

La función por hacer (Commedia da fare)

Esther García De Bustamante

Abstract

La follia, da tempo, è alla ricerca di un contesto, il Gruppo di Psicoanalisi Multifamiliare, nel quale poter rappresentare le storie e le tipologie delle relazioni che l'hanno determinata. Nel Gruppo la stessa sorte conviene agli operatori, anche loro alla ricerca, attraverso lo sviluppo della conoscenza di sé stessi, della possibilità di scrivere un nuovo copione sul trattamento.

Parole chiave: teatro, ricerca, espressione, conoscenza di sé, confronto

“Se vuoi che i tuoi personaggi vivano, liberali”

Jean Paul Sartre

In primo luogo vorrei ringraziare sinceramente i colleghi organizzatori che ci hanno dato l'opportunità di incontrarci e di condividere le nostre esperienze.

In secondo luogo, addentrandomi nel lavoro vorrei chiarire il titolo della relazione, si riferisce all'opera di Pirandello “Sei personaggi in cerca d'autore, commedia da fare”. “La “función por hacer” è il titolo di una liberissima (e molto buona) versione de Sei personaggi in cerca d'autore che fu rappresentata per la prima volta a Madrid lo scorso anno.

Il doppio significato di “funzione” mi è sembrato molto interessante per svolgere questo lavoro e occuparmi della scena terapeutica della Psicoanalisi Multifamiliare. Sei personaggi... è un pretesto “italiano” che dà lo spunto per lavorare su questioni relative allo scenico, al transizionale e all'istituzionale nella Psicoanalisi Multifamiliare legate alla mia esperienza personale nell'Ospedale dove lavoro.

Come tutti sapranno, in “Sei personaggi in cerca d'autore”, un gruppo di personaggi irrompe durante le prove di una compagnia teatrale; cercano un autore che scriva il loro dramma familiare. Ciascuno di loro esige di rappresentare il proprio dramma, di cui ha bisogno per esistere. I personaggi si impegnano ad acquisire un senso in scena, durante la rappresentazione. Il regista tenta di mettere ordine e gli attori si sforzano di interpretare il proprio ruolo, alla fine, però, tutto precipita in una profonda incertezza. Niente è ciò che sembra e verrà dimostrato, con terrore, che nulla è più vero di una verità che è una bugia. Si compie un destino tragico che evoca un'eterna ripetizione.

Shakespeare diceva che “il mondo è un palcoscenico”. Non si sfugge facilmente all'interpretazione del dramma che si sviluppa nell'arco della nostra vita, la cui trama, a volte si mostra in maniera inquietante ripetitiva. Joyce McDougall si è occupata in

maniera interessante della metafora teatrale della realtà psichica, attraverso l'immagine dell'opera psichica, rappresentata nello scenario del corpo e/o della mente; oppure nel mondo esterno, utilizzando come scenario anche il corpo e la mente di altre persone o istituzioni sociali. In questo lavoro cerco di riflettere sul Gruppo Multifamiliare come spazio privilegiato dove lo "scenico" è al servizio del soggetto e del suo potenziale, della sua virtualità sana. Uno spazio per vivere creando e sfuggire alla ripetizione. L'altro - in noi - smetterebbe di scrivere la nostra storia, perderebbe il suo ruolo d'autore. Dove in principio si presenta una scena piena di dolore e confusione, si manifesta un processo nel quale si possono dipanare le relazioni di interdipendenza patogena e si apre la possibilità di vivere la nostra vita fuori dal tragico destino della ripetizione.

Circa tre anni e mezzo fa, un concorso interno determinò un cambiamento molto importante nella mia vita professionale. Lavoravo felicemente nel Centro di Salute Mentale di Getafe, di orientamento comunitario, a sud di Madrid, quando arrivò una signora che occupò il mio ufficio e iniziò ad occuparsi dei miei pazienti. Dopo quattro mesi firmai un contratto con l'ospedale psichiatrico Dr. Lafora. Sono ancora lì.

"Franco costruì questo ospedale" raccontano i pazienti veterani, riferendosi alla storia dell'istituzione. Quello che oggi chiamiamo Ospedale R. Lafora fu inaugurato nel 1969 come Ospedale Alonso Vega, in onore del nefasto ministro del Governo del nefasto dittatore. Nacque sotto l'ispirazione della psichiatria franchista come tipico centro panopticon, di internamento e repressione e, all'inizio, contava circa 1000 posti letto. Con la riforma psichiatrica in Spagna (negli anni '80) l'ospedale visse alcuni cambiamenti importanti, ma nonostante ciò, fu l'unico ospedale psichiatrico pubblico della "Comunidad de Madrid" (e uno dei pochi in Spagna) che sopravvisse alla riforma.

Attualmente l'ospedale dispone di circa 350 posti letto e varie ali abbandonate. Di questi posti letto, 190 corrispondono al Reparto di Psichiatria di lunga degenza. Di questi 190, 60 appartengono ai Reparti di Riabilitazione con un piano teorico di riabilitazione e dimissione. Per il resto non c'è nemmeno un progetto. Tutti i ricoveri sono involontari eccetto un caso. L'85% dei pazienti sono incapaci giuridicamente e sotto tutela. La degenza media è di 15 anni. Alcuni piani rimangono chiusi, anche se la maggior parte è dotato di un sistema di orari, condizioni individuali e collettive, chiavi e citofoni in maniera tale da rimanere a volte aperti, altre volte chiusi. La libertà di movimento, i procedimenti di isolamento "terapeutico", le sigarette, i soldi, i permessi; le uscite, incluso il diritto a stare vestito, si gestiscono in piani di contingenza relativi alla condotta. Esistono varie stanze d'isolamento per ciascun reparto, camere di vigilanza in tutti gli spazi comuni e il ricorso abituale a mezzi di contenzione.

Diverse settimane fa, è tornato operativo il dispositivo di Terapia Elettroconvulsiva, per cui è stato fatto un contratto ad un anestesista che verrà due volte alla settimana.

Signore e signori, sí, lavoro in un manicomio. Disgraziatamente in Spagna non abbiamo una legge “sufficientemente 180”, quando altre correnti politiche avrebbero potuto permetterlo.

Accettai questo lavoro e lo mantengo, potremmo dilungarci sulle mie ragioni, dubito, però, che possiate trovarle interessanti, né che possa addentrarmi nel tema senza un divano in sala. Quando arrivai, trovai un panorama desolante, equipe divise e mortalmente silenziose, in un ambiente aggressivo e persecutorio; pazienti che vagavano isolati come fantasmi malinconici e che protestavano eccezionalmente con reazioni violente, ma solo quando le umiliazioni si facevano insopportabili. Famiglie invisibili, svanite dietro i propri depositi colpevoli. Aree sanitarie scomparse senza nessun motivo. Psichiatri della zona che, ripetendo schemi familiari ma senza soffrire, contenti, mandavano pazienti problematici al luogo dove “andrai e non tornerai”, ostacolavano costantemente i piani di riabilitazione e la possibilità di un ritorno alla vita. Un blocco, uno spazio deserto nel terapeutico, utilizzato come scusa in una serie di conflitti politici confusi.

Quando io volevo fare qualcosa, nessuno me lo impediva espressamente. Mi imbattevo in una opposizione sorda e feroce, però mai un ordine contrario alle mie proposte. Non c'erano rifiuti nei progetti che presentavo alle equipe, solo grandi silenzi come risposta. Mi permisero persino, ambigualmente, anche di continuare, insieme ai miei colleghi, il coordinamento dei Multifamiliari quindicinali di Getafe. Cominciai subito con un gruppo di Psicoterapia, pensando, sin dall'inizio, che potesse costituire il germe del gruppo di Psicoanalisi Multifamiliare. Inoltre, misi in marcia un programma di Assistenza Psicoterapeutica Individuale e un Laboratorio Teatrale Terapeutico. Promossi, insieme con altri colleghi e con l'appoggio deciso del mio nuovo primario, che prese servizio dopo un anno dal mio arrivo, la ripresa delle assemblee settimanali dei pazienti. Con gli Psicologi Specializzandi, organizzammo l'assistenza nel pomeriggio, formando un gruppo di Arte Terapia e un Programma di Accompagnamento Terapeutico che ha permesso a pazienti che non uscivano da molti anni, di uscire dall'ospedale. Come membro della Commissione dei docenti e Tutor degli specializzandi, ho promosso la formazione in Psicoanalisi e Tecniche di gruppo, organizzando diversi seminari. Iniziai a portare al Gruppo di Psicoanalisi Multifamiliare di Getafe, tutti gli specializzandi di psichiatria e psicologia clinica che ruotavano nei nostri reparti.

Ero in attesa di portare la Psicoanalisi Multifamiliare al vero ospedale e di formare un gruppo: se qualcosa poteva essere d'aiuto a cambiare realmente le cose nell'ospedale, questo era un Gruppo di Psicoanalisi Multifamiliare. Nonostante dopo due anni l'ambiente e le possibilità terapeutiche nei pazienti fossero cambiate, provavo molto timore e ambivalenza. Si erano messi in marcia diversi dispositivi e strutture di gruppo che favorivano le relazioni e gli interscambi, c'era stato un ricambio generazionale fra gli psichiatri in servizio (compreso il primario). Si moltiplicarono i ricoveri di pazienti

più giovani e con diagnosi nell'ambito dei disturbi borderline di personalità più che della psicosi. Nonostante tutto ciò, vivevo i miei progetti praticamente da sola e avevo molta paura che il progetto del Gruppo di Psicoanalisi Multifamiliare andasse al di là delle mie capacità; che il manicomio risultasse più forte del mio desiderio; di non essere all'altezza della complessità del progetto. La Psicoanalisi Multifamiliare nacque nel manicomio, come anche la psicoanalisi operativa, ma io non ero Garcia Badaracco, né Pichón Riviere, né Armando Bauleo. Avevo paura.

Così, abbastanza in ritardo rispetto alle date previste, con molto timore e sentimenti ambivalenti, iniziammo il Gruppo di Psicoanalisi Multifamiliare. Mi accompagnarono nel coordinamento praticamente in maniera solo formale, due psichiatri dell'istituzione e, durante le prime sei sedute, un gruppo di quattro psichiatri esterni all'ospedale, che formano parte del nostro gruppo di studio e supervisione. La prima seduta, di fatto, la coordinai con Angel e Isabel; miei co-terapeuti di Getafe, la successiva con Ana e Tania colleghe di Parla. Poter fare questo fu una esperienza molto intensa e grandiosa, della quale credo, sarebbe conveniente poter parlare in un'altra occasione.

Il prossimo gennaio compiremo un anno. Sono successe cose interessanti di diversa natura, così come siamo abituati a vivere nei gruppi multifamiliari. Vorrei però, tornare alla questione scenica per condividere alcune delle situazioni vissute nel gruppo. Nelle prime sedute non mancarono rappresentazioni che coinvolsero in modo drammatico la parola, il corpo e gli oggetti.

Nella prima seduta Teresa quasi non lascia finire di introdurre il setting del gruppo, interrompe, è molto impaziente di parlare. Si tratta di una paziente di 28 anni con una storia familiare e sociale molto complessa, con una diagnosi di disturbo borderline di personalità e un protocollo speciale di "paziente ad alto rischio". Sfortunatamente famosa per la sua tendenza all'acting nella forma di consumo di sostanze tossiche, agitazioni e fughe. Si presenta ringraziando le famiglie che son venute ed esprime il desiderio che la conoscano per ciò che è, non tanto cattiva, non tanto violenta. Si preoccupa per i compagni, si prende cura dei pazienti più deboli, vuole presentarci il suo lato più sano e gentile. Il suo discorso però si perde e manifesta un'angoscia "massiccia" relazionata con l'assenza della sua famiglia nel gruppo. Si alza, gesticola furiosamente e alla fine esce sbattendo la porta. Si intrattiene abbastanza aggiustandosi il cappotto prima di uscire, come per darci il tempo di chiederle che ritorni al gruppo quando vuole e che la aspetteremo. Dopo tornerà serena e riconoscerà di stare meglio sia "dentro" che "fuori".

Anche nella seconda seduta monta il suo spettacolo dell'angoscia, cerca nuovamente di intervenire in maniera ragionevole, ma, cercando un'altra volta di presentarsi, ci offre una scena carica di drammaticità. Tira fuori la borsa e strillando ci spiega, buttandole a terra, quali cose ci sono dentro: la sua carta d'identità; la foto di suo fratello; la lettera di un amico; un'immagine religiosa che apparteneva a sua nonna... e dice *"io conservo tutto e non mi dimentico di nulla"* e con grande spiegamento

scenico si presenta attraverso i suoi oggetti mentre li lancia per terra. Un'ausiliaria, spaventata, l'aiuta a raccogliere le cose sparse per terra (la sua identità; l'amore per suo fratello; i suoi amici; il lutto non superato di sua nonna...). Teresa esce sparata dalla sala. L'infermiera che coordina l'infermeria tiene il telefonino in mano e si agita nella sedia. Successivamente, Teresa tornerà e riuscirà a stare tranquilla.

Nella terza seduta Nieves, una signora di 65 anni, in un momento di tensione del gruppo, si alza e con il rosario in mano inizia a pregare camminando in circolo all'interno del cerchio di sedie. Marisa, la madre di una paziente mostra il suo disgusto fino a confessare che il tema religioso la innervosisce e che ha creduto che Nieves pregasse, accusandola di essere il demonio.

Nella quarta seduta, Teresa e suo padre (che per la prima volta viene al Gruppo Multifamiliare) sono protagonisti di uno scambio di recriminazioni, neanche questo esente da acting. Teresa si alza, si mette di fronte al padre, lo incalza, cambia posizione varie volte... In quel momento si alza forte la voce di Victoriano che si alza dalla sedia "*non posso, non posso, non posso! Non posso controllarmi!*" Teresa esce dalla sala, chiede a suo padre che esca anche lui, ma questi non l'accompagna. Teresa torna dopo un po' e cerca di calmare Victoriano mentre questi si alza ripetutamente gridando "*non posso, sto malissimo, mi faccio tutto addosso, mi cago e mi piscio addosso, aiutatemi!*". Alla fine un'altra paziente, Mercedes, si alza, prende per mano Victoriano, lo fa alzare e decide di recitargli una poesia dedicata all'amicizia di cui lei è l'autrice. Victoriano l'ascolta attento, senza lamentarsi... e quando Mercedes finisce, il gruppo scoppia in un applauso.

Teresa, Lorenzo suo padre, Nieves, Marisa, Victoriano, Mercedes, furono per alcuni istanti i nostri personaggi in cerca d'autore.

Sarebbe molto interessante poter condividere con voi quali furono i nostri interventi, cosa significa ciascuna di queste scene nella storia dei pazienti, quali questioni si mossero e come sono andate risolvendosi... poter pensare insieme ad un nostro folle Gruppo Multifamiliare. Questo però, non rientra negli obiettivi e nei tempi di questo lavoro, volevo solamente portarvi delle immagini di un gruppo multifamiliare dove sin dal principio, sono sempre stati molto presenti, l'azione, il dramma e il corpo. Ovviamente nel gruppo si hanno molti momenti di riflessione, si creano lo spazio e il clima per esprimersi in altri modi rispetto a quello raccontato in queste scene. Volevo però, riportare queste come peculiarità dell'inizio di questo gruppo. In generale i conflitti e gli altri in noi, sono gli elementi essenziali che compongono i nostri drammi segreti nelle loro trame di interdipendenza. Joyce McDougall (1982) parla della trama psicotica intorno a una battaglia incessante per il diritto ad esistere. Una battaglia contro la convinzione del soggetto che il diritto a una vita indipendente o, comunque, all'esistenza, non siano desideri possibili. McDougall dice che quando si alza il sipario del palcoscenico psicotico, abbiamo l'impressione che qualcuno abbia distrutto la scenografia e che alcuni dialoghi siano costruiti in una maniera tanto particolare che è

molto difficile comprenderli, come la scena di Nieves con il suo rosario. Anche noi ci imbattiamo spesso in una altra scena che McDougall chiama transizionale, dove alcuni soggetti utilizzano gli altri come sostituti di oggetti che mancano nel loro mondo interiore. Scene nelle quali é necessaria la cooperazione dell'io di altre persone e la loro partecipazione nel teatro privato del soggetto. È questo tipo di scena che ci ricorda ciò che è successo con Teresa, una scena dove convivono, divisi, un mondo segreto e soggettivo di bisogni e desideri, e le esigenze del mondo esterno. Conflitto che genera sentimenti di irrealtà, vuoto e profondo dolore. Processi di pensiero secondario contaminati da processi primari.

Nella situazione psicoterapeutica e specialmente nel Gruppo Multifamiliare si crea un nuovo scenario nel quale il gruppo come tale, i coordinatori e gli altri partecipanti diventano sostituti di uno qualunque degli altri che compongono il mondo interiore del soggetto. La caratterizzazione dei personaggi cambia, si riassegnano le parti e il testo si riscrive. Il soggetto può lavorare sulla sua verità interiore una volta che tutti i personaggi al suo interno hanno avuto la possibilità di recitare i propri dialoghi, di esaurire i loro reclami e le loro recriminazioni. Può rendere visibile parti scisse per elaborare il risultato di un'identità coesiva, dando un nuovo senso, prendendo possesso delle risorse dell'io e delle potenzialità abbandonate, ampliando la sua capacità di pensare, sentire e gioire. Il gruppo e suoi coordinatori potrebbero paragonarsi a un regista nella misura in cui cerca di mantenere uno spazio preparato ad accogliere tutti i personaggi erranti e persi che abitano dentro di noi e che l'io non riconosce come parte di noi stessi.

Dice Garcia Badaracco (2000): *“nel Gruppo Multifamiliare si ha una condizione privilegiata quando assistiamo alla ripetizione delle condotte cariche di potere patogeno che ha luogo abitualmente nell'ambito familiare d'origine. Queste possono individuarsi con maggiore facilità in un contesto familiare ampliato che, nel dare più sicurezza, permette di riscattare le persone implicate nella compulsività alla ripetizione. D'altra parte, il contesto multifamiliare aiuta a che la ripetizione e la presa di coscienza siano meno traumatiche e possano essere più facilmente elaborate”*. Garcia Badaracco ci ricorda così che, come Freud pensò alla nevrosi di traslazione come al luogo dove si risolve la nevrosi, il gruppo multifamiliare è il contesto “la cui specificità scaturisce dalla natura stessa della malattia mentale che implica una trama familiare oppressiva, angosciante, che porta alla pazzia...”

Penso che il Gruppo Multifamiliare può svolgere la funzione di spazio potenziale, area intermedia dell'esperienza, del vissuto, dell'illusione. Una zona che, così come la descrive Winnicott (1981), è situata tra la realtà esterna delle relazioni interpersonali e il mondo interiore. Un'area dell'esperienza che costituisce un luogo fondamentale nell'elaborazione dei sentimenti di perdita e di uscita dalla dipendenza assoluta. Il luogo del processo che permette al neonato di sviluppare la capacità di stare solo senza paura di perdere l'identità, né vedersi sopraffatto dall'angoscia, che prefigura la

capacità di riuscire in un interscambio autentico con gli altri senza il timore di una pericolosa invasione di se stesso o dell'altro; uno stadio intermedio tra l'incapacità e la capacità di riconoscere e accettare la realtà che spesso si presenta come un affronto; il luogo privilegiato del gioco, unico luogo secondo Winnicott, nel quale è possibile la comunicazione; nella sovrapposizione di spazi potenziali. Una sovrapposizione di intersoggettività costituita da una base comune di vincoli affettivi nei quali la tensione istintiva non è l'unica caratteristica principale, ma anche un clima affidabile di affetto, rispetto e contenimento. Il processo terapeutico si compie pertanto anche nella sovrapposizione delle aree di gioco di terapeuti e pazienti, una sovrapposizione a mio giudizio che forma la parte principale di quello che noi chiamiamo (mente ampliata) dove concorrono l'esterno e l'interno. Dove interagiscono i gruppi interni, la famiglia, il mondo delle relazioni presenti e il sociale; il passato e il presente.

Nel contesto multifamiliare gli altri sono molti e questo moltiplica le possibilità di sovrapposizioni e apporti.

Nell'interazione si mostrano molteplici aspetti del transfert per lavorare sulle interdipendenze, intervenendo, a dire di Garcia Badaracco, all'interno della trama in termini di funzione terapeutica mediatrice. Si moltiplicano le possibilità dei ruoli che i terapeuti possono assumere. Il Gruppo Multifamiliare è inoltre uno spazio potenziale di crescita perché funziona da "contenitore", potendosi fare carico delle componenti più malate e dei momenti più regressivi.

Pensare a questo processo terapeutico nell'ospedale psichiatrico apre un ventaglio di domande e contraddizioni che non possiamo tralasciare. L'istituzione Psichiatrica è un contesto orientato al controllo sociale fonte di oppressione. All'internamento e sottomissione dei diseredati e dei molesti si associa un certo tipo di psichiatria ospedaliera che citando Basaglia interpreta il ruolo di «diffondere la psichiatria come elemento di culto del pessimismo, ossia facendo credere che l'infermo mentale non può curarsi, che è pericoloso, etc.» o a dire di Garcia Badaracco condiziona il fallimento, svalorza i risultati dei pazienti e pretende di "generare clonati mentali" inducendo a una forma speculare di funzionamento mentale. Questo controllo sociale e il pessimismo nel quale trova argomenti è molto presente nel Lafora. Nel nostro gruppo multifamiliare si mettono in discussione apertamente tanto il controllo come il pessimismo. Dove ci porterà questo dibattito?

Winnicott stesso rileva che la sottomissione è una base malata per la vita, che nell'ubbidienza si perde l'integrità e che è un accumulo di intrusioni traumatiche ciò che pone in pericolo la stabilità mentale dell'individuo, che è dannoso indottrinare la gente, che la relazione di ubbidienza alla realtà esterna è in contrapposizione con ciò che fa sentire all'individuo che la vita vale la pena viverla: l'appercezione creativa.

Nell'ospedale, le equipe stabiliscono chiaramente una relazione di dominio con il paziente, dove la non ubbidienza ha conseguenze tanto disastrose quanto l'ubbidienza,

lasciando il paziente in un dilemma a volte tragico che riaccende le agonie più primitive. Se il paziente si ammalò accumulando intrusioni traumatiche che non lo lasciarono essere, l'istituzione e le sue equipe riproducono giornalmente queste intrusioni. Il soggetto è sottomesso alla doppia alienazione dell'ospedale e condannato alla stereotipia delle interdipendenze patogene.

C'è qualcosa che possiamo fare? Finché il sistema d'internamento e controllo sociale perdurino, servono a qualcosa i tentativi di trasformazione? Indubbiamente credo che il Gruppo Multifamiliare si sia introdotto in altri spazi dell'ospedale. Contemporaneamente al Gruppo Multifamiliare si misero in marcia i gruppi di supervisione nei reparti di riabilitazione in cui le scene del Multifamiliare sono state molto presenti. Non solo nei gruppi di supervisione per le equipe, ma anche in tutti gli altri gruppi terapeutici, nelle relazioni con le famiglie, nell'organizzazione delle attività, nelle riunioni d'equipe. Il personale d'infermeria di tutti i reparti, medici lavoratori sociali e specializzandi, hanno aderito al Multifamiliare, vivendo esperienze significative. Assistono a scene in cui i pazienti sono costantemente riscattati, viene dato valore ai loro interventi, aiutandoli a mostrare la loro saggezza e a pensare in un contesto ampliato dove si valorizza ciò che dicono. Il nostro gruppo dimostra di contenere sufficientemente gli aspetti più folli e regressivi senza aver bisogno di internare i pazienti né di isolarli.

Chissà se il Gruppo Multifamiliare può essere tanto potente da permettere all'intera istituzione di sottoporsi a trattamento, sbrogliando interdipendenze patogene a livello istituzionale, sviluppando ricorsi che aiutino a proporre processi terapeutici e normogenici per le proprie equipe. Garcia Badaracco attribuisce al Gruppo Multifamiliare, più potere rispetto ad altri contesti per smontare strutture rigide e invasive attraverso la grande mente che pensa, la mente ampliata. Forse questo vivaio nell'ospedale troverà in momenti politici più propizi un tempo adeguato per una trasformazione più profonda dove il manicomio cessa di rappresentare la tragedia che, in maniera ubbidiente, rappresenta e alla fine sparisca dagli scenari.

Vorrei finire citando ancora una volta il Professor Garcia Badaracco (2000) in una frase che mi ispira al di là del lavoro clinico.

“Tutto si può ripristinare se qualcuno ci aiuta ad affrontare, tollerare, elaborare, metabolizzare l'esperienza in un vissuto di apertura a una nuova esperienza di liberazione. I grandi gruppi hanno già dimostrato che questa esperienza si produce in un contesto ampliato”.

Bibliografia

Badaracco, J.G. (2000). *Psicoanálisis Multifamiliar – Los otros en nosotros y el descubrimiento del si – mismo*. Paidós. Buenos Aires.

Davis M. , Wallbridge D. (1981). *Limite y espacio. Introducción a la obra de D.W. Winnicott*, Amorrortu editores. Buenos Aires. 1981.

McDougall, J. (1982). *Teatros de la mente*. Tecnipublicaciones, Madrid 1987.

Narracci A.(2009). “*Dentro e fuori, tra le persone, senza tempo o nel tempo*”. Jornadas Europeas de grupo Multifamiliar. Universidad de Deusto. Bilbao.

Pirandello, L. (1925). *Seis personajes en busca de autor*. EDAF Ediciones. Madrid 2001.

Winnicott D.W. (1971). *Realidad y Juego*. Ed Gedisa, Barcelona, 1979.

Esther García De Bustamante: Laurea in scienze economiche e in Psicologia. Specialista in Psicologia Clinica presso l'Ospedale Universitario Di Getafe. Lavora come Specialista di Area (Psicologia Clinica) nell'ospedale diurno di Getafe, Area 10, Comunità di Madrid.

Email: esthergbustamante@gmail.com