



# Psicoanalisi Contemporanea

Rivista semestrale che intende promuovere ed ampliare la comprensione psicoanalitica della mente e della società contemporanea.

“Antonella Varetto, La comunicazione ai caregivers: una riflessione sull’esperienza in ospedale durante la prima fase della pandemia”

## La comunicazione ai caregivers: una riflessione sull’esperienza in ospedale durante la prima fase della pandemia.

**Antonella Varetto**

Questa breve riflessione nasce dall’esperienza vissuta nei primi mesi della pandemia, tutt’ora in corso, e da una modalità condivisa con i colleghi medici della Città della Salute e della Scienza, di affrontare uno dei numerosi problemi che si sono posti e ancora attualmente si pongono quali quello della gestione della comunicazione e della relazione durante la gestione di una malattia che genera, fra gli altri gravissimi problemi clinici, distanza ed isolamento.

Il modello di comunicazione e gestione dei pazienti e caregivers è cambiato nel tempo, unitamente ad una diversa organizzazione nei reparti COVID in ospedale, ma anche ad un incremento di consapevolezza da parte di tutta la popolazione. Le ferite psicologiche nei pazienti, nei caregivers e nei curanti sono tuttavia profonde, durature e meritevoli di una gestione sempre più consapevole.

All’interno dell’AOU Città della Salute e della Scienza di Torino, i pazienti affetti da Covid-19 in condizioni di gravità tale da necessitare di ricovero ospedaliero sono stati accolti in reparti multispecialistici di area medica (reparti Covid) e di area critica (terapie intensive Covid) e sottoposti ad isolamento di coorte seguendo un criterio di intensità di cura.

Stante l’elevata contagiosità del virus SARS-CoV-2 e la conseguente necessità di indossare adeguati DPI, che prevede specifica e complessa formazione per approcciarsi a tali pazienti, non è stato consentito, per motivi di salute pubblica, ai familiari dei pazienti di entrare all’interno dei reparti stessi.

Medici, infermieri e altri operatori sanitari dei reparti Covid, hanno favorito la comunicazione diretta tra pazienti e familiari mediante l’utilizzo di smartphone e tablet, acquisiti mediante donazioni, che supportano le videochiamate. I reparti sono stati dotati di tali dispositivi, ed il personale deputato all’assistenza ha garantito il supporto a quei pazienti che non riuscivano ad utilizzare in autonomia tali strumenti. In questo modo, sin da subito, si è cercato di preservare la comunicazione non solo verbale, ma anche visiva tra pazienti e familiari, almeno per tutti i pazienti in condizione di comunicare, seppure aiutati. La comunicazione tra familiari e medici curanti era tuttavia resa molto difficile dai limiti imposti dall’utilizzo dei DPI indossati dai professionisti per cui risultava difficile, nel rispetto della sicurezza, utilizzare gli strumenti di comunicazione con rapidità. Per ovviare alla difficoltà dei curanti di incontrare



# Psicoanalisi Contemporanea

Rivista semestrale che intende promuovere ed ampliare la comprensione psicoanalitica della mente e della società contemporanea.

“Antonella Varetto, La comunicazione ai caregivers: una riflessione sull’esperienza in ospedale durante la prima fase della pandemia”

fisicamente i familiari dei pazienti stessi, è stata istituita da parte della Direzione Sanitaria un’équipe per la comunicazione, composta da medici della Direzione Sanitaria Presidio Molinette, della Qualità e Risk Management Accredитamento, da medici del Dipartimento di Medicina e da psicologi della Psicologia Clinica.

L’équipe riceveva giornalmente, un bollettino sulle condizioni cliniche dei pazienti mediante un format pensato per essere fruibile e di facile compilazione per i medici di reparto.

Per tutti i pazienti ricoverati, in generale, oltre alle necessarie informazioni anagrafiche, venivano fornite informazioni sintetiche riguardo lo stato di coscienza e cognitivo, eventuali problematiche emozionali, i parametri clinici nel contesto del quadro generale, la terapia in atto e il programma delle attività cliniche da effettuare nei giorni successivi. I format compilati dai medici dei reparti Covid venivano inviati per via telematica interna (email cifrata aziendale) all’équipe addetta alla comunicazione nel primo pomeriggio. L’équipe analizzava e discuteva collegialmente i documenti ricevuti, anche alla luce delle conversazioni effettuate nei giorni precedenti, e contattava i familiari che i pazienti avevano indicato. Durante il primo colloquio il medico dell’équipe si presentava e presentava lo psicologo, quindi illustrava il significato e la modalità di comunicazione tra ospedale e familiari del paziente ricoverato. In particolare veniva spiegato il servizio svolto, soprattutto per quanto riguardava la componente del supporto offerto dagli psicologi.

Dopo questa prima fase introduttiva, l’équipe procedeva alla comunicazione delle notizie cliniche più recenti, accogliendo le domande e le eventuali richieste di chiarimento da parte degli interlocutori. Traccia della comunicazione veniva riportata, sotto forma di annotazioni sintetiche, su un apposito registro; la costituzione di tale registro era fondamentale oltre che per trascrivere i feedback e le richieste specifiche dei parenti dei ricoverati, anche per garantire la continuità comunicativa tra parenti e membri dell’équipe, alla luce della turnazione di questi ultimi durante la settimana. I colloqui avvenivano sempre con le medesime modalità tutti i giorni, dal lunedì alla domenica.

Feedback ed eventuali richieste specifiche dei parenti contattati venivano comunicati da parte dell’équipe ai medici curanti e agli infermieri dei reparti Covid di competenza, sempre per via telematica (Fornero et al 2020). Durante queste telefonate sono emerse molte necessità da parte dei familiari contattati, prima di tutto di ricostruire, attraverso la narrazione ed il confronto con il medico e con lo psicologo, la situazione fisica ed emotiva in cui si trova il loro caro. Ricordiamo che nella prima fase di pandemia i ricoveri sono stati quasi tutti in urgenza e senza che i parenti potessero avere ancora un’idea di cosa sarebbe capitato successivamente, anche in termini organizzativi. La mancanza del contatto con il paziente e con i medici curanti ha reso da subito evidente quanto la profonda sensazione di insicurezza facesse nascere dubbi e paure. Da qui la richiesta di contenimento attraverso le informazioni, ricche anche di particolari che permettessero ad ogni familiare di immaginare la scena del ricovero.



# Psicoanalisi Contemporanea

Rivista semestrale che intende promuovere ed ampliare la comprensione psicoanalitica della mente e della società contemporanea.

“Antonella Varetto, La comunicazione ai caregivers: una riflessione sull’esperienza in ospedale durante la prima fase della pandemia”

Molto spesso le richieste dei parenti sono state, nell’immediato, di avere notizie cliniche particolari o informazioni infermieristiche, tuttavia è stato anche chiesto molto spesso di poter consegnare piccoli oggetti ai pazienti ricoverati, quali ad esempio foto o altri “oggetti tramite”. Altre volte l’équipe si è occupata della salute dei parenti stessi isolati in quarantena al proprio domicilio, fornendo loro informazioni utili su aspetti riguardanti la loro (nuova) quotidianità in un contesto emergenziale.

L’Azienda ha offerto inoltre un servizio di supporto psicologico telefonico per tutti i familiari dei ricoverati che lo desiderassero, in uno spazio dedicato al termine dei colloqui giornalieri.

L’équipe di comunicazione si è assunta infine, d’accordo con i medici e gli infermieri curanti dei reparti Covid, l’importante compito di comunicare eventuali notizie infauste ai parenti ricoverati, fornendo una immediata assistenza al lutto nei giorni successivi alla comunicazione, tenendo conto delle modalità particolari con cui sono avvenuti i decessi e la gestione dei defunti.

Il paradosso di questa situazione pandemica è stato proprio quello di impedirci di trovare sicurezza e sostegno dalla minaccia nelle persone vicine e care. Ciò che ci mantiene “al sicuro” dal virus è mantenere le distanze sociali, privandoci, potenzialmente, della nostra risposta naturale alla minaccia e lasciandoci con minori capacità di gestire le risposte emotive a ciò che sta accadendo.

La minaccia di perdita della salute o di morte per sé o per le persone care è al centro delle ansie sollevate dal Covid 19, quelle ansie di vita e di morte che Melanie Klein ha descritto come potenti forze che ci impegnano all’inizio della vita. Affrontare questo livello di minaccia inevitabilmente ci connette con le esperienze precedenti di annientamento, disintegrazione, frammentazione e persecuzione. Nel tempo e con lo sviluppo della persona avviene il superamento e l’integrazione di tali difese in funzione adattativa, tuttavia, quando la minaccia si riattualizza, è possibile rivivere la condizione in cui le buone relazioni interne ed esterne non riescono a proteggerci (Nespoli 2019).

Durante i colloqui effettuati con i caregivers in questo periodo si sono osservate alcune strategie difensive impiegate ad arginare la sofferenza: un fenomeno evidente sin dall’inizio, ma ancora più evidente oggi, nella prosecuzione dello stato di allarme generato dalla pandemia, è stato l’alternarsi di minacce rivolte al sistema di cura in generale e/o alle équipes curanti (“denuncerò l’ospedale perché non mi permette di vedere il mio parente”) con le descrizioni “eroiche” dei medici e degli infermieri “buoni”, con funzione salvifica (gli “angeli”). Molti caregivers, soprattutto all’inizio delle telefonate, si dimostravano estremamente aggressivi nei nostri confronti, quali rappresentanti dei sanitari “cattivi” che li tenevano lontani dai propri cari, recuperando poi la nostra funzione di tramite quotidiano con il reparto e riconoscendo l’utilità della comunicazione. La scissione che consente di gestire un’esperienza spaventosa e caotica e di ciò che tale esperienza riverbera nel nostro interno, classificandola



# Psicoanalisi Contemporanea

Rivista semestrale che intende promuovere ed ampliare la comprensione psicoanalitica della mente e della società contemporanea.

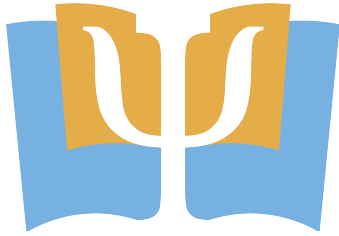
“Antonella Varetto, La comunicazione ai caregivers: una riflessione sull’esperienza in ospedale durante la prima fase della pandemia”

come “buona” o “cattiva”, un nemico verso il quale dirigere un combattimento o dal quale scappare è stata ed è manifesta a più livelli. Un esempio di questo è la descrizione del presidente Trump del Covid 19 come “virus cinese”, cattivo, persecutore, e del sistema sanitario nazionale americano come “buono” (Stubley 2020).

Un’altra difesa che abbiamo visto prevalente è stata l’identificazione proiettiva, per cui tutto ciò che è vissuto come intollerabile viene, attraverso fantasie inconsce, messo nell’altro. Abbiamo vissuto l’attribuzione di una profonda impotenza alle “vittime” del virus, sovente a noi raccontate dai parenti come prive di possibilità di resilienza, più fragili di quanto poi, nel confronto con gli operatori in reparto e nel confronto diretto con i pazienti stessi, fossero realmente. Questo, da una parte, ha aiutato i caregivers a sentirsi meno impotenti, e più competenti nell’aiutare il proprio caro, negando però, nel contempo, l’accesso alle capacità del paziente stesso. La difficoltà ingenerata è stata molto evidente quando alcuni pazienti si sono rifiutati di sentire tutti i giorni i parenti, con motivazioni che andavano dal “sono stanco di sentire sempre tutti preoccupati”, “ho bisogno di ritrovare da sola le forze, anziché perderle per rassicurare tutti lì fuori”, “in reparto mi sento tranquilla, mi pare che fuori siano più agitati di me”.

Abbiamo inoltre osservato in molti caregivers in isolamento l’innescò di antiche paure. Alcuni hanno utilizzato la parola “è come stare in galera” per descrivere il loro stato di permanenza in casa. I colloqui più approfonditi, quando questa sensazione si accompagnava ad una profonda angoscia, hanno permesso di disvelare profonde ambivalenze legate sia ai rapporti di coppia quanto a quelli con i genitori. Una moglie, il cui marito era ricoverato in una unità semi-intensiva, manifestava profonda insofferenza per la propria condizione di “reclusa in quarantena” fino al sostenere che il marito “se la passava meglio di lei” in quanto poteva stare in un ambiente pieno di persone (medici, infermieri e operatori), manifestando, contemporaneamente, un desiderio ossessivo di sentirlo per telefono più volte al giorno, in modo riparativo rispetto ai propri vissuti aggressivi, cosa non possibile in quanto il paziente per molte ore durante la giornata e la notte, era sotto il casco di ventilazione forzata. Il riportare questa donna ad un piano di realtà della sofferenza dell’altro (un contatto visivo attraverso il tablet in dotazione al reparto che le ha mostrato la condizione del marito) ha scatenato in lei una profonda crisi legata a problematiche precedenti la malattia, sul suo ruolo all’interno del rapporto di coppia.

Un figlio il cui padre, novantacinquenne e pluripatologico già prima di contrarre il Covid, stava morendo, si dimostrava costantemente rivendicativo nei confronti dell’equipe, svalutando l’operato di medici e infermieri e del gruppo di comunicazione e chiudendo ogni comunicazione con la minaccia di azioni legali contro l’ospedale. Nelle telefonate effettuate dopo il decesso del padre è apparso più disposto a parlare del suo dolore di figlio “piccolo” (terzogenito) ritenuto costantemente non adeguato al contesto familiare, riconoscendo che utilizzare il linguaggio paterno della rabbia e della rivendicazione gli era parsa, nei giorni del ricovero, l’unica via di vicinanza con il padre stesso.



# Psicoanalisi Contemporanea

Rivista semestrale che intende promuovere ed ampliare la comprensione psicoanalitica della mente e della società contemporanea.

“Antonella Varetto, La comunicazione ai caregivers: una riflessione sull’esperienza in ospedale durante la prima fase della pandemia”

È accaduto che l'impossibilità di vedere la persona amata abbia generato nelle famiglie la diffidenza verso un ambiente di cura che non si può controllare: è difficile, per esempio, comprendere, senza vedere come lavora una équipe in reparto, un intervento di stabilizzazione del paziente; per questo ancora più difficile accettare il peggioramento o la morte del proprio caro. Inoltre molti processi decisionali sono diventati molto più complessi (cambiamenti di terapie che necessitano di consensi, condivisione degli obiettivi di cura, sospensione delle cure stesse), in quanto hanno dovuto essere effettuati a distanza, tramite telefono o dispositivi mobili e rapidamente, caricando i caregivers di responsabilità che non hanno potuto condividere per distanza e urgenza e di conseguenti sensi di colpa ed inadeguatezza. In una buona prassi comunicativa, è noto come pazienti e famiglia abbiano bisogno di ricevere le notizie in modo ripetuto, in tempi diversi, consentendo l’elaborazione della cattiva notizia e la risoluzione dei dubbi nel confronto con i sanitari, attraverso la parola e l’atteggiamento ed il confronto con la realtà che mediano la metabolizzazione della notizia grave, del decesso, ed aiutano il percorso del lutto.

Il rischio futuro del caregiver o della famiglia colpita dal Covid sarà la difficoltà ad accettare ed interiorizzare la morte vissuta in contesti traumatici.

Una delle domande che ci hanno posto i caregivers nelle telefonate dopo il decesso del proprio familiare è stata: siamo sicuri che sia morto proprio mio marito/moglie/genitore? Era proprio lui nella bara? Abbiamo già sottolineato come, nella condizione della pandemia, non è stato, e non è tutt’ora possibile, vedere un’ultima volta la persona deceduta, rispetto alla quale vi sono regole precise di gestione nell’ospedale e nei servizi dedicati.

I familiari dei pazienti ospedalizzati per Covid sono esposti a perdite o minacce di perdita in vari ambiti: perdita di una persona cara, del lavoro, della sicurezza economica, dei contatti sociali, dell’autonomia di muoversi liberamente nel mondo (Wright et al., 2010). In alcune famiglie si ammalano più persone, e talora si hanno più decessi; altre famiglie vanno incontro a difficoltà economiche; altre ancora sono impossibilitate a viaggiare per andare a fare visita ai loro cari ricoverati, o non possono comunque accedere alle strutture sanitarie a causa dei regolamenti interni e delle misure di prevenzione (Wallace et al., 2020). In caso di decesso in un’unità di terapia intensiva, specifici fattori di rischio per reazioni da lutto severe o protratte includono la condizione di intubazione e la già nominata impossibilità di dare un ultimo saluto al proprio caro morente (Kentish-Barnes et al., 2015).

I familiari in lutto che abbiamo assistito hanno portato, tra le altre istanze, quasi invariabilmente e con grande dolore, il fatto di non essere stati in grado di eseguire i riti funebri e le cerimonie che facevano parte delle loro abitudini sociali. Tale divieto appare, nei loro discorsi, associato a una sensazione di irrealtà che, se in altre circostanze è frequente nel momento iniziale del lutto, nell'impossibilità di vedere e toccare il corpo acquista un'intensità molto maggiore.



# Psicoanalisi Contemporanea

Rivista semestrale che intende promuovere ed ampliare la comprensione psicoanalitica della mente e della società contemporanea.

“Antonella Varetto, La comunicazione ai caregivers: una riflessione sull’esperienza in ospedale durante la prima fase della pandemia”

È troppo presto per valutare gli effetti emotivi a lungo termine dei cambiamenti ai rituali funebri durante la pandemia, ma è ben noto che l'assenza di tali rituali rende difficile il lutto (Mayland et al., 2020). In questo senso, possiamo prendere come esempio il caso di persone scomparse (“scomparse” a seguito di eventi politici, come una dittatura militare, o per rapimento). La persona scomparsa viene scissa dalla sua storia e gli viene negata la caratteristica di soggetto, mentre alla sua famiglia viene negata la certezza della morte. A causa di questa strategia del terrore, la persona scomparsa diventa una figura avvolta nell'oscurità, poiché non è morta, ma non è nemmeno viva, è permanentemente presente e sempre assente (Fustinoni & Caniato, 2019). E i membri della famiglia diventano prigionieri dell'ambiguità, combattuti tra speranza e rassegnazione, impediti di addolorarsi completamente (Fuchs, 2018).

Tale ambiguità può manifestarsi in una dolorosa oscillazione tra riconoscimento e negazione della perdita. In *Lutto e malinconia*, Freud descrive questa oscillazione tra presenza e assenza in termini di economia libidica “[...] il test di realtà ha mostrato che l'oggetto amato non esiste più e ora esige che tutta la libido venga rimossa dalle sue connessioni con quell'oggetto. Contro questo sorge un'opposizione comprensibile [...]. Questa opposizione può essere così intensa che vi è un allontanamento dalla realtà e un'adesione all'oggetto attraverso una psicosi allucinatoria del desiderio. La cosa normale è guadagnarsi il rispetto per la realtà. Ma il suo compito non può essere risolto immediatamente. Si realizzerà a poco a poco con un grande dispendio di tempo ed energia di investimento, e nel frattempo l'esistenza dell'oggetto di investimento è psichicamente prolungata”.

Ancora poche considerazioni finali sugli aspetti del sostegno psicologico. Negli ultimi due decenni molto si è teorizzato e fatto in tema di risposte appropriate agli incidenti traumatici. Un principio fondamentale è che finché l'individuo non si sente al sicuro e protetto non può iniziare alcuna elaborazione post traumatica, per cui la prima risposta appropriata è nell’ambito dei percorsi della psicologia dell’emergenza, con la focalizzazione propria di tali percorsi sui bisogni di base: assistenza pratica, comfort fisico e supporto sociale. Tecnicamente le esigenze a cui possono e devono rispondere gli psicologi attengono agli ambiti del contenimento, della psicoeducazione, l'addestramento ad abilità tra cui il rilassamento, la cura di sé e la gestione dell'ansia (Gigantesco et al., 2020).

Abbiamo tuttavia osservato una diffusa corsa all’assistenza da parte di counselor, terapeuti e altre figure, alcune delle quali molto zelanti, ma poco preparate. Riteniamo sia una risposta comprensibile: il trauma per sua stessa natura altera le capacità simboliche e suscita emozioni molto forti per cui la capacità di pensare è inevitabilmente compromessa e la spinta all'azione è molto potente.

Una forma comune di azione è l'identificazione, all'interno delle varie posizioni dello scenario traumatico. Sentendoci forse impotenti e talvolta sopraffatti noi stessi da ciò che dobbiamo affrontare, ci si sente spinti



# Psicoanalisi Contemporanea

Rivista semestrale che intende promuovere ed ampliare la comprensione psicoanalitica della mente e della società contemporanea.

“Antonella Varetto, La comunicazione ai caregivers: una riflessione sull’esperienza in ospedale durante la prima fase della pandemia”

all'azione, soprattutto nel ruolo di soccorritore (una posizione comune per le persone che lavorano nelle professioni di aiuto).

Poiché la pandemia prosegue e le difficoltà di adattamento psicosociale saranno sempre più evidenti in un futuro neppure troppo distante riteniamo che, da parte degli psicoterapeuti, vi sia una profonda necessità di riflessione teorica: la psicoanalisi promuove la salute attraverso la relazione intima ed empatica con il paziente, ma ogni cornice teorica deve rivalutarsi nell’ottica dei cambiamenti che ci sono stati imposti, un esempio fra tutti la distanza fisica dovuta all’isolamento, che ha reso indispensabili le sedute telematiche, già di per sé modalità che rende le relazioni, compresa quella terapeutica, più difficoltose.

È probabile che nel tempo l'attenzione si sposterà verso coloro che sono sopravvissuti all'infezione da Covid 19, in particolare le persone che sono state in terapia intensiva, dove sappiamo già che il rischio di disturbi post traumatici da stress (PTSD) è più alto. Anche gli individui che hanno sofferto di lutti traumatici avranno bisogno di sostegno e cure così come tutti i soggetti ad elevata fragilità psicosociale.

Il documento di Holmes et al 2020 su The Lancet evidenzia, tra gli altri, che le persone che potrebbero essere particolarmente vulnerabili includerebbero:

1. Persone con pregressi problemi di salute mentale che possono essere colpite da ricadute, interruzione dei servizi, isolamento e così via.
2. Bambini, giovani e famiglie che possono essere esposti ad abuso di sostanze, violenza domestica, gioco d'azzardo e maltrattamento.
3. Anziani con molteplici comorbidità che possono essere maggiormente colpiti dall'isolamento sociale, dal lutto e dalla maggiore difficoltà nella gestione delle cure di fine vita.
4. Tutti gli individui che soffrono di disuguaglianze sociali e sanitarie.
5. Gruppi socialmente esclusi, inclusi prigionieri, senzatetto e rifugiati.
6. Persone con difficoltà di apprendimento e disturbi dello sviluppo neurologico.

Ciò che è chiaro è che ci sarà molto lavoro da fare in tutti gli aspetti della società, riconoscendo ciò che abbiamo perso, riparando in qualsiasi modo possibile, sostenendo e prendendosi cura delle persone e dei gruppi più vulnerabili.

## Bibliografia

Cancrini T. (2014), <http://www.centropsicoanalisiromano.it/archivio-lavori-scientifici/archivio-storico-dal-2001-a-oggi/436-cancrini-t-perdita-lutto-dolore-e-posizione-depressiva-in-melanieklein-2014.html>



# Psicoanalisi Contemporanea

Rivista semestrale che intende promuovere ed ampliare la comprensione psicoanalitica della mente e della società contemporanea.

“Antonella Varetto, La comunicazione ai caregivers: una riflessione sull’esperienza in ospedale durante la prima fase della pandemia”

Fornero G. et al., *Equipe per la comunicazione con i familiari dei pazienti*. AGE.NA.S (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali): Osservatorio Nazionale per le buone pratiche sulla sicurezza nella Sanità. L’Osservatorio buone pratiche per la sicurezza dei pazienti; In: *Le Buone Pratiche 2020 Focus Emergenza Covid -19*.

Gigantesco A., Picardi A., Leombruni P., *Istituto Superiore di Sanità Indicazioni per prendersi cura delle difficoltà e dei bisogni dei familiari di pazienti ricoverati in reparti ospedalieri COVID-19*. Rapporto ISS COVID-19 n. 41/2020 1- Gruppo di lavoro ISS Salute mentale ed emergenza COVID-19; Versione del 29 maggio 2020.

Freud S. (1915), *Lutto e Melanconia*. In OSF, vol. VIII, Bollati Boringhieri, Torino 1976-1980 p 574.

Fuchs T. (2018), *Presence in Absence. The Ambiguous Phenomenology of Grief*. *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 17, 43-63.

Fustinoni C. F., & Caniato A. (2019), *O luto dos familiares de desaparecidos na Ditadura Militar e os movimentos de testemunho*. *Psicologia USP*, 30, e180131. Epub November 14, 2019.

Kentish-Barnes, N., Chaize, M., Seegers, V., et al., *Complicated grief after death of a relative in the intensive care unit*. *European Respiratory Journal* 2015;45:1341-1352. doi: 10.1183/09031936.00160014.

Holmes E.A., O'Connor R.C., Perry V. H., Tracey I., Wessely S., Arseneault L., Ballard C., Christensen H., Cohen Silver R., Everall I., Ford T., John A., Kabir T., King K., Madan I., Michie S., KPrzybylski A., Shafran R., Bullmore E.

*Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science*

*The LANCET Psychiatry* vol 7, issue 6, June 2020 pag 547-560

DOI:[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30168-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30168-1)

Nespoli G. (2019), *Costrutti e paradigmi della psicoanalisi contemporanea*. Mondadori Università 2019, cap. 12.

Stubley J. (2020), *The early response to Covid19 – a psychoanalytic and trauma perspective*.

<https://tavistockandportman.nhs.uk/about-us/news/stories/early-response-covid-19-psychoanalytic-and-trauma-perspective/>

Wallace CL., Wladkowski SP., Gibson A., White P., *Grief during the COVID-19 pandemic: considerations for palliative care providers*. *Journal of Pain and Symptom Management* 2020; Apr. 13. doi:10.1016/j.jpainsymman.2020.04.012.

Wright AA., Keating NL., Balboni TA., Matulonis UA, Block SD., Prigerson HG. *Place of death: correlations with quality of life of patients with cancer and predictors of bereaved caregivers’ mental health*. *Journal of Clinical Oncology* 2010; 28:4457-64. doi: 10.1200/JCO.2009.26.3863.



Quest’opera è distribuita con Licenza Creative Commons Attribuzione - Non commerciale - Non opere derivate 4.0 Internazionale