

Terapeuti sufficientemente buoni

Angel Maria Ramos Munoz

Abstract

Sappiamo che il soggetto nasce e si sviluppa nella relazione con gli altri, in modo sano come nello sviluppo della malattia mentale. A partire da questa prospettiva, il ruolo del terapeuta non si limita a lavorare al servizio di una tecnica, ma a prendere in considerazione i bisogni del paziente per arrivare, partendo da questo, a favorire il nuovo sviluppo mentale sano. Vari fattori della personalità del terapeuta, fattori che entrano in gioco nel lavoro con il paziente grave, la trasparenza sufficiente, insieme con l'approccio psicoanalitico multifamiliare di questo tipo di patologia, nel contesto di coterapia, attraverso un clima di sicurezza, fiducia e vicinanza, con una costanza obiettiva che permette la libertà psichica al paziente, sono indispensabili per portare avanti un trattamento positivo.

Parole chiave: Terapia di gruppo, psicoanalisi multifamiliare, coterapia, contro transfert, transfert.

Se consideriamo il soggetto come parte inseparabile del gruppo nel quale è nato e del gruppo sociale al quale appartiene, capiamo che l'”Io” richiede l'”altro” per formarsi e crescere, tanto come “sè” che come un “sè in relazione”. Ha bisogno di una trama relazionale che lo sostiene, che concede l'accettazione e il sentire un “Sé” valido.

Solo dal vissuto dell'”appartenenza” agli altri, proporzionato dai curanti sufficientemente buoni, potrà avvenire un processo di legame e di relazione che permetterà lo sviluppo dell'individuazione, dell'autonomia e, a sua volta, il vissuto di essere in connessione con l'altro.

Da questa prospettiva, ci sarebbe un ripensamento dell'idea dei conflitti psichici e un ripensamento del ruolo del terapeuta. Oltre alle tecniche, i pazienti gravi hanno bisogno che qualcuno si faccia carico di loro in un modo più globale.

Se il terapeuta lavora al servizio di una tecnica o di strategie, probabilmente non prenderà in considerazione ciò di cui realmente ha bisogno il paziente.

Tutta la discussione che stiamo pensando qui e sviluppando ha un senso se partiamo dall'idea che il paziente mentale grave si può curare se si offrono le condizioni necessarie per un nuovo sviluppo mentale sano.

Il paziente ha bisogno sempre che possiamo credere in lui come essere umano e nelle sue possibilità di cambiamento, e che colui che se ne fa carico conosca la natura delle difficoltà che lo travolgono e annullano.

Maria Elisa Mitre differenzia l'importanza della personalità del terapeuta, della sua qualità umana, della sua capacità a relazionarsi, fondamentali per il nuovo sviluppo sano del suo paziente.

Risalta come qualità personali del terapeuta la sua libertà di espressione, la spontaneità, la capacità di mettersi al posto dell'altro, l'autenticità. Solleva il dubbio sul fatto che il lavoro analitico possa essere efficace se un autentico interesse umano è sostituito dalla "neutralità".

Dietro ogni essere umano con difficoltà c'è un bambino che chiede aiuto, con la necessità di essere amato e riconosciuto. L'indifferenza o l'eccesso della neutralità riattiveranno le frustrazioni traumatiche dell'infanzia.

Dalla prospettiva della psicoanalisi multifamiliare, si parla della famiglia reale del paziente che dovrà essere inclusa per poter accompagnare il processo, permettere i cambiamenti necessari e realizzare, a sua volta, il proprio processo terapeutico familiare.

In questo complicato lavoro, e per vari motivi, enfatizziamo la necessità della co-terapia e del lavoro in equipe.

L'equipe terapeutica è uno degli agenti principali del cambiamento psichico.

Per Schultz, come dice Badaracco, la fiducia in se stessi che hanno i terapeuti rispetto al lavoro che si realizza è uno strumento importante per calmare i dubbi che hanno i pazienti rispetto a loro stessi e alle possibilità di cura.

E' lavoro primordiale nostro e "sine qua non" formare equipe "sufficientemente buone", capaci di assumere, come la "madre sufficientemente buona", le necessità dei pazienti e evitare di farli caricare con le loro proprie difficoltà, e, in aggiunta, le nostre.

Un "medico sufficientemente buono" (nel senso winnicottiano) deve essere un elemento "contenitore".

Winnicott prese come archetipo la situazione della madre con il bambino in braccio, complementare con il concetto di reverie di Bion.

La sua presenza dovrà essere stabile, disponibile e non asfissiante.

I pazienti gravi, inizialmente e al di là delle parole, cercano l'affetto primario, un contatto personale attraverso un clima diverso e strutturante, un accompagnamento al suo Io debole. Cercano una presenza reale, non uno schermo di proiezioni di contenuti inconsci, che sarebbe insufficiente per un vero cambiamento psichico.

Nella prima tappa del processo terapeutico, il paziente riceve più il non verbale che il verbale; più importante è come si dice che ciò che si dice. Solo in un clima di sicurezza psichica potranno sviluppare il vero sé.

Si sentono che occupano un posto in noi, che ci fa piacere l'incontro con loro, potranno sperimentare la possibilità di sentirsi più vivi, e esplicitare i vissuti più profondi, le angosce e i dubbi con totale libertà, permettendogli così di arrivare all'incontro di se stessi.

Secondo Racamier e Nach, per il paziente psicotico la presenza dell'altro è la cosa più importante, ma è anche molto conflittuale. La dipendenza lo spaventa perché vive l'oggetto come distruttivo e divoratore, e l'assenza si trasforma in perdita e distruzione.

Badaracco segnala come la continuità si è rivelata un elemento terapeutico fondamentale per permettere al paziente psicotico di costruire la costanza della relazione oggettuale.

Questa costanza della relazione è condizione indispensabile per la stabilità emotiva. E' fondamentale che i terapeuti la mantengano per poter affrontare in modo terapeutico l'instabilità dell'andare e tornare dei pazienti.

A partire da questo lavoro di avvicinamento e allontanamento potranno, sempre che si lavori e elabori, realizzare il processo di crescita e maturazione.

Il paziente psicotico non tollera l'incertezza del non saper chi è l'altro, perché gli attribuisce le caratteristiche pericolose dell'oggetto primitivo che lo portarono ad ammalarsi.

Isabella mi diceva: Io anche ho bisogno di sapere chi sei. So che non mi dirai nulla di te, ma ho bisogno di conoscerti per potermi fidare. No sarà come il maestro di yoga di mia madre, che crede di sapere tutto”.

Vale a dire, dovremo mantenere una presenza costante, ma non una presenza qualsiasi, ma una presenza dall'autenticità, che implica il poterci mettere in gioco dalla parte della realtà dei nostri affetti e emozioni.

Il paziente ha bisogno che gli si rimandi la verità e forse, per prima cosa, che noi stessi siamo veri, che non siamo un segreto ulteriore nella sua esistenza ma mostrarci a partire dal nostro vero Io.

Ciò non significa che dobbiamo rivelarci e raccontare le nostre storie e segreti, ma mostrarci senza segreti di fronte a loro e con loro e in alcune occasioni, perché no, poterli rendere partecipi di qualche nostro vissuto, dalla posizione dell'accompagnare, sempre se questo contributo ha un obiettivo terapeutico; facendo attenzione che questo non significhi un agire del nostro controtransfert.

Ricordo una mattina in un gruppo multifamiliare nel quale sono passato dall'autenticità all'agito in pochi secondi. Inizialmente mi confondeva il papà di Pablo, la sua capacità di prendere con molta tranquillità le idee e gli agiti psicotici del figlio. Successivamente abbiamo scoperto come, in molti casi, erano un modo di chiedere a

Pablo di reagire, di mostrare che si preoccupava per lui. In questo gruppo Pablo si arrabbiò, si arrabbiò con me, si alzò in piedi e minacciò di andar via. Io mi alzai e gli andai incontro per poter parlare, chiarire e non farlo andare, mostrargli così che mi preoccupavo e mi occupavo. Da questo punto a passare a uno scontro faccia a faccia passarono alcuni secondi, nei quali io mi sentii intrappolato, volendo aiutarlo ma senza poter pensare, fino a quando una delle mie colleghe co-terapeute poté riscattare e risolvere la situazione di conflitto.

La coterapia, offre molte più risorse terapeutiche per fare da contenitore alle emozioni intense che possono risvegliarsi in modo che il terapeuta possa essere maggiormente preservato.

A partire dai nostri possibili errori, hanno bisogno di avere un incontro con la persona reale del terapeuta, con un altro che si entusiasmi con la parte genuina del paziente, e che ne possa trasmettere la sua capacità per sperimentare felicità nell'incontro umano.

La capacità di stabilire una relazione terapeutica non è qualcosa di determinato solo dalla condizione psicopatologica o dalle perturbazioni dell'Io del paziente ma dipende in gran parte dalla capacità del terapeuta e del contesto reale dell'esperienza.

Farci carico dei pazienti non consiste nel dover realizzare un sacrificio personale smisurato, ma di una disponibilità nel momento opportuno, che, attraverso l'attitudine psicoanalitica, l'essere permissivo, e la capacità di contenere permetta di pensare ed elaborare ciò che sta succedendo e far sentire al paziente il nostro interesse autentico.

Non dobbiamo offrire una assoluta incondizionabilità, la quale potrebbe portare ad essere asfissiante per il paziente e un esercizio eccessivo del nostro narcisismo e onnipotenza nel quale non staremmo trasmettendo la nostra propria castrazione, la nostra propria insufficienza.

I pazienti mettono alla prova la nostra pazienza e capacità di tollerare, tentando le nostre risorse gioiche, le nostre capacità di trattarle, l'autenticità e le motivazioni del nostro interesse per loro.

Ai livelli primitivi della mente i cambiamenti emotivi sono più importanti dei mentali e l'approccio esclusivamente intellettuale non porta a modificare le emotive. La nostra sola presenza, contatto fisico affettuoso, hanno un effetto maggiore di qualsiasi interpretazione.

A loro volta saranno pazienti con noi fino a che gli dimostriamo in modo sufficiente che possiamo farci carico di loro e che si possono fidare, che possiamo tollerare gli attacchi inclusi nelle diverse forme di relazione d'oggetto.

Pilar, una paziente con coscienza di malattia praticamente nulla, e con un'incredibile capacità di scindere, negare, razionalizzare e proiettare le emozioni e affetti scissi, principalmente l'ira, all'inizio di un gruppo, quando mi avvicinai a lei per cercare di

insistere sulla sua necessità di lasciarsi curare perché stava “male” la sua risposta è stata : “Angel, colui che sta male sei tu”. Ed era così, lei non sentiva nessun malessere.

Giorni a seguire, quando era già ricoverata ed io ero di turno, passeggiava per il corridoio pregando e quando sono passato vicino a lei iniziò a dire: “Dio, fai che gli angioletti siano santi”.

Ho cercato di avvicinarmi a lei e, come quasi sempre faceva, mi schivò. In realtà lo preferii perché non sapevo che dirle. Ciò che mi veniva da dentro era chiederle aiuto per imparare ad aiutarla.

Continuo a pensare come avvicinarmi e aiutare questa paziente. Probabilmente capendo che mi chiede solo di stare lì, che stia in silenzio, che sopporti le sue proiezioni, che capisca che dietro al suo rifiuto, alla sua aggressività e “erotizzazione infantile” ha bisogno solo della mia presenza, o no. I Terapeuti e il gruppo devono comportarsi come un “contenitore” adeguato , nel senso di potersi far carico delle componenti più psicotiche dei pazienti o dei suoi momenti più regressivi.

Ci fanno sentire attivamente ciò che soffrirono passivamente quando erano bambini, da parte dei genitori, mettendo così alla prova la capacità che noi abbiamo di affrontare queste figure.

Questo possiamo viverlo come un attacco sadico da una parte o renderci conto della mano che ci offrono per aiutarci a capirli e a riscattarli da questo luogo di dolore.

Quanto è stato difficile tollerare le aggressioni verbali dirette e indirette, le squalifiche, le questioni della madre di Sandro, un paziente che , quando io ho iniziato ad averlo in carico si era già irrorato di benzina e dato fuoco in un momento di scompenso psicotico con una forte componente depressiva.

Sapendo che il paziente, per curarsi, deve poter esteriorizzare la sua patologia, è altrettanto importante avere la capacità e i mezzi per porre limiti adeguati che gli permettano di esteriorizzare i suoi impulsi, esigenze e necessità, senza che il timore a danneggiare che soffrono possa confermarsi in realtà.

Proteggendoci li proteggiamo e proteggendoli ci proteggiamo, sviluppando così un elemento “materno” con la creazione di un sentimento di sicurezza di fronte al dolore, alla rabbia, alla disperazione, un elemento “paterno” capace di stabilire limiti e regole e rafforzare le frontiere.

Badaracco evidenzia che la domanda autentica e profonda è che dobbiamo essere i “genitori” che non hanno mai avuto, funzionando come oggetti strutturanti di un Io immaturo, mettendo limiti se è necessario o riscattando la parte sana per permettergli di svilupparla.

Prendere in mano questa domanda nel gruppo multifamiliare richiede che, da un lato la nostra funzione sia quella di offrirci come oggetti strutturanti di questo Io, dall'altro anche il riscattare i genitori reali al di là delle difficoltà nelle quali si sono trovati, e aiutarli a riscattare loro stessi e non giocare a sostituirli né prendere il loro posto.

L'opposizione al cambiamento e alla crescita non parte solo dall'infermo designato, sono anche evidenti, ma a volte sono evidenti in occasioni con più forza, l'opposizione e l'ambivalenza dei familiari.

Per questo è tanto necessario accompagnare i genitori, fare con loro un autentico processo terapeutico, poter capire, dalla parte nostra, e mostrarlo al paziente se è possibile, che una cosa sono i genitori "transferenziali" interiorizzati dall'infanzia, e l'altra sono i genitori reali di oggi, con le loro proprie storie conflitti e carenze e non cadere noi nella trappola di sentirci eletti e salvatori, i migliori genitori che in realtà abbiano potuto avere, quelli che si lo sanno fare.

Le famiglie formano parte del gruppo e questo è ovvio nella misura in cui ogni paziente arriva con la famiglia nel gruppo, e la attualizza nel gruppo, e il terapeuta arriva con la sua.

Ricordo come qualche mese fa sottolineavo con un paziente, in un colloquio individuale, che avevo bisogno di vedere sua madre. E' un paziente borderline al quale questa donna non mette nessun limite alle sue richieste, e questo fomenta in lui tanto la dipendenza quanto la colpa. Non capiva perché volevo vedere la madre e rivendicava la privacy e l'esclusività di questo spazio per lui. Cercai di spiegare le mie ragioni e gli dissi che, all'inizio e alla fine, sua madre era presente attraverso di lui e dei suoi discorsi in tutti gli incontri. Mi rispose: "vediamo se pensi che la tua non sta anche lei qui".

Se i genitori, che sicuramente hanno fatto il meglio che potevano, non sono aiutati dagli altri, in molti casi non potranno tollerare la situazione a causa della propria mancanza di risorse. Per questo cercano di mantenere la complicità patologica con il figlio e finire nei luoghi comuni e conosciuti che è la malattia.

D'altra parte, se i pazienti non vedono che i propri genitori sono sufficientemente contenuti dai terapeuti, possono tornare a chiudere la porta al mondo e finire nella sottomissione più terribile, identificandosi con loro e tornando ai sintomi precedenti.

In un momento drammatico di Juan, un paziente che prima del suo ricovero, alcuni anni fa, era andato via di casa verso il sud della Spagna per suicidarsi, colpendosi la testa con una pietra e che ora sta molto meglio, in presenza della madre iniziò a dire di nuovo che pensava di andar via di casa, che aveva un tatuaggio nuovo, che aveva paura, perché per lui erano sintomi di un nuovo imminente scompenso.

Mi alzai, mi inginocchiai di fronte alla madre, gli occhi della stessa iniziarono a riempirsi di lacrime, e le dissi, in tono drammatico recitando: “guarda, mamma, sto meglio, molto meglio, e sono molto spaventato. In più ho paura che se sto così bene smetti di volermi tanto bene e di preoccuparti tanto per me!”

Entrambi iniziarono a ridere e Juan disse :”è vero”

Da questo momento ha continuato a migliorare.

I pazienti sentono un sollievo tanto quando mettiamo limiti ai genitori come quando percepiscono che li stiamo aiutando.

I genitori possono vivere con gelosia che il paziente possa avere un legame migliore con il terapeuta che con loro stessi. Questo è un altro aspetto che dobbiamo proteggere.

Possiamo sentire che realizziamo una migliore funzione paterna rispetto ai propri genitori, entrando così in rivalità con loro che non hanno altra via d'uscita che il fallimento.

Nella mia esperienza, il poter lavorare in terapia individuale il mio legame con la mia propria famiglia non è stato sufficiente. Sono stati necessari numerosi gruppi multifamiliari, tanto come osservatore quanto con ruolo di terapeuta per poter cambiare la mia prospettiva rispetto ai genitori .

Inizialmente erano solo “i genitori di”, successivamente hanno avuto un nome e cognome, ma erano “i colpevoli di”. Dopo un tempo divennero “coloro che anche soffrono di”.

Per me sono passati dall'essere genitori ad essere soggetti che soffrono, che non sanno fare in altro modo, che non hanno voluto danneggiare i propri figli di proposito, che hanno bisogno del nostro aiuto tanto quanto i figli che hanno un'etichetta con la diagnosi, che hanno la propria storia con i propri drammi e carenze. Questo ha cambiato la mia forma di essere.

Se uno vuole aiutare il paziente aiuta i genitori ad uscire dalla trama in cui si trovano; offrirgli un filo per vedere se insieme, e con tutti gli altri, possiamo cercare di uscire dal labirinto. Perché la fiducia, conscia e inconscia, degli uni con gli altri non permette di riscattare alcuni lasciando incastrati gli altri.

Ma qui ci sono anche i genitori, tanto reali come transferenziali, e loro anche hanno bisogno di poter apprendere a condividere, esprimere, fare esperienza di uno spazio di contenimento e appoggio per apprendere a essere loro stessi i contenitori dei figli.

Non gli stiamo dando i pesci, stiamo insegnando a pescare.

Se parliamo della nostra necessità di risorse egoiche genuine per poter essere contenitori di questo tipo di relazione, risulta quasi ovvio pensare che i genitori sono

provvisti di queste risorse e che è nostro compito poter offrire l'opportunità di svilupparle.

Passiamo così dal discorso della madre schizofrenogena colpevole a quello dei genitori bisognosi e carenti.

L'equipe terapeutica ha anche questo lavoro.

Parlo dell'equipe e non del terapeuta perché credo necessaria la co-terapia e il lavoro in equipe, al primo posto, per tenere sempre presente la dimensione familiare e la triangolazione edipica; in secondo luogo per poter proteggerci tra noi, riscattarci nei momenti difficili, contare su più ascolti per sentire, occhi per vedere e cuori per sentire; in terzo luogo poter diluire i transfert e alternare i ruoli.

Penso che il transfert è presente in tutti i gruppi, anche se è multiplo e difficile da interpretare, e anche quando stiamo parlando di co-terapia, di presenza reale della famiglia e anche delle relazioni non transferenziali che si stabiliscono con il terapeuta e gli altri membri, come il caso del gruppo multifamiliare che facciamo, nel quale molti pazienti e familiari condividono altri spazi comuni nello stesso quartiere.

Rispetto ai fenomeni di transfert "Incidono" anche alcune caratteristiche di quello che chiamiamo "terapeuta sufficientemente buono", come la trasparenza, la spontaneità, la rinuncia a rimanere intrappolato da un velo di silenzio passando per colui che sa e può, la sua autenticità, e la sua valenza umana, incluso il contatto fisico e il rispondere, a volte, alle percezioni del malato rispetto a lui; accettare il fatto di essere triste o felice in un certo momento; dare piccoli esempi di vita propria per aumentare la trasparenza; alimentare l'apprendimento interpersonale; usare il senso dell'umorismo; potere accettare i suoi errori; rinunciare all'immagine idealizzata di padre o madre onnipotente.

Ma questo non impedisce che nel processo gruppale si mettano in atto aspetti vincolati alle relazioni che emergono, attraverso il transfert, tra i membri del gruppo; elementi di struttura relazionale, della vita fantasticata e simbolica, di tutti e ognuno dei suoi membri.

Il nostro lavoro è creare un clima che permette che ognuno sia colui che può essere, in una specie di lasciar essere, lasciar fare. Proporzionare, parafrasando Alexander, un'esperienza terapeutica-familiare correttiva, nella quale la carenza emotiva, il senso dell'umore, l'onestà, la spontaneità, l'empatia e la presenza "transferale" e "reale" del terapeuta aiutano a smontare difese e corazze così il cambiamento psichico può incominciare a sorgere.

David, un paziente con una struttura psicotica e difese ossessive, che accusa permanentemente suo padre di tutto ciò che pensa per esser stato tanto rigido e esigente con lui, e che ha fatto un bellissimo processo terapeutico, accompagnato negli ultimi

mesi dai suoi genitori nel gruppo multifamiliare, ha avuto un colloquio individuale con me qualche settimana fa per il controllo dei farmaci. Alla fine mi chiese scusa perché, dato che sono medico, mi offende vedere che il biglietto nel quale avevamo scritto il successivo colloquio al paziente si era sgualcito un po'. Mi mostrai offeso per essere stato trattato come un medico qualsiasi, come se non mi conoscesse personalmente e mi lasciasse diluito in una generalizzazione. Presi il foglio, scrissi un nuovo appuntamento, e prima di darglielo lo sgualcii ostentatamente e dopo lo "stirai" un po' con la mano. Quando lo prese si emozionò e mi disse: "cazzo, uccellino (mi chiama così in modo affettuoso ma non so perché) non so come sei come persona ma come medico sei il migliore. Non sai la quantità di paura che mi hai rimosso". E ci abbracciammo per salutarci.

Nell'equipe terapeutica ci sono anche molti fenomeni di controtransfert come difficoltà proprie, dovute tanto alle difficoltà di ognuno dei suoi membri quanto a quelle che sorgono da questo gioco relazionale nel quale si è imbarcati.

Dobbiamo essere molto attenti alla nostra reazione di controtransfert perché altrimenti potrebbero provocare in noi gli stessi atteggiamenti frustranti che temono, lasciandoli ancorati in un loop senza uscita.

Se il nostro processo va bene, questa diversa forma di reagire e relazionarci con il paziente introduce una dimensione nuova nella esperienza relazionale oggettuale.

Come dice Badaracco, piano piano si produrranno identificazioni strutturanti di risorse egoiche più sane nel paziente, che contribuisce alla messa in moto e sviluppo del processo terapeutico. Possiamo dire che il paziente fa un "uso" di noi come modello.

Mi sembra di estrema importanza tenere in considerazione il rischio che Guimon riscatta dell'idea che espone Racamier secondo la quale l'equipe terapeutica può arrivare a sentirsi dissociata per le proiezioni dei pazienti, e si sommano alle difficoltà provenienti da elementi propri (rivalità, tensioni, stress,...) che provocherebbero un aumento della tensione nell'equipe, pretendendo dai suoi membri un perfetto modo di capirsi tra loro a tutti i costi, per presentarsi come una "famiglia ideale", contenitore nel quale potranno crescere i pazienti.

Questa necessità dei componenti dell'equipe terapeutica di simulare che funzionano come una famiglia felice, negando le differenze tra loro, potrà provocare nei membri del gruppo un deposito delle proprie difficoltà negate e proiettate.

Questa non è l'equipe sufficientemente buona, capace di accettare i suoi propri limiti, le sue proprie difficoltà, i propri scontri e rivalità. Questa è un'equipe che, probabilmente senza essere molto cosciente, spera che il "suo" gruppo coinvolga con le proprie necessità, desideri e sentimenti inappropriati per le relazioni terapeutiche, che devono cercare di risolvere "nella propria casa", prima di andare in case lontane.

Forse i vantaggi e le difficoltà del lavoro in co-terapia è motivo di un altro lavoro, di un altro spazio per pensare che va oltre questo contesto.

Ricordare con Guimon a Meltzer quando ci sfida a che, anche nei casi più gravi, siamo in grado di proporzionare un contenimento e possiamo creare spazi gruppali per pensare e sentire su noi stessi, che agiscono come una sorta di cemento o ortopedia che va a colmare alcune delle lacune e le insicurezze dei nuclei autistici della personalità, ampliando questa proposta con quella fatta da Badaracco di facilitare un processo terapeutico che abbia un buon esito, dove ci sia una crescita psico- emotiva e sviluppo delle nuove risorse egoiche più “genuine”.

Bibliografia

Badaracco, J.G. (1990). *Comunidad terapéutica psicoanalítica de estructura multifamiliar*. Madrid: Tecnipublicaciones.

Badaracco, J.G. (2000). *Psicoanálisis multifamiliar. Los otros en nosotros y el descubrimiento del sí mismo*. Buenos Aires: Paidós

Badaracco, J.G. (2005). *Demonios de la mente. Biografía de una esquizofrenia*. Buenos Aires: Eudeba.

Balint, M. (1982). *La falta básica. Aspectos terapéuticos de la regresión*. Barcelona, Paidós.

Bion, W.R. (1963). *Experiencias en grupos*. Buenos Aires, Paidós.

Desprats-Pèquignot, C. (1997). *El psicoanálisis*. Madrid, Alianza.

Foulkes, S.H. (2005). *Introducción a la psicoterapia grupoanalítica*. Barcelona, Cegaop Press.

Foulkes, S.H., Anthony, E.J. (2007). *Psicoterapia de grupo. El enfoque psicoanalítico*. Barcelona, Cegaop Press.

Foulkes S.H. (2007). *Grupoanálisis terapéutico*. Barcelona, Cegaop Press.

Gabbard, G.O. (2000). *Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica*. Buenos Aires, Panamericana.

Guillem Nàcher, P., Lorén Camarero, J.A. (1995). *Del diván al círculo. Psicoterapia analítica de grupo*. Valencia, Promolibro.

Guimon, J. (2003), *Manual de terapias de grupo. Tipos, modelos y programas*. Madrid, Biblioteca Nueva.

Kernberg, O. (1993), *La teoría de las relaciones objetales y el psicoanálisis clínico*. México, Paidós.

- Kohut, H. (1977). *Análisis del self. El tratamiento psicoanalítico de los trastornos narcisistas de la personalidad*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Mitre, M.E. (1998). *Las voces de la locura*. Buenos Aires: Emecé.
- Painceira Plot, A.J. (1997). *Clínica psicoanalítica a partir de la obra de Winnicott*. Buenos Aires, Lumen.
- Phillips, A. (1997). *Winnicott*. Buenos Aires: Lugar.
- Racamier, P.C. (1983). *Los esquizofrénicos*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Ramos Muñoz, A., Elustondo Ferre, I., García De Bustamante, E. (2007). Abordaje del enfermo mental severo en el contexto del grupo multifamiliar. *Gamo Medina, E., Ante la mirada de los otros. Guía de terapias grupales*. Madrid: Libertarias.
- Rotenberg, E. (2007). *Hijos difíciles, padres desorientados. Padres difíciles, hijos desorientados*. Buenos Aires: Lugar.
- Searles, H. (1994). *Escritos sobre esquizofrenia*. Barcelona: Gedisa.
- Sunyer Martín, J.M. (2008). *Psicoterapia de grupo grupoanalítica. La co-construcción de un conductor de grupos*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Tizón, J. (1995), *Apuntes para una psicología basada en la relación*. Barcelona: Bibliaria.
- Vinogradós, S., Yalom, I.D. (1996). *Guía breve de psicoterapia de grupo*. Madrid, Paidós.

Angel Maria Ramos Munoz: Medico Psiquiatra e Psicoterapeuta. Lavora presso il Centro di Salute Mentale di Getafe, Madrid e presso uno studio privato con trattamenti psichiatrici e psicoterapeutici, individuali e di gruppo, maggiormente con pazienti affetti da patologie mentali gravi. Specialista in Clinica e Psicoterapia Psicoanalitica dell'università Pontificia di Comillas. Master in teoria Psicoanalitica dell'Università Complutense di Madrid. Master in Psicoterapia Analitica di gruppo dell'università di Deusto.

Email: angelmaria67@gmail.com