

La función por hacer. Commedia da fare Esther García de Bustamante Cartiel *

RESUMEN: A raíz de la puesta en marcha de un grupo de psicoanálisis multifamiliar en el Hospital Psiquiátrico el artículo reflexiona sobre el papel del grupo como espacio transicional. Se trata de explorar como la especificidad del clima y la coordinación del grupo multifamiliar permiten un espacio de juego. Un espacio también escénico donde poder recomponer y redesarrollar aspectos que quedaron aislados del sujeto al que no se le permitió ser. Un proceso de mente ampliada que puede sostener al tiempo la subjetividad y el reconocimiento del mundo exterior, que permite la superposición de realidades de manera asumible. Se abre un área intermedia de experiencia donde pacientes, familias y cuidadores tienen la oportunidad de transformar sus vínculos en un ambiente que viven de manera excepcional como confiable. Allá donde el sujeto estaba destinado a la estereotipia y la doble alienación del Hospital se abre un espacio donde la Institución entera se pone en movimiento y en tratamiento destrabando relaciones de interdependencia. Un proceso en el que el otro (en nosotros) deja de escribir la historia propia y nos permite vivirla fuera de un destino trágico.

PALABRAS CLAVE: Hospital Psiquiátrico, Espacio Transicional, Clima, Mente Ampliada, Área Intermedia de Experiencia, Institución, Relaciones de Interdependencia.

ABSTRACT: The article explores the group as a transitional space related to the start up of a Multifamily Group at the Psychiatric Hospital. It is about how the atmosphere and coordination allow developing a "playing space". A scenic space is developed where the individual who was not been allowed to exist, may rearrange and redevelop personality aspects which stayed isolated. An "extended mind" emerges which may simultaneously support subjectivity and external world awareness in an acceptable way. An opening area of intermediate experience grows where patients, families and professionals have the opportunity to transform their bonds within an atmosphere which they live as exceptionally reliable. There where the individual was destined to stereotyping and to the Hospital double alienation a space is opened where the entire institution moves and goes under treatment clearing pathological interdependence relationships. A process occurs where the other – within us – stops writing our own history and allows us to live out of a tragic destiny.

KEY WORDS: Psychiatric Hospital, Transitional space, Atmosphere, Extended Mind, Intermediate Experience Area, Institution, Interdependence Relationships.

"Si quieres que tus personajes vivan, entonces libéralos"
Jean Paul Sartre.

Empezaré por aclarar el título del artículo. Está relacionado con la obra de Pirandello "*Seis personajes en busca de autor*", "*Commedia da Fare*". "La función por hacer" es el título de una versión libérrima - y muy buena - de los *Seis personajes en busca de autor* de Miguel del Arco, un excelente dramaturgo y director moderno. El doble significado de "función" me pareció muy interesante para trabajar sobre la tarea y la escena terapéutica del Psicoanálisis Multifamiliar. *Seis personajes...* es una excusa sugerente para trabajar cuestiones sobre lo escénico, lo transicional y lo institucional en el Psicoanálisis Multifamiliar ligadas a mi experiencia personal en el Hospital donde trabajo.

Como bien sabrán en "*Seis personajes en busca de autor*" un grupo de personajes irrumpe en el ensayo de una compañía de teatro. Buscan un autor que escriba su drama familiar. Y cada uno, precisa representar el drama propio que necesita para existir. Los personajes se empeñan en cobrar significado en escena, durante su representación, el director trata de poner orden, los actores hacen sus esfuerzos por representar los papeles; pero finalmente todo se hunde en una profunda incertidumbre. Nada es lo que nos parece y comprobaremos con terror que, nunca es más verdad una verdad que cuando es una mentira... Se cumple un destino trágico que evoca una eterna repetición.

* Psicóloga Clínica. Hospital de Día de Getafe.

Decía Shakespeare que *“el mundo entero es un escenario”*. No nos escapamos fácilmente de representar el drama que se desarrolla a lo largo de nuestra vida y cuya trama, a veces, se muestra inquietantemente repetitiva. Joyce McDougall trabaja de manera muy interesante esta metáfora teatral de la realidad psíquica, a través de la imagen de la obra psíquica representada en el teatro del cuerpo o de la mente (McDougall, 1987). O en el mundo externo, utilizando como escenario también el cuerpo y la mente de otras personas o instituciones sociales. En este trabajo trato de reflexionar sobre el Grupo Multifamiliar como espacio privilegiado donde lo escénico está al servicio del sujeto y de su potencial, de su virtualidad sana. Un espacio para vivir creando y escapar a la repetición. El otro - en nosotros - dejaría de escribir nuestra historia, perdería su lugar de autor. Donde en principio se presenta una escena llena de dolor y de confusión aparece un proceso en el que se pueden destrabar las relaciones de interdependencia patógenas y se abre la posibilidad de vivir nuestra propia vida fuera del destino trágico de la repetición.

Hace unos tres años y medio un concurso de traslados provocó un cambio muy importante en mi vida profesional. Trabajaba muy felizmente en el Centro de Salud Mental de Getafe, al sur de Madrid, de orientación comunitaria. Pero una señora vino, ocupó mi despacho y se ocupó de mis pacientes. A los cuatro meses firmé un contrato en el Hospital Psiquiátrico Dr. R. Lafora.

“Franco construyó este hospital” cuentan los pacientes veteranos refiriéndose a la historia de la institución. Lo que hoy llamamos Hospital Dr. R. Lafora fue inaugurado en 1969 como Hospital Alonso Vega, en honor al nefasto ministro de Gobernación del nefasto dictador. Nació bajo la inspiración de la psiquiatría franquista como típico centro panóptico asilar y represor. En su inicio tuvo alrededor de 1000 camas. En los años de la reforma psiquiátrica en España (los ochenta), el hospital vivió algunas transformaciones importantes, pero aun así, fue el único hospital psiquiátrico público de la Comunidad de Madrid (y uno de los pocos de España) que sobrevivió a ésta.

Actualmente el hospital cuenta con aproximadamente 350 camas y varias alas abandonadas. De estas camas, 190 corresponden a la Unidad de Cuidados Psiquiátricos Prolongados. 60 de las 190 pertenecen a las Unidades de Rehabilitación con un plan teórico de Rehabilitación y Alta. Para el resto no hay siquiera plan. Todos los ingresos son involuntarios excepto en un caso. Están incapacitados judicialmente y tutelados el 85% de los pacientes. La estancia media es de 15 años. Algunas plantas permanecen cerradas, aunque la mayoría tienen un sistema complejo de horarios, condiciones individuales y colectivas, llaves y timbres, para permanecer a veces abiertas, a veces cerradas. La libertad de movimiento, los procedimientos de aislamiento “terapéutico”, el tabaco, el dinero, los permisos, las salidas e incluso el derecho a estar vestido se gestionan dentro de planes de contingencias conductuales. Existen varias habitaciones de aislamiento por unidad, cámaras de vigilancia en todos los espacios comunes y hay procedimientos habituales de sujeción mecánica. En noviembre de 2011 volvió a ser operativo el dispositivo de Terapia Electroconvulsiva con la contratación de un anestesista a tiempo parcial.

Trabajo en un manicomio. Por desgracia no tuvimos una Ley suficientemente 180 en España cuando otros aires políticos lo hubieran podido permitir.

Acepté el trabajo. Cuando llegué me encontré con un panorama desolador. Equipos escindidos y mortalmente silenciosos en un ambiente agresivo y persecutorio. Pacientes que vagaban aislados como fantasmas melancólicos protestando excepcionalmente en explosiones violentas sólo cuando las humillaciones se hacían demasiado insoportables. Familias invisibles, desaparecidas tras sus depósitos culpables. Áreas sanitarias desaparecidas sin ninguna culpa. Psiquiatras de zona que repitiendo esquemas familiares pero sin sufrimiento, contentos, mandan a pacientes problemáticos al lugar de “Irás y no volverás” y obstaculizan constantemente los planes de rehabilitación y las posibilidades de una vuelta a la vida. Y un parón, un espacio desierto en lo terapéutico, encaramado como excusa en una serie de conflictos políticos confusos.

Pero, si yo quería hacer cosas nadie me lo iba a impedir expresamente. Fui encontrando una oposición sorda y feroz, pero nunca una orden en contra de mis propuestas. No había negativas en los proyectos que presentaba a los equipos, sólo grandes vacíos por respuesta. Incluso me permitieron ambiguamente seguir acudiendo a coordinar con mis compañeros los Multifamiliares quincenales de Getafe. En seguida comencé con un grupo de Psicoterapia que pensé, desde el principio, como germen del multifamiliar. Además puse en marcha un programa de Atención Psicoterapéutica Individual y un grupo Taller de Teatro Terapéutico. Promoví junto con otros compañeros y el apoyo firme de la nueva Jefa de Servicio que se incorporó un año

después de mi llegada, que se retomaran las asambleas semanales de pacientes. Organizamos atención en la tarde con los Psicólogos Internos Residentes abriendo un grupo de Arteterapia y un Programa de Acompañamiento Terapéutico que ha permitido salir del hospital a pacientes que llevaban largos años sin ver la calle. Como parte de la Comisión de docencia y Tutora de Residentes he fomentado la formación en psicoanálisis y en grupos, organizando varios seminarios. Empecé a llevar a todos los residentes de psiquiatría y psicología clínica que rotaban por nuestras unidades al Grupo Multifamiliar de Getafe. Estaba pendiente traer el Psicoanálisis Multifamiliar al hospital de verdad, formar un grupo. Si algo podía ayudar realmente a cambiar algo del hospital era un Grupo Multifamiliar. Aunque después de dos años el ambiente y las posibilidades terapéuticas entre los pacientes habían cambiado sentía mucho temor y ambivalencia. Se habían puesto en marcha distintos dispositivos y estructuras grupales que fomentaban la relación y el intercambio, se había producido un recambio generacional en los psiquiatras del servicio (incluido la jefa) y se había multiplicado el número de nuevos ingresos de pacientes más jóvenes y con diagnósticos en el terreno más de la estructura límite que de la psicosis. Aun así, vivía mis proyectos prácticamente en solitario y tenía mucho miedo de que el proyecto del Grupo Multifamiliar me desbordara, a que el manicomio sobrepasara mi deseo, a no estar a la altura de la complejidad. El psicoanálisis multifamiliar nació en el manicomio, y el psicoanálisis operativo también. Pero yo no era Badaracco ni Pichón Rivière ni Armando Bauleo. Tenía miedo.

Así, con bastante retraso sobre las primeras fechas previstas, con mucho temor y con sentimientos ambivalentes comenzamos con el Grupo de Psicoanálisis Multifamiliar. Me acompañaron para la coordinación de manera prácticamente nominal dos psiquiatras de la institución, y durante las seis primeras sesiones un grupo de cuatro psiquiatras de fuera del hospital que forman parte de nuestro grupo de estudios y supervisión. Poder hacer esto fue una experiencia muy intensa y hermosa de la que creo convendría poder escribir en otra ocasión.

En enero cumplimos un año. Han ocurrido cosas muy ricas y de diversa naturaleza como estamos acostumbrados a vivenciar en los Grupos Multifamiliares. Pero quería volver a la cuestión escénica para compartir algunas de las situaciones que hemos vivido en el grupo. En las primeras sesiones no faltaron representaciones que implicaron a modo dramático la palabra, el cuerpo y los objetos.

En la primera sesión, Teresa casi no deja terminar de introducir la tarea del grupo y el encuadre, interrumpe, está muy impaciente por hablar. Se trata de una paciente de 28 años con un historial familiar y social muy complejo, diagnosticada de Trastorno Límite de Personalidad y señalada con un protocolo especial de "Paciente de Alto Riesgo". Desgraciadamente famosa por su tendencia al acting en forma de consumo de tóxicos, agitaciones y fugas. Se presenta agradeciendo a las familias que hayan acudido y expresa su deseo de que la conozcan tal como es, no tan mala, no tan violenta, que se preocupa por los compañeros, que cuida de los pacientes más débiles..., quiere presentarnos su lado más sano y amable. Pero el discurso se le desbarata y aparece una angustia masiva relacionada con la ausencia de su familia en el grupo. Se levanta, gesticula furiosamente y finalmente sale dando un portazo. Se entretiene suficientemente colocándose el abrigo antes de salir como para darnos tiempo a pedirle que vuelva al grupo cuando quiera, que la estaremos esperando. Luego volverá serena y reconocerá estar mejor "dentro" que "fuera".

En la segunda sesión Teresa también monta su teatro de la angustia. De nuevo, intenta intervenir de manera razonable pero tratando otra vez de presentarse, nos ofrece una escena cargada de dramatismo. Saca su cartera y vociferante va explicando las cosas que lleva tirándolas al suelo: su documento de identidad, la foto de su hermano, una carta de un amigo, una estampa religiosa que perteneció a su abuela... Va diciendo "*yo todo lo guardo, a mi nada se me olvida...*" y con gran despliegue escénico se nos presenta a través de sus objetos mientras los arroja al suelo. Una auxiliar le ayuda asustada a recoger sus cosas desparramadas en el suelo (su identidad, el amor por su hermano, sus amigos, el duelo sin resolver de su abuela...). Teresa sale disparada de la sala. La supervisora de enfermería tiene el móvil en la mano y se revuelve en su asiento. Después, Teresa volverá y estará tranquila.

En la tercera sesión Nieves, una señora de 65 años, se levanta en un momento de tensión del grupo y rosario en mano empieza a rezar caminando en círculo por el interior del corro de sillas. Marisa, la madre de una paciente, muestra su disgusto hasta confesar que lo religioso le inquieta y que ha creído que Nieves reza acusándola a ella de ser el demonio.

En la cuarta sesión Teresa y su padre (que por primera vez acude al Grupo Multifamiliar) protagonizan un intercambio de reproches que tampoco está exento de actuaciones. Teresa se levanta, se sitúa enfrente del padre, lo increpa, se cambia de lugar varias veces... En ese momento surge fuerte la voz de Victoriano que se levanta de su silla “¡No puedo, no puedo, no puedo! ¡¡No puedo controlarme!!” Teresa sale de la sala le pide a su padre que salga, éste no la acompaña. Teresa vuelve al rato y trata de calmar a Victoriano mientras este se levanta repetidas veces gritando “¡No puedo! ¡Estoy fatal! ¡Me lo hago todo encima! ¡Me cago y me meo! ¡Ayúdenme!!” Finalmente otra paciente, Mercedes, se levanta, coge de la mano a Victoriano, le hace levantarse también a él y decide recitarle una poesía dedicada a la amistad de la que ella es autora. Victoriano la escucha atento, sin quejarse... y cuando Mercedes termina el grupo estalla en inquietantes aplausos.

Teresa y Lorenzo su padre, Nieves, Marisa, Victoriano, Mercedes fueron por instantes nuestros personajes en busca de autor.

Sería muy interesante poder extenderse sobre cuales fueron nuestras intervenciones, qué significa cada una de estas escenas en la historia de los pacientes, qué cuestiones se pusieron en movimiento y cómo se han ido resolviendo..., poder pensar aquí sobre nuestro alocado Grupo Multifamiliar. Pero esto excede el objetivo y la extensión de este trabajo y sólo quería traerles imágenes de un grupo multifamiliar donde ha estado muy presente desde el principio la actuación, el drama y el cuerpo. Por supuesto, en el grupo se dan muchos momentos de reflexión, y se da el espacio y el clima para expresarse de otras maneras que lo relatado en estas escenas pero quería traer éstas como particulares del comienzo de este grupo.

En general los conflictos y los otros en nosotros, son los elementos esenciales que componen nuestros dramas secretos en sus tramas de interdependencia. Joyce McDougall habla de la trama psicótica en torno a una batalla incesante por el derecho a existir (McDougall 1987). Una batalla contra el convencimiento del sujeto de que el derecho a una vida independiente o incluso a la existencia no es un deseo posible. Dice McDougall que cuando se levanta el telón en el escenario psicótico tenemos la impresión de que alguien ha destruido el decorado y que algunos diálogos están organizados de una manera tan particular que es muy difícil comprenderlos. Como la escena de Nieves con su rosario. Nosotros también nos encontramos a menudo con otra escena, a la que McDougall llama transicional en el que algunos sujetos utilizan a los otros como sustitutos de objetos que faltan en su mundo interno. Escenas en las que se necesita de la cooperación del yo de otras personas y su participación en el teatro privado del sujeto. Es este tipo de escena la que nos recuerda lo que ha ido pasando con Teresa en la que conviven escindidos un mundo secreto y subjetivo de necesidades y deseos y las exigencias del mundo externo. Conflicto que genera sentimientos de irrealidad, vacío y profundo dolor. Procesos de pensamiento secundario contaminados por procesos primarios.

En la situación psicoterapéutica y especialmente en el Grupo Multifamiliar se crea un nuevo escenario en el que el grupo como tal, los coordinadores, los demás participantes se convierten en sustitutos de cualquiera de los otros que componen el mundo interno del sujeto. La caracterización de los personajes cambia, se vuelven a repartir los papeles y el texto se reescribe. El sujeto puede trabajar sobre su verdad interna una vez que todos los personajes dentro de uno han tenido oportunidad de recitar sus diálogos, de desgastar sus reclamos y reproches. Puede sacar a pasear partes escindidas para elaborar el logro de una identidad cohesiva, dando un nuevo sentido, tomando posesión de sus recursos yoicos y potencialidades abandonadas y ampliando su capacidad para pensar, sentir y disfrutar. El grupo y sus coordinadores podrían compararse con un director de escena en la medida que busca mantener un espacio preparado para acoger a todos los personajes errantes y perdidos que nos habitan y que el yo no reconoce como parte de su reparto personal.

Dice Badaracco *“En el Grupo Multifamiliar se da una condición privilegiada cuando asistimos a la repetición de las conductas cargadas de poder patógeno que tiene lugar habitualmente en el ámbito familiar de origen. Estas pueden detectarse con más facilidad en un contexto familiar ampliado que al dar más seguridad permite rescatar a las personas implicadas en la compulsividad a la repetición. Por otra parte, el contexto multifamiliar ayuda a que la repetición y a toma de conciencia sea menos traumática y pueda ser más elaborativa...”* (García Badaracco, 2000). Badaracco nos recuerda, que así como Freud pensó la Neurosis de Transferencia como el lugar donde se resuelve la neurosis, el Grupo Multifamiliar es el contexto *“cuya especificidad surge de la naturaleza misma de la enfermedad mental que incluye una trama familiar encerrante, agobiante y enloquecedora...”*

Pienso que el Grupo Multifamiliar cumpliría la función de espacio potencial, área intermedia de experiencia, de vivencia, de ilusión. Una zona que tal como la describe Winnicott está situada entre la realidad exterior de las relaciones interpersonales y el mundo interno (Winnicott, 1979). Un área de experiencia que tiene un papel fundamental para la elaboración de los sentimientos de pérdida, y para la salida de la dependencia absoluta. El lugar del proceso que permite en el bebé desarrollar la capacidad de estar solo sin miedo a perder la identidad ni verse arrollado por la angustia. Que prefigura la capacidad para llevar a cabo un intercambio auténtico con los otros sin temor a una peligrosa invasión de uno mismo o del otro. Un estadio intermedio entre la incapacidad y la capacidad para reconocer y aceptar la realidad que a menudo se presenta como una afrenta. El lugar privilegiado del jugar, único lugar según Winnicott en el que es posible la comunicación. En la superposición de espacios potenciales. Una superposición de intersubjetividades que se constituye por una base común de vínculos tiernos en los que la tensión de instinto no es el rasgo principal sino un clima fiable de afecto respeto y contención. El proceso terapéutico se cumple por tanto también en la superposición de las áreas de juego de terapeutas y pacientes una superposición a mi juicio que forma parte principal de lo que nosotros llamamos mente ampliada donde concurren lo de dentro y lo de fuera. Donde interaccionan los grupos internos, la familia, el mundo de las relaciones presentes y lo social. Lo de entonces y lo de ahora.

En el contexto multifamiliar los otros son muchos y esto multiplica las posibilidades de superposiciones y aportes. En la interacción se ponen de manifiesto múltiples aspectos transferenciales para trabajar las interdependencias interviniendo, a decir de Badaracco, en el interior de la trama en términos de función terapéutica mediadora. Se multiplican las posibilidades de los roles que los terapeutas pueden asumir. El Grupo Multifamiliar es además un espacio potencial de crecimiento porque funciona como continente, pudiéndose hacer cargo de los componentes más enfermos y de los momentos más regresivos.

Pensar en este proceso terapéutico en el Hospital Psiquiátrico, abre un abanico de preguntas y contradicciones que no podemos dejar de lado. La Institución Psiquiátrica es un contexto orientado al control social fuente de opresión. Al encierro y al sometimiento de los desheredados y de los molestos se alía cierto tipo de psiquiatría hospitalaria, que citando a Basaglia, tiene el papel de «*difundir la psiquiatría como elemento del culto al pesimismo; es decir, haciendo creer que el enfermo mental no puede curarse, que es peligroso, etcétera*» (citado en el diario El País, 1980). O a decir de Badaracco condiciona el fracaso, desvaloriza los logros de los pacientes y pretende “generar clonados mentales” arrastrando a una forma especular de funcionar mentalmente (García Badaracco 2000). Este control social y el pesimismo en el que encuentra argumentos están muy presentes en el Lafora. En nuestro Grupo Multifamiliar se cuestionan abiertamente tanto el control como el pesimismo. ¿Dónde nos llevará este cuestionamiento?

Winnicott mismo apunta que el sometimiento es una base enferma para la vida, que en el acatamiento se pierde la integridad y que es una acumulación de intrusiones traumáticas lo que pone en peligro la estabilidad mental del individuo (Winnicott 1979). Que es lesivo adoctrinar a la gente. Que la relación de acatamiento con la realidad exterior esta en contraposición con aquello que hace al individuo sentir que la vida vale la pena: la percepción creadora.

En el hospital, los equipos establecen claramente con el paciente una relación de dominio donde el no acatamiento tiene consecuencias tan desastrosas como el acatamiento, dejando al paciente en un dilema a veces trágico que reaviva las agonías más primitivas. Si el paciente enfermó acumulando intrusiones traumáticas que no le dejaron ser, la institución y sus equipos reproducen diariamente estas intrusiones. El sujeto está sometido a la doble alienación del hospital y condenado a la estereotipia de las interdependencias patógenas.

¿Hay algo que podamos hacer? Mientras el sistema del encierro y control social se mantengan ¿sirven para algo los intentos de transformación?

Lo cierto es que creo que el Grupo Multifamiliar en el hospital, se ha ido colando en otros espacios. Se puso en marcha a la vez que los grupos de supervisión en las unidades de Rehabilitación y las escenas del Multifamiliar han estado muy presentes en ellos. No sólo en estos grupos de supervisión para los equipos, sino también en todos los demás grupos terapéuticos, en las relaciones con las familias, en la organización de las actividades, en las reuniones de equipo. Personal de enfermería de todas las unidades, médicos, trabajadores sociales y residentes han estado acudiendo al Multifamiliar y experimentando vivencias significativas. Asisten a las escenas en las que los pacientes son rescatados permanentemente dando

validez a sus intervenciones, ayudándoles a mostrar su cordura y a pensar en un contexto social ampliado donde se valora lo que dicen. Nuestro grupo demuestra ser suficientemente continente de los aspectos más locos y regresivos sin requerir encierros ni aislamientos.

Quizás el Grupo Multifamiliar sea un espacio tan potente que permita a la Institución entera ponerse en tratamiento destrabando interdependencias patógenas a nivel institucional y desarrollando recursos que ayuden a proponer procesos terapéuticos y normogénicos para los propios equipos. Badaracco atribuye al Grupo Multifamiliar más poder que a otros contextos para desarmar estructuras rígidas e invasoras a través de la gran mente que piensa, la mente ampliada. Quizás este caldo de cultivo en el hospital encuentre en momentos políticos más propicios un tiempo adecuado para una transformación más profunda donde el propio manicomio deje de representar la tragedia que obedientemente representa. Y desaparezca de los escenarios finalmente.

Quiero terminar citando otra vez al Profesor Badaracco en una frase que me inspira más allá y más acá de la tarea clínica.

“Todo puede revertirse si hay alguien que ayude a afrontar, tolerar, elaborar, metabolizar la experiencia en una vivencia de apertura a una experiencia nueva de liberación. Los grandes grupos ya han demostrado esta experiencia de elaboración que se produce en un contexto ampliado.” (García Badaracco, 2000)

Bibliografía

- **García Badaracco, J.E.**, *Psicoanálisis multifamiliar: los otros en nosotros y el descubrimiento del sí-mismo*, Paidós, Buenos Aires, 2000.
- **Davies M, Wallbridge D.**, *Límite y espacio. Introducción a la obra de D.W. Winnicott*, Amorrortu, Buenos Aires, 1981.
- **McDougall, J.**, *Teatros de la mente*, Tecnipublicaciones, Madrid, 1987.
- **Narracci, A.**, *Dentro e fuori, tra le persone, senza tempo o nel tempo*, en Jornadas Europeas de Grupo Multifamiliar. Universidad de Deusto. Bilbao, 2009.
- **Pirandello, L.**, *Seis personajes en busca de autor*, Edaf, Madrid, 2001.
- **Winnicott, D.W.**, *Realidad y juego*, Gedisa, Barcelona, 1979.