

El matiz de la repetición

María Berzosa

Máster en Arteterapia, psicoterapia por el arte y Formación psicosocial por la Universidad Pompeu Fabra (IDEC), Barcelona. Master en Gestión de Moda Escuela Superior de Diseño y Moda Felicidad Duce, Barcelona. Licenciada en BB.AA. Artes por la Facultad de Bellas Artes "San Carlos" (U.P.V.). Colaboradora como arteterapeuta en: LIGAM, Associació per a la Reinserció Social, con grupos familiares de madres e hijos y mujeres.

mariaberzosa@gmail.com

PALABRAS CLAVE

Bipolar
Dibujo
Repetición
Ritual
Vínculo
Contratransferencia
Vínculo

SUMARIO

El propósito del trabajo se desarrolla a partir del estudio y observación de la relación con el paciente y la evidencia de su estado emocional reflejado en las obras a lo largo del tratamiento, llevado a cabo en un número determinado de sesiones, acompañándolo en el descubrimiento de su propio lenguaje y en su proceso artístico.

Un acercamiento al paciente en fase depresiva y diagnosticado de trastorno bipolar, explorando el vínculo que mantiene con su realidad a través de la creación y aportación de la obra producida, considerada como huella de un intercambio, de un esfuerzo comunicativo y por tanto de un esfuerzo vinculante.

KEY WORDS

Bipolar
Drawing
Repetition
Ritual
Countertransference
Attachment

ABSTRACT

The aim of this assignment is to study and observe the relation and evidence of the patient's emotional state, reflected in its works (carried out in certain number of sessions) accompanying it on the discovery of its own language and its own and particular artistic process.

An approach to the patient under a depressive phase and with a diagnostic of bipolar disorder, exploring the bond that keeps with his reality through the creation and provision of its production, considered as a trade mark, a communicative effort, therefore a binding effort.

INTRODUCCIÓN

Este trabajo es un ejercicio de observación de la evidencia en la obra del paciente. De cómo la poderosa herramienta del dibujo, aumenta, muestra y facilita la conciencia y a través de la cual, el paciente pone a prueba sus recursos y habilidades permitiéndonos observar sus dinámicas y patrones de conducta. Un recorrido por la relación, los hechos y las obras. Buscando a quien tenemos delante en sus reflejos y en sus imágenes. Viendo lo que no se ve, lo que no quiere o no sabe mostrar y como lo muestra.

El proceso se llevó a cabo en el Servicio de Rehabilitación Comunitaria de un complejo asistencial en Salud Mental. Dispositivo hospitalario especializado en rehabilitación psicosocial e inclusión comunitaria de personas con trastornos mentales graves.

Tras un periodo de acercamiento y familiarización con el centro, el equipo clínico y los usuarios, me fue derivado el paciente del que hablaré a continuación.

Xavi.(47años)

Diagnosticado de trastorno bipolar, en el momento en el que comienza el tratamiento se encuentra en un periodo depresivo. Con una reducida red social acude al servicio de rehabilitación para mantenerse ocupado y evitar recaídas.

En el transcurso de varios encuentros con el paciente, tras haber compartido el proceso y elaboración de las obras que hasta el momento ha ido generando, inevitablemente surge la pregunta de ¿qué es lo que está pasando? Porque allí, cada semana, suceden cosas. Dos personas que se encuentran, espectadores ambos de lo que allí sucede. Dos miradas que comparten lo que uno de ellos ha creado. Y ¿qué es lo que ven? ¿qué se muestra en esa relación que pretende ser contenedora, con la expresión visual en la que el paciente despliega sus sentidos?

Acompañamos, sin interferir, en el camino de la comprensión de su malestar. Considerando la enfermedad no como un mal que erradicar, sino intentando entender las razones y el sentido de sus síntomas, de su estado, el sentido de su emerger en el contexto del proceso de la vida del paciente. Un encuentro en el que la empatía que se establece en la relación puede llegar a considerarse como uno de los factores más importantes a tener en cuenta. Un elemento de aproximación, un acercarse a donde esté, y atreverse a sentir queriendo entender, en constante reflexión sobre su estado y su particular existencia.

Cabe entonces plantearse ¿qué se puede hacer por él? Pero ¿no se trata simplemente de estar ahí, como testigo, acompañándolo, permitiendo que sea el propio paciente quien haga? De hecho, lo acompañaremos en su proceso creativo, en su invención, con su intuición, sensibilidad, en su expresión y elección de alternativas, en su proceso de aprendizaje a partir de la experiencia.

Nos encontramos ante un sujeto con sus particularidades, sus límites y sus posibilidades. Un ser con historia, memoria y un ahora. Ofreciéndole una herramienta que posibilite, que contribuya a flexibilizar su rutina, resignación y pasividad, potenciando otras alternativas como la aceptación, la responsabilidad y el poder en su vida. Soporte a partir del cual pueda acercarse a lo ya conocido y un paso más, a lo nuevo, al no saber. Una posibilidad para el encuentro de uno mismo con la realidad y su manera de percibirla, pero con la posibilidad de transformarla y de reformular una estructura estanca.

Durante el proceso creativo el paciente moviliza sus capacidades, sus recursos expresivos y también adaptativos, haciéndolos visibles, y poniéndolos en marcha construyendo su propio lenguaje.

En el acercamiento al paciente se antepone el hecho de considerarlo capaz, capaz de hacer, de expresarse, de comunicar y esta aptitud tiene que ver con la parte sana, con la salud y no con la enfermedad.

Con la obra, el paciente nos muestra su mirada, nos acerca a su propia realidad, a una particular reconstrucción alimentada por sus valores y experiencias vitales, en la que se muestra.

Y poco a poco, en el proceso, el paciente encuentra un tiempo en el que encontrarse, descubriendo su propio lenguaje, evidenciando su manera de estar en su intento por comunicar y comunicarse, mostrando sus recursos, formas y maneras. Un mostrarse a través de lo que forma parte de él, pensamientos, conductas y síntomas. Una ampliación de la consciencia y lo particular. Una experiencia compartida en su encuentro con la intimidad y su soledad. La obra como espejo, como expresión y comunicación con uno mismo y con el otro, en la que como testimonio, deja la huella de su existencia, haciendo de mediador de su mundo externo e interno, como extensión del yo.

RETRATO

Podemos considerar que nos encontramos ante un sujeto que se muestra en la repetición, una repetición en la que se apoya como carta de presentación y que mantiene como una rutina constante durante todo el proceso.

Como parte de ella su estado de ánimo: entristecido, sin intereses, sumido en la apatía y eternamente cansado. Sintomatología asociada y característica del trastorno que sufre, como los movimientos lentos, tanto mentales como físicos, disminución en la confianza y la autoestima, pensamientos estereotipados... Bien es cierto que parte de ello puede deberse a la medicación, tratamiento farmacológico que le proporciona una estabilidad y del que no puede prescindir. Esta medicación puede abocarlo a un estado de "congelamiento" físico y emocional, disminuyendo sus capacidades, movimientos y que sumado a la propia sintomatología negativa de la enfermedad es importante contar con ello y diferenciarlo de sus propias actitudes.

Desde un enfoque psicodinámico Coderch (1997) siguiendo a Freud, vincula la depresión a una pérdida que tiene lugar en el propio yo, afectado este de tal forma que se siente empobrecido y culpabilizado disociándose una parte del mismo, siendo esta parte la que recibe las críticas y acusaciones. Coderch lo describe como un fracaso en el establecimiento del objeto amado dentro de él, produciéndose de forma insegura y sin confianza. Se refiere también a la melancolía como el conflicto que surge entre la parte del yo, que actúa como un censor Superyo atormentador, y el objeto perdido sojuzgado.

En cambio en la fase maníaca Coderch (1997), fundamentado su discurso en la teoría de M. Klein, considera que el conflicto se aparta y se niega por el yo, desapareciendo las diferencias entre ambos fundiéndose el yo con el Superyo. En esos momentos la sombra del objeto ya no pesa sobre el yo, este en cambio lo celebra exaltando su liberación, dirigiendo ansiosamente su líbido hacia el exterior. Se considera como una reacción a la posición depresiva, contra la tristeza y el dolor causados al objeto amado. Una posición omnipotente del yo con la intención de restaurar y salvar a los objetos buenos.

De esta fase en cambio, sólo sabremos de oídas, estado al que el propio paciente se refiere como momentos críticos en los que como él describe, se pasa de vueltas y tiene que ser hospitalizado. Estado eufórico que puede durar incluso semanas devastándolo completamente.

Coderch (1997), de nuevo basándose en los planteamientos de M. Klein, sugiere que los sujetos que en algún momento de su vida sufrirán una psicosis maniaco-depresiva son aquellos que en su infancia fracasaron en el intento de incorporar objetos buenos con predominio del amor y de establecer, gracias a ellos, un mundo interno que les inspirara seguridad y confianza sin llegar a vencer la posición depresiva infantil, la cual se reactiva de nuevo ante cualquier situación de pérdida, expresándose clínicamente como una fase melancólica, y si los mecanismos de negación, omnipotencia y triunfo, como un estado maníaco.

Pero en su ahora, el paciente, hierático y con pocos recursos para expresar, dice no encontrarse bien, "chafado, sin chispa" con una necesidad de estimulación renovada y siempre creciente, que al no tenerla se hunde en el tedio y el desinterés.

Se siente vacío, sin rutina, sin motivación. Con un sentimiento de haber sido abandonado, como si se le hubiera dado de baja como persona. Huet (1997) se refiere a este mismo sentimiento de abandono como algo frecuente en este tipo de colectivo. Sin embargo parece necesitar de una rutina de la que en cambio se va cansando progresivamente.

Requena (2005) dice que "la persona deprimida tiene una peculiar forma de relacionar acción y resultado: en concreto, la persona siente que su conducta tiene poca o ninguna influencia sobre el ambiente, de lo que se derivan vivencias de inseguridad, pasividad y desesperanza." (p. 525)

Goodwin (1978) citado en Charlton (1987) nombra ese sentimiento de desamparo del paciente que después de toda una vida siendo tratado como enfermo se siente incapaz de comportarse de una forma socialmente aceptable, pudiendo éste llegar a la conclusión de que realmente no es responsable de sus acciones y que incapacitado para cambiar nada, fracasará en todo lo que se proponga.

Molloy (1997) se refiere a esto mismo diciendo que "muchos pacientes se sienten totalmente desconectados de la marcha de sus vidas, sienten que las cosas simplemente ocurren y se sienten impotentes e incapaces de influir en tales acontecimientos" (p. 241)

En el transcurso de la sesión en la que realizó el dibujo del barco que aparece en la figura 1, su discurso giraba en torno este mismo tema, el no tener el control de su vida. Al finalizarlo lo acompañó con el comentario: “nunca había dibujado un barco que yo recuerde”, un gran barco de papel que parecía navegar sin rumbo fijo, como un barco sin patrón. Al final de la sesión fue apareciendo progresivamente un personaje: primero su cabeza, sonriente y a continuación intentó dibujarlo de nuevo pero sin lograr que pudiera verse al completo. Finalmente, consiguió dibujar la figura completa del personaje, al que él mismo nombró como “patrón del barco” (figura 2.). Un patrón sin barco. En el dibujo llama la atención la particular posición de los brazos, pegados al cuerpo, y no resulta difícil asociarlo a la dificultad de acción.

Como él mismo describe, se siente: “espectador de mi propia vida”. Contemplando, pasivo y aplacado por la medicación, dice no tener poder de decisión sobre su vida. Impotencia que lo paraliza y le impide buscar alternativas, ir hacia delante y seguir con su camino. Rendido a la medicación, se somete a ella y le deriva el poder de actuación de su persona. Su estado emocional se escuda en los efectos de la medicación que como un ente superior condiciona su estar, dejándose llevar y cediéndole su autoridad. Se deja sentir sin actuar, sin coger las riendas.

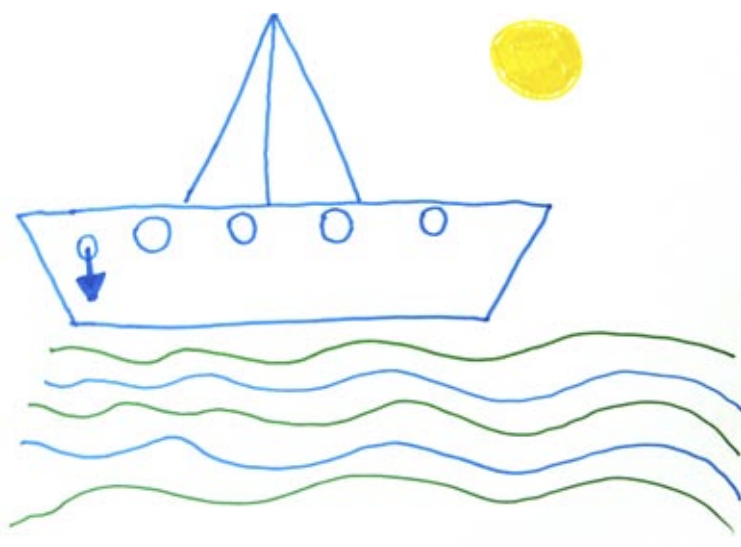


Fig. 1



Fig. 2

MATERIALES (RITUAL)

Un compromiso. Una relación que cada día comienza con un ritual, un encuentro en el que juntos nos situamos, nos ubicamos. Desde el primer encuentro acordamos que a la hora establecida acudiría a su encuentro en el hall de entrada, acto al que se ha comprometido y al que acude puntual. Nos saludamos y juntos iniciamos el recorrido. De allí acudimos a la sala en la que se encuentran los materiales. Una vez en el taller, decide qué llevarse a la sala a la que acudiremos a continuación.

Al principio, yo misma seleccionaba los materiales, una selección representativa de lo que podía tener al abasto y en la que pudiera tener opciones. Pero no tardó en simplificarlo y reducirlo a una caja de rotuladores, ya que dicho por él mismo: “tanto material me desborda y con esto tengo suficiente”. Decisión que fue respetada y valorada durante todo el proceso. Desde ese momento, decidido, en cada inicio ha ido en busca del material, encontrándolo siempre en su lugar habitual.

En un intento de ofrecerle otras posibilidades dentro del material que había decidido utilizar y con el que se encontraba seguro, le ofrecí otro tipo de rotuladotes, más gruesos. Los recibió agradecido y desde entonces, los guardó en su carpeta con el resto de sus obras utilizándolos en cada sesión. No por ello dejó de traer cada día la caja de siempre. Lo ha integrado en su rutina y siguieron acompañándonos durante un tiempo aunque no hiciera uso de ellos. Volviendo a evidenciar su apego a las rutinas.

Este material le permite tener control, no mancharse, limitarse a la línea. Realiza sus obras, sus dibujos con gran firmeza, proporción y determinación. Virtudes contrarias a la inestabilidad característica del trastorno que sufre. Esto parece permitirle recrear el equilibrio perdido. Un control de la oscilación de sus subidas y bajadas, controlando su estabilidad.

Un ritual en el que poco a poco Xavi ha ido asumiendo la responsabilidad de su acción, expresando su decisión, con confianza y seguridad. Una muestra de asertividad y autonomía que valoro y secundo permitiendo que sea él mismo quien decida cuándo y cómo abandonar la sala para trasladarnos a la siguiente y continuar allí con nuestro encuentro. En ese tiempo nos saludamos, le pregunto cómo está, cómo le ha ido la semana y me explica cómo se encuentra.

Dicho ritual, se repite cada día y una vez en la sala, solemos encontrar a alguno de los usuarios que la utiliza como lugar de encuentro, esperando para luego acudir al espacio que le corresponda.

Este tipo de situaciones se da cada día pero tras la propuesta de retrasar la hora 15 minutos o acomodarnos a las circunstancias, él mismo tomó la decisión de mantener el horario acordado y acomodarse a ello, a la dinámica de la institución. Aunque bien es cierto que con el tiempo, estas situaciones fueron desapareciendo y la institución cuidó de este espacio considerándolo como nuestro, reservándolo para ello.

Este hecho, el recorrido que compartimos hasta llegar a nuestro espacio y lo que ello conlleva, considero contribuye a reforzar el vínculo.

Denota la necesidad de una regla estructurada que lo sostenga y este tipo de acciones o rituales parece permitirle encontrar un orden. Orden y rutina como el "leit motiv" de su persona.

LA OBRA. EL DIBUJO COMO REFLEJO Y RETRATO DE SU ESTADO

Desde un punto de vista terapéutico no tiene sentido primar la calidad estética de las producciones realizadas, sino las peculiaridades expresivas que les confiere el hecho mismo de ser objetos artísticos, huellas o restos que pertenecen a la biografía de un sujeto, ya que en este sentido, en tanto yacimientos, ofrecen la posibilidad de reconstruir y argumentar un discurso gráfico lo suficientemente personal como para servir de referente. Es posible acercarse al paciente, explorar el vínculo o la relación que mantiene con la realidad a través de su propia aportación al mundo de lo real: el objeto artístico producido. (Sanz-Aránguez, 2008, p. 237).

Podríamos afirmar que los pacientes pertenecientes a este colectivo, con una larga historia de relación con su enfermedad, suelen perder el contacto con sus emociones y sus experiencias les llevan a proyectarte a sí mismos de una manera estereotipada y a menudo ambigua que les es peculiar. En cambio Charlton (1987) dice que la obra constituye un poderoso comunicador que proporciona un nexo más directo con su forma de ser. Las representaciones y la narrativa que las acompaña, tomadas como reflejo de uno mismo, es una presentación ante el otro y que por lo tanto implica una intención comunicadora, permitiendo una devolución de su reconocimiento del mundo exterior desde su apreciación subjetiva, desde su experiencia y maneras de asimilarla.

Desde la observación de su obra y su proceder, comprobamos que su estado se refleja en su hacer con cierta tendencia a instalarse en la repetición, con una importante rigidez formal y emocional. Durante el proceso de creación, encuentra una manera de presentarse y de exponerse a la mirada. A la de ambos, la suya y la mía. Un espacio de mediación en el que podemos converger.

Sus dibujos, sencillos, y esquemáticos, están poco elaborados, aunque precisos y muy controlados, los realiza con un trazo firme y decidido, con limpieza y orden. Parece haber una búsqueda del orden y la estabilidad, tal vez en el intento de equilibrio como compensación a la sintomatología de la enfermedad. Una necesidad por encontrar elementos tranquilizadores, conocidos, en los que se ve capaz y que utiliza una y otra vez, como el mar, las montañas, los árboles, sus flores. Formas estereotipadas de gran simplicidad creativa, de las que se apropia, con su particular forma de representarlas asumida como propia.

Dichos estereotipos evidencian su posible rigidez mental y afectiva, por lo visto, propios de su estado. De igual forma podríamos apreciar otros factores significativos (columna de la izquierda), identificables en su proceso y obra, y que cabría considerar como propios y asociados al trastorno:

- Estereotipia – (Originalidad)
- Estancamiento – (Fluidez)
- Repetición – (Flexibilidad)
- Literalidad – (Simbolización)
- Dispersión - (Orden compositivo)
- Conformismo - (Elaboración perfeccionismo)
- Cromatismo plano – (Riqueza cromática)
- Simplicidad – (Complejidad)
- Apatía – (Motivación)
- Habitación – (Acomodación)
- Distancia emocional – (Implicación emocional)
- Intención práctica – (Intención comunicativa)
- Verbalización descriptiva – (Verbalización expresiva)

Muestra de ello la encontramos en la gran mayoría de sus obras (figuras 3 y 4).

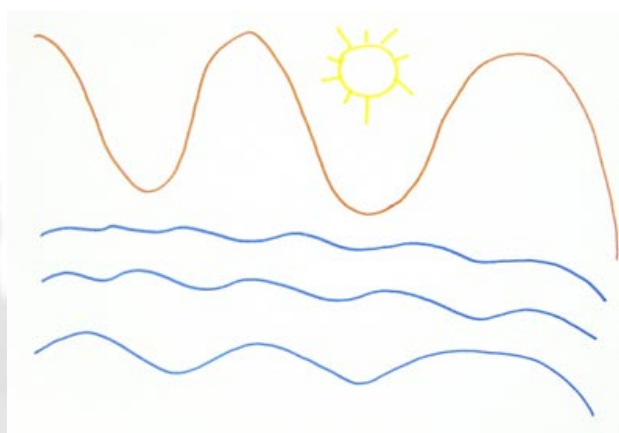


Fig. 3



Fig. 4

Podíamos pensar que parece necesitar elementos reconocibles, validados estéticamente, elementos que por su sencillez le resultan seguros para atreverse a realizarlos aportando su impronta. Puntos de partida sin los que podría sentirse perdido y a los que recurre cuando no sabe como llenar el tiempo o el espacio. Recursos con los que parece poder relajarse evitando cargarse de ansiedad y frustración. ¿O simplemente evidencian una huida de las nuevas experiencias?

Elementos, motivos que aunque poco originales forman parte de su estilo. Formas en la que vamos descubriendo sus propios detalles.

Podríamos considerar el dibujo como una manera no intrusiva que favorece la comunicación, que no se limita sólo a lo verbal y en este caso en concreto, tratándose de un paciente con ciertas dificultades para verbalizar sus emociones, el dibujo propicia el que pueda nombrarlas.

LA MEMORIA. DUELO, PÉRDIDA DE SUS CAPACIDADES

Todo ser humano necesita reconocer su individualidad como sujeto y ubicarse en espacios que siente como propios, que le sirven de referencia como extensiones de sí mismo. En los que sienta que ha sido y acomodarlos en su memoria construyendo su identidad, formando parte de ella reconociéndose en ellos. Las imágenes que recrean recuerdos del pasado muestran aspectos de sí mismo por lo que, como afirma Molloy (1997), el arteterapia le ofrece al paciente una oportunidad para desarrollar su propio lenguaje expresivo y simbólico, ofreciéndole una contención y una posible resolución simbólica. Proceso en el que la obra resultante hace más que de espejo de lo exterior o de reflejo del interior del sujeto y su contemplación supone un proceso de auto-revisión, como también observa Schofield (2013).

Sobre la memoria Birulés (1996) dice que “La memoria nos es necesaria para decir nuestro presente, para decir quiénes somos; un tiempo sin pasado ni futuro es un tiempo opaco, donde no podemos innovar ni conservar”. (p.234)

Como afirma Molloy (1997), muchos de los problemas con los que se trabaja en este tipo de pacientes forman parte de una larga historia y a menudo pueden verse claras conexiones entre las dificultades del pasado y presente del paciente, como el sentimiento de sentirse diferente y sólo. Necesita de una memoria, de una huella en su historia vital, una experiencia que lo diferencie del resto considerándose algo más que un simple diagnóstico. La memoria como intento de generar sentido y aplacar la abrumadora sensación de vacío y tristeza. Un querer llenarse sintiendo los recuerdos, recuerdos de lo que se era y de lo que se es. Un almacén de emociones que ordena la experiencia sintiéndola como propia.

Y de ello beberá el acto creativo, de su experiencia, de la memoria, de las emociones, de sus lugares... Y por ello cada obra se podrá considerar como una parte indivisible del sujeto, del yo que la crea en su intento de estar en el mundo evidenciando una huella y un deseo de ser. Y desde el momento mismo de crearlas, las obras pasando al terreno de lo tangible, de lo real, son susceptibles de ser intervenidas, modificadas.

Molloy (1997) ve en el arteterapia un medio para forjar vínculos entre la infancia y la vida presente, permitiéndole al paciente ver los eventos de la infancia en el contexto de su vida actual y cómo la confrontación de dichos acontecimientos puede ser de gran ayuda para resolver los conflictos y tensiones de la rehabilitación.

El arteterapia puede permitirle al paciente reconstruir su infancia con cierto sentido de continuidad. Un retomar, una oportunidad de continuidad vital, pudiéndose considerar la suya, como una vida que ha sido interrumpida violentamente por la aparición de la enfermedad. Truncado, incompleto, fragmentado, parece haberse detenido en el tiempo. Un tiempo congelado, como su actitud y presencia, como su rostro. Un tiempo que parece no pasar. Un vacío entre aquellos años y la actualidad, vacío, ocupado por la enfermedad. Un no saberse, no reconocerse. Una pérdida de identidad, reducida la persona a una mínima parte de sí mismo que se apodera del resto.

Plantea sus obras como algo fuera de sí mismo y aparentemente sin relación alguna con su vivencia. Montañas, el mar, flores... Salvo en puntuales ocasiones, cuando recurre a la memoria y trae algunos recuerdos de su pasado, de la infancia, adolescencia, juventud...reconstruyendo su historia.

Dichos momentos los evoca desde sus obras, recreando espacios, edificios, objetos, paisajes. Recuerdos sin emoción, vacíos, sin implicación, fríos, distantes (figura 5 y 6). Sin ninguna intención aparente inician el diálogo. El dibujo entonces, apoyado en su discurso, comienza a evocar detalles que lo completan. En una ocasión, desde el dibujo del espacio deportivo del colegio pudo enlazar con una vivencia emocional.

Una imagen diagramática como a las que se refiere Schaverien (1990), imágenes que suelen ser utilizadas por el paciente para contar algo al terapeuta, como un signo, como mapa de su mundo interno que describe una sensación, una historia, un sentimiento pero sin encarnarlo.

Recordó un premio que le otorgaron por una poesía que aún recuerda, después de 30 años y que citó en la sesión mientras la escribía en el centro del papel (figura 7). Y al lado lo que sería el trofeo que le dieron por ello y que aún conserva en su casa, pero que no recuerda exactamente donde. No parecía estar orgulloso de ello. Le pregunté que qué le parecía. "Parece un poco depresiva". Me explicó que la escribió cuando llevaba poco tiempo en el colegio (en el que estuvo internado de los 10 a los 17 años) y que no lo llevaba muy bien. Echaba de menos a su familia. Sentía que se perdía el día a día y que cuando regresaba los fines de semana se sentía como un desconocido para ellos y a ellos como desconocidos para él.

Pudo hablar de un sentimiento del pasado, un sentimiento ya frío al fin y al cabo, pero que decidió traerlo al presente.

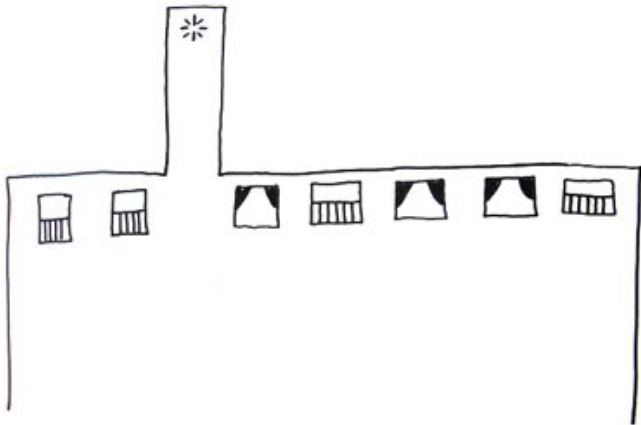


Fig. 5

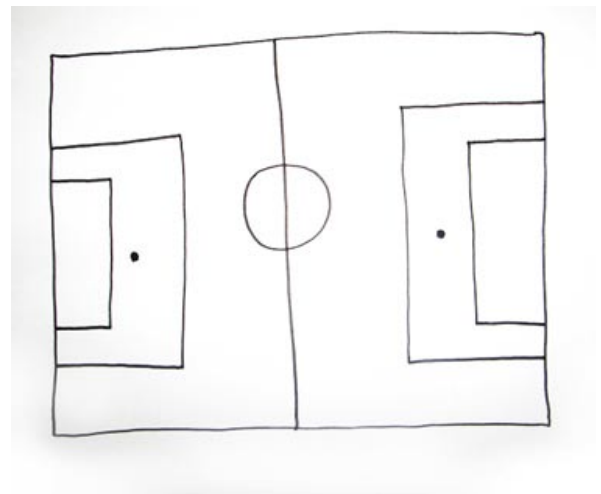


Fig. 6

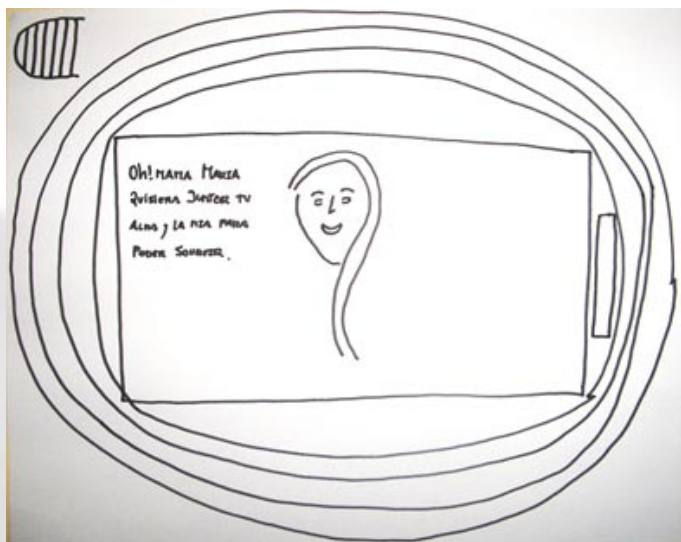


Fig. 7

Molloy (1997) habla sobre como a través del proceso creativo se puede evocar la memoria, los recuerdos, hecho que permite fortalecer el sentido de su identidad. Habla del sentimiento de vacío que se experimenta y que puede dar lugar a una parálisis psíquica.

Un sentimiento de pérdida de identidad, pérdida de poder, de descontrol e inseguridad, sintiendo la falta de decisión, su no decisión y escasa influencia sobre los acontecimientos de su vida diaria.

A cerca de la identidad Birulés (1996) dice “...la identidad nunca ha de concebirse como punto de partida, sino como la siempre renovada capacidad de referirse a sí mismo y al propio actuar en el mundo.” (p.233)

Cada cual tiene su peculiar manera de percibir y articular lo percibido, un universo que se ha construido desde la percepción, seleccionando y encontrando cada elemento desde la mirada particular que nos es propia, mirada que nos diferencia. Elementos que una vez evocados nos permiten ver desde donde y cómo se miraron, y como fueron archivados en la memoria.

En otra ocasión, el paciente inició su discurso con una idea que le vino a la cabeza, un tren. Es un tema al que también suele recurrir y que parece interesarle especialmente.

Decide entonces dibujar uno. (figura 8)

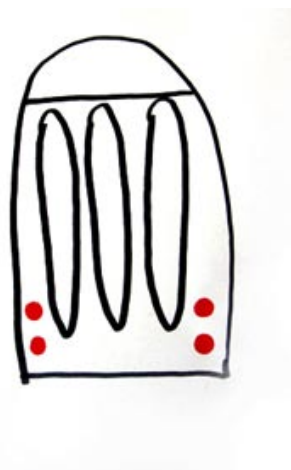


Fig. 8

Su dibujo, sencillo, preciso, esquemático, nos presenta un tren, concretamente la parte trasera, “la cola del tren”. Me sorprendió su dibujo, no hubiera sido capaz de reconocerlo sin el comentario que hizo previamente. Acto seguido remite su discurso a la infancia, cuando tenía 6 ó 7 años, edad en la que cada fin de semana acompañado por sus padres, visitaba la estación para ver los trenes, con tanta frecuencia y atención que llegó a aprenderse los horarios de cada uno.

También lo enlaza con el viaje que hacía la familia al completo al pueblo, situado en una provincia andaluza. Viaje en tren al que dedicaban casi la totalidad del día debido a la gran distancia que debían recorrer.

No contento con el resultado, quiere dibujarlo de nuevo: “voy a dibujarlo mejor” (figura 9). Dice que éste es diferente, más nuevo, tiene cuatro puertas. Parece ser un gran conocedor de la temática y nombrando algunos modelos de trenes de la época se detiene, siempre desde su discurso, a intentar diferenciarlos aportando detalles con sus palabras.

Habla sobre sus colores: verde, plateado, de si es o no compartimentado, del número de asientos de los compartimentos según fuera de turista o de preferente... y al igual que su obra, no ahonda en detalles. Se muestra como es, y atenta a su singularidad, a su particular mirada, observo cualquier detalle que comprenda su lenguaje, su gesto, sus capacidades, su punto de vista, su tiempo, su espacio. Acompañándole hacia donde quiera ir, en definitiva hasta donde quiera que esté su interés.



Fig. 9

Citando a Birulés (1996) “ con lo que cabe pensar que la identidad tiene fundamentalmente que ver con la posibilidad de ordenar la experiencia de nuestro hacer y padecer.” (p.234)

LA HISTORIA DE SU HISTORIA: LA SOLEDAD

Cuando vemos una imagen, estamos ante un intento del paciente por comunicarse; pero no podemos recibir esa comunicación sin ser afectados emocionalmente por las imágenes utilizadas o sin tener en cuenta nuestras propias percepciones simbólicas, tanto del pasado como del presente. (Molloy, 1997, p.255)

En la relación terapéutica se acogen situaciones, vivencias del paciente que se reactualizan en el escenario que permite la transferencia, mezclándose con y en la relación actual, en el aquí y ahora de la sesión, repitiendo sus patrones de relación. Situaciones del pasado cuya emotividad y afectividad son inabordables, inasimilables por el sujeto, como una huella inalterable de la experiencia del inconsciente. Hablamos de la transferencia, evocadora de un pasado no caduco que condiciona el presente, limitándolo e inmiscuyéndose en él.

La transferencia tiene que ver con la creación en la repetición, con la idea deleuziana de que la repetición engendra o contiene la diferencia, que la repetición no es nunca idéntica en si misma. En ese sentido pues la transferencia sería la recreación a través de la figura del analista, del terapeuta, de una escena que plantea problemáticas no resueltas y que esperan del sujeto una respuesta. (Erroteta, 2009. p.179)

Transferencia a la que estar atentos para captarla, comprenderla si es posible y permanecer atentos a nuestras propias reacciones contratransferenciales.

En el trabajo con enfermos psicóticos, una de las manifestaciones contratransferenciales puede ser la angustia y su vivencia, debida a su capacidad de comunicar una dependencia desamparada y de provocar atención afectuosa. Pudiendo ocurrir que este tipo de pacientes haga sentir al terapeuta una convicción omnipotente de que solo él puede comprenderles, ayudarles, curarles o todo lo contrario, que ya nada se puede hacer y que nadie puede ayudarles.

Erroteta (2009) dice que “es característico que estos pacientes nos preocupen permanentemente, más que cualquier otra patología y también nos ocupan hasta el punto de que, en algunos momentos del tratamiento, se nos meten dentro y habitan nuestro propio espacio interno.” (p.71).

Huet (1997) hace especial hincapié a este aspecto, al componente psicodinámico de la sesión, al prestarle atención a lo que está sucediendo y de cómo en ocasiones el trabajo de entender la contratransferencia puede ser un factor decisivo y de gran ocupación en la labor terapéutica.

En la relación transferencia/contratransferencia, el terapeuta puede ser visto por el paciente como un cuerpo confortable y en la experiencia del terapeuta en la relación terapéutica entra en juego su contratransferencia, una serie de sentimientos, actitudes y fantasías como respuesta emocional a los estímulos que provienen del paciente, a la transferencia del paciente, a todos los mensajes verbales y no verbales. Sentimientos que ayudarán al terapeuta a entender la transferencia de éste, comunicación inconsciente a la que estar atentos y que una vez reconocida y aceptada amplifica y ayuda a la comprensión haciendo más profunda la relación del paciente con su inconsciente.

Hablamos de un estado mental en sintonía con sus necesidades, como la capacidad de la madre en su interés y deseo de comprender a su bebe. La función rêverie acuñada por Bion (1962), permite al terapeuta estar en sintonía con su paciente de una forma única y particular, como una madre contenedora que recibe cualquier objeto de su hijo expresando así su amor, acogiendo contenidos en busca de su significado, devolviéndoselos una vez han sido elaborados, dando sentido a las emociones confusas del niño y convirtiéndose éstas en aptas para el pensamiento, el recuerdo o el olvido.

Schofield (2013) se refiere a esto mismo, a la función del terapeuta, que con su presencia pretende establecer una base segura y contenedora desde la que el paciente pueda atreverse a explorar, a proyectar sus ansiedades permitiéndole luego reintegrarlas de forma más manejable.

Una madre suficientemente buena, como la de Winnicott que, según Sainz (2008), se adapta a las necesidades de su bebé permitiéndole sentir que tiene a alguien que lo acompaña, lo sostiene y que lo legitima como persona.

Conforme iban avanzando las sesiones poco a poco su manifiesto desamparo provocaba en mí fuertes sentimientos que iban surgiendo a la par que crecía el vínculo en la relación. Una fuerte contratransferencia que bebía de la transferencia dependiente del paciente y que podría haberla actuado con una actitud paternalista y protectora, común reacción frente a este tipo de pacientes como también observa Sanz-Aránguez (2008). Según Huet (1997) ante estos incómodos e intensos sentimientos se puede llegar a intervenir trabajando con el paciente aspectos más prácticos, una manera sobreprotectora y controladora de evitarlos.

Una preocupación desmesurada que me hizo prestarle especial atención a sus obras, concretamente a las series de trenes que ocuparon varias sesiones, en las que describía e incluso identificaba a cada uno de ellos: un Talgo, un expreso antiguo, otro más moderno... Su peculiar punto de vista y su obsesión por identificarlos a través de la parte posterior, la cola del tren. Despertaba mi curiosidad, quería verlos, comprobar que efectivamente esto era lo que se veía, ver lo que él veía, acercarme a su mirada, entenderla, compartirla, ponerme en su punto de vista. Me acerqué, busqué esas imágenes y quise devolvérselo. Dudé pensando que podría ser una forma inapropiada de exponerme a su mirada, de mostrarle más de lo que debía, de quizá alimentar algo que no tenía hambre, pero era algo para él y quería compartirlo. Finalmente decidí llevar las imágenes a la sesión, impresas en papel y ordenadas en una carpeta, se las mostré.

“Gracias por haberte preocupado en buscar las fotografías” respondió agradecido, “son todas muy bonitas”. Cada uno de los trenes de los que me había hablado, los trenes de su memoria. Observó con detenimiento cada imagen, cada detalle, reconociéndolos en silencio. “Me dan ganas de dibujarlos” y diciendo esto comenzó a dibujar cada uno de ellos, siempre desde su particular punto de vista, pero esta vez, entusiasmado, resuelto, implicado en lo que hacía, parecía no querer perderse ni un detalle y ahora podía recrearse en ellos, detalles que le facilitaban las fotografías que le había traído. Cierto es que sólo representaba los que se mostraban como él los solía dibujar, desde atrás (figura 10 y 11).

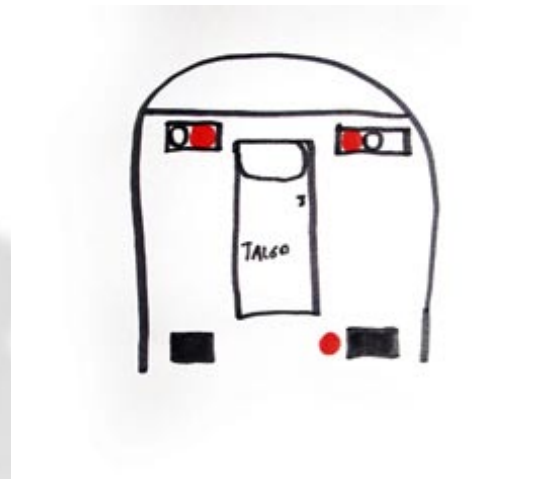


Fig. 10

Tuve una extraña sensación, sentía que realmente se había sentido agradecido e incluso algo emocionado por mi implicación, pero no sabía qué podía suponer este hecho, me inquietaba qué es lo que pasaría, qué consecuencias podría tener mi aportación en las siguientes sesiones.



Fig. 11

Desde ese día, tomó la iniciativa de ser él mismo quien llevara la carpeta con sus obras, quien las guardara en su sitio. Se mostró más implicado en cada momento, ni siquiera traía a la sala la antigua caja de rotuladores que cada día nos acompañaba como parte del ritual.

La semana siguiente juntos volvimos a la sala y decidió revisar sus obras. Cuidadosamente abrió su carpeta y fue viéndolas una a una en silencio, finalizando el recorrido con las fotografías de los trenes. Al preguntarle que qué opinaba al respecto comentó que le parecía como un repaso de su historia. Los trenes asociados a su infancia, las imágenes del colegio a la adolescencia y los paisajes los vinculaba con la actualidad, reflexión hecha por él mismo que me llevó a pensar en cómo el conjunto de las imágenes puede mostrarle al paciente un recuerdo más seguro, con más significado, en el que, como afirma Molloy (1997), aspectos fragmentados en el recuerdo pueden verse con cierta continuidad, constituyendo una base segura con la que poder seguir trabajando. Al referirse a las imágenes de los paisajes las describía diciendo que le parecían dibujos sosos, pero en cambio el resto de imágenes, al remitirle a otra realidad diferente a la actual, parecían agradarle.

A continuación me explicó que había pensado en traer algo pero que no estaba seguro de que pudiera ser apropiado para la terapia y quería saber mi opinión. Se trataba de un libro que contaba e ilustraba con viejas fotografías la historia de su colegio y que aunque dicho por él mismo, no se identificaba mucho con él, había pensado que hacía mucho tiempo que no lo había vuelto a ver. Tras la anterior sesión, en la que dibujó y recordó los trenes asociados por él a una época determinada de su infancia, pensó que el colegio vendría como continuación a este momento de su historia. Quería traerlo para verlo conmigo. Le planteé entonces si su propuesta de traer algo pudiera estar relacionada con mi aportación de las fotografías y le ofrecí la posibilidad de que trajera lo que quisiera, que de eso se trataba, era un espacio para él en que podía decidir cómo y con qué llenarlo.

Insistió en el largo tiempo que pasó en ese lugar (el colegio) diciendo que “son años delicados e importantes para la personalidad”, años en los que explica que lo pasó mal y en los que gracias al deporte, actividad importante en la formación del colegio, “me hacía no pensar que estaba encerrado”.

Ese día dibujó uno de sus paisajes (figura 12), pero era diferente. Le pregunté de qué se trataba ya que aún habiendo dibujado (aparentemente) un paisaje marino, esta vez las olas eran de otro color.

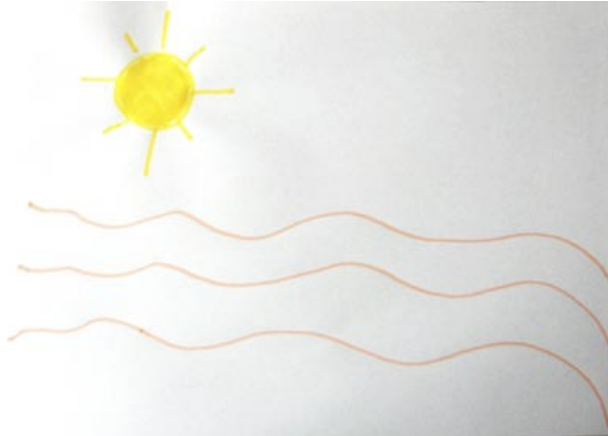


Fig. 12

Explicó que se trataba de un desierto y tituló la obra “soledad”.

Soledad a la que pudo poner palabras ahora, acompañado, sin sentirse solo, acercándose a sus emociones.

La transferencia tiene que ver con la creación en la repetición, con la idea deleuziana de que la repetición engendra o contiene la diferencia, que la repetición no es nunca idéntica en sí misma. En ese sentido pues la transferencia sería la recreación a través de la figura del analista, del terapeuta, de una escena que plantea problemáticas no resueltas y que esperan del sujeto una respuesta. (Erroteta, 2009. p.179)

CONCLUSIONES

Y finalmente ¿qué es lo que ha pasado? Hemos conocido a alguien que se ha prestado a conocerse hasta donde ha sido posible y a vivir una experiencia emocional con cierta continuidad, en la que se ha creado un vínculo que ha permitido pensar, dialogar y construir juntos. Acogido, entendido y acompañado. Espacio en el que se ha ido mostrando ante alguien dispuesto a recibirlo.

Mostrándose en sus recuerdos y en su presente a través de las obras, en sus dibujos. Reconstruyendo y trayendo las memorias que organizan su presente. Recordando, repitiendo, elaborando. Comprendiendo y siendo comprendido. Sintiendo y pensando.

Ocupándonos de quien teníamos delante: un sujeto enfermo y no una enfermedad, pero de la que también tenía que saberse para poder diferenciarla de la persona. Un sujeto que se ha repetido en sus matices, sus detalles, con su propio lenguaje desde el control. Imágenes sencillas que completaban su discurso, desde las que partía recontándose y contándose.

Experiencia emocional para ambos en la que había que diferenciar lo que era de uno y de otro, sin interferir. Descubriendo hasta donde ha sido posible y llegando hasta donde se podía llegar, respetando su tiempo, su cuánto y su qué mostrar. Espacio en el que sostenido el paciente se ha permitido recurrir a sus propias capacidades y acercarse a sus emociones, sabiéndose vulnerable y necesitado, durante el diálogo con su propia realidad en el intento de manejarse en ella.

Y finalmente una se plantea cómo concluir, cómo finalizar el proceso y subirse al tren que de antemano tenía una fecha de partida, mientras que el paciente se despide desde la estación viendo cómo se aleja. Y allí se queda, pero ésta vez con una maleta, una bolsa de viaje... y quién sabe que es lo que habrá dentro. Sólo él lo sabe.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bion, W.R (1962). Aprender de la experiencia. Buenos Aires: Paidós.

Birulés, F. (1996). Capítulo 11. Del sujeto a la subjetividad. En M. Cruz (Comp.). Tiempo de subjetividad (pp. 223-234). Barcelona: Paidós Básica.

Charlton, S. (1987). La terapia artística en sujetos de largo internamiento en hospitales psiquiátricos. En T. Dalley. El arte como terapia. Barcelona: Ed. Herder.

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

Erroteta, J.M^a (2009). Transferencia y Contratransferencia en los Pacientes Psicóticos. NORTE DE SALUD MENTAL, 33, 67-72. Obtenido el 22 de noviembre del 2012 de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4830139.pdf>

Huet, V. (1997). Challenging professional confidence arts therapies and psychiatric rehabilitation. Inscape: Formerly Inscape, 2:1, 14-19 . Obtenido el 27 de febrero del 2013.

Molloy, T. (1997). Art psychotherapy and psychiatric rehabilitation. En K. Killick y J. Schaverien. Art, Psychotherapy and Psychosis (pp. 237-259). East Sussex: Routledge, Taylor and Francis Group, an Informa Business.

Requena, E. (2005). Capítulo XIV, Trastornos del estado de ánimo. En A. Jarne y A. Talarn (Comp.). Manual de psicopatología clínica (pp. 495-528). Barcelona: Fundació Vidal i Barraquer, Paidós.

Sáinz Bermejo, F. (2008). Winnicott, un buen compañero de viaje. En Liberman, A. y Abello, A. (Comp.). Winnicott hoy, su presencia en la clínica actual (pp. 345-360). Madrid: Psimática.

Sanz-Aránguez Ávila, B. (2008) Curso "Arteterapia y Psiquiatría. Situación Actual". Arteterapia. Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social. Vol. 3, 235-238. Obtenido el 3 de marzo del 2013, de <http://revistas.ucm.es/index.php/ARTE/article/view/ARTE0808110235A>

Schofield, S. (2012). Arteterapia y la teoría del apego: el duelo cotidiano. Inspira Vol. 2, 42-53. Obtenido el 3 de enero del 2013, de <https://ateinspira.wordpress.com/numeros-anteriores/inspira-2/>

Schaverien, J. (1990). The scapegoat and the talisman: transference in art therapy. En T. Dalley, C. Case, J. Schaverien, F. Weir, D. Halliday, P. Nowell, D. Waller, (Eds.). Images of art-therapy, new development in the theory and practice (pp.74-108). London: Routledge.