

Evolución de un toc en arteterapia

Ana Hernández¹

“Para el artista Herms la ordenación compulsiva que caracteriza la impresionante obra de Wölfli y otros visionarios representa la fortísima necesidad de todo ser humano de hallar sentido y poner orden en el caos de la existencia moderna”. C.S Elien y B. Freeman, 1993

Resumen

Presentamos un caso que fue derivado al taller de arteterapia, diagnosticado de TOC y trastorno depresivo. La evolución del caso presenta interrogantes en relación al diagnóstico y también en relación a la posición terapéutica. El trabajo arteterapéutico permitió al paciente mejorar su situación clínica y abordar mediante el proceso de creación en arteterapia una nueva narración de acontecimientos relevantes de su biografía.

Palabras clave

Arteterapia, Trastorno obsesivo compulsivo, psicosis, salud mental

Abstrat

We present a case that was referred to art therapy workshop was diagnosed with TOC and depressive disorder. The evolution of the case raises questions about the diagnosis and also in relation to the therapeutic position. Arteterapéutico work allowed the patient improve their clinical and addressed through the process of creating a new narrative in art therapy events of his biography.

Key words

Art Therapy, obsessive compulsive disorder, psychosis, mental health

¹ Trabaja en un Centro de Salud Mental. Es Doctora en Bellas Artes, Terapeuta Ocupacional y Arteterapeuta. Profesora en los másteres de Arteterapia de la UM y de la UPV.

Voy a presentaros un caso de un paciente de 25 años que viene derivado de una consulta privada al USMental. Lo atiende en la 1ª consulta mi compañera psiquiatra. Acude acompañado de la madre y un hermano. Esto va a ser una constante durante todo el tratamiento, siempre vendrá con algún familiar hasta que puede venir solo. Se queja de ánimo decaído y manías. Dice que tienen que comprobar muchas veces si apaga los cigarros, si ha cerrado la puerta del coche o el gas. No sale apenas de casa porque piensa que los demás van a descubrir sus pensamientos y vive preocupado como si “algo malo fuera a ocurrir.

En cuanto a los tratamientos previos

Tuvo un episodio depresivo que fue tratado farmacológicamente en Hospital y la consulta privada desde sus inicios, con mala tolerancia. Después de episodio de ansiedad acude a urgencias y le pautan una nueva medicación. También recibe apoyo psicoterapéutico, con orientación cognitivo conductual en consulta privada durante un año. Cuando inicia el tratamiento actual en la USMental se le mantiene el mismo tratamiento farmacológico provisionalmente.

Antecedentes

Sufrió un episodio de agorafobia a los 12-13 años tras sufrir atraco en la calle.

En el hospital en el que ingresó por accidente de tráfico se señala en una interconsulta de psiquiatría riesgo suicida y alta impulsividad. Fue diagnosticado de TOC. Y tratado de un episodio depresivo. Con seguimiento posterior en consulta privada.

Un inciso para definiros el TOC

“En 1838, Esquirol incorporó las manifestaciones obsesivas al estudio de la psicopatología y las categorizó como una forma de ‘monomanía volitiva’ caracterizada como una actividad involuntaria en la que el sujeto se encuentra encadenado a unos actos que no provienen ni de su razón ni de su emoción y que son rechazados por su conciencia, mientras que su voluntad no los puede interrumpir...

El DSM-III lo incluye en la categoría de los trastornos de ansiedad y la CIE-10 en la categoría de trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos.

Una obsesión es un pensamiento, idea o imagen recurrente y persistente que se experimenta de forma parásita y cuyo contenido suele ser indeseable y produce angustia; en gran parte son involuntarias e

irrumpen en el curso de la actividad del pensamiento. Suelen experimentarse, al menos al inicio, como invasoras y absurdas y el sujeto las vive como intrusas. En ocasiones, van acompañadas de la necesidad de llevar a cabo alguna acción (una conducta u otro pensamiento) a la que llamamos ritual obsesivo o compulsión, la cual se realiza con la finalidad de reducir dicha angustia. La persona intenta, en principio, resistirse y luchar frente a ellas, algo que, en el mejor de los casos, sólo conseguirá parcialmente. Esta condición de alivio es temporal por lo que las compulsiones se repiten a menudo. Su ejecución sigue unas reglas, una planificación que casi nunca tiene una relación lógica con aquello que se pretende evitar. Las compulsiones también pueden producir interferencia y generan, aunque no siempre, resistencia. Pena Garijo J.; Ruiperez, M.A (2012, p1-2)

Y otra referencia en este caso popular que muchos de los presentes podrán recordar es la película “Mejor imposible” en la que Jack Nicholson interpreta al maniático y obsesivo escritor Melvin Udall.

En el caso que tratamos lo que aparece como un diagnóstico en el taller de arte-terapia se irá transformando poco a poco en imágenes significativas como vamos a ir viendo.

Antecedentes de enfermedad en familiares

El padre sufrió un cáncer recientemente que ha evolucionó bien. La madre tiene artritis reumatoide con crisis que le dificultan la movilidad.

Un aspecto a reseñar es que en una de las discusiones que tiene madre-hijo, la madre dice que al día siguiente “no se podía levantar”. Y el paciente se culpabilizó de lo sucedido.

A partir de entonces se agudizan los rituales y las rumiaciones obsesivas, culpabilizándose de lo malo que pueda pasarle a los padres y hermanos. O temiendo que si hace tal o cual cosa pueda suceder algo malo. Con lo cual está recluido en casa y abandona una posible vuelta al trabajo y amistades.

Otros datos

M. es el pequeño de tres hermanos con una diferencia de edad del hermano que le antecede de 8 años. Sus hermanos están emancipados. Admira a sus hermanos y comparte con ellos la afición a los juegos en red, generalmente de estrategia militar y las motos. Vive con sus padres. La madre es ama de casa. La abuela materna de

80 años vive cerca de los padres y es autónoma. Ayuda a la madre en muchas ocasiones debido a las frecuentes enfermedades que ésta padece, por ejemplo comen en su casa, incluso acuden los hermanos y las cuñadas. M. habla de su abuela como una mujer muy fuerte y de su madre dice que siempre ha estado delicada.

Estudió hasta el 1º curso de FP que no terminó. Dice que fue mal estudiante. En este periodo juega al basquet. Ha trabajado en varias empresas de repartidor con un camión que le obligaba a trabajar por la noche.

Tuvo una novia durante un año. Dice de ella el paciente: "acordamos decir a la gente que lo dejamos entre los dos, pero en realidad ella se cansó de mis manías".

Tiene varios tatuajes en su cuerpo de los que está muy orgulloso. Una serpiente en la pierna es la primera que se hizo a los 18 años con su primer sueldo. Dice que de esta afición se copiaron sus hermanos.

A los 19 años sufre un accidente de moto grave. Durante su convalecencia en el hospital le detectan casualmente un tumor benigno en el cerebelo (Chiari) este le producía una pérdida de sensibilidad en un brazo. Cuando extirpan el tumor esta pérdida de sensibilidad se atenúa y no le causa problemas. Comenta de este pasaje "yo casi me muero, pero no le di importancia en ese momento. Mi compañero de habitación sí que la palmó en la operación".

Un año después con 20 años sufre otra caída de moto (un coche no respetó un stop y aunque no sufre heridas graves, tiene fractura en la muñeca que le provoca la pérdida de su trabajo como chofer. A raíz de éste acontecimiento sufre un proceso depresivo-ansioso. No quiere salir de casa, no sale con amigos, y tiene a menudo crisis de ansiedad. La familia refiere un cambio de carácter con fuertes conflictos con sus padres y sentimientos de culpa.

Cuando inicia el tratamiento no trabaja y tanto sus hermanos como sus padres dicen que no debe de hacerlo hasta que no esté bien.

Derivación al taller de Arteterapia:

Cuando M. llega al centro de salud mental como hemos visto lleva bastante medicación. El tratamiento le produjo una mejora de la sintomatología pero persistió y se exacerbó la sintomatología negativa. El cambio de medicación y una considerable disminución, unos meses después del inicio del tratamiento en el CSM mejora discretamente el ánimo, está menos somnoliento pero persiste la inhibición. M. pasa la mayor parte del día encerrado en su habitación, fumando y jugando al ordenador, motivo por el cual es derivado a arteterapia.

En la primera entrevista habla de sus miedos, su desgana. Se expresa con un lenguaje muy limitado y cabizbajo. Su aspecto es descuidado, parece decaído y som-

noliento. Dice que no hace nada, que fuma y juega al ordenador. Si sale a la calle ha de ir acompañado y, siente que le miran y hacen comentarios negativos sobre él.

Le explico el encuadre: en qué consiste el taller de AT y las sesiones que serán de 1 hora a la semana individuales (tiene muchos recelos a estar con otros pacientes) Sin embargo la inquietud le impedirá permanecer una hora hasta que no transcurran varios meses de tratamiento.

Le planteo que en el taller podrá utilizar los materiales para expresar lo que quiera y que nos podemos plantear de entrada alguna meta. Dice: "dormir menos y comprobar menos las cosas". Cuando avanza el tratamiento le sugiero que es importante que pueda salir de casa, volver a relacionarse con sus amigos, hacer alguna actividad.

Comenta que no sabe dibujar y que no sabe qué hacer cuando le propongo que puede utilizar los materiales que tiene a la vista.

Le propongo entonces que iniciemos el recorrido con *la caja de arena* en la que va recreando escenas temidas para él. Dice: "estoy metido en casa con mis padres y la perra. La casa está cercada. Va de su casa a casa de su abuela. (Habla entonces de la abuela paterna y cómo iban a comer todos los días porque la madre estaba enferma) (Fig. 1)



Alrededor de la casa de la abuela hay un militar (saldrá en diferentes obras como representación de amenaza: que le miren, que hablen mal de él, que pase algo malo a sus padres, la perra o hermanos)

Sigue hablando de sus hermanos. Con uno de ellos iba al gimnasio. Este fue el que aconsejó que fuera al psicólogo. (Dice que su novia le iba a dejar por sus manías) Cuando ocurrió la ruptura como "se lo veía venir" lo aceptó.

Comenta que venir al taller le pone nervioso. Una constante será telefonar des-

pués de la sesión para comentar alguna cosa: cómo ha dejado el material, si algo de lo que ha dicho me ha molestado. Si alguien ha preguntado por él.

Unos días después telefona para anular la cita. Lo hará en varias ocasiones y siempre alegará que le duele alguna cosa, o que ha dormido mal, a veces será la madre la que llame. La cuestión que me angustia por ser al comienzo del tratamiento y no saber cómo enfocar aún el caso.

Han de transcurrir cinco meses hasta que el paciente trabaje con continuidad y confianza, dejando de lado las resistencias iniciales.

Tiene citas con su psiquiatra al mismo tiempo que acude a AT. Resaltamos algunas de las anotaciones de la psiquiatra: Comenta que desde unos años atrás le ha cambiado la vida. (Deja de salir con amigos porque no quiere seguir su marcha y porque además “sus rituales” de cerrar el coche y las comprobaciones le ponen en evidencia ante ellos)

Los padres además dicen que tiene incluso miedo a tener el teléfono intervenido. Otra cuestión que aparece es que el paciente dice que la culpa del cáncer del padre la tiene él.

Es un caso que me plantea muchos interrogantes en cuanto que es alguien que aparece como un chico muy inhibido, diremos que un tanto “infantilizado”, cuando hasta el momento en el que enferma ha podido llevar una vida “normal” según M y su familia. Quizás una de las preguntas puede ser qué era normal para el paciente. Parece que la normalidad estaba en la velocidad, en su pasión por las motos, en no hacer registro de lo que le iba pasando en la vida.

La siguiente cita en AT

Pide seguir con la Caja de arena

Escena de una calle, chicos en un banco. El que circula y se para “inocentemente” a mirarlos, Cree que se ríen de él. Aparece el militar (miedos) que si pudiera “lo sacaría”. (fig. 2)



Habla de sus miedos y su afición al riesgo, que se revela como paradoja.

Habla también de los trabajos que ha tenido los ha conseguido en su mayoría el padre. En uno de ellos tuvo un incidente con un compañero por alguna crítica que recibe. Cuando le van a renovar el contrato tiene un accidente de moto.

Utiliza durante mucho tiempo cartulinas negras (como mi ánimo dice) sobre las que va recreando escenas. Hay en sus primeras obras fantasías de desestructuración con elementos muy aislados y perseguidores. (fig. 3)



Lo realiza en tres sesiones aunque a pesar de ser un dibujo muy esquemático.

Cuestión que se repetirá, el hacer los dibujos en varias sesiones para terminarlos.

Continúa con las ideas de persecución que representa con ojos y dos escenas más. Un sueño con su padre que no sabe describir pero este incidente le pone nervioso porque lo conecta con el miedo a que le pase algo. La siguiente escena es un ordenador en el que pone la palabra "off" (esta semana ha estado más tiempo jugando con él ordenador). Su aspecto es decaído y descuidado.

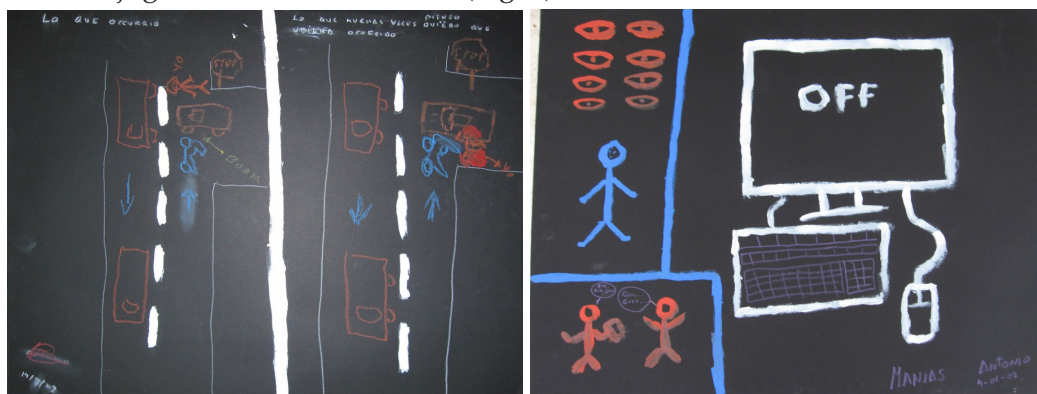
En sus citas con la psiquiatra, sigue hablando de los miedos y celos sobre las miradas o posibles suplantaciones en los juegos de ordenador.

Anula dos citas seguidas con el taller de arteterapia. Algo se está movilizando que temporalmente "empeora" al paciente.

Acude a su psiquiatra acompañado por la madre y el padre porque se siente

incapaz de venir solo. Se pone “malo”. La psiquiatra describe “la ansiedad de ser mirado como psicótica”. Aparecen ideas de transmisión de pensamiento.

Aparecen reiteraciones con la palabra “stop”. Algo que no asocia con nada en un primer momento del tratamiento, pero que sin ser consciente ya relata en las primeras sesiones: tuvo un grave accidente de moto en el que fue atropellado por un coche cuando se saltó un stop (fig. 4) Hay una segunda reiteración: el “off” en la pantalla del ordenador. En ella relata su vida diaria que transcurre “en off”, en los últimos 2 años prácticamente encerrado, como ya hemos comentado, en la habitación jugando con el ordenador. (fig. 5).



Suele introducir a menudo texto en sus dibujos. Parecen sustituir la elocuencia de la imagen. Sus dificultades con los materiales y la conexión de sentido nos hablan de su situación precaria. Y la escritura cumplen una función comunicativa. Una “realización exterior de alguna cosa de dentro que no ha podido tener inscripción psíquica. Sería un esfuerzo de restitución al yo de su unidad (Cadoux, B. 1999 p.51).

Alguien en una burbuja y en el centro del dibujo. O cuando dibuja su manía de apagar colillas dice “el tiempo se me va por el WC”. Nunca estoy seguro si las he apagado. Dice que va a intentar algún cambio. (fig.6)



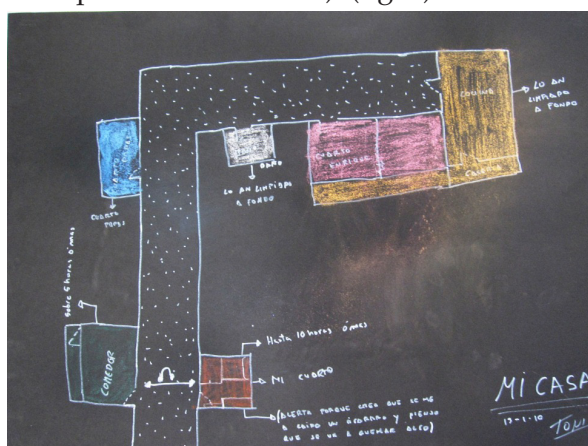
Y a la siguiente sesión anula la cita por teléfono.

Aparece además una cierta sensación de estancamiento en el tratamiento que me preocupa. Esto de algún modo se traduce en información contratransferencial en relación a su estado de embotamiento, de falta de bienestar. Tal como señala Scharverien, J. (2002, p21) en relación a la experiencia de desconexión o exclusión en la relación transferencial.

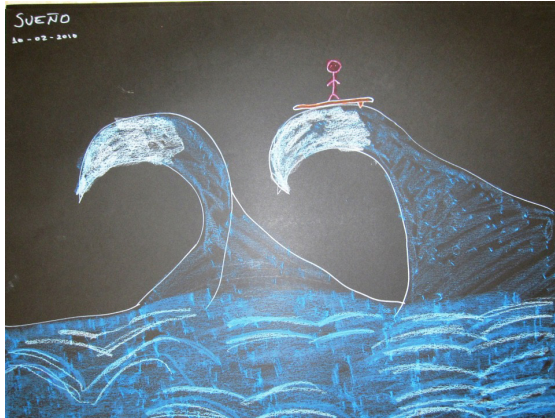
El siguiente es un dibujo más complejo. Con más fuerza. Lo titula "yo" de nuevo. Pero esta vez representado por un caracol en un camino con subidas y bajadas plagado de la palabra STOP (fig. 7). Habla un poco más de cómo va lento, con altibajos, con parones. Le ofrezco el rotulador blanco para resaltar y le gusta. Lo dice por primera vez. Da la impresión que hay un ligero cambio. Comenta que sale un poco más de tiempo a la calle a pasear a su perra y solo. Y que fue a un centro comercial a comprarse un juego.



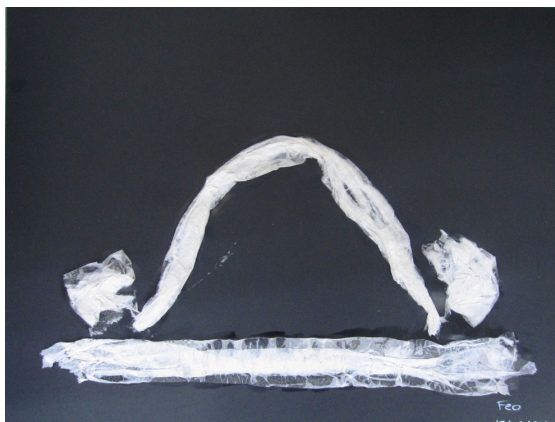
En este punto del tratamiento, lleva más de 7 meses. Por sus comentarios en relación a la distribución de su casa, por cómo está pendiente de las conversaciones de los padres desde su habitación. Se puede pensar en un paciente preedípico (por su dependencia materna). (fig. 8)



En otro lámina vemos: La ausencia de sus padres y un fin de semana le permite representar un sueño. Él sobre una tabla de surf. Y otro que no representa con militares. Y manifiesta su extrañeza y sin sentido, pero se siente contento, ha salido un poco más de casa.(fig.9)



Habla en otra sesión de cómo limpia la TV con papel. Aprovecho la ocasión y le propongo que use este material como collage. Hace una forma que le sugiere un sombrero –barco. Lo asocia con su abuelo. Es la primera vez que habla de un desplazamiento y condensación. Relata “Iba a pescar con él y cuando murió tiraron sus cenizas desde el barco. Lo titula “feo”. (fig.10)



Habla de la inquietud de venir por si no se le ocurre nada, pero también dice que siempre que hablamos “le saco algo” (una imagen) y esto lo repetirá en varias ocasiones.

Dice en la siguiente sesión que ha pasado la semana bien hasta anoche que durmió mal (tenía inquietud por venir) Sigue con los juegos de ordenador. Me los comenta: uno es de zombis y otro de un hombre creado por otro como experimento. El juego es perseguir a su creador (el padre) para destruirlo (como Frankenstein). Habla también de su madre de cómo grita) porque no oye bien) y a veces se desvela y se atreve a decir: “mi madre no piensa en los demás y por otro lado es pesada con la comida y con la medicación.

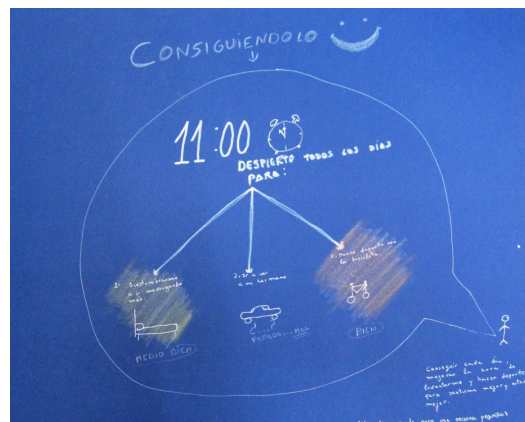
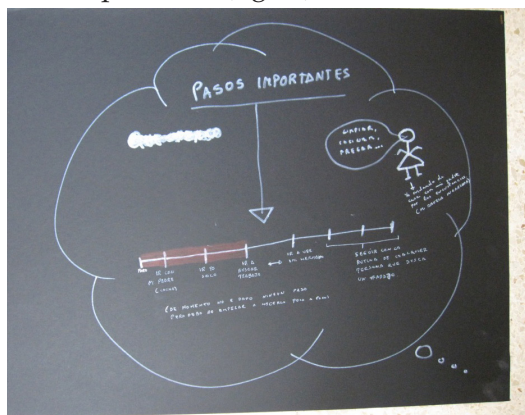
Seguimos con collage. Dice que se encuentra muy tranquilo en casa con su padre y su madre. Comenta cómo dejó de jugar a basquet en el colegio porque sus padres no le podían llevar a los partidos porque su madre estaba enferma. Hace un sol central con papeles de colores. "sol". Dice cómo le influye el tiempo (como a su madre) y dibuja el título. (fig. 11)



Continúa con rituales de comprobación (gas, puerta casa, ordenador) Ha solucionado lo de las colillas, ya no insiste en apagarlas una y otra vez. Sigue sin salir de casa por miedo a las miradas. Experimenta ansiedad ante cualquier contratiempo que se manifiesta de modo obsesivo. A pesar de todo dice que se encuentra mejor.

Sigue en las siguientes sesiones con el collage del sol, dice que está muy vacío pero como hoy llueve le añade lluvia y un arco iris. Le gusta.

En la siguiente sesión habla de nuevo de cómo le afectan los cambios. Escribe "estoy empezando a pensar...en las ganas que tiene de trabajar y comprarse otra moto, pero que aún no puede" (comenta que su padre no le dejaría trabajar hasta que no esté bien del todo). Le señalo, lo de pensar, ganas de trabajar. Algo nuevo en el taller. Intercala a partir de aquí dibujos y textos. En las láminas aparecen los planes que comienzan pensándolos y después verbalizándolos, como una manera de compromiso. (fig.12)



Habla un poco más y permanece más tiempo en la sesión. Habla de su adolescencia en un pueblo y parece animado a seguir, sin embargo vuelve retraerse y no acude a la siguiente poniendo una excusa. Unas horas después llama para disculparse, le invito a venir y accede.

Comenta que ha tenido una mala semana porque se ha muerto un vecino con el que tenían relación y a raíz de esto ha vuelto a pensar que le puede pasar algo a sus padres. Ha tenido dificultades para dormir. A su vez recuerda también buenos momentos en los que cogía la moto para hacer curvas. (fig. 15) Se saltaba el límite de velocidad. Habla de un coche tuneado que tenía. De saltarse las normas de tráfico dice “hecha la ley hecha la trampa” aunque a pesar de esto que dice, lo que ha venido a contarme es que está a disgusto haciendo “trampas” y no viniendo a las sesiones.

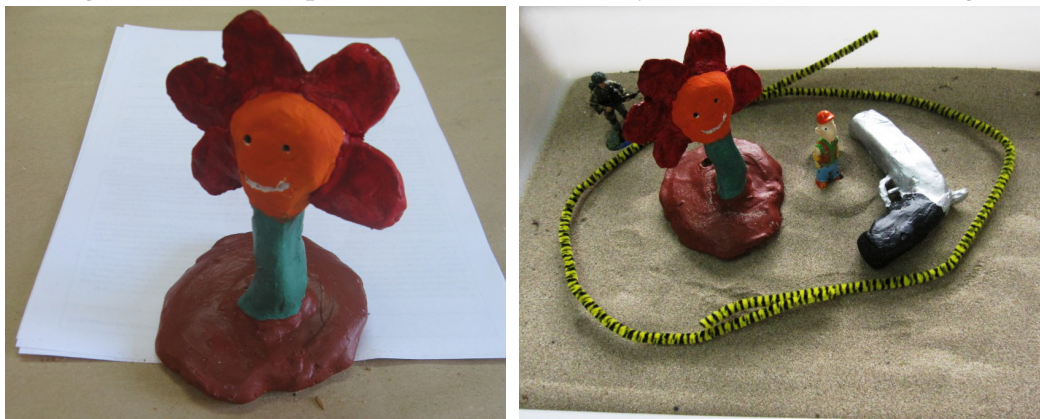


En la siguiente sesión habla del básquet de nuevo y de una mascota que tenían un dragón. Habla de su rabia a cumplir años, dice “se me está pasando el tiempo” (fig.16)

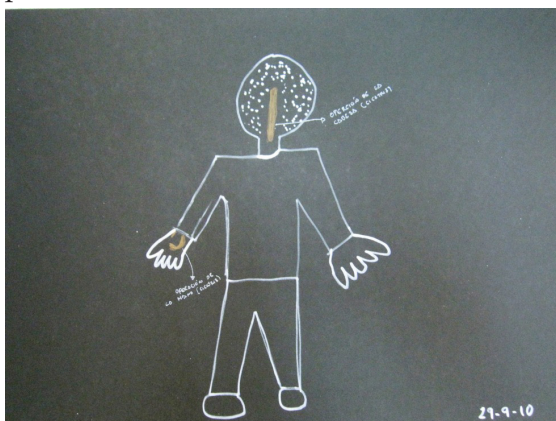


Habla de que le gustaba también hacer maquetas. Le invito a entrar en las tres dimensiones en el próximo trabajo, pero no lo incorpora hasta varias sesiones más tarde. Entran nuevos materiales, papeles de colores, arena coloreada, arcilla, pin-

tura con pincel. Me da la impresión que está arriesgándose un poco más... a hablar de alegría, de rabia, de pérdidas, de deseos de dejar fuera las amenazas (fig.17-18)



En la siguiente sesión hace una nueva lectura de un suceso vital: “Las decisiones las he tomado en acontecimientos graves. Una con la operación, que me hice más fuerte y otra con el último accidente de moto que me cayó el ánimo y perdí el trabajo”. En la lámina aparecen las huellas en su cuerpo de las operaciones después de los accidentes. Volvemos a ver en la sesión la lámina (fig.13)



También habla de cómo dejó los estudios en 2º de FP. Dice: “en 2º no hice nada me pasé el año por la calle y acudiendo a la discoteca de fiesta. De ese año mi padre me dijo que era mi futuro que a ver qué quería hacer”. De las conversaciones en su casa aparece un plano del piso para hablar de cómo está “pendiente” cuando está en su habitación de las conversaciones en el comedor de sus padres. Vemos otra vez la lámina (fig 8). El tiempo del taller de arteterapia le está permitiendo volver a retomar aspectos relevantes de su vida, desde los más cotidianos para retomarlos y pensarlos a partir de las imágenes, más allá de la patología.

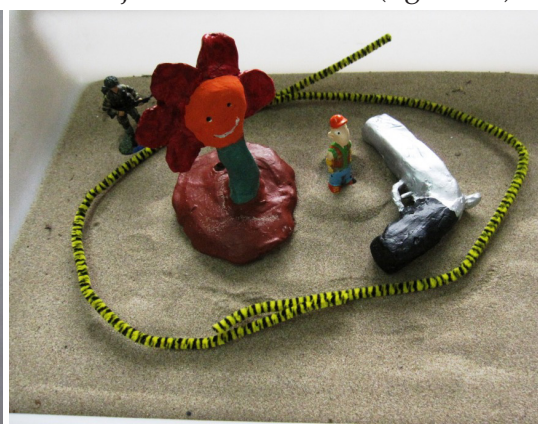
“Si toda creación es una construcción (comparable al delirio o al síntoma), a saber la utilización de significados (lengua u otros) a fin de afrontar lo real construyendo su propia realidad. Sin embargo no toda

construcción es creación. Necesita ser del orden de la invención con efectos de sorpresa, irrupción, singularidad y ser autenticada en el campo del Otro. Esto es reconocida como tal y no en el campo de lo patológico". (Moron, P. p.102)

Vemos por ejemplo cómo va repitiendo las aficiones que comparte con los hermanos (juegos de ordenador, motos) No hay identidad propia. Sus deseos van ligados a los padres y a los hermanos. En este caso también podemos pensar en una desidentificación. Su modo de ser en estos momentos es ser enfermo, como la madre (que acusa múltiples patologías orgánicas, o el padre que ha sufrido cáncer recientemente. No hay representación de pensamiento propio de sí mismo, salvo en la lámina que presentamos en la que escribe "pienso... Tengo ganas de" en la que se apunta con claridad su deseo de salir de su encierro (fig.12)



Cumplen algunas de sus obras una función fetiche, de quiero y no quiero castigar o ser castigado. (tarta, pistola, flor). O de conjura del ordenador. (fig. 17-18).

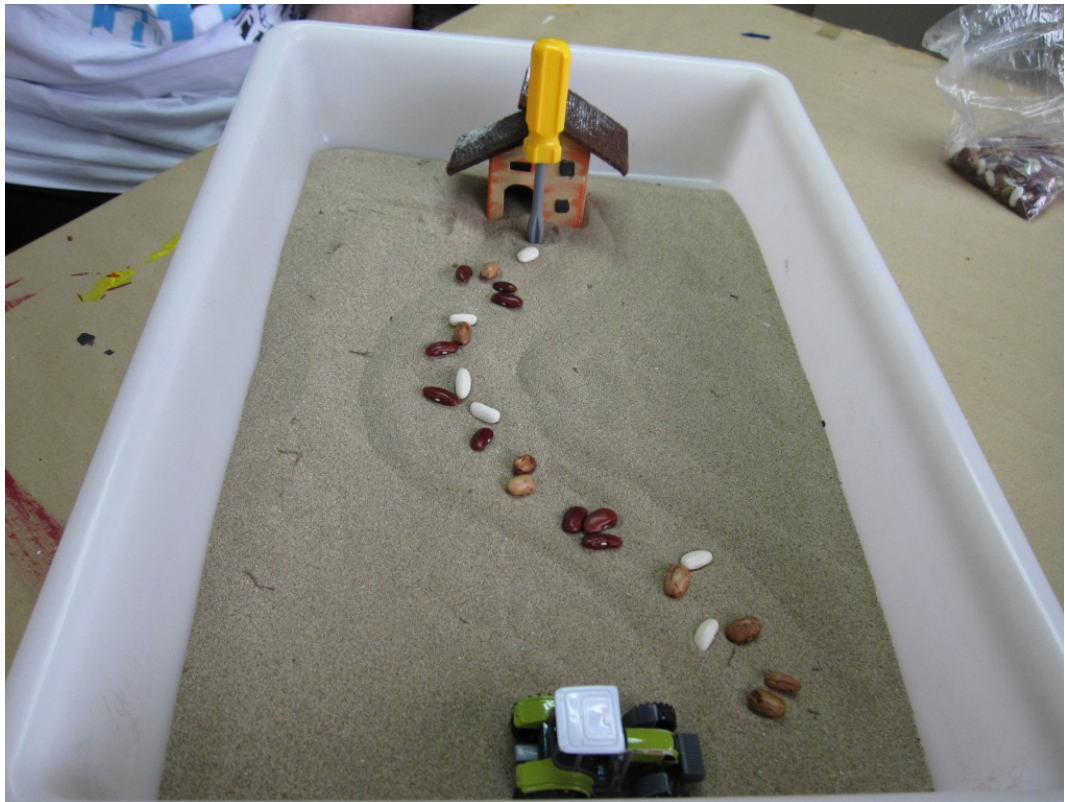


M. habla mucho de volver a como estaba antes (modos mágicos, omnipotentes, infantiles). La salud para él es el modo eufórico de vivir, a toda velocidad, en-

frentándose a situaciones de riesgo y poniendo en peligro su vida. No haciendo registro de pérdidas y traumas (por ejemplo una grave operación, los accidentes, la pérdida de trabajos, pérdida de la novia)

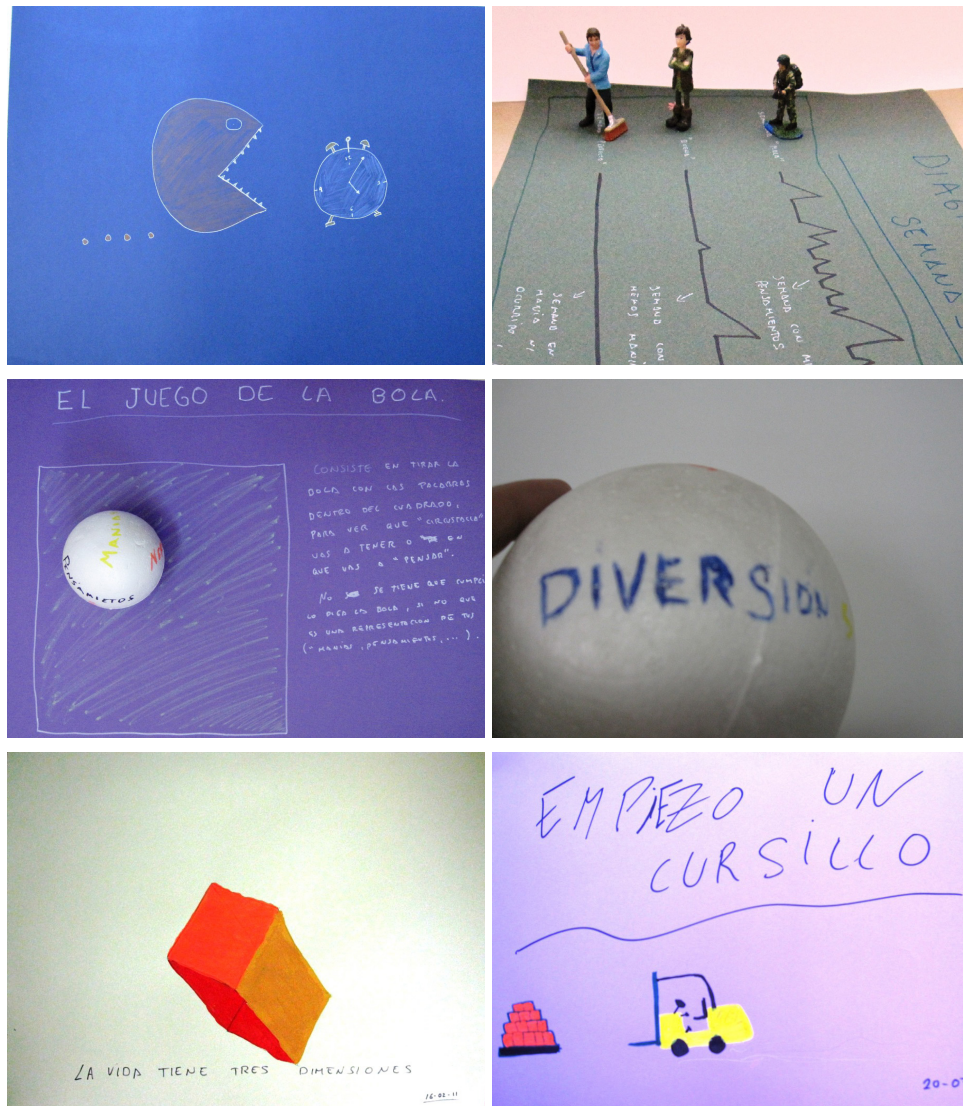
Hay riesgo de volver “a estar bien” (a la euforia) considerando el paciente que el malestar psíquico es peor (fobias, recelos, insomnio, cuando sin embargo los podemos pensar como función protectora) o hay riesgo de somatización (tiene modelos parentales de enfermar).

Con lo cual la intervención a nuestro modo de ver no debe de hacer énfasis en que vuelva pronto a la supuesta “normalidad”_sin que haya hecho un trabajo psíquico que le permita tener más recursos (manejarse mejor con los impulsos por ejemplo y los vínculos fuera del entorno familiar. Vemos una metáfora que nos desvela el cambio (caja de arena, las curvas del camino antes surcado por la moto ahora están sembrado de judías: dice “de casa al trabajo”) (fig.19)



El taller de arteterapia finalmente le ha proporcionado las herramientas para la representación, un espacio y un tiempo, para iluminar con imágenes y texto la hoja en negro que poco a poco ha ido adquiriendo color. Ha corrido riesgos de probar otros materiales, ha podido variar las perspectivas con el modelado, además de un tiempo para pensar-se a través de las representaciones. Ha transferido a los materiales emociones poderosas: destrucción, agresividad, miedo, confusión, im-

potencia, pérdidas. Ha podido confiar y hacerse cargo de sus propias decisiones (hace planos, esquemas, se pone en hora para despertarse. (fig.20-21-22). Ha podido representar el juego y exponerse a la duda. (fig.23) o ver otras dimensiones. (Fig. 24). Levantar las vallas que rodeaban su casa. (fig.25)



Si el comportamiento compulsivo se encuentra íntimamente relacionado con lo que se denomina “sentimiento de incompletud” que puede resumirse diciendo que el paciente experimenta el sentimiento que las cosas que ejecuta no han quedado totalmente realizadas (Coderch, J. 1975, p. 169).

Podemos pensar como las obras fueron representando poco a poco la posibilidad

de darlas por concluidas. Sin necesidad de insistir. Dejando que el gesto y la rapidez de la última lámina muestren el cambio que vehicula su nueva posición, “la de trabajar de carretillero”. (fig. 26)

Su evolución en relación a su diagnóstico inicial plantea dudas a su psiquiatra, plantea interrogantes interesantes sobre la posición del terapeuta en un caso de sus características. El estar a la espera ante las dificultades para acudir a la sesiones, ante las dificultades para crear con los materiales.

Actualmente dos años después de finalizar el tratamiento hace un seguimiento cada varios meses de la medicación con la psiquiatra. Viene un día recientemente a visitarme al taller. Tiene buen aspecto y me cuenta que ha realizado varios cursos de empleo, sale con sus amigos, cuida su dieta y va a un gimnasio. Y como muchos jóvenes de su edad está a la espera de un trabajo.

A modo de conclusión.

M. pudo crear en un espacio arteterapéutico y expresar a través de los materiales emociones. Podemos pensar en Winnicott (espacio potencial, ese espacio intermedio, entre la realidad psíquica y el mundo exterior, donde es posible el juego y la creatividad). (Rodríguez, J.p. 332)

Aparecen dudas en cuanto al diagnóstico. En una de las primeras láminas correspondería a un neurótico. Aquel que nombra “debería haberme matado en aquel accidente” (aparece culpa ante la aparición del cáncer del padre por lo que hizo sufrir a sus padres en el año de su convalecencia y por otro lado agresividad cuando hay rechazo de los compañeros cuando jugaba a básquet).

El repliegue depresivo que hizo fue un modo protector y estructurante para M.

Los ritos y rituales de M. calman su angustia, en algunos momentos teme que algo malo ocurra, ya que él siente que ha sido la causa de los males de sus padres. Aunque la acción pueda ser absurda para él (apagar una y otra vez la colilla, el ordenador, cerrar el coche. De algún modo responde a un imperativo y redoblando su orden lógico. Es entonces que la posibilidad que brinda el arteterapia como el “ritual dónde el adulto juega”. Asistimos a la paradoja en la clínica de que no habrá cambios sin repetición: el encuadre, la estructura de la sesión, lugar, tiempo, esta ritualizado. Según (Jean Rodriguez, p. 282-3) esta ritualización permite por esto apropiarse al sujeto de un orden que a priori piensa que es exterior y que poco a poco “internaliza”.

En definitiva en la intervención vamos despacio siguiendo sus dibujos y su ritmo. Un camino de subidas y bajadas.

En la supervisión pensamos si nos inclinamos por un trastorno obsesivo, la direc-

ción iría hacia enfrentarlo a su propio deseo. Quizás arrojárselo demasiado podría significar el cronificar su acomodo en la casa paterna.

En una psicosis el “maternaje” iría en la dirección de hacer un acompañamiento en el que se sintiera protegido para afrontar los miedos. El sentido de nuestra intervención tomó esta segunda vertiente, para acompañar a M. mediante el arteterapia en este recorrido de 24 meses, que en todo caso se vio como suficientemente bueno.

Bibliografía

Cadoux, B. (1999): *Écritures de la psychose*. Aubier. Paris.

Coderch, J. (1975): *Psiquiatría dinámica*. Herder. Barcelona

Elien, CS.; Freeman, B. (1993): “Artistas contemporáneos y arte marginal. En VVAA: *Visiones Paralelas*. Reina Sofia. Madrid.

Morón, P.; Sudres, J.L.; Roux, G. (2003) *Créativité et art-thérapie en psychiatrie*. Masson. Paris.

Malpartida, D. (2003): “Psicoanálisis a Través Del Arte: Un Presente Por Venir”. . Publicado simultanea en *BS AS y Santiago*. Rev Actualidad Psicológica Enero-Febrero.

Pena Garijo J.; Ruiperez, M.A.: “Actualización en Trastorno Obsesivo Compulsivo: de las propuestas categoriales a las dimensiones sintomáticas” *Psiquiatria.com*. 2012; 16:6.

<http://hdl.handle.net/10401/5382>

Rodriguez, J.; Troll, G. (2001): *L'art-thérapie. Pratiques, techniques et concepts*. Ellébore. Paris.

Schaverien, J.; Killick, K. (2002): *Art, Psychotherapy and psychosis*. Brunner-Routledge. NY.