

Editorial: The multiplicity of intervention models within the medicalization of coexistence problems

*Rosa Maria Paniccia**

* Past Associate Professor, Faculty of Medicine and Psychology of “Sapienza” University of Rome; Director of Quaderni di Psicologia Clinica (Cahiers of Clinical Psychology); Director of the Specializing Course in Psychoanalytic Psychotherapy – Psychological Clinical Intervention and Analysis of Demand. E-mail: rosamaria.paniccia@fondazione.uniroma1.it

Paniccia, R.M. (2024). Editoriale: La molteplicità dei modelli di intervento entro la medicalizzazione dei problemi di convivenza [Editorial: The multiplicity of intervention models within the medicalization of coexistence problems]. *Quaderni di Psicologia Clinica*, 12(1),1-7. Retrieved from <http://www.quadernidipsicologiaclinica.com>

Editoriale: La molteplicità dei modelli di intervento entro la medicalizzazione dei problemi di convivenza

Rosa Maria Paniccia*

Entro la medicalizzazione dei problemi di convivenza convivono, ibridandosi e confondendosi più che confrontandosi con chiarezza, più modelli di intervento. Da quello di una biomedicina che tende all'egemonia e alla compattezza senza peraltro conquistarle, a tecnicismi ateorici di ogni tipo e provenienza legittimati dalla presenza egemone e non sempre esplicita del cosiddetto pragmatismo anglosassone, all'avanzata dei modelli di consumo di massa che trasformano il paziente in consumatore.

Fabio Dei (2014), antropologo, esplora in modo interessante il rapporto tra biomedicina e altre medicine che, con riferimenti del tutto diversi, convivono con quella. Rileva un'interlocuzione complessa tra il sapere biomedico che persegue compattezza sul piano scientifico e istituzionale e il punto di vista degli utenti, che si presenta con intrecci sincretici e pluralistici, che richiedono nuove forme di studio. Non parla delle psicoterapie, ma sappiamo come quelle tendano a rientrare nell'orbita della medicalizzazione. Dei dice che uno studio fondante l'antropologia medica è quello etnografico di Arthur Kleinman, negli anni Ottanta del Novecento, a Taiwan. Il settore professionale era costituito sia dalla biomedicina occidentale che da quella tradizionale cinese, su uno stesso livello di ufficialità, pur se relativamente separate. Kleinman studia anche le terapie psicologiche, rilevando come la cultura tradizionale e la medicina cinese affrontassero i problemi mentali con un approccio somatico, poiché gli era del tutto estraneo quello prevalentemente linguistico e introspettivo proprio dell'Occidente. Alcuni ceti urbani, più giovani, istruiti e vicini ai valori occidentali, erano attratti dalla psicoterapia, però praticata in un modo, per così dire, di più immediato supporto, meno introspettivo. Dagli anni Ottanta a oggi tale orientamento è piuttosto cresciuto anche da noi; gli scambi vanno nelle due – o plurime – direzioni, forse più di quanto non pensiamo.

Per l'antropologia classica il pluralismo medico era una diffusione ancora parziale della biomedicina. Oggi, più che al progresso, è utile essere attenti all'irriducibilità e alla rilevanza del pluralismo. Non valgono più, per comprenderlo, le letture lineari, di impianto positivistic, sviluppate dalla fine dell'Ottocento in una prospettiva evolucionistica. Non è adeguato nemmeno l'approccio gramsciano della subalternità culturale delle pratiche mediche non biomediche, vista sia come arretratezza che come resistenza al potere maggioritario (Dei cita, tra gli altri, De Martino). Si è comunque entro una filosofia della storia orientata al progresso, anche se critica verso il progresso stesso.

Servono nuovi modelli per capire nuove forme di pluralismo medico, che si sono affermate negli ultimi decenni del Novecento nei paesi occidentali. Nella nostra storia la presenza di saperi e pratiche mediche diversi è la norma, ma la biomedicina che vuole imporsi come sistema unico, e le medicine non convenzionali (MNC), che combinano diverse tradizioni in proliferazione sincretica, in diffusione dagli anni Sessanta e Settanta entro la rivoluzione controculturale di quel periodo, sono un nuovo incontro.

Dei cerca somiglianze entro il pluralismo. È interessante la sua individuazione di un approccio olistico alla salute, dell'attenzione all'unicità del paziente più che alla malattia, e infine della reintroduzione di un lessico morale, dove la "colpa" è, ad esempio, lo stile di vita.

Una novità rilevante delle MNC è il loro prendere parola nella sfera pubblica in spazi di diffusione inediti, conquistando segmenti importanti, anche se minoritari, del mercato sanitario. Va notato che non vi si fa ricorso

* Già Professore Associato presso la Facoltà di Medicina e Psicologia dell'Università di Roma "Sapienza", Direttrice di Quaderni di Psicologia Clinica, Direttrice del Corso di Specializzazione in Psicoterapia Psicoanalitica – Intervento Psicologico Clinico e Analisi della Domanda. E-mail: rosamaria.paniccia@fondazione.uniroma1.it

come estrema risorsa per malattie incurabili, ma in relazione a una domanda di complessivo benessere psicofisico, e che si diffondono negli strati sociali medio alti. Sfruttano i movimenti di opinione. Prendono parola in modi nuovi, non sottoposti al controllo delle istituzioni e dei saperi consacrati, mentre si va indebolendo il principio di autorità scientifica. Usano anche relazioni faccia a faccia, con movimenti, associazioni, gruppi di opinione. Si pongono su un livello terzo, rispetto alla classica dicotomia tra cultura alta e bassa. Seguono logiche di consumo entro la comunicazione di massa, sfruttando l'attuale sdifferenziazione delle sfere sociali, e la nuova conflazione tra politica, spettacolo e pubblicità.

La cultura di massa e il consumismo sono stati studiati come strumenti egemonici, che cancellano l'autonomia individuale dei ceti subalterni (Dei cita, tra gli altri, Bauman). Ma è sì è ignorato il punto di vista degli attori sociali coinvolti, non li si interpella. Tale punto di vista si espelle anche negli approcci dove si ritiene che il potere plasmi in modo totalitario la soggettività, al punto che il corpo e la malattia del subalterno sofferente sono politici in sé. Medicalizzare il corpo malato diventa neutralizzare il suo significato di ribellione. Ma il subalterno sofferente è un rivoluzionario senza saperlo. Solo l'antropologo che legge il fenomeno sa. Dei pensa a un meno semplicistico processo egemonico, che mette in gioco una pluralità di soggetti e posizioni sociali. Pensa ai ceti medi delle società di massa, preoccupati di trovare identificazioni distintive (qui cita Bourdieu), di definire e alimentare relazioni sociali, attraverso scelte di stili di vita. Con una particolare attenzione a non superare i confini verso il basso. Di questo sforzo di identificazione e di costruzione della propria posizione sociale, il consumo e i comportamenti sanitari sono una componente cruciale.

Dei (2002) aveva parlato di una folk epistemology biomedica. Per questa "scienza" popolare, il linguaggio scientifico è uno specchio della natura. L'epistemologia implicita è realista: c'è la convinzione che si acceda alla realtà indipendentemente da schemi concettuali, credenze, culture. Noi aggiungiamo: indipendentemente dal modo con cui simbolizziamo emozionalmente gli oggetti della realtà. Dei dice che, per la folk epistemology biomedica, corpo e malattia sono entità oggettive e universali, non soggette alle variabilità culturali, storiche, contestuali. Anzi, tali entità si definiscono oggettive proprio in contrapposizione alle variabilità culturali. Sono tanto più oggettive, quindi scientifiche, quanto più sono in contrapposizione con culture, storia, diversità dei contesti, soggettività individuali e collettive. Di conseguenza, nel senso comune, l'idea che corpo e malattia si possano definire culturalmente è controintuitiva, contrasta con ciò che al soggetto realista pare un'evidenza dei fatti diretta e immediata. Tale soggetto sa solo di questo modo di conoscere: diretto e immediato. La folk epistemology biomedica riconosce la diversità di altri sistemi medici, ad esempio quelli di altre culture, solo per qualificarli come evolutivamente arretrati. Il riferimento alla cultura, a significati soggettivi nella diagnosi e nella cura, rappresenta un'intrusione e un segno inconfondibile di arretratezza. Il progresso della scienza è liberarsi di culture e soggettività, come di pregiudizi che impediscono di cogliere l'oggettività delle cose. L'antropologia tradizionale, torna a dire Dei, riconosce la biomedicina come riferimento, e "spiega" saperi e pratiche tradizionali come errori. Anche se errori umanamente comprensibili, perfino capaci di assolvere, psicologicamente o sociologicamente, un qualche scopo di cura. L'antropologia medica invece, pur non mettendo in discussione, sul piano operativo, la verità e l'efficacia della pratica clinica contemporanea, occidentale, propone però la critica dell'epistemologia naturalistica. Questo perché tale epistemologia è fuorviante per lo scopo a cui Dei, antropologo, innanzitutto pensa, ovvero la comprensione interculturale.

Da psicologi ci chiediamo quanto l'epistemologia naturalistica ci aiuti nell'intervento psicologico clinico, e siamo altrettanto critici. Tale "noi" critico non convoca tutti gli psicologi. Anzi, è in corso, entro il mandato sociale della ricerca e della professione, un conflitto tra considerazione e ignoramento delle culture. Questo conflitto ha un problema: non è dibattuto. È un silenzio che ha che fare con l'ottica realista della folk epistemology biomedica: si espellono le differenze di modelli e ottiche, così come si espellono le culture. Si fa come se una delle ottiche in causa – quella che ignora modelli e culture – fosse l'unica concepibile, e si tace sul "vinto". È una tattica di guerra più adatta agli scontri bellici che alle battaglie concettuali. Se un esercito di uomini si può sbaragliare, uno dei due poli di un'antinomia non si può affossare: sarà sempre lì, per definizione, a ricordarci che dobbiamo occuparcene. Tra i modi per definire l'antinomia in oggetto, data per superata più di una volta, ma che pare sempre attiva, è individuare nei poli contrapposti l'oggettività/soggettività, l'attenzione al contesto/il suo ignoramento.

Torniamo alla diffusione dell'epistemologia realista. L'APA (The American Psychological Association) la dichiara nella sua ottica, e lo apprezziamo. Dice che gli obiettivi della psicoterapia consistono nell'assistere le persone perché modifichino quello che vogliono – di loro stesse – nella direzione che vogliono. Si esplicita come riferimento concettuale il pragmatismo americano, che nega la rilevanza dei fondamenti concettuali della prassi. La verifica coincide con il successo dell'azione psicoterapeutica. Evidentemente, che le persone

abbiano preso la direzione che vogliono, qualsiasi cosa questo significhi (Paniccia, 2022). La compatibilità tra la legittimazione, anzi la promozione di tale “egoismo”, e una socialità non lacerata da scontri avidi, ha l’implicito presupposto in una convivenza governata dalla ragionevolezza degli individui, che a sua volta risale al pragmatismo anglosassone; presupposto sviluppato da una significativa corrente della filosofia politica. Certo, gli attuali anomia e venti di guerra fanno tremare la fiducia in quell’assunto (Paniccia, 2023). Nel frattempo, nelle psicoterapie vale sempre il verdetto di Dodo del 1936: tutte ugualmente efficaci, tutte meritano un premio. Ciò è in rapporto con il fatto che nella ricerca che produce questo risultato si ritiene, scontatamente, che l’obiettivo della psicoterapia sia quel “successo pragmatico” fondato, più o meno esplicitamente, sul pragmatismo americano. La speranza è che “un domani” – già in atto dicono alcuni, lontanissimo dicono altri – le neuroscienze dicano finalmente qualcosa di chiaro e definitivo, tagliando la testa al toro.

Che tale cultura individualista e “pragmatica” debba essere anche la nostra, possiamo vederlo con qualche insofferenza. Però: “Forse è un modello un po’ troppo angloamericano, ma viviamo in un mondo forgiato da quella cultura, perché respingerla solo perché non è nostra? Cosa è nostro del resto?” (Marzano & Urbinati, 2017, p. 29).

Torniamo a Dei. L’antropologia, dice Dei (2002), non può dare per scontata la “naturalità” del corpo. Non può non vedere come la biomedicina sia un sistema culturale vero e proprio. Il suo linguaggio non è per niente un neutrale specchio del mondo empirico. È un denso linguaggio culturale, riferibile a specifiche versioni della realtà, e ad altrettanto specifici sistemi di potere e di relazioni sociali, con questioni tecniche strettamente interconnesse con impegnative concezioni morali, valoriali, politiche.

In realtà la biomedicina che riflette su di sé si presenta come ben più complessa di quanto non possa far pensare l’intento di compattezza che ci ha proposto Dei. Corbellini (2003), un epistemologo che si occupa di storia della medicina, in *La biomedicina e le sue basi epistemologiche* mostra quanto la pretesa di semplificazione della folk epistemology biomedica sia ingenua, se confrontata con la complessità delle questioni che affronta la medicina. È difficile anche definire cosa sia salute e cosa sia malattia con una linea di demarcazione certa, univoca. Ad esempio, fondata su una biologia inequivoca. Resta indispensabile la lettura clinica dell’evento medico, tanto inevitabile quanto ardua. In medicina convivono paradigmi conflittuali tra loro. Manca ancora un quadro di riferimento teorico che consenta di pensare in modo epistemologicamente coerente che la malattia è causata tanto dalla biologia, quanto dai cambiamenti nell’organizzazione politico-economica e culturale della società.

Che succede nell’ambito delle discipline psicologiche e psichiatriche?

Varie ricerche dell’ENPAP, effettuate nel tempo sull’offerta degli psicologi in Italia, concludono che, in una contemporaneità anomica, promuovere il benessere individuale è l’obiettivo dell’intervento. Si vede pure come l’intervento sia andato riducendosi, da un’attenzione rivolta anche a problemi sociali, alle sole esigenze individuali. Disattendendo una domanda che invece era rivolta anche a questioni di convivenza (Paniccia & Dolcetti, 2022).

L’offerta di ECM agli psicologi è sintomatica della presenza dell’equivalente, nell’ambito, delle MNC: modelli, culture, tendenze si mescolano e si confondono in nuove combinazioni, debitorie al contempo dell’epistemologia realista e della folk epistemology biomedica. Viene proposta una varietà di “tecniche” che spesso non si sa se siano psicologiche o psichiatriche: non è più presente la distinzione, nell’indebolirsi della rilevanza delle due discipline.

Gandolfi (2022), didatta della Società italiana di ricerca e terapia sistemica, dice che oggi neuropsicologi e neurobiologi non hanno dubbi sull’esistenza di meccanismi biologici di base difettosi, che permetterebbero di tracciare una linea di demarcazione certa tra normalità e psicopatologia. Critica su queste certezze, memore di dibattiti di cui oggi pare evaporata la memoria, che in passato hanno messo in dubbio l’utilità e la fondatezza di tali pretese, l’Autrice pensa che sia ora di riprendere quei pensieri di ampio respiro. Aggiunge che è pronta a riesumare espressioni che ironicamente definisce “obsolete”, come epistemologia, precisione del linguaggio, coerenza tra modello teorico e scelte tecniche. Si rammarica che nelle scuole di psicoterapia gli allievi, con poche differenze tra i modelli, siano più interessati agli aspetti strettamente operativi, che definisce le terribili “buone prassi”, piuttosto che a porre attenzione alla coerenza tra concetti teorici e scelte tecniche. Rileva che farsi delle domande oggi è trasgressivo. Il conformismo spinge al fare, e in definitiva al controllare comportamenti più o meno indesiderati. Implicitamente vengono accolti come condivisi il sistema diagnostico del DSM-5, e l’accettazione che mente e cervello coincidano. La psicopatologia diventa una disfunzione circoscritta a chi la manifesta, e il sintomo non è indagato come comunicazione, ma come manifestazione

estriore di una patologia interna al soggetto. Quasi tutte le scuole sistemiche, dice l'Autrice, vendono formazioni in EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) e un'adesione acritica alla lineare teoria dell'attaccamento, con in più un po' di teoria evuzionista, per cui ogni patologia è una residuale memoria di comportamenti che nel lontano passato furono utili alla sopravvivenza, e oggi sono di impaccio. Il tutto è proposto come una miscellanea, senza distinguere la teoria dalla tecnica. Nel frattempo, in contesti scientificamente "duri e puri", si trasformano processi descrittivi in esplicativi. L'Autrice non li nomina, ma la mente corre ai neuroni specchio, destinati a spiegare la vita sociale con il linguaggio del senso comune. Come dicono Carli, Donatiello e Leone (2021):

Il problema sollevato dai neuroni specchio, scoperta interessante e stimolante nell'ambito neuroscientifico, è dato dalle inferenze proposte a partire dal dato rilevato sperimentalmente; inferenze tramite le quali si è preteso di "spiegare" la conoscenza dell'altro, la mente relazionale nelle sue differenti articolazioni (p. 36).

Più i contesti sono "duri e puri", dice Gandolfi, più usano linguaggi suggestivi, con slittamenti tra teoria e presunte esistenze fattuali, subito definite *evidence based*. Il toccasana sono la terapia cognitivo comportamentale per correggere distorsioni cognitive, e gli psicofarmaci. Il pragmatismo anglosassone conquista terreno. Edoardo Boncinelli illustre genetista e fisico, arriva a dire:

L'educazione, cioè l'elaborazione di un complesso ordinato di condizionamenti, talvolta può non funzionare a dovere o addirittura per niente. Intervenire direttamente sul cervello, per esempio con un farmaco, può avere un altro effetto, magari più tangibile (Boncinelli, citato in Gandolfi, 2022, p. 356).

Leggiamo assai perplessi queste parole.

Lo spirito che persegue compattezza sul piano scientifico e istituzionale della biomedicina vuole mettere ordine nella psichiatria. L'impresa, con i vari DSM, si è rivelata difficile. Le critiche non mancano. Da quelle sull'abbassamento della soglia delle diagnosi che crea epidemie artificiali, a quelle sugli interessi delle case farmaceutiche (Benvenuto, 2021, 2014; Luciano et al., 2016; Migone, 2013; Nonino & Magrini, 2013).

Barbetta (2021) dice che nell'ottica del DSM, capacità clinica e soggettività dello psicoterapista vengono tolte di mezzo: si propongono criteri per cui chiunque, aderendovi, giunga alle medesime conclusioni. Dovrebbe giungere, in realtà. L'impresa è ardua. Non è l'unico problema. Barbetta afferma che per psicoanalisti e sistemicici la diagnosi è relazionale; ma forse, aggiunge tra l'ironico e il nostalgico, oggi sono minoranza. Il presente è dei giovani, cognitivo comportamentali, che fanno riferimento al DSM, contrariamente agli anziani che escono di scena. Non è un progresso, ma un inevitabile cambiamento.

Per una critica intelligente e appassionata, citiamo chi il DSM ha collaborato a crearlo. Frances, coordinatore del gruppo di lavoro del DSM-IV, pubblica nel 2013 *Primo, non curare chi è normale: contro l'invenzione delle malattie*. È un travagliato *mea culpa* sull'incapacità di prevedere gli effetti perniciosi dei DSM. L'incontrollata diffusione delle diagnosi va ben oltre gli intenti del gruppo di lavoro, che caso mai voleva contenerle. Colpa dei poteri forti che strumentalizzano i DSM. Le case farmaceutiche sono protagoniste: nel 2011 gli psicofarmaci erano la loro maggiore entrata. Poi, afferma Frances, a favorire la problematica diffusione di diagnosi e psicofarmaci, c'è la "suggestione". Treccani dice:

Fenomeno della coscienza per cui un'idea, una convinzione, un desiderio, un comportamento sono imposti dall'esterno, da altre persone (la forma estrema è la *s. ipnotica e post-ipnotica*, esercitata da un ipnotizzatore e operante nel sonno ipnotico e dopo di esso), o anche da fatti e situazioni valutati non obiettivamente, e da impressioni e sensazioni soggettive non vagliate in modo razionale e critico (Vocabolario Treccani online, 2022, n.d.).

Ci sono relazioni intrusive, e ci risiamo con la perniciosa soggettività. Manca in Frances, e non è un'eccezione, un modello della relazione che non sia l'agito di poteri incompetenti, l'imporli, il cedervi, e la necessità che gli individui controllino l'obnubilante soggettività, per non esserne travolti. Inoltre – la suggestione non pare vi rientri, Frances lo dice in aggiunta – "c'è anche un elemento emotivo in tutto questo" (Frances, 2013, p. 106).

È interessante la sua disamina della impossibile normalità. La campana di Gauss ha capacità predittiva e utilità pratica, ma non c'è uno standard univoco che dica cosa è normale; ciò che è chiaro è che non ha senso rendere anormale ciò che si discosta di poco dalla media. La definizione dell'OMS della salute come "perfetto

benessere fisico, mentale e sociale e non solo dell'assenza di malattia" è utopica e piena di giudizi di valore. È meglio concentrarsi non sulla perfettibilità della vita, ma sull'assenza di una malattia definibile come tale, anche se non c'è una chiara definizione di malattia e nessuna che funzioni in tempi, luoghi e culture diverse. Dagli studi sul cervello umano, quello che si capisce è che è un sistema ultra complicato, con aspetti importanti del funzionamento propri di ogni individuo: le cose possono andare storte in migliaia di modi diversi. Non c'è ancora un modo di trasformare la ricerca di base in psichiatria clinica. Quanto alla psicologia (che Frances connette a studi statistici) non c'è una norma per la normalità: la scelta della soglia della normalità è sempre arbitraria e dettata dal contesto. Va riconosciuto che la psicoanalisi (che definisce un suo costoso hobby di gioventù, aggiungendo che troppo sopravvalutata in passato, è troppo sottovalutata oggi) non concedeva spazio alla normalità: per Freud siamo tutti nella stessa barca.

Frances è critico sulla deriva dei DSM, sulla possibilità di definire la normalità, sui sistemi sociali in preda ai poteri forti e alla suggestione. Ma non rinuncia per niente alla psichiatria. Specie avvertendo il rischio che sia fagocitata da un dilagare dell'assunzione di farmaci che sfugge agli psichiatri, per essere governata dalla medicina non psichiatrica che li dà senza consapevolezza e continua ad abbassare le soglie della normalità inseguendo un'utopica prevenzione, o da esperti in inconsapevole conflitto di interesse intellettuale, che alimentano la loro specialità senza un quadro di insieme, o da utenti preda di pubblicità che promettono speranza.

Poi Frances aggiunge, affermando che salvare la normalità non significa negare il valore della diagnosi e della terapia psichiatrica, pur entro i limiti evocati: se non c'è un attendibile definizione di disturbo mentale, non si può negarne l'esistenza, la testimonia chi ne soffre. Il DSM e l'ICD, considerandone i limiti, sono applicabili universalmente. Tra umani ci sono più somiglianze che differenze, e se è difficile definire il disturbo mentale in generale, i singoli disturbi si definiscono abbastanza facilmente.

La normalità non può essere definita, eppure va definita. Frances evoca l'utilitarismo come l'unica guida filosofica per definire i confini tra "normalità" e "disturbo mentale". Cita Bentham: cerca il bene maggiore, per il maggior numero di persone. Decidi sulla base di ciò che funziona meglio, secondo criteri misurabili. Infine, dà anche la sua definizione di disturbo mentale: è l'alterazione dell'omeostasi, propria di qualsiasi forma di vita, in un modo tale che si preveda che l'equilibrio non si ristabilisca entro condizioni di vita che la persona può sviluppare o avere, a prescindere dall'intervento psichiatrico o farmacologico. Aggiunge anche che un comportamento deviante costituisce una minaccia non solo per l'individuo, ma per tutta la comunità.

Bibliografia

- Barbetta, P. (2021). Introduzione. In S. Benvenuto (Ed.), *Lo psichiatra e il sesso: Una critica radicale della psichiatria del DSM-5* [The psychiatrist and sex: A radical critique of DSM-5 psychiatry] (pp. 7-18). Milano: Mimesis.
- Benvenuto, S. (2014). Il DSM-5: Una tigre di carta [The DSM-5: A paper tiger], *POL.it*. Retrieved from <http://www.psychiatryonline.it/node/5368>
- Benvenuto, S. (2021). *Lo psichiatra e il sesso: Una critica radicale della psichiatria del DSM-5* [The psychiatrist and sex: A radical critique of DSM-5 psychiatry]. Milano: Mimesis.
- Carli, R., Donatiello, G., & Leone, L. (2021). Interrogativi a proposito dei neuroni specchio [Questions about mirror neurons]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 16(1), 14-37. doi: 10.14645/RPC.2021.1.855. Retrieved from www.journals.francoangeli.it
- Corbellini, G. (2003). La biomedicina e le sue basi epistemologiche [Biomedicine and its epistemological bases]. In Treccani (Ed.), *Enciclopedia online: Storia della Scienza* [OEncyclopedia: History of Science]. Retrieved from [https://www.treccani.it/enciclopedia/la-grande-scienza-la-biomedicina-e-le-sue-basi-epistemologiche_\(Storia-della-Scienza\)](https://www.treccani.it/enciclopedia/la-grande-scienza-la-biomedicina-e-le-sue-basi-epistemologiche_(Storia-della-Scienza))
- Dei, F. (2002). *Antropologia culturale* [Cultural Anthropology]. Bologna: Il Mulino.

- Dei, F. (2014). Antropologia medica e pluralismo delle cure [Medical anthropology and pluralism of care]. *Antropologia Medica*, 16(37), 81-104. Retrieved from <https://www.amantropologiamedica.unipg.it>
- Frances, A. (2013). *Primo, non curare chi è normale: Contro l'invenzione delle malattie* [First, do not treat those who are normal: Against the invention of diseases] (A. Pizzone, Trans.). Torino: Bollati Boringhieri (Original work published 2013).
- Gandolfi, M. (2022). Hanno ucciso l'Uomo Ragno: Nascita, splendore, declino di una fase mitica della psicopatologia clinica e della psicoterapia. C'è ancora margine per una loro dignità scientifica? Una proposta connessionista complessa [They killed Spider-Man: Birth, splendor, decline of a mythical phase of clinical psychopathology and psychotherapy. Is there still room for their scientific dignity? A complex connectionist proposal] *Ricerca Psicoanalitica*, XXXIII(2), 351-369. doi: 10.4081/rp.2022.608
- Luciano, M., Sampogna, G., Del Vecchio, V., De Rosa, C., Albert, U., Carrà G., ... Fiorillo, A. (2016). Critiche e prospettive degli attuali sistemi di classificazione in psichiatria: Il caso del DSM-5. [Critical evaluation of current diagnostic classification systems in psychiatry: The case of DSM-5] *Rivista di Psichiatria*, 51(3), 116-121. doi: 10.1708/2304.24798
- Marzano, M., & Urbinati, N. (2017). *La società orizzontale: Liberi senza padri* [The horizontal society: Free without fathers]. Milano: Feltrinelli.
- Migone, P. (2013). *Riflessioni sul DSM-5* [Reflections on the DSM-5]. Retrieved from <https://www.osservatoriopsicologia.com/2013/09/21/riflessioni-sul-dsm-5-paolo-migone/>
- Nonino, F., & Magrini, N. (2013). DSM-5: Una diagnosi e un farmaco non si negano a nessuno [A diagnosis and a drug are not denied to anyone]. *Informazioni sui farmaci*, 3. Retrieved from <https://www.informazionisulfarmaci.it/dsm-5-una-diagnosi-e-un-farmacoanon-si-negano-a-nessuno>
- Paniccia, R.M. (2022). Editoriale. Intervenire in tempi anomici [Editorial. To intervene in anomic times]. *Quaderni di Psicologia Clinica*, 10(2), 1-5. Retrieved from www.quadernidipsicologiaclinica.com
- Paniccia, R.M. (2023). Editoriale: Disordine mondiale, crisi dei diritti umani e psicologia clinica [Editorial: World disorder, human rights crisis and clinical psychology]. *Quaderni di Psicologia Clinica*, 11(2), 1-9. Retrieved from www.quadernidipsicologiaclinica.com
- Paniccia, R.M., & Dolcetti, F.R. (2022). Come cambia l'immagine dello psicologo entro una cultura della convivenza in crisi: Una ricerca [How the image of the psychologist changes within a culture of coexistence in crisis: A research]. *Quaderni di Psicologia Clinica*, 10(1), 28-45. Retrieved from www.quadernidipsicologiaclinica.com
- Vocabolario Treccani online (2022). *Suggestione* [Suggestion]. Retrieved from <https://www.treccani.it/vocabolario/suggestione/>