

L'esperienza di tirocinio in un Pronto Soccorso: vedere il rapporto tra clienti e struttura. Un intervento in costruzione in un contesto senza tradizione di funzione psicologica.

di Raffaella Quaglia*, Francesca Reale*

Abstract.

Gli Autori propongono una riflessione sulla funzione psicologica in Pronto Soccorso, un contesto ospedaliero che non ne ha tradizione. A partire da situazioni cliniche incontrate nell'ambito del tirocinio, vengono presentate alcune ipotesi sulla cultura che organizza un servizio di Pronto Soccorso. Il vertice da cui viene condotta tale esplorazione è relativo a cosa rappresenta una criticità nel rapporto tra il reparto e i suoi clienti. Viene inoltre proposta una categorizzazione riferita al metodo dell'intervento psicologico clinico in Pronto Soccorso, attraverso i costrutti di de-reificazione ed interpretazione. Secondo tale modello l'intervento psicologico clinico in Pronto Soccorso si basa sull'interpretare: attraverso interventi psicologici semplici che sono azioni interpretative, si opera una de-reificazione di ciò che, nel contesto ospedaliero dell'emergenza, viene velocemente concretizzato come una cosa del singolo, accogliendone invece la costellazione emozionale a carico del rapporto cliente-servizio. Con questo articolo gli Autori si interrogano sull'utilità e sulle modalità di partecipazione di una funzione psicologica alle attività di accoglienza del Pronto Soccorso.

Parole chiave: Psicologia clinica, ospedale, Pronto Soccorso, accoglienza, de-reificazione, interpretazione

Introduzione

Con questo contributo vogliamo resocontare lo stato dell'arte del nostro tirocinio attualmente in corso presso un ospedale romano, con l'obiettivo di proporvi una riflessione sull'intervento in un contesto sanitario che non ha tradizione di funzione psicologica.

Vi parleremo del tirocinio che da qualche mese svolgiamo nel Pronto Soccorso di questo ospedale: questa esperienza ci sta sollecitando alcuni interrogativi su cui stiamo lavorando entro la doppia committenza del corso di specializzazione e dell'Unità di Psicologia Clinica-Ospedaliera.

Ad esempio ci chiediamo: quali culture organizzano un servizio di Pronto Soccorso? Quali sono i problemi nel rapporto tra il Pronto Soccorso e i suoi clienti, e come può intervenire la psicologia?

Soprattutto l'interrogativo su cui vi chiediamo di lavorare insieme oggi è: quanto è possibile che una funzione psicologica partecipi alle attività di accoglienza del Pronto Soccorso?

Il vertice da cui abbiamo scelto di proporre una lettura è "cosa rappresenta un problema in Pronto Soccorso": ovvero quali eventi e situazioni cliniche ci sembrano mettere in crisi i rapporti tra clienti e struttura. Tenere il focus su questa relazione, che proviamo a sviluppare attraverso alcune nostre esperienze cliniche, rappresenta il criterio che ci sta orientando nell'intervento con il reparto, e che ci consente di costruire alcune categorie a proposito di un modello e di un metodo dell'intervento psicologico in ospedale che intendiamo proporvi.

Cosa rappresenta un problema nel rapporto reparto-cliente e come ci interveniamo

La prima committente del nostro tirocinio, insieme al corso di specializzazione, è l'Unità Operativa (U.O.) di Psicologia dell'ospedale. L'equipe di psicologi offre il suo servizio all'ospedale, inteso come l'insieme di tutte le figure che vi operano e i pazienti e familiari che usufruiscono o hanno usufruito delle prestazioni sanitarie; non prevede un'apertura diretta al territorio. La sua attività concerne principalmente l'erogazione di consulenze che vengono richieste dai medici per i

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

ricoverati o più raramente dai pazienti stessi, l'organizzazione di corsi di formazione al personale, l'attivazione di progetti specifici con alcuni reparti, la costruzione di reti con i servizi del territorio.

L'inizio del nostro tirocinio coincide con l'investimento da parte dell'Unità Operativa in un nuovo progetto, relativo al Pronto Soccorso, su cui ci proponiamo di lavorare. Per un nostro inserimento nel progetto la nostra tutor ci aggiorna su quanto fatto nei mesi precedenti, durante i quali, su incarico della dirigenza ospedaliera, ha iniziato un'esplorazione del funzionamento del reparto dopo accordi presi anche con il Primario e i Responsabili medico e infermieristico. Gli obiettivi che ci vengono proposti in merito alla committenza a questo intervento riguardano l'intenzione di migliorare l'accoglienza dell'ospedale, a partire dal primo contatto che è rappresentato dal Pronto Soccorso.

Concordiamo con la tutor una nostra presenza in reparto finalizzata alla conoscenza del contesto, attraverso l'esplorazione e l'istituzione di rapporti con operatori, pazienti e famigliari di cui in seguito rendicontare a lei e all'Unità Operativa. L'incontro tra il reparto e chi vi accede è scandito da una serie di passaggi e di luoghi: il triage, in cui si valuta la sintomatologia e si attribuisce un codice di priorità d'accesso basato sulla gravità; la sala d'attesa e infine le sale visita di medico internista, chirurgo e ortopedico. E' questo un passaggio importante. Fino all'avvio del progetto infatti, il rapporto tra reparto e U.O. di Psicologia ha funzionato in una modalità tipica della prassi ospedaliera: la richiesta di consulenze specialistiche.

Siamo arrivate in Pronto Soccorso con tutte le nostre fantasie rispetto al contesto, sollecitate dall'immagine che ne danno i media e dalla nostra esperienza e storia di vita; a partire da queste fantasie cominciamo a lavorare, mettendole a verifica ma soprattutto cogliendole come indizi di componenti culturali che ipotizziamo organizzino il funzionamento del servizio. Ci aspettiamo, ad esempio, che l'emergenza, la gravità, l'agire in fretta siano gli organizzatori principali del modo di funzionare in Pronto Soccorso; come se il fatto stesso di chiamarsi "Pronto Soccorso" configurasse una rappresentazione emozionale del reparto come luogo in cui "se ho bisogno, troverò qualcuno che mi curerà immediatamente". Ovvero abbiamo operato noi per prime, all'esordio del tirocinio, una reificazione di quella rappresentazione, trattando questa fantasia come un dato concreto¹ di realtà, che nella nostra esperienza abbiamo riscontrato anche negli utenti che vi afferiscono.

E' a partire dal confronto con queste nostre fantasie che ci sembra di poter riconoscere nella de-reificazione² di ciò di cui si occupa il reparto il metodo con cui abbiamo proceduto e procediamo nella collaborazione con lo stesso: problematizziamo con i medici e gli infermieri alcune situazioni che arrivano e che riconosciamo o ci vengono proposte come critiche nel rapporto tra reparto e cliente.

Per costruire questo accordo a lavorare, continuamente oscillante, perciò continuamente da monitorare e rifondare, sono stati necessari dei tempi e dei passaggi, e un lavoro su alcuni eventi critici nella nostra relazione con il reparto, ad esempio espressi in una perplessità dei medici in merito ad una nostra collocazione fisica specifica (triage o sale visita?), perplessità che abbiamo pensato come espressione di un disagio rispetto ad una nostra collocazione in termini di funzioni.

Ci ha aiutato la resocontazione, e l'istituzione di alcuni momenti di riunione con i medici ai quali abbiamo potuto chiedere cosa si aspettavano da noi. Ci sembra che aver formulato questa domanda abbia consentito uno spostamento interessante: dall'essere visti come osservatori inviati della dirigenza, al cominciare a rappresentare interlocutori interessati ai loro problemi.

In ciò che i medici ci hanno detto abbiamo riconosciuto vissuti di solitudine e il desiderio di non essere lasciati soli, in particolare in alcune situazioni che possono riguardare fantasie di onnipotenza-impotenza a poter intervenire; o in altre che sollecitano la frustrazione di non dare una risposta coerente a problemi complessi; oppure ancora in situazioni cui gli operatori si sentono invischiati in rapporti aggressivi.

¹ Sul pensiero concreto si veda Stampa P. (2009)

² Con il concetto di reificazione facciamo riferimento all'operazione, legata al funzionamento inconscio della mente, di sostituzione della realtà esterna con quella psichica. Per l'approfondimento di tali concetti si rimanda alla Prima Topica freudiana (1900) e alla modellizzazione di Matte Blanco (1975)

Proviamo a vedere a partire dalla nostra esperienza alcune di queste situazioni che rappresentano un problema nella relazione reparto-cliente e su cui stiamo lavorando.

L'obbligo

Una prima questione con cui il reparto si confronta riguarda eventi di crisi nel rapporto di fiducia medico-paziente, passaggio culturale che oggi interessa l'intera istituzione ospedaliera ma che ha alcune connotazioni interessanti nel Pronto Soccorso.

Abbiamo avuto modo in questi mesi di fare esperienza di come gli utenti del Pronto Soccorso mettano spesso in crisi l'aspettativa del personale di avere a che fare con un paziente prevedibile, in cui è scontata la relazione di fiducia e di affidamento al servizio. Medici e infermieri, funzionalmente, si aspettano che il paziente si affidi velocemente e deleghi loro il ripristino del suo stato di salute, e che accetti "per il suo bene" protocolli o prescrizioni che non sempre comprende o che non desidera.

Questo affidamento accade ancora, funzionalmente, nei casi gravi, ma non in quelli meno gravi in cui invece si genera un conflitto tra le aspettative degli operatori e le aspettative dei pazienti. Ci sembra interessante notare come spesso chi arriva al Pronto Soccorso sembri un paziente-non-paziente, un "quasi paziente", ovvero una persona che non ha ancora operato quella trasformazione della rappresentazione di sé da sano, quello che era fino a pochi minuti prima nel suo flusso di vita, e l'arrivo in Pronto Soccorso. Questa trasformazione non avviene immediatamente, richiede un tempo di ripensamento, a volte più lungo dell'arrivo in ospedale. Alcune volte anche gli arrivi di tipo coatto, come i TSO o l'invio da parte della pubblica sicurezza per accertamenti, tutte quelle situazioni che hanno implicato un obbligo al ricorrere al Pronto Soccorso, minano quella relazione di fiducia auspicabile perché il medico possa operare. Quando la collusione sul tipo di relazione di affidamento tra medico e paziente salta, il reparto incontra criticità, una difficoltà a lavorare che spesso l'ha portato ad attivare la funzione psicologica. Ci viene in mente una situazione che aiuti a comprendere quanto stiamo dicendo.

La signora Piera arriva al Pronto Soccorso con un'ambulanza del 118 per accertamenti tossicologici richiesti dalla polizia municipale; nel fax di richiesta si diceva che la signora a causa di una manovra maldestra aveva provocato un tamponamento a catena, e che appariva in evidente stato confusionale non imputabile all'assunzione di sostanze però, ad una prima valutazione sul campo, per cui l'invio a personale sanitario dotato di strumenti idonei. La signora è molto arrabbiata e non ha nessuna intenzione di farsi visitare, ancor più dice che non capisce perché l'hanno portata in ospedale, visto che sta bene. Il medico prova a visitarla e a farle il prelievo di sangue per gli accertamenti, ma la signora comincia ad urlare che non vuole essere toccata. Veniamo attivate dal medico, che ci dice in modo emozionato quanto non sappia che fare in questa situazione e se noi possiamo capire perché la signora non vuole farsi visitare e magari convincerla. Abbiamo ipotizzato che il medico si sentisse pressato dall'obbligo istituzionale e che fosse disorientato nel sentire di non avere strumenti di intervento; del resto sembrava anche preoccupato dello stato di salute della signora, che a stento stava in piedi, e non voleva dimetterla o comunque lasciarla andare senza neanche averla visitata, ma a questo non poteva obbligarla. È questa una situazione di rapporto che confronta il medico ma anche l'intero reparto con un vissuto di impotenza.

Troviamo la signora visibilmente arrabbiata. Ci presentiamo e le chiediamo se ha voglia di parlarci di quello che le è successo. La signora risponde, come ha fatto con tutti gli operatori che le si sono avvicinati, cercando di allontanarsi e urlando che lei non vuole farsi toccare, ma solo andare via. Le diciamo che non siamo lì per farle un prelievo e che non è obbligata a farlo. Questa proposta di relazione viene letta dalla signora come non persecutoria e le permette di spiegare quanto si sia sentita aggredita e circondata da vincoli obbliganti di cui non capiva il senso. L'ansia della signora ha a che fare con il tempo che sente di star perdendo, dovendo fare visita ad una persona cara in un altro ospedale e dovendosi occupare del cane che era in auto con lei e crede di aver perso. Sembra non ci sia altra questione per la signora Piera che andare a risolvere le sue situazioni fuori da lì e rispetto alle quali si sente impotente, disperata e inascoltata dal reparto. La signora parla in un modo confuso e disorientato, in un evidente stato di alterazione psicofisica: la ascoltiamo,

accogliendo le sue emozioni angosciate rispetto alla perdita, proponendole anche una ristrutturazione di campo, ovvero introducendo degli elementi nuovi di contesto che l'aiutino a riconfigurare quanto sta accadendo. Ipotizziamo che la signora, presa da una fantasia generalizzata³ di minaccia e di impotenza, stesse assimilando la relazione con gli operatori sanitari a quella con gli agenti di pubblica sicurezza: il medico in quel momento è per lei un altro nemico obbligante a cui ribellarsi. Proponiamo al medico questa rilettura del comportamento della signora Piera: tale restituzione ha un effetto di smorzamento anche della rabbia del reparto nei confronti della signora, e uno spostamento da quell'emozione paralizzante di impotenza che è esitato nel poter parlare con lei rispetto a un problema.

L'individuo-contesto

Ancora un'altra situazione clinica in cui la relazione reparto – cliente va in crisi. Soprattutto nei casi di più spiccata emergenza e gravità, il reparto, impegnato in una presa in carico tecnico-specialistica del problema organico di una persona, sembra avere necessità di scotomizzare un sistema di relazioni che è attorno alla persona malata e che pure porta una sua domanda in Pronto Soccorso: ci riferiamo al fatto che spesso chi accompagna un familiare o un amico in Pronto Soccorso è parte di un intero sistema di convivenza che va in crisi attorno all'evento imprevisto di emergenza.

Pensiamo ad Ambra, una ragazza quindicenne arrivata con il 118 e subito raggiunta dai genitori per una sospetta prima crisi epilettica, avvenuta a scuola. Dopo il triage e durante l'attesa per la visita, Ambra ha una nuova crisi: la situazione rapidamente evolve in codice rosso ed entra direttamente in reparto, mentre i due genitori restano fuori davanti ad una porta chiusa, in una condizione di solitudine e presi da fantasie angoscienti di morte. Il lavoro della tutor e nostro in quell'occasione è stato occuparci di loro, creare una comunicazione tra dentro e fuori il reparto, essere presenti rappresentando l'istituzione ospedale. Abbiamo lavorato per un accoglimento delle angosce dei due genitori, consentendogli di utilizzarci, in quelle ore di attesa, come riscontro di realtà della loro emozione generalizzata e totalizzante di frammentazione⁴, in modo che il tempo non fosse vissuto come vuoto e ancor più elicitante fantasie di morte subito concretizzate.

Idealizzazione/svalutazione, onnipotenza/impotenza⁵

Un'altra situazione che fa problema nella relazione tra reparto e i suoi clienti ci sembra riguardare alcune fantasie legate ad una dinamica di idealizzazione-svalutazione nel vissuto dei pazienti e di onnipotenza-impotenza nel vissuto degli operatori.

Ci sembra presente in alcune persone che arrivano in Pronto Soccorso la fantasia che esso sia una madre infinita, che deve a prescindere prendersi cura di loro e, in maniera ambivalente, anche la fantasia di essere non accolti, invisibili. Pensiamo che questa ambivalenza si traduca in resistenza ad essere paziente e, insieme, nell'attesa di una accoglienza totale: ci viene in mente che sia la stessa fantasia di avere a che fare con un interlocutore onnipotente che fa poi svalutare e aggredire il Pronto Soccorso nell'incontro con i dati di realtà. Su questa fantasia angosciata di invisibilità ci sembra di poter intervenire interessandoci al paziente e, attraverso questo riconoscimento dell'altro, sconfermare l'attesa di non essere accolti e lavorare così sulla rappresentazione dell'ospedale.

Ma, come dicevamo, ci sembra interessante collocare questa fantasia in un rapporto, e vedere a cosa corrisponde nel vissuto del reparto. Ci viene in mente quanto spesso arrivino persone in triage per un problema ambulatoriale o da medico di base con la pretesa che il soccorso sia

³ Per il principio di generalizzazione, quale modalità di funzionamento inconscio della mente, si veda Matte Blanco (1975).

⁴ Idem, come sopra

⁵ Quanto proposto in questo paragrafo fa riferimento alla teorizzazione di Melanie Klein, in particolare al costrutto di posizione schizoparanoide. Per approfondimenti si rimanda agli "Scritti" (1958)

pronto, immediato, a partire da un vissuto di urgenza autocentrato che non può aspettare, un vissuto che non viene messo in relazione con il funzionamento della struttura in cui si accede. Rispetto a queste situazioni gli operatori ci parlano di un sentirsi sotto assedio. Il servizio non prevede di occuparsi dell'angoscia dell'utente che motiva la richiesta di presa in carico immediata, o del suo disorientamento nell'entrare in un luogo che non conosce, oppure della confusione per quello che gli è accaduto.

Si tratta in questi casi di proposte di rapporto con il Pronto Soccorso che valicano la richiesta esplicita di cura sanitaria e che vengono percepite come incongrue da parte del servizio. Gli operatori sentono di dover lavorare sull'emergenza, numericamente piuttosto rara, e si difendono in modalità attacco-fuga (Bion, 1961) rispetto a tutte le proposte di rapporto che sentono non corrispondenti alle loro attese e divergenti dall'emergenza: ad esempio l'attesa di essere presi in carico immediatamente non giustificata da situazioni cliniche obiettive di gravità; i codici bianchi che non si sono rivolti al medico di base; le persone che vogliono essere accolte anche nei loro vissuti emozionali relativi all'evento che li porta in Pronto Soccorso.

La richiesta di rapporto

Un'ultima categoria di situazioni che rappresentano un problema in Pronto Soccorso è legata a domande di rapporto che arrivano al reparto stando al limite del suo mandato, o anche non avendolo.

Pensiamo a Carla, una senzatetto della zona, che ogni settimana da molti anni viene in Pronto Soccorso, da sola o accompagnata dalle forze dell'ordine perché gira nuda per strada. Carla spesso si aggira per la sala di attesa o davanti le telecamere e chiede agli operatori abiti che le vengono forniti. Oppure pensiamo ad Antonio, un uomo con problemi di emarginazione, che da circa quindici anni viene quasi quotidianamente a chiedere delle gocce di antidolorifico per un dolore ai piedi.

Ci sembrano queste delle situazioni in cui le persone utilizzano il Pronto Soccorso in modo incongruo, ma il reparto sceglie comunque di farsene carico. Dal confronto con gli operatori ipotizziamo che ciò non sia un problema per il reparto, in quanto è più esplicito il loro rappresentare domande di rapporto: questa chiarezza e la possibilità di dare risposta su un piano concreto (abiti e farmaci) si collegano ad un basso potenziale di minaccia.

Altre volte ci sono domande di rapporto che invece rappresentano eventi critici per il reparto. Ad esempio una mattina arriva in Pronto Soccorso un uomo con un infarto in atto. Il reparto si muove rapidamente e competentemente secondo protocolli, attivando la cardiologia e trasferendo il paziente in Unità Coronarica. Tra le azioni compiute dal medico che ha preso in carico il caso c'è quella di contattare il figlio dell'uomo, comunicargli lo stato clinico del padre e chiedergli di raggiungere l'ospedale. All'arrivo del figlio il medico si occupa di informarlo sull'accaduto e sulle operazioni mediche in corso, e di inviargli al reparto in cui il padre è stato trasferito. Uno degli infermieri, avendo raccolto in una busta trasparente gli abiti dell'uomo, li consegna al figlio: è qui che il ragazzo reagisce, dicendo di non riuscire a guardare la busta di abiti e rifiutandosi di prenderla, generando molta sorpresa e irritazione tra gli operatori, che trovano irragionevole il suo comportamento. L'uomo si allontana dall'ospedale, tornando poco dopo, chiedendo di nuove indicazioni su come raggiungere il reparto in cui si trova il padre. Una di noi lo accompagna in reparto e accoglie le sue emozioni confuse, occupandosi della relazione.

In casi come questo il mandato del Pronto Soccorso sembra esaurirsi con la comunicazione dello stato di salute del padre, seguendo un protocollo che prevede appunto anche la consegna degli abiti. La domanda di rapporto e di accoglienza delle emozioni che invece il figlio fa in quella contingenza mette in evidenza la fatica del reparto di farsi carico delle conseguenze, come se fossero degli aspetti collaterali, del proprio competente operare. Ipotizziamo che il reparto non sempre senta di avere strumenti per riconoscere le connotazioni simboliche di certi passaggi, in modo da potersene occupare; in questo caso la nostra presenza in reparto ha permesso di integrarci nel farci carico di quella relazione, e soprattutto di tornare a problematizzarla con gli operatori.

Quello che stiamo dicendo è che spesso la presa in carico medica determina delle conseguenze, delle ricadute che mettono in evidenza un'ulteriore domanda, questa volta di rapporto, vissuta

come fuori mandato. In queste situazioni ipotizziamo che il reparto esprima una difesa, che è ancora più evidente quando corrisponde alla percezione di una pretesa di presa in carico totale, esulante da evidenze cliniche che la giustifichino. Pensiamo su questo ad un'ultima situazione: Donato arriva con una richiesta di accertamenti per un problema generico di salute e aspettandosi per questo di essere ricoverato; dopo gli esami il medico decide di dimmetterlo, ma Donato si rifiuta di andarsene cominciando a gravitare intorno al reparto, sollecitando l'irritazione del medico che non sa più come liberarsene. Quando, come in questo caso, la richiesta che arriva in reparto è di rapporto ma pretende di essere assecondata su un piano medico sanitario, ci sembra che il reparto si chiuda difensivamente: Donato fa una richiesta di presa in carico infinita, che non è mai abbastanza, qualsiasi sia la gestione medica della situazione clinica della persona. Pensiamo inoltre che la pretesa di presa in carico sia supportata dall'avere a che fare con una struttura pubblica che, in quanto tale, è obbligata ad accogliere.

Conclusioni

Proviamo ora ad organizzare un pensiero meta, una prima articolazione di modello sulla funzione della psicologia in Pronto Soccorso che stiamo contribuendo a sviluppare dalla nostra posizione tirocinante insieme con l'Unità Operativa.

Ci è utile riprendere l'assenza di tradizione di funzione psicologica in Pronto Soccorso (Trabucco & Buonocore, 2007); ci stiamo muovendo, ci pare, in un terreno particolarmente ambivalente rispetto alle fantasie sulla psicologia in ospedale: da un lato, trovandoci in ospedale, riscontriamo la fantasia di sapere già chi è e cosa fa lo psicologo; dall'altro il lavoro in un contesto insolito come il Pronto Soccorso, che impone di problematizzare continuamente funzione ed identità professionale. Potremmo connotare la psicologia in Pronto Soccorso come un progetto di intervento pionieristico, che apre spazi interessanti alla costruzione di categorie sul lavoro e impone un procedere non scontato in termini di obiettivi e metodi.

Pensiamo che il tirocinio che stiamo facendo in Pronto Soccorso si basi sull'interpretare: ci stiamo occupando di interventi psicologici semplici che sono azioni interpretative, in quanto operano per una dereificazione di ciò che, nel contesto ospedaliero dell'emergenza, viene velocemente concretizzato come una cosa del singolo, accogliendone invece la costellazione emozionale a carico del rapporto cliente-servizio.

La nostra posizione di tirocinanti, estranea ed esplorativa ha contribuito a che emergessero domande: ne rappresenta un prodotto l'accordo con i medici a definire la funzione psicologica come a servizio del reparto e a supporto della relazione operatore-paziente. L'andamento di questa relazione tra la psicologia e il Pronto Soccorso va continuamente monitorato: la nostra presenza li sollecita simbolizzazioni e consente di far emergere nuove domande sia dagli operatori che dai pazienti.

Quali siano i possibili sviluppi delle domande è l'interrogativo che ci orienta in questi movimenti oscillanti, che chiedono continuamente di interrogarsi su cosa sta accadendo nei rapporti e di problematizzare gli obiettivi e le funzioni. Su questo vi chiediamo oggi di lavorare insieme.

Bibliografia:

Bion, W.R. (1961). *Experiences in Groups*. London: Tavistock [Trad. It. *Esperienze nei gruppi*. Roma: Armando, 1971].

Carli, R. (1987). *Psicologia clinica. Introduzione alla teoria e alla tecnica*. Torino: Utet

Carli, R., & Paniccia, R.M. (2003). *L'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.

Freud, S. (1900). *The Interpretation of Dreams*. Standard Edition of the Complete Works of Sigmund Freud. Vol. 4-5. London: Hogarth. [Trad. It. *L'interpretazione dei sogni*. Torino: Bollati Boringhieri, 1989]

Klein, M. (1952), *Development in psycho-analysis*. London: Hogarth Press [Trad. It. *Scritti 1921-1958*. Torino: Bollati Boringhieri, 1978]

Matte Blanco, I. (1975). *The Unconscious as Infinite Sets: An Essay in Bi-Logic*. London: Gerald Duckworth & Company. [Trad. It. *L'inconscio come insiemi infiniti: Saggio sulla bi-logica*. Torino: Einaudi, 1981].

Stampa, P. (2009). *Parole-chiave per (non) confondere le idee a chi studia psicoterapia 1. NOMI, COSE. Trappole e trucchi del pensiero concreto*. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 121-137.

Trabucco, G., & Buonocore, F. (2007). *Il pronto soccorso triage. Accoglienza, assicurazione, cura, aspettative, vissuti psicologici, bisogni*. Verona: Cortina.