

L'intervento psicoterapico nell'Ospedale, a partire da una esperienza di tirocinio.

di Barbara Cafaro*

Abstract

Questo scritto vuole esplorare la possibilità di un intervento psicoterapeutico rispetto alle numerose questioni che oggi incontra il rapporto fra l'istituzione ospedaliera e chi vi si rivolge. In particolare si sofferma sugli effetti che un massiccio processo di medicalizzazione della società ha prodotto nel rapporto di cura, che sta diventando sempre più di difficile articolazione. Le situazioni presentate nel testo fanno riferimento ad una esperienza di tirocinio dell'Autrice presso l'unità di psicologia di un ospedale romano.

Medicalizzazione qui intesa come propensione della cultura medica a considerare la cura come un processo indipendente dalle emozioni messe in gioco. Questo conferisce alla cultura medica pochi strumenti per comprendere le difficoltà che si possono incontrare nella degenza ospedaliera per esempio o in chi fa una esperienza di cronicità come sempre più spesso accade per la malattia oncologica. Entrambe le situazioni sono esplorate nel testo. La possibilità di rileggere con categorie psicologico cliniche gli effetti di questo processo di medicalizzazione può offrire, a pazienti e personale ospedaliero, degli utili strumenti per lo sviluppo e la sostenibilità del rapporto di cura.

Parole chiave: Psicologia clinica, ospedali, medicalizzazione

Premessa

Con questo scritto vorrei contribuire a sviluppare il dibattito in merito all'intervento psicoterapeutico nelle strutture ospedaliere, pensando anche alla funzione delle numerose Unità di psicologia e Centri di psicologia clinica presenti presso diversi Ospedali italiani. Le ipotesi contenute in questo contributo vengono sviluppate a partire dalla mia esperienza di tirocinio come specializzanda in psicoterapia psicoanalitica, svolta presso l'Unità di psicologia dell'Ospedale Fatebenefratelli di Roma.

L'Ospedale fra medicalizzazione di eventi problematici della vita ed esigenza di occuparsi delle relazioni di convivenza

Prima di entrare nel vivo dell'esperienza ospedaliera mi sembra interessante ricordare alcune trasformazioni che stanno segnando la cultura medica per comprendere le questioni con cui si trovano a trattare oggi gli ospedali. Per fare questo farò appello ad un precedente tirocinio in un Hospice.

A mio avviso l'Hospice è un prodotto del processo di ripensamento della propria funzione che attraversa il mondo medico, che può andare verso una progressiva "umanizzazione" delle cure, purché in un luogo "altro" dall'Ospedale stesso, dove istituire un'altra cultura, diversa da quella ospedaliera e per alcuni versi incompatibile con essa (Cafaro, 2011). Tale processo trasformativo nasce dalla crisi della cultura che ha organizzato la medicina così come la conosciamo oggi, che Foucault ci aiuta a ricostruire in *La nascita della clinica*. L'Autore identifica l'esordio della medicina moderna con il passaggio da una medicina "dei sintomi" ad una medicina dei "tessuti". Nel lavoro citato proponevo una articolazione di tale questione nei termini di una crescente identificazione, per il mondo medico, con una funzione "tecnica" a scapito della costruzione di una importante funzione sociale. Pensavo a una medicina sempre più identificata con "la specializzazione sui tessuti" piuttosto che con la promozione della qualità della vita. L'Hospice e le cure palliative rappresentano una risposta al fallimento di questa dimensione che fonda la cultura medica.

* Psicologa, specializzanda presso la Scuola di Specializzazione quadriennale in Psicoterapia Psicoanalitica dello Studio di Psicosociologia (SPS), Roma.

L'aspetto che aveva orientato la mia riflessione è il rapporto fra Ospedale ed Hospice, che ho ipotizzato essere complementare non solo sotto il profilo della funzione, ma anche e soprattutto sotto quello delle differenti culture che organizzano i due luoghi. Mi sembra si possa affermare che l'Hospice sia il luogo che accoglie e tratta ciò di cui l'Ospedale non riesce più ad occuparsi perché in conflitto con la dinamica collusiva che organizza l'Ospedale stesso. Rispetto a questo risulta molto interessante la lettura che dell'istituzione ospedaliera danno Renzo Carli e Rosa Maria Paniccia nel testo *La cultura dei servizi di salute mentale in Italia* del 2011. L'istituzione ospedaliera viene letta rispetto a due direttrici che progressivamente si separano, quella affidata agli ordini religiosi che nel tempo si occuperanno sempre più dei fini valoriali (tra cui l'umanizzazione) e della gestione, e quella affidata alla classe medica che ne tutelerà gli obiettivi tecnico - specialistici. Utilizzando ancora il contributo degli autori:

“questa separazione fra “gestione” della struttura sanitaria e “tecnica” ha avuto delle conseguenze di grande rilievo. Ha consentito alla “tecnica” di organizzarsi in modo fortemente autoreferente; salute malattia, guarigione, criteri di intervento, verifica dei risultati sono così diventate dimensioni “tecniche”: definite secondo modelli che fondano e al contempo orientano l'azione dei tecnici a cui tali modelli si ispirano” (Carli & Paniccia, 2011, p. 90). L'istituzione ospedaliera è oggi completamente identificata con la tecnica medica a scapito di matrici che ne avevano sostenuto la nascita.

In Ospedale ho trovato molto utile riflettere su un aspetto che l'Hospice rende assolutamente evidente, e mi sono soffermata sui problemi che scaturiscono da quella medicalizzazione dei fenomeni sociali che riporta nell'ambito della sanità fenomeni esistenziali come la vecchiaia e la morte. Un celebre aforisma di Foucault ci aiuta a capire la rilevanza per la società attuale di questo processo: l'uomo crede di morire perché si ammala, ma in realtà si ammala perché mortale. Questo semplice aforisma descrive benissimo quello che succede ogni giorno negli ospedali e la difficoltà che incontra il rapporto medico-paziente nel dare senso all'evento malattia. Nella maggior parte dei casi l'esperienza dell'ammalarsi resta incomprensibile, nonostante si sia spesso in grado di ricostruire l'eziopatogenesi della malattia grazie alla crescente sofisticazione delle varie strumentazioni, perché l'ammalarsi e ancora di più il morire restano fenomeni ai quali è difficile dare significato emozionale e simbolico in quanto profondamente contraddittori con la simbologia della vita.

Nel lavoro con un gruppo di pazienti oncologici che verrà presentato più avanti è emerso quanto le persone, soprattutto se sentono di aver fatto “una vita sana”, non riescono ad accettare l'idea di “essere malati”. Per spiegare l'impatto con la malattia si fa appello alle più varie “teorie”, fino a scomodare gravi colpe commesse in un'altra vita.

Mi sembra che tali esempi ci facciano vedere quanto siamo poco in grado di farci carico di questi aspetti entro una competenza a convivere e soprattutto ci mostrino come le persone si trovino da sole, ognuno con le sue fantasie, a dar senso ad eventi cruciali della loro vita. Questa premessa culturale genera nel rapporto fra le persone ed i vari istituti di cura un forte conflitto, che da parte dei pazienti origina richieste di cure salvifiche e totalizzanti, da parte del personale curante una difficoltà a limitare questa domanda di onnipotenza, che può portare all'allontanamento difensivo dal paziente. Questi meccanismi sono molto evidenti nell'area oncologica, ma a ben vedere sono rintracciabili in modo trasversale nell'insieme della vita ospedaliera. Un esempio interessante è la pretesa, di molte donne che hanno appena partorito, di ritornare immediatamente alla loro forma fisica, come sintomo di una idea di perfezione e onnipotenza immodificabile. Queste fantasie possono generare nel personale ospedaliero un sentimento di opposizione nei confronti delle pazienti che le agiscono, esitando in un conflitto.

Faccio l'ipotesi che proprio queste premesse della cultura medica generino oggi una difficile articolazione della prassi ospedaliera. Il rapporto fra psicologia e Ospedale mi sembra sia andato organizzandosi entro tale cultura, intorno ai numerosi problemi scaturiti da un processo di “medicalizzazione della società”. Processo che ha caratterizzato in modo massiccio lo sviluppo della medicina moderna e che ha fortemente inciso sullo sviluppo della società occidentale in numerosi aspetti. Propongo una definizione molto interessante di medicalizzazione dello psichiatra Mario Colucci, che ci aiuta a circoscrivere alcune caratteristiche di questo processo. Per Colucci la medicalizzazione è:

“quel processo per cui il soggetto si identifica in oggetto malato, quale lo pretende il medico a cui si è affidato. Medicalizzare significa in primo luogo creare consenso intorno alla natura oggettiva del corpo malato e intorno alla necessità della distanza fra curante e curato. L’aspettativa nasce più tardi, da questa premessa, ed è la forma assunta dalla medicalizzazione nella nostra epoca: si tratta dell’aspettativa pubblica che la medicina trattando i sintomi patologici delle persone, possa affrancarci da più vasti problemi sociali” (www. triestesalutementale.it).

Come vedremo, nel rapporto fra Ospedale e chi si rivolge ad esso, questo tipo di premessa può avere un peso importante, tanto da produrre, se non pensata, grosse inefficienze sia per quel che concerne l’offerta dei servizi ospedalieri sia per ciò che riguarda la possibilità di usufruirne da parte della collettività. Mi sembra si possa affermare che molto spesso la competenza psicologica venga convocata in ambito ospedaliero proprio per intervenire su questi aspetti. Vediamo un’articolazione di questa ipotesi attraverso il resoconto di alcuni interventi a cui ho lavorato all’interno della mia esperienza di tirocinio.

L’esperienza in Ospedale: una proposta di intervento

L’Ospedale Fatebenefratelli di Roma si è dotato ormai da anni di una Unità di psicologia clinica. Questa Unità Operativa Semplice, che fa capo alla Direzione generale, offre numerosi servizi sia all’Ospedale che al territorio e rappresenta uno dei modi in cui oggi psicologi e psicoterapeuti intervengono nel contesto ospedaliero. Nell’Unità di psicologia ho potuto effettuare un’esperienza di intervento e di riflessione sulle questioni sopra individuate. Essa è, a mio parere, un interessante esempio di una proposta di intervento psicologico clinico sulle questioni con cui ha a che fare l’Ospedale e la sua utenza. Penso al modo con cui sono state lette e trattate le numerose richieste e sollecitazioni che provenivano da medici, pazienti e familiari, a partire dalle quali sono stati organizzati i vari servizi che l’Unità di psicologia oggi offre all’Ospedale ed al territorio. Alla base c’era la convinzione che fosse possibile, utile ed efficace proporre un intervento psicologico clinico nel contesto ospedaliero. I casi resocontati argomentano tale affermazione.

L’esperienza di tirocinio in Ospedale, come aveva già fatto quella in Hospice, ha messo in crisi la mia idea di intervento psicoterapeutico inteso: “come prospettiva di cambiamento legata all’individuo, in rapporto a criteri di normalità” (Carli & Paniccia, 2003, p. 67). In questo senso sono stati importanti gli interventi a cui ho potuto partecipare nei vari reparti. Vi propongo un breve resoconto di una esperienza a cui ho avuto modo di partecipare.

Arriva all’Unità di psicologia una richiesta telefonica da parte del Reparto di terapia intensiva, per una consulenza ad un paziente ricoverato in tale struttura. Si dice che il signore è molto angosciato e preoccupato per il suo stato di salute. È stato proposto al paziente di parlare con uno psicologo di questo suo stato d’animo e lui ha accettato. Vado io. Dopo aver parlato con alcuni medici del reparto, che mi dicono della situazione del loro paziente, cioè di una operazione chirurgica per un problema oncologico seguita da un piccolo problema che ha richiesto una nuova operazione e il ricovero in terapia intensiva, decido di parlare con il signore. Il paziente è immediatamente “contento di vedermi”, come se non parlasse con nessuno da ore, e parrebbe che tutto il mio intervento possa già dirsi fatto solo perché lo ascolto con interesse; faccio l’ipotesi che l’incontrare qualcuno con cui poter parlare rappresenti una cosa molto importante per lui. Perché per questa persona è così importante poter parlare con qualcuno? O meglio, perché in questo contesto sembra così eccezionale incontrare qualcuno con cui poter parlare? Forse non si tratta del fatto che nessuno gli rivolge la parola, ma si tratta di un modo di parlare che non c’è, e di cui il paziente ha bisogno.

Sembra che l’atto del parlare con qualcuno di come sta, come si sente, e non per capire l’andamento della malattia ma per condividere un vissuto, per il contesto ospedaliero sia un atto non previsto, nel senso che lo stato dei pazienti lo si monitora sempre in rapporto all’intervento medico, non in rapporto alla relazione con il personale sanitario, allo stato d’animo con cui si vive l’ospedalizzazione. È di nuovo Foucault che ci aiuta a capire questo aspetto della cultura medica quando ci dice che per l’evoluzione del mondo medico “il paziente non è, rispetto a ciò di cui soffre,

che un fatto esteriore; la lettura medica non deve prenderlo in considerazione che per metterlo tra parentesi” (1998, p. 125).

Il signore è molto angosciato ed associa le due operazioni a cui si è sottoposto in così breve tempo ad una invadente fantasia mortifera; mi dice che in quei giorni pensava spesso al suo funerale, e al fatto che non si rialzerà mai da questo letto. Sembra che questo signore non ha trovato interlocutori su questo vissuto; non intendo solo dire qualcuno con cui parlare di quello che gli passa per la mente, ma qualcuno con cui poter dar senso a queste fantasie, emozioni, senza reificarle, senza cioè renderle un fatto o banalizzarle ed evacuarle. Rispetto al proliferare di queste fantasie mortifere la cultura ospedaliera sembra poco attrezzata ad occuparsene, ad accoglierle e a favorirne una elaborazione. Questo può portare, come nel caso riportato, a delle difficoltà di adattamento nel rapporto fra il paziente e la struttura ospedaliera e a essere “immediatamente contenti” di vedere qualcuno che sembra interessato a parlarne. Erano giorni che questo signore non riusciva a dormire, poi ha potuto farlo.

Cosa vuol dire intervento psicoterapeutico in questo caso? Il problema è del signore che prova delle emozioni eccessivamente angoscianti rispetto a quello che gli è successo (l'operazione attuale, dicono i medici, è di piccola entità: si stupiscono che proprio ora che il peggio sembra passato si preoccupi tanto), in base alla sua storia personale, alle sue caratteristiche di personalità ecc., e quindi l'intervento sarà teso a produrre un cambiamento nel suo vissuto tale da farlo sentire meno angosciato? O si può fare l'ipotesi che al dilagare dell'angoscia “collabori” il “buon senso” del reparto di terapia intensiva che fa fatica a riconoscere e trattare come pertinenti le emozioni suscitate dall'intervento, se esse non rispondono a una “giusta misura”, conforme alle attese del personale sanitario? Allora forse l'intervento più efficace è rendere più amichevole, meno arroccato difensivamente quel contesto che si suppone cieco e sordo, proponendo attenzione, capacità di provare interesse per quanto il paziente prova.

Se consideriamo questa ipotesi, l'intervento psicoterapeutico non può non occuparsi del rapporto tra paziente e contesto sanitario. In questo caso il mio intervento è stato di rendere parlabili e quindi tollerabili le sue fantasie, avendo presente che ascoltavo i suoi vissuti non intendendoli come caratteristiche del suo equilibrio emozionale a prescindere, ma in quanto espressivi del suo rapporto con me e di conseguenza con l'Ospedale; nel far questo avevo l'obiettivo di attenuare il vissuto di violenza che connotava la relazione con il Reparto, rendendolo pensabile e permettendo a questa persona un ricovero migliore. Va ricordato che il ricovero aveva luogo in terapia intensiva, dove non è possibile indossare nemmeno il pigiama e dove molto spesso si è intubati, e rappresentava per questa persona un ulteriore elemento di vulnerabilità, che lo disorientava e angosciava. In seguito al colloquio con il paziente ho implicato attraverso un resoconto il personale ospedaliero, in modo che potesse rivedere con me le premesse che avevano sollecitato la richiesta che intervenisse uno psicologo. Sto in altri termini proponendo un intervento psicoterapeutico in Ospedale come intervento sul rapporto fra l'Ospedale stesso e i suoi utenti. Questo modo di intendere l'intervento richiede necessariamente una costruzione di criteri che aiuti a comprendere la cultura medica e i suoi effetti sulla relazione. Rispetto a questo propongo un'ulteriore esperienza di lavoro a cui ho avuto modo di partecipare durante il tirocinio.

Il paziente oncologico: com'è cambiato nel tempo il rapporto fra l'Ospedale e i suoi utenti

Si tratta del resoconto di un lavoro con un gruppo di pazienti oncologici, che mette in evidenza quanto “la cronicizzazione” di alcuni stati patogeni abbia radicalmente mutato il rapporto fra le strutture ospedaliere e chi si rivolge ad esse. Per cronicizzazione intendo quel processo per cui per alcune malattie, la cui presenza è sempre più importante, non è possibile dichiarare una “guarigione”, ma si può parlare di tenere sotto controllo i sintomi e di un processo di monitoraggio dello stato di salute/malattia (patologie oncologiche, diabete, ipertensione ecc.). Mentre la modalità tradizionale di rapporto fra paziente ed Ospedale era il ricovero, nelle malattie croniche la relazione fra servizi ospedalieri e utenti cambia radicalmente; il rapporto non si basa più solo sul ricovero, ovvero sulla presa in carico momentanea di un paziente per poi dimetterlo, ma prevede dei lunghi periodi in cui le persone vanno e vengono dall'Ospedale, per esempio in regime di Day Hospital, per ricevere delle cure come la chemioterapia. Questi cambiamenti hanno avuto un forte impatto

sulle prassi della vita ospedaliera; sembra però che non abbiano prodotto una rielaborazione della cultura che sostiene tali prassi. Rispetto a questo trovo interessante il lavoro fatto con un gruppo di pazienti oncologici, per la capacità che ha questo caso di rendere evidenti modalità di funzionamento più generali.

Dico le premesse del caso. La referente dell'Unità di psicologia propone a me ed ad un'altra specializzanda di lavorare con un gruppo di pazienti oncologici. Questa la cornice di riferimento. L'Unità di psicologia ha sviluppato negli anni numerosi servizi rispetto ai problemi che la malattia oncologica pone, sollecitata sia dal personale del reparto di oncologia, sia dalle persone che negli anni si sono rivolte al servizio. Il lavoro in gruppo è uno degli strumenti pensati per trattare le questioni che mano mano si riuscivano a riconoscere, in primis l'importante possibilità che la socializzazione offre di elaborare vissuti emozionali molto complessi come quelli che si associano alla malattia oncologica. La referente propone il gruppo come uno spazio in cui le persone possono parlare ed elaborare le emozioni che provano rispetto alla malattia, alla cura, al loro rapporto con l'Ospedale, alle varie figure sanitarie con cui hanno a che fare. Rapporto molto complesso, che da un po' di tempo nella nostra cultura è diventato sempre meno scontato e più conflittuale. La questione ha molto sollecitato sia me che la collega specializzanda ed è stato uno dei criteri più orientanti nel lavoro. È stato così proposto a sette pazienti oncologici, che si erano rivolti all'Unità di psicologia, un lavoro in gruppo di 12 incontri con questo obiettivo: sviluppare una competenza a sostenere l'esperienza della malattia e della cura. Un aspetto molto interessante è che tutti i partecipanti al gruppo sono persone che si trovano in una fase di cura "post-chirurgica", nel senso che è stato "rimosso" il tumore e la fase dell'emergenza e del ricovero sembra passata, ma ci si continua a curare. Questo sembra il momento che mette più in crisi le persone rispetto ad "un'ipotesi di guarigione", che inevitabilmente questo tipo di malattie fa fallire. Il riconoscimento di fantasie, aspettative, modelli che stanno alla base della sequenza malattia/cura/guarigione ha avuto un interessante effetto terapeutico, ovvero di pensabilità della loro condizione, per le persone che hanno partecipato a questo gruppo. Un aspetto interessante che abbiamo elaborato è stato l'uso massiccio che le persone fanno di luoghi comuni e dimensioni stereotipali per raccontare la propria storia. Questo meccanismo ostacola una elaborazione dell'esperienza. L'ipotesi che ci ha guidato nel lavorare su questo aspetto è stata che il conformismo entra in gioco come modo di parlare dei problemi in mancanza di un pensiero su quello che succede. Più si riesce a esplorare le emozioni che si provano, a farsi carico della questione malattia nelle sue sfaccettature (come si vivono i cambiamenti fisici, di vita, nei rapporti), senza evacuare i problemi, più i gradi di libertà nel vissuto aumentano, e questo può permettere un ampliamento di possibilità di comportamenti ed opportunità che vanno ad incidere sulla qualità della vita delle persone.

Faccio un esempio: la signora F. inizia un ciclo di chemioterapia in un periodo in cui in precedenza aveva previsto un viaggio. Ora non sa più se partire o meno, perché è angosciata dall'idea di poter stare male, temendo gli effetti collaterali della chemio. Dice che tutti le sconsigliano di partire: per il senso comune chi è malato non deve viaggiare, è un fatto certo, però lei non riesce a rassegnarsi. Lavoriamo con lei affinché possa costruire un senso pensato sulla possibilità o meno di fare questo viaggio: quando la signora inizierà a trattare la propria angoscia come un vissuto e a pensare che ciò che accadrà, se accadrà, potrà trattarlo, deciderà di partire; ci racconterà in seguito di essere stata molto bene.

Le storie delle persone che abbiamo incontrato ci aiutano a mettere a fuoco un altro aspetto molto problematico, l'impatto sulla vita delle persone "dell'essere malato" come una nuova identità. Per molte persone c'è una identificazione quasi totale con l'essere malato, che si declina in una forte passività e in un mettere fra parentesi gli altri aspetti della propria vita, in una sorta di sospensione angosciante dell'implicazione nel vivere quotidiano che per altro può durare anni, con una risonanza notevole nel contesto delle loro relazioni. Questo nonostante le persone si trovino di fatto, dopo un periodo di urgenza e di ricovero, a far convivere nelle loro vite momenti di cura (ad es. chemioterapia, radioterapia) con altri aspetti della vita quotidiana, il lavoro, gli affetti, gli interessi ecc. Sembra però che l'identificazione con l'essere malati non aiuti le persone a riconoscere gli altri aspetti messi in gioco nella quotidianità. Questa fantasia è stata elaborata in gruppo. L'ipotesi è stata che il gruppo avrebbe potuto favorire un passaggio da una posizione passiva e fortemente incentrata sull'"essere malati", verso una posizione che riconosce ed elabora

le emozioni che ruotano intorno all'esperienza della malattia e favorisce una integrazione fra essa ed altri aspetti della vita delle persone.

Per l'intervento psicoterapeutico si prefigura quindi la possibilità di rendere pensabili fantasie che caratterizzano l'esperienza delle persone con una malattia cronica. Si tratta di una questione doppiamente rilevante, sia per la qualità della vita dei pazienti che per il loro rapporto con le strutture ospedaliere presso cui sono in cura.

Vediamo meglio il perché. Ci sembra di poter affermare, a partire dal lavoro fatto in gruppo con i malati oncologici, che la difficoltà di pensare lo stato di malattia costituisca oggi uno dei problemi con cui le strutture ospedaliere si confrontano, ma anche sollecitano. Un sintomo interessante di questo fenomeno si manifesta nella difficoltà di sostenere le cure chemioterapiche: molte persone fanno fatica a sottoporsi a cure ospedaliere quotidiane, e non solo dal punto di vista dell'invasività della terapia farmacologica. Una delle persone con cui abbiamo lavorato in gruppo racconta della sua difficoltà di recarsi in Ospedale per effettuare la chemioterapia e ci parla dell'attesa del suo turno in una sala d'aspetto dove molto spesso per i discorsi sentiti c'è un aumento esponenziale dell'ansia. Ci racconta di essere andata in crisi proprio nel momento in cui ha iniziato il trattamento chemio. Facciamo l'ipotesi che è come se si associasse lo stare in Ospedale alla passività e alla sospensione dalla vita quotidiana e che questo generi un forte senso di angoscia, difficilmente tollerabile e gestibile. Questo genera delle difficoltà anche nel personale ospedaliero a cui risultano del tutto incomprensibili molti comportamenti dei pazienti, per esempio quando rifiutano il trattamento chemio. Il lavoro in gruppo si è notevolmente soffermato su questi aspetti, sul rapporto delle persone con la situazione di cura e con il personale ospedaliero. L'elaborazione di questi aspetti ci sembra abbia favorito una posizione più competente da parte dei pazienti nell'usufruire dei servizi ospedalieri. Ci sembra di poter affermare che il lavoro di gruppo proposto dall'Unità di psicologia ai pazienti oncologici declini in modo interessante la funzione psicoterapeutica all'interno del contesto ospedaliero, recuperando l'attenzione al rapporto tra pazienti e Ospedale.

Bibliografia

Cafaro, B. (2011). La psicoterapia come intervento sulle relazioni: Hospice e cure palliative. *Rivista di Psicologica Clinica*, 1, 113-119.

Carli, R., & Paniccia, R.P. (2003). *Analisi della domanda. Teoria e tecnica dell'intervento in psicologia clinica*. Bologna: Il Mulino.

Carli, R., & Paniccia, R.M. (2011). *La cultura dei servizi di salute mentale in Italia. Dai malati psichiatrici alla nuova utenza: l'evoluzione della domanda di aiuto e delle dinamiche di rapporto*. Milano: FrancoAngeli.

Colucci, M. (2005). Medicalizzazione, Retrieved June, 2012 from http://www.deistituzionalizzazione.trieste.it/letteratura/Letteratura/colucci_2005_medicalizzazione.pdf

Foucault, M. (1963). *Naissance de la clinique. Une archéologie du renard médical*. Paris: PUF. [Trad. it. *Nascita della clinica*, Einaudi, Torino, 1969 – 1998].