologo esperto in cure palliative è chiamato a integrare il proprio lavoro con quello di un'équipe multidimensionale e interdisciplinare: attraverso un'osservazione e un'analisi dello spazio relazionale, cioè delle dinamiche relazionali esistenti tra malato, famiglia ed équipe, lo psicologo rilegge e reinterpreta il tempo della malattia e del fine vita ricostruendo la storia familiare del paziente ricoverato in hospice. Lo studio qui presentato si avvale di alcuni dati di una ricerca condotta dal Gruppo Geode volta ad approfondire la "clinica" per lo psicologo esperto in cure palliative.

Parole chiave: analisi contestuale, cure palliative, psicologo, hospice

Summary

Illness and death are naturally occurring processes. Expert psychologists in palliative care are called upon to integrate their own work with that of a many faceted and interdisciplinary team: by observing and analysing the relational space, that is the relationship that exists between the patient, the family and the team, the psychologist re-examines and reinterprets the time of the illness and life's end, rebuilding the family history of the hospice patient. The study presented here has made use of some of the data provided by study conducted by the Geode Group, for the purposes of delving even deeper into the "clinical" for the expert psychologist in palliative care.

Key words: contextual analysis, palliative care, psychologist, hospice

Introduzione

Perché è necessario riflettere su come lavora lo psicologo esperto in cure palliative? Non basta pensare che lo specifico professionale definisca il suo intervento? E se no, quali sono le diversità contestuali che rendono necessari degli adattamenti professionali? Partendo da questi interrogativi avviamo la riflessione sull'attività dello psicologo esperto in cure palliative: l'analisi contestuale e il lavoro di équipe sono vincoli e risorse che ne determinano l'intervento, ren-

dendolo peculiare. L'approfondimento dell'intervento psicologico in cure palliative necessita di un ampio orizzonte capace di riconoscere che la malattia e la terminalità sono parte determinante della modalità di connessione con cui si accede al servizio di cure palliative.¹ E' dentro questo particolare collegamento che prende avvio il lavoro dello psicologo, figura professionale riconosciuta come parte integrante dell'équipe.²

Dal 2008 il Gruppo Geode, costituito da un gruppo di

psicologi palliativisti, si incontra per riflettere sulla clinica dello psicologo in cure palliative. Il gruppo ha studiato e approfondito i vincoli strutturali quali il lavoro all'interno dell'équipe e la dimensione temporale definita dalla malattia, riconoscendoli come necessari punti di partenza grazie ai quali costruire e definire una modalità di lavoro capace di non perdere la sua specificità clinica. Ultimamente è stata avviata una ricerca per approfondire l'intervento psicologico nei tre diversi contesti: l'hospice, l'assistenza domiciliare e il *day hospice*. L'articolo non presenta un'approfondita analisi dei dati raccolti ma vengono riportati quelli utili a sostenere le tesi qui esposte.

La complessità di un contesto: lo spazio relazionale e l'intervento psicologico

Il lavoro dell'équipe di cure palliative a favore del paziente e della sua famiglia si definisce come interdisciplinare e multidimensionale. Per lo psicologo il fine della presa in carico globale del paziente e della famiglia è quello di sapere vedere, nel tempo della degenza, quelle inconse dinamiche relazionali che sono l'esito della storia personale e della posizione relazionale e familiare.^{3,4}

Lo spazio relazionale

Con spazio relazionale si intende l'insieme di quelle abilità relazionali che il contesto delle cure palliative, e nello specifico dell'hospice, richiede a tutta l'équipe. Sono abilità e competenze volte a costruire la fiducia e l'alleanza tra servizio e famiglia attraverso una comunicazione efficace. In questo senso ci sembra interessante rileggere ciò che l'European Association for Palliative Care (EAPC) afferma in merito all'intervento psicologico: "Unlike medical and nursing care, which are clearly delivered by doctors and nurses respectively, psychological and psychosocial support in palliative care are not assigned exclusively to psychologists. It is generally expected that all professionals working in palliative care should have some knowledge of the psychological dynamics in terminal illness, as well as skills in communication and psychological risk assessment".^{5,6} E' all'interno di queste competenze che rileggiamo e interpretiamo quel supporto psicologico (*psychological support*) di cui parla l'EAPC, identificandolo come quell'insieme di abilità e competenze necessarie a tutti i professionisti per osservare e riportare in équipe le dinamiche della famiglia (*psychological dynamics*) in ordine alla malattia e all'assistenza.

L'intervento psicologico

Con intervento psicologico definiamo il lavoro dello

psicologo che, con modalità che gli sono proprie, insieme a strumenti e tecniche specifiche, co-costruisce i significati familiari entro cui interpretare il tempo della malattia avviando con la famiglia, laddove necessario, una rilettura e un cambiamento del sistema familiare.⁷

Una lettura psicologica della malattia e del dolore

La malattia inguaribile, evento di per sé normale, è il punto di partenza e la cornice contestuale di ogni colloquio. Con la morte di un familiare cambiano i giochi e le posizioni relazionali dei diversi componenti, facendo emergere fragilità o punti di forza fino a quel momento rimasti silenti o inimmaginabili. Questo implica una riorganizzazione di sé e della propria vita alla luce di un evento che sta capitando. Partendo da questo assunto lo psicologo rilegge e interconnette il tempo della degenza alla storia familiare del paziente e della sua famiglia. Si ascolta una storia dando nuove punteggiature, individuando cioè nuovi significati che emergono dal racconto, ridefinendo e co-costruendo con i pazienti i significati della malattia.⁸ I pazienti per lo psicologo ma anche per tutta l'équipe possono allora essere i malati, i familiari, i *caregiver* o tutti coloro che rientrano nei racconti e nelle nuove narrazioni che si costruiscono nel contesto delle cure palliative.

Dalla malattia al dolore

Insieme al dolore fisico, quantitativamente misurabile, c'è una complessa area di sofferenza che viene raccontata e vissuta dai pazienti e dai familiari. Intendiamo con questo quel complesso tema del dolore globale a cui le cure palliative si rifanno e che è obiettivo fondamentale della presa in carico. Di questo dolore quello relazionale è parte sostanziale, spesso ineliminabile; gli psicologi sono chiamati a osservarlo nel suo contesto per coglierne la soggettività, per interpretarlo e restituirlo alla famiglia. Non c'è uno schema per capire il dolore in quanto può essere vissuto in maniera diversa a seconda di molte variabili, se non la vita stessa con la sua straordinaria complessità. L'obiettivo dello studio del dolore familiare è volto anche a orientare il lavoro dell'intera équipe, individuando verso quale cambiamento far evolvere la famiglia. Con gli strumenti e le tecniche che gli sono propri lo psicologo è chiamato a costruire il significato psicorelazionale del dolore, della malattia e del tempo della cura.^{9,10}

Materiali e metodi

In seguito al seminario "Quale clinica per gli psicologi esperti in cure palliative?", tenutosi ad Abbiate-

grasso il 4 Maggio 2012, è stata avviata una ricerca volta ad approfondire alcune tematiche salienti nei tre contesti delle cure palliative: l'hospice, l'assistenza domiciliare e il *day hospice*. È stato diffuso tra gli psicologi un questionario diviso in due sezioni.

La prima sezione indagava i seguenti elementi:

- le condizioni strutturali e il lavoro dello psicologo;
- il modello di collegamento tra il sistema famiglia-paziente e il servizio di cure palliative;
- l'attivazione dello psicologo, l'invio dei casi e la motivazione dell'invio;
- le finalità e le aspettative del primo colloquio dello psicologo;
- l'intervento psicologico nelle sue diverse forme in seguito al primo colloquio;
- le tecniche e gli strumenti utilizzati dallo psicologo in cure palliative.

La seconda sezione, mediante domande aperte, analizzava in maniera più approfondita alcune tematiche fondamentali quali:

- l'utilizzo e l'integrazione del colloquio psicologico con il lavoro d'équipe;
- le tematiche del colloquio e le difficoltà nella conduzione dello stesso;
- le possibili difficoltà connesse a vincoli strutturali.

Successivamente, per approfondire e spiegare meglio i temi affrontati, è stata data la possibilità di descrivere un caso allegando, eventualmente, anche la propria scheda di lavoro.

Ogni psicologo ha potuto rispondere a più questionari a seconda dei contesti in cui era impegnato. Questa ricerca è stata diffusa a livello nazionale in tutti i centri di cure palliative. Hanno risposto 58 psicologi esperti in cure palliative per un totale di 81 questionari: 40 lavoravano in hospice, 31 al domicilio e 10 in *day hospice/ambulatorio*.

I dati presentati in questo lavoro si focalizzano soprattutto sullo psicologo nel contesto assistenziale dell'hospice; da questo contesto infatti è nata la riflessione del Gruppo Geode.

Risultati e discussione

L'attivazione dello psicologo senza una domanda esplicita: l'analisi del bisogno

La riflessione del Gruppo Geode si è orientata verso la comprensione di quali siano i possibili interventi psicologici anche quando non c'è una domanda esplicita da parte del paziente. Spesso infatti lo psicologo è chiamato a lavorare e a intervenire senza che vi sia un'esplicita domanda da parte del paziente. Lo psicologo in hospice vede il paziente in quanto fa parte dell'équipe: quale legittimità ha lo psicologo di intervenire se non è esplicitamente richiesto dal-

l'utente? Su quale analisi della domanda prende avvio e si struttura l'intervento psicologico?¹¹

In effetti, più che la domanda, è l'analisi del bisogno psicologico del malato o del familiare ad attivare lo psicologo in cure palliative. Prescindendo dall'analisi della domanda, in tutti e tre i contesti assistenziali considerati (l'hospice, l'assistenza domiciliare e il *day hospice*) la ricerca ha evidenziato come spesso sia l'équipe a richiedere l'attivazione dello psicologo, come avviene nel 47% dei casi; nell'11% dei casi invece l'attivazione avviene al momento della presa in carico e nel 12% dei casi a distanza di qualche giorno. Solo nel 5% dei casi lo psicologo interviene prima della presa in carico.

Questi valori sottolineano come la maggior parte degli interventi psicologici venga attivato prima ancora che venga esplicitata una domanda psicologica. Vi è quindi la necessità che l'équipe acquisisca e affini quelle abilità e quelle competenze relazionali che portano a sapere osservare e leggere, nella stanza di degenza, i comportamenti del paziente e dei familiari. È così che l'équipe diventa abile a rilevare la presenza di un bisogno relazionale o psicologico inespresso.

Nello specifico del contesto assistenziale, la percentuale di psicologi attivati dall'équipe è stata del 74% in assistenza al domicilio (23 psicologi su 31), del 55% in regime di *day hospice/assistenza ambulatoriale* (6 psicologi su 11) e del 44% in hospice (17 psicologi su 39). In quest'ultimo contesto assistenziale, tuttavia, una buona parte degli psicologi è entrata in servizio ancora prima dell'attivazione da parte dell'équipe; infatti il 49% degli psicologi sono stati attivati al momento della presa in carico del paziente o a distanza di qualche giorno senza segnalazione da parte dell'équipe. In queste fasi, infatti, in seguito al colloquio di ingresso, alla visita e al colloquio con il personale medico e infermieristico, lo psicologo riceve i familiari e conosce il paziente. I dati quindi mettono in evidenza una maggiore autonomia dello psicologo nell'osservare e valutare in prima persona il bisogno del paziente e della famiglia.

Il colloquio di accoglienza e lo spazio conoscenza

L'analisi del bisogno, o colloquio di valutazione e osservazione, è quello che il Gruppo Geode chiama "colloquio di accoglienza". Questo colloquio avviene con la maggior parte dei familiari dei pazienti che entrano in hospice e diventa parte della modalità di lavoro dell'équipe. L'obiettivo è:

- inquadrare la storia diagnostica (la modalità con cui la famiglia ha integrato la malattia con la vita relazionale) insieme a quella relazionale e familiare;

- costruire con la famiglia i significati di ciò che caratterizza la loro storia prima e dopo la diagnosi;
- capire la storia della persona malata e della famiglia che accede al servizio comprendendo le dinamiche relazionali che caratterizzano il tempo della degenza e che sono vissute all'interno della stanza del paziente;
- condividere le informazioni in équipe con il consenso della famiglia e costruire un intervento integrato.

Il focus di questo colloquio non è solo la storia della malattia ma la storia familiare entro cui porre l'evento della diagnosi, della prognosi e dell'ingresso in hospice, scoprendo connessioni e differenze tra il modo di affrontare la vita e quello di affrontare il tempo della vita che rimane.

Nel colloquio di accoglienza si legittima la fatica emotiva nell'entrare in una struttura come l'hospice, una fatica che, come il dolore, ha molte sfumature. La circolarità a cui questo colloquio apre è particolarmente interessante: ai familiari infatti si chiede di parlare pensando a quello che il paziente sente, percepisce e pensa. Questo significa mettersi in terza persona, situazione che spesso apre scenari e modi di vedere il reale che non sono scontati.^{12,13} La malattia può far vivere nel paziente e nei familiari un grande senso di esclusione dalla vita familiare ma l'hospice e l'équipe possono diventare contesto di una nuova appartenenza. Tuttavia il rapporto con l'équipe potrebbe invece essere segnato da una dipendenza mal tollerata in cui il sentimento di perdere l'autonomia e di non essere padroni della propria situazione può ingenerare sentimenti di chiusura o di aggressività. Di fronte alla malattia si può pensare di essere perdenti ma c'è chi, decidendo il proprio percorso di accettazione dell'inguaribilità, si pone come vincente anche di fronte alla morte. La stanza di degenza può diventare luogo di nuove vicinanza familiari ma allo stesso tempo può segnare anche profonde solitudini e dolorose assenze che segnano la fine della vita e della storia.

Le tematiche qui riportate sono i fondamenti di un percorso psicologico che comincia con il colloquio di accoglienza, premesse che poi proseguono e si sviluppano con il lavoro dell'intera équipe e con un intervento psicologico maggiormente articolato.

Se questo è il primo colloquio con i familiari, altro discorso meritano i pazienti. Il Gruppo Geode definisce "spazio di conoscenza" il primo approccio che lo psicologo ha con il paziente in hospice. Le finalità sono quelle di conoscere il paziente e di presentarsi come psicologo spiegando il suo ruolo e gli obiettivi del suo lavoro. Questo lo si compie attraverso un'osservazione clinica del paziente nella sua stanza, considerando anche il suo comportamento non verbale.

Autonomia e integrazione del lavoro psicologico

La valutazione dello psicologo, che è parte di un processo più ampio, è una premessa per orientare il lavoro relazionale dell'équipe e il perseguimento dei successivi obiettivi, continuamente riadattati alle necessità dell'assistenza. Il difficile lavoro dei palliativisti, infatti, va oltre la raccolta dei dati ed è volta all'interpretazione delle informazioni raccolte dalla famiglia, la rilettura dei comportamenti e la costruzione di nuovi significati.

Nel contesto assistenziale dell'hospice sono risultati interessanti i dati riguardanti i soggetti che più frequentemente fanno richiesta di intervento psicologico: nel 48% dei casi l'intervento è stato richiesto dall'intera équipe, nel 46% dei casi è stato lo stesso psicologo a decidere di intervenire, nel 27% dei casi l'intervento è stato richiesto dai medici, nel 23% dei casi dagli infermieri, nel 21% dei casi dal paziente o dai familiari e nel 10% dei casi dagli operatori socio-sanitari. Secondo il Gruppo Geode lo psicologo lavora per costruire una diagnosi relazionale, osservando e riportando in équipe informazioni importanti come il significato delle persone presenti e vicine affettivamente al malato (chi c'è nella stanza del paziente), il significato delle persone assenti e lontane dal malato, che cosa significa in quella famiglia essere presenti e di fianco al paziente e il significato di chi è stato informato e chi no (e perché) del ricovero. Gli psicologi, in tutti i contesti assistenziali, considerano il loro intervento sui pazienti e sui familiari come parte integrante della presa in carico del servizio.

Percorsi psicologici in un tempo breve

Un altro punto fondamentale nel lavoro in cure palliative è sapere chi è il paziente. I malati infatti non sono gli unici pazienti, anche perché spesso i pazienti che entrano in hospice non sono in condizioni tali da poter sostenere un colloquio psicologico. In hospice infatti gli psicologi hanno indicato di lavorare maggiormente con i familiari (nel 64% dei casi).

C'è inoltre da aggiungere un ulteriore elemento che rende complesso il lavoro dello psicologo in hospice e che ha a che fare con la dimensione del tempo e della terminalità. La degenza media di un paziente in un hospice è di circa 21 giorni. Questo impone di sapere lavorare in un tempo breve, definendo obiettivi e percorsi coerenti con il tempo che si ha a disposizione. Sorge dunque legittima la domanda su quale sia – se c'è – lo spazio per un lavoro psicologico.

Il Gruppo Geode ha elaborato una modalità di lavoro che è lontana da ogni forma di urgenza, avendo piuttosto la consapevolezza di essere di fronte a un'emergenza di bisogni e necessità distribuiti prima e dopo

l'evento della morte. La morte è spesso un momento aspettato e atteso da lungo tempo. E' proprio durante il tempo della degenza che si lavora per integrare il complesso processo del morire con la vita di chi rimane. In seguito alla prima valutazione che avviene durante il colloquio di accoglienza si possono aprire due differenti modalità d'intervento: i colloqui di supporto e i percorsi psicologici.

I colloqui di supporto

Definiamo colloqui di supporto quei colloqui che si conducono con i familiari durante il tempo della degenza e che nel nostro caso hanno rappresentato il 47% dei colloqui totali svolti. Questi colloqui possono risultare necessari in funzione dei bisogni che è l'équipe stessa a rilevare o che sono segnalati in maniera autonoma dai familiari come esito del primo colloquio. Possono avvenire spontaneamente in reparto, nella camera del paziente o in corridoio. I contesti in cui costruire la relazione, l'alleanza terapeutica e l'intervento psicologico sono molto vari e richiedono flessibilità, che si riconosce anche nel sapere avviare percorsi psicologici con persone diverse appartenenti allo stesso nucleo familiare. I bisogni possono essere differenti a seconda delle posizioni relazionali precedenti l'evento della diagnosi.

I percorsi psicologici

Con percorsi psicologici definiamo colloqui, il cui numero può variare da 2 a 5, fissati su appuntamento con i familiari e concordati con loro. Nel nostro caso questo tipo di colloqui ha rappresentato il 28% dei colloqui totali svolti. E' in questo contesto che vengono riprese, ampliate e approfondite quelle tematiche accennate nel colloquio di accoglienza. Il bisogno psicologico viene ridefinito dal familiare e dallo psicologo che accoglie a questo punto un bisogno o una domanda precisa da parte del familiare.

E' possibile che in seguito al primo colloquio (colloqui di accoglienza) si ritenga necessario concludere l'intervento psicologico; dalla nostra indagine è avvenuto nel 25% casi. Lo psicologo rimane comunque attivo attraverso il lavoro con l'équipe, mediante le riunioni e i *briefing*.

Lo spazio di conoscenza riservato ai malati a volte si evolve in colloqui a bassa soglia. Rimandiamo ai lavori del Gruppo Geode per una definizione maggiormente dettagliata di questo tipo di colloqui.¹⁴ Qui sottolineiamo come più spesso siamo di fronte all'obiettività di una valutazione che evidenzia come non sempre sussistono necessità e condizioni per l'attivazione di una presa in carico psicologica o di un intervento specifico dello psicologo verso i pazienti ricoverati.

Il senso di una presa in carico

E' interessante riflettere sui motivi con cui vengono inviati i familiari dallo psicologo. L'esperienza del Gruppo Geode ci racconta che la stanza di degenza diventa teatro e scenario di nuove storie relazionali e, per certi versi, inedite.

La non accettazione della terminalità è uno dei principali motivi per cui i familiari vengono segnalati allo psicologo; seguono l'ansia, la consapevolezza della realtà, la depressione e la presenza di problemi nel relazionarsi con l'équipe.

Pochi psicologi hanno indicato la presenza di una psicopatologia come motivazione della richiesta di intervento psicologico dimostrando che in hospice lo psicologo lavora in un contesto non necessariamente psicopatologico. L'abilità e la competenza dello psicologo esperto in cure palliative sta proprio nel riconoscere il bisogno psicologico anche laddove non è espresso attraverso un sintomo specifico. E' più complesso, dunque, sapere lavorare su tutti e quattro i livelli proposti dall'European Association for Palliative Care (EAPC)⁶ e non solo quando è richiesto o individuato un bisogno di psicoterapia, peraltro non così frequente. La sfida per lo psicologo esperto in cure palliative è quella di sapere lavorare a fianco di altri professionisti integrando lo specifico di discipline diverse e leggendo le storie di vita e di fine vita all'interno della cornice della malattia inguaribile.

Conclusioni

Attraverso una rilettura dello spazio relazionale, sottolineando il valore di un'équipe multidimensionale e interdisciplinare abbiamo cercato di rileggere il tempo della cura nei suoi significati più specifici.

Con competenze, modalità e tecniche proprie, lo psicologo, in assenza di una domanda esplicita, compie una valutazione partendo da un'analisi del bisogno. Da questa premessa avvia, laddove necessario, colloqui di supporto o percorsi psicologici con pazienti ma anche e soprattutto con i familiari. Lo psicologo, qualsiasi sia il bisogno che valuta e il percorso che definisce, deve sapere integrare il proprio progetto di presa in carico con la pianificazione degli altri interventi dell'équipe. Il lavoro d'équipe e la cornice contestuale di malattia e terminalità sono vincolo e risorsa dell'intervento psicologico. Insieme all'équipe si valutano, si osservano e si rileggono i processi dell'unica presa in carico globale che caratterizza il lavoro in cure palliative.

Questa strutturazione dell'intervento psicologico, proposta anche attraverso strumenti e schede elaborate dal Gruppo Geode, è solo una possibile modalità di lavoro. La presentazione ha il limite che ogni

schema porta con sé ma possiede la chiarezza di pensare a un intervento che altrimenti potrebbe perdere di specificità clinica. Infatti l'alternarsi di richieste esplicite e implicite su pazienti e familiari considerati disfunzionali è una delle prime richieste che l'équipe fa allo psicologo ma è anche la prima sfida da affrontare. Sta agli psicologi sapere reinterpretare la domanda, rileggere i vissuti e gli agiti, proponendo interventi utili e congruenti al sistema e al servizio in cui si opera.

Conflitti di interesse dichiarati: gli autori dichiarano la non sussistenza di conflitti di interesse.

BIBLIOGRAFIA

1. Ugazio V. *L'indicazione terapeutica, una prospettiva sistemico-costruttivista*. *Terapia Familiare* 1989;31: 27-40.
2. Legge n. 38/10, "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore".
3. Ugazio V. *Famiglie, gruppi e individui*. Ed. Franco Angeli, Milano 2006.
4. Andolfi M. *Manuale di psicologia relazionale. La dimensione familiare*. Accademia di psicoterapia della famiglia, Roma 2006.
5. European Association for Palliative Care (EAPC). *The EAPC task force on education for psychologists in palliative care*. *European Journal of Palliative Care* 2010;17:84-7.
6. European Association for Palliative Care (EAPC). *Guidance on postgraduate education for psychologists involved in palliative care*. *European Journal of Palliative Care* 2011;18:238-52.
7. Ugazio V. *Oltre la scatola nera*. *Terapia Familiare* 1985;19:73-83.
8. Bercelli F, Leonardi P, Viaro M. *Cornici terapeutiche*. Ed. Raffaello Cortina, Milano 1999.
9. Neimeyer RA. *Lessons of Loss: a guide to coping*. Memphis 2006.
10. Ugazio V. *Storie permesse storie proibite*. Ed. Bollati Boringhieri, Milano 2012.
11. Carli R, Panniccia MR, *Analisi della domanda*. Ed. Il Mulino, Bologna 2005.
12. Palazzoli SM, Boscolo L, Cecchin G, et al. *Paradosso e controparadosso*. Ed. Raffaello Cortina, Milano 2003.
13. Minuchin S. *Famiglie e terapia della famiglia*. Ed. Astrolabio, Roma 1976.
14. www.hospicediabbiategrasso.it/index.php/chi-siamo/gruppo-geode (ultimo accesso: febbraio 2013)