

MARTA VIVET MIRA

**La utilització de l'art teràpia com a instrument
per al tractament del TCA**

Treball Final de Grau

dirigit per

Manuel Armayones Ruiz

Universitat Oberta de Catalunya

Estudi de Grau en Psicologia

2012

SUMARI

	<u>Pàgs.</u>
Introducció.....	3-4
Objectius.....	5
L'art teràpia.....	6-16
1. Història de l'art teràpia.....	6-7
2. Descripció i conceptes bàsics.....	8-9
3. Us terapèutic de les arts.....	10-14
3.1 Les arts visuals.....	11
3.2 L'escriptura.....	11-12
3.3 El teatre i la dramateràpia.....	12-13
3.4 La dansa.....	14
4. El paper de l'art – terapeuta.....	15-16
Els TCA.....	17-24
1. Descripció.....	17-19
2. Tipus.....	20-24
2.1. Anorèxia.....	20-22
2.2. Bulímia.....	22-24
El paper de l'art en el tractament dels TCA	25-37
1. La imatge corporal i l'autoretrat.....	27-29
2. L'art com a eina de comunicació.....	30-31
3. Els grups i l'art teràpia.....	32-34
4. Estudis.....	35-37
L'art teràpia posada en pràctica: exemples de casos	38-40
Conclusions.....	41-42
Referències.....	43-45

INTRODUCCIÓ

En les últimes dècades, una gran varietat d'intervencions psicològiques basades en teràpies interpersonals, cognitiu-conductuals, sistèmiques i farmacològiques han anat guanyant terreny en el tractament dels trastorns de la conducta alimentària (Fairburn i Harrison, 2003; Garner i Garfinkel, 1997; Wilson, 2004). Junt amb aquest tipus de teràpies, han començat a emergir aproximacions multidisciplinàries com per exemple la incorporació de teràpies experimentals combinades amb una o dues formes de teràpia més tradicionals en el tractament dels TCA. Alguns programes fins i tot han incorporat teràpies alternatives i holístiques, com l'art teràpia, que funcionen com a nucli de la seva filosofia. Tanmateix, actualment no existeixen estudis publicats que corroborin l'eficàcia d'aquest tipus de teràpies en els tractaments dels TCA.

En el sentit més bàsic, l'art teràpia és l'ús terapèutic de les arts creatives com el dibuix, el ball, l'escriptura i el teatre. Sovint l'implementa un terapeuta que, segons l'American Art Therapy Association (AATA), ha d'estar titulat en art i teràpia mitjançant un curs que ho acrediti (AATA, 2002). Els art terapeutes utilitzen bases teòriques de la psicologia combinades amb formes d'art creatives de manera que tot plegat proporcioni un creixement personal i un canvi positiu en els clients.

Ara bé, encara que l'art teràpia ha estat utilitzada clínicament durant més d'un segle (Junge, 1994), la majoria d'estudis publicats en aquesta àrea consisteixen en estudis de casos o discussions teòriques amb molt poc èmfasis en els resultats (Reynolds, Nabors i Quinian, 2000). És més, dintre del terreny específic dels trastorns alimentaris, no he sigut capaç de trobar evidència d'estudis empíricament vàlids duts a terme amb aquest tipus de trastorns.

Malgrat la manca d'estudis específics d'aquest terreny dels TCA, sí que existeixen alguns assajos clínics amb supervivents de traumes i pacients psiquiàtrics en l'àrea de l'art teràpia. Chapman et al. (2001) van observar els efectes de l'art teràpia en nens que havien patit esdeveniments traumàtics però no van trobar cap reducció significativa de la simptomatologia de l'estrès post traumàtic entre aquells pacients que rebien art teràpia i els que rebien un tractament hospitalari estàndard. Green,

Wehling i Talsky (1987) van analitzar la teràpia tradicional versus la teràpia tradicional junt amb l'art teràpia en pacients psiquiàtrics crònics durant 20 setmanes i van trobar diferències significatives entre tots dos grups pel que fa a les actituds sobre sí mateixos i les relacions amb els altres. En un sentit més ampli, Koerlin, Nybaek i Glodberg (2000) van estudiar l'art teràpia en un grup de 58 individus amb una àmplia gamma de símptomes psiquiàtrics durant un període de quatre setmanes. Aleshores, encara que hi havia una variació considerable en la reducció de la simptomatologia entre els diversos pacients, el 88% dels individus que van completar el programa d'art teràpia van mostrar millores significatives en la reducció dels símptomes, sobretot en el subgrup de supervivents de traumes. Tanmateix, en aquest estudi no queda del tot clar si els resultats positius aconseguits per Koerlin et al. (2000) van ser el resultat del tractament amb art teràpia ja que no hi havia cap grup control per poder fer una comparació. A més, no seria adequat generalitzar els resultats d'aquests estudis en clients amb trastorns alimentaris perquè la simptomatologia és molt diferent.

OBJECTIUS

Degut a la manca d'estudis empíricament vàlids sobre la utilització de l'art teràpia en el tractament dels trastorns alimentaris, el propòsit d'aquest treball és el de destacar, explorar i aprofundir en els diferents tipus d'art teràpia utilitzats en el tractament dels TCA, així com estimular la discussió pel que fa a les investigacions futures sobre art teràpia i el tractament dels trastorns alimentaris.

Per tant, l'objectiu d'aquest treball serà el de donar una visió de què és l'Art Teràpia, les eines de què disposa (dibuix, ball, escriptura i teatre), i del seu paper en el tractament dels TCA.

L'ART TERÀPIA

1. Història de l'art teràpia

L'art existeix des de temps immemorials. Ja des de les cultures més ancestrals, les persones han creat imatges i objectes que posseeixen la capacitat de reflectir tant el món extern com el món intern; des de la inquietud i l'interès per arribar a una comprensió més profunda d'un mateix i tot el que ens envolta. Així doncs, podríem dir que les arts tenen cert paper transformador en l'individu. L'art teràpia utilitza aquesta capacitat per explorar, expressar i elaborar conflictes emocionals, que en alguns casos es difícil posar en paraules. Posem com a exemple el dibuix; mitjançant les imatges es poden expressar gran varietat de situacions emocionals: situacions de frustració i rebuig, plaer, amor, odi, ansietat o sentiments de culpa, etc. Per tant, com deia Corman (1967) *"durant l'execució d'un dibuix, les reaccions de mal humor, tristesa, alegria o còlera poden ser molt significatives de les relacions del subjectes amb el personatge o l'escena que està representant"*. És a dir, que fa possible traslladar l'estat anímic al paper sense que l'individu, sovint, se n'adoni.

Encara que l'art teràpia com a eina per al tractament psicològic sigui relativament recent en el nostre país, aquesta té una història extensa a Estats Units i Anglaterra, d'on van sorgir els pioners de l'art teràpia com a disciplina.

A Estats Units, l'art teràpia apareix com a professió per mitjà de persones formades en art i psicologia com la Margaret Naumburg, l'Edith Kramer i la Florence Cane. Naumburg, en la seva primera monografia publicada (1947), utilitza històries de casos recopilades entre els anys 1943 i 1947 referents a l'expressió lliure de l'art i contempla l'activitat de l'art i la creació d'objectes com versions específiques de l'art teràpia. Per Naumburg, l'expressió artística era la manera a través de la qual es manifestaven les imatges inconscients que contenien els conflictes. La seva postura era que un cop els conflictes eren específics, aquests es poden entendre més fàcilment pel pacient i pel terapeuta i, junts, arribar a la seva resolució. Aleshores, per a aquesta autora, la creació d'imatges és més capaç d'arribar a aquesta resolució que les paraules. Aquesta obra va ser continuada per Florence Cane, que entenia l'art com una forma de discurs

simbòlic, i que desenvolupa mètodes per alliberar l'expressió artística i diferenciar els dos camps de saber de l'art teràpia i l'educació artística com mètodes de psicoteràpia i de pedagogia. D'altra banda, la importància de l'activitat de l'art com un procés curatiu en sí mateix va ser destacat per una altra fundadora americana, l'Edith Kramer. Kramer treballava amb nens i preadolescents dels suburbis de Nova York amb teràpia per mitjà de l'art, orientada al creixement personal i a la rehabilitació. Aquesta autora considerava que el procés de creació feia possible exterioritzar, tornar a experimentar i resoldre sentiments conflictius (Kramer, 1958), la qual cosa la va portar a establir les bases del tractament de l'art teràpia pel control de l'agressivitat i la prevenció de riscos d'addicció en contextos conflictius.

Pel que fa a l'aparició d'aquesta disciplina a Anglaterra, allà s'estava estenent en contextos hospitalaris o ambulatoris la utilització de la creació plàstica com instrument de curació, rehabilitació o inserció social dels pacients. Per exemple, hi ha el cas d'Adrien Hill, un malalt de tuberculosi que passava el seu temps dibuixant i, al veure que les seves produccions artístiques l'ajudaven a recuperar-se, va anar desenvolupant la idea de l'art teràpia com una manera de contribuir al procés curatiu d'altres malalts. Aleshores, al 1941, publica "*La terapèutica por el Arte*" i es dedica a organitzar exposicions de pintura a hospitals. D'altra banda, a Anglaterra també hi trobem l'educadora Marie Petrie, que es va veure molt influenciada per les idees de Kramer i que, com ella, es va centrar en la curació i els aspectes integrats de l'art.

En canvi, a Espanya, la seva aparició es duu a terme més aviat en el seu format acadèmic en l'última dècada del segle XX i, més endavant, en l'àmbit de la psicoteràpia i en l'hospitalari de psiquiatria, que és d'on provenen les primeres aproximacions. Actualment, l'art teràpia s'ha anat estenent per diferents camps d'investigació i intervenció com el social (en casos de violència de gènere, maltracte domèstic, abús sexual, situacions d'exclusió social, institucions penitenciàries...), l'educatiu (sobretot en casos d'educació especial i immigració) i en el camp clínic, que és on s'han estès més les seves aplicacions en diverses patologies (especialment amb malalts d'esquizofrènia, trastorns de la personalitat, TCAs i toxicomanies).

2. Descripció i conceptes bàsics

Segons l'Associació Americana d'Art Teràpia (American Association of Art Therapy), l'art teràpia és l'ús terapèutic de l'activitat artística, en el context d'una relació professional, per persones que experimenten malalties, traumes o dificultats en la vida, així com per les persones que busquen un creixement personal. Per tant, l'art teràpia és un acompanyament de persones amb dificultats (psicològiques, socials, físiques o existencials) per mitjà de les seves produccions artístiques, obres plàstiques, sonores, teatrals, literàries o corporals. És un treball que utilitza les vulnerabilitats com a material fent possible que l'individu es torni a crear a sí mateix en un recorregut simbòlic (sense intentar descobrir les significacions inconscients de les produccions artístiques). És a dir que es tractaria de crear "posades en escena imaginàries d'un mateix", declinacions de la pròpia identitat a través de formes artístiques en un procés creatiu que provoqui progressivament la transformació del subjecte creador, que li atribueixi un sentit, partint del seu dolor, de la seva alegria, de la intensitat dels seus ideals, per fer de tot això el material per un desenvolupament personal (Klein, 2009). D'aquesta manera, l'art teràpia també és l'art de projectar-se en una obra i treballar-hi per a treballar sobre un mateix.

Així doncs, mitjançant la creació de l'art i el fet de reflexionar sobre tot el procés i el treball artístic que n'ha resultat, els individus poden ampliar el coneixement de sí mateixos i dels altres, augmentar la seva autoestima, treballar millor els símptomes, l'estrès i les experiències traumàtiques, desenvolupar recursos físics, cognitius i emocionals i gaudir del plaer de fer quelcom artístic. Edith Kramer ho explicava en un dels seus llibres; que pel simple fet de crear, el conflicte es torna a experimentar, es resolt i s'integra, ja que amb les creacions artístiques les experiències humanes s'aprofundeixen i, gràcies a donar-los forma, és possible la seva racionalització interior. *"L'aspiració bàsica del terapeuta és fer accessibles a persones pertorbades el plaer i la satisfacció que el treball creatiu poden proporcionar i, (...) fer que aquestes experiències siguin significatives i valuoses per la seva personalitat total"* (Kramer, 1958).

D'altra banda, l'art teràpia no busca ser un test projectiu, no serveix per elaborar un diagnòstic, així com tampoc funciona per a revelar la problemàtica d'una persona. L'art teràpia no és un projecte sobre la persona, sinó un projecte amb la persona, a partir del seu malestar i el seu desig de canvi. L'art teràpia tampoc es limita a una expressió amb l'objectiu de proporcionar una descàrrega i un alleujament momentani. No funciona com a teràpia emocional ni busca la catarsis; l'objectiu no és desfer-se d'allò que molesta, sinó transformar-ho en creació d'un mateix. Per tant, aquesta disciplina és un projecte que intenta respondre al desafiament de la transformació que suposa una malaltia física o mental, el malestar o la marginalitat. D'aquesta manera, el dolor, el trauma, es converteixen en proves que la persona ha de superar per tal de convertir-les en una etapa en el seu camí. Finalment l'art teràpia no opera principalment en el "jo" de la introspecció, sinó que és una forma de parlar d'un mateix sense haver de dir "jo". Per tant, el procés vindria a ser com una "autoteràpia" que el pacient duu a terme a través de les seves produccions, la qual cosa permet traçar un recorregut simbòlic cap a un "ser més" que necessàriament comprèn un "estar millor".

3. Ús terapèutic de les arts

Des de la disciplina de l'art teràpia es parteix del supòsit que la creativitat i la salut són instàncies correlacionades en l'existència humana, i que els processos de creació artística, per la seva qualitat innovadora i transformadora, tenen un potencial terapèutic i curatiu intrínsec. Alguns autors van subratllar la creativitat com un procés de vida, com un procés d'expansió de la consciència que porta al desenvolupament, al creixement, i a l'enfortiment interior. Rogers, per exemple, deia que *"la causa principal de la creativitat sembla ser la mateixa tendència que descobrim en un nivell profund com la força creativa de la psicoteràpia – la tendència de l'home per realitzar-se a ell mateix"* (Rogers, 1961). Per tant, l'art és vist com a quelcom connectat a processos vitalitzadors, de creixement, de funcionament saludable, d'autorealització i d'allargament del camp de les experiències de la vida. Creure en aquest potencial seria la base del treball fet en art teràpia.

Un altre aspecte important sobre l'ús terapèutic de les arts, es basaria en l'artifici de la descripció d'un personatge que, sovint, permet al pacient desvelar-se com més autèntic i de forma més profunda. És a dir, el fet que la persona "parli" per mitjà de les formes artístiques, és una manera de dir la veritat utilitzant allò simbòlic. Per tant, com que en les produccions no figura la persona de manera explícita, en l'art teràpia s'espera que aquestes produccions quedin impregnades de les problemàtiques pròpies del subjecte. Les experiències en la creació poden representar actes de violència, d'agressivitat, de pèrdues, sentiments, etc., i ho fan de forma indirecta sense una intencionalitat. Així doncs, es proposa a la persona passar d'un discurs basat en primera persona, en el "jo", l'aquí, l'ara, a un discurs basat en "ell", un discurs de ficció. Es tracta de crear representacions imaginàries d'un mateix, de declinacions de la seva identitat, mitjançant formes artístiques que provoquin mica en mica la transformació del subjecte creador, que li indiquin un sentit, i que parteixin del seu dolor i alegria. És aleshores que la persona pot comprendre que a través del seu caminar, pot transformar els obstacles en proves, és a dir recolzar-se sobre les seves dificultats tant exteriors com interiors per continuar el seu camí i ser una mica més amo del seu destí (Klein, 2006). Per tant, el treball de producció en teràpia significa el rebuig de l'home a enfonsar-se en el mal, la desgràcia, la malaltia i el malestar.

Dit això, l'art teràpia es dirigeix a totes les arts sense excepció transformant-les en vies de coneixement, en el seu sentit més ampli, i desenvolupament personal. A més, l'art teràpia permet una epistemologia i obliga a una reflexió sobre el sentit de cadascuna de les arts.

3.1. Les arts visuals

Una de les situacions més comuns en art teràpia és la del dibuix. Un pacient consulta a un art terapeuta per les seves dificultats, però aquest li proposa jugar amb l'imaginari a partir del dibuix, d'explicar la història d'un personatge que el pacient imagini. Aleshores, el pacient donarà un primer pas cap al desbloqueig, deixant-se portar per les imatges que li vinguin, les formes, els colors... fins a deixar que els traços que ell realitza en el paper configurin el seu món íntim i poc a poc vagi accedint al lloc més profund del seu ser. Per tant, les arts visuals fan possible que les persones que pateixen puguin distanciar-se de tot allò que els produeix malestar, objectivant-ho i fent sortir les formes que tenen dins per poder treballar amb elles. Així doncs, l'art teràpia crea la distància necessària entre la investigació en directe sobre un mateix i allò que no pot ser expressat, precisament per a que pugui arribar a ser representat allò que no es pot dir sense massa cruessa. Es tracta d'un enunciat solemne i lúdic, que en el fons la persona sap que tracta de sí mateix, però on els riscos són menys que si la persona s'agafa com a objecte directe de manipulació (Klein, 2009). Aleshores, el tractament que es faci d'aquesta procés, permet un anar i venir entre allò verbal i no verbal, la disposició i la comprensió, l'inconscient i la consciència, en una oposició complementària entre l'elaboració artística i la racionalització.

3.2. L'escriptura

Els iniciadors dels tallers d'escriptura van ser dos, Queneau (1960) i Bing (1959), que feia escriure als nens i després va començar a impartir cursos d'escriptura a formadors, educadors, etc. Segons Cadoux (Klein, 2009), el taller d'escriptura és una *“manera de restaurar la primera narració maternal la qual cosa hauria de permetre que el nen es transformés en subjecte de la seva pròpia història”*.

Sovint, en aquesta modalitat, s'utilitzen històries inventades pel pacient amb l'objectiu de facilitar l'exploració d'un mateix; ja que les revelacions acostumen a ser més profundes quan la persona pot "amagar-se" entre les produccions que realitza sense presentar-les com a quelcom personal. Per tant, tot intent de justificació, s'atenua en la ficció de manera que l'escriptura pot revelar millor el "jo" que una presentació directa malgrat que sigui sincera. Així doncs, els dubtes, les pors, tot allò que un vol arribar a ser, les persones que un estima i les que li han fet mal, les esperances, els ideals..., tot plegat s'uneix, barrejat en la ficció, mostrant el món intern de la persona.

3.3. El teatre i la dramateràpia

El precursor de la dramateràpia és Jacob Levi Moreno (1923), que va crear algunes de les formes actuals de la psicoteràpia i també del teatre contemporani. Va inventar les pràctiques i les denominacions de psicodrama, sociometria, psicoteràpia de grup i teatre de l'espontaneïtat. A més, aquestes pràctiques tenen els fonaments de la teoria dels rols, de l'escena i de la incorporació de rituals, que més tard reapareixen en la dramateràpia com els seus nuclis principals. Per tant, Moreno també va ser el creador del joc de rols, una tècnica molt utilitzada per algunes corrents terapèutiques com la sistèmica i la gestàltica. Per Moreno, la malaltia i els problemes psicològics estan en funció del rol (1959). Una de les seves idees fonamentals del psicodrama es basa en el supòsit que per poder conèixer a les altres persones necessitem aprendre a veure'ns a través dels ulls dels altres i ells, a través dels nostres.

Aleshores, és precisament l'ús del role play la base del treball psicodramàtic. Moreno considera que les persones són conegudes i avaluades per el "jo" i els altres a través dels rols que juguen. Cada rol consisteix en una sèrie de conductes determinades que el diferencien d'altres rols. Al mateix temps cada grup social i ètnic té expectatives de com jugar cada rol. Llavors, la tècnica psicodramàtica consisteix en una sèrie de jocs de rols basats en situacions en la interacció de quatre elements: el director, el protagonista (el pacient), els "jos" auxiliars (els altres significatius en la vida del pacient) i els dobles (les veus internes que té el protagonista). Per mitjà de la interacció d'aquests quatre elements el protagonista explora la seva problemàtica en la situació

grupals. També existeix un cinquè element que és el públic (o la resta de participants) que tenen l'oportunitat d'identificar-se amb la problemàtica del protagonista. Al final de la sessió es comparteixen les experiències viscudes i es dóna un espai per que tots els participants puguin fer connexions amb les seves vides pròpies. De fet, la definició de dramateràpia que proposa l'Associació Britànica de Dramaterapeutes és "*l'ús intencional del drama i processos teatrals i tècniques relacionades per aconseguir certes metes terapèutiques com l'alleugeriment simptomàtic, l'integració emocional i física, i el creixement personal*" (Torres-Godoy, 2001). Moreno, descriu la seva tècnica com la ciència que explora "la veritat" per mètodes dramàtics. Així doncs, els objectius del psicodrama són afectius, de conducta i cognitius. El pacient pot expressar els seus sentiments més profunds i la seva integració, la qual cosa ocorre quan aquest aconsegueix entendre la seva situació i troba maneres més adequades de resoldre la seva problemàtica.

D'altra banda, Moreno també té una forta implicació en el teatre espontani, on la regla del joc és representar els conflictes ja que "*tota segona vegada, si és autèntica, allibera a la primera*" (Klein, 2009). Aquest tipus de teatre està basat en una filosofia humanista i en la certesa que la creativitat pot canviar l'ésser humà i les seves relacions amb els altres i com a conseqüència impulsar el canvi de les estructures familiars, escolars, laborals, ciutadanes i, finalment, canviar el món.

Finalment, entre les diferents experiències de teatre en teràpia podem ressaltar els tallers "persona – actor – personatge", en els que es tracten les dificultats de la persona per mitjà de les de l'actor que la persona intenta ser. També hi trobem el teatre fòrum, on un o diversos personatges interpreten la voluntat de canvi i les dificultats per aconseguir-ho, i els altres representen una voluntat més debilitada o una coacció més forta. O el teatre playback (Fox, 1975), on s'evoca un record o un somni del pacient que en aquest cas fa de director de l'obra, i els altres participants l'interpreten.

3.4. La dansa

La dansa com a modalitat terapèutica apareix per primer cop als Estats Units en la dècada dels 40 de la mà de Marian Chace, Trudi Schoop, Lilian Espenak i Mary Whitehouse.

Aquest tipus d'art teràpia neix de la dansa en la seva forma més simple: dels moviments naturals i espontanis de l'ésser humà. És una tècnica corporal que interrelaciona l'art i la psicologia per l'atenció dels problemes de salut i l'aprenentatge en un procés d'integració psicofísica. De fet, des de l'antiguitat l'home ha utilitzat la dansa com un mitjà d'expressió dels seus pensaments, sentiments i creences, de manera que el moviment suposa un canal d'expressió a través del qual un pot manifestar la seva interioritat. Així doncs, és a partir d'aquesta expressió de l'interioritat de les persones a través de la dansa i el moviment, que es permet el sorgiment i posterior desenvolupament de la creativitat, l'expressió i la sensibilitat afavorint l'acceptació d'un mateix i dels altres. Per tant, a través d'aquesta tècnica, es considera que s'augmenta el plaer i el benestar, es superen inhibicions, i s'aprèn a conèixer i a expressar emocions. La dansa allibera el potencial creador de l'individu i proporciona uns efectes terapèutics.

Aquesta modalitat és un recurs terapèutic que permet abordar i incloure el cos a través del llenguatge de la dansa i està dirigida a desenvolupar la nostra harmonia interior i augmentar el coneixement de nosaltres mateixos. És una dansa sense unes regles preestablertes. Cadascú pot trobar la seva pròpia expressió individual. L'individu sempre pot dosificar la intensitat de la seva dansa segons les seves pròpies possibilitats interiors, de manera que el cos pot acabar expressant diferents símptomes, problemàtiques i inhibicions diverses. Per tant, la lectura que es realitza a través d'aquesta tècnica de psicoteràpia corporal permet comprendre i treballar símptomes que generalment no s'expressen amb paraules.

4. El paper de l'art - terapeuta

Els art terapeutes poden procedir de diferents àmbits: el socioeducatiu (professors, logopedes, pedagogs, educadors, treballadors socials...), l'artístic (pintors, escultors, ballarins, actors, músics...) i el sanitari i terapèutic (psicòlegs, metges, psiquiatres...). Ara bé, sempre és necessària una formació que ofereixi eines de treball i recursos suficients per facilitar l'atenció i l'ajuda a persones amb dificultats socials, educatives o personals de manera que el treball que realitzin a partir de les seves creacions artístiques generi un procés de transformació positiva de sí mateixes. Aquesta formació no pretén ensenyar a desxifrar, diagnosticar o interpretar a partir de la producció de l'altre, sinó que proposa vivenciar el procés de creació i transformació, a nivell individual i grupal, com punt de partida per la reflexió sobre una metodologia pròpia d'acompanyament de la persona en demanda (Klein et al., 2006).

Així doncs, la relació d'ajuda i acompanyament es realitzen a través de les creacions i produccions artístiques que la persona va generant; un acompanyament no invasiu, subtil i sobri des d'una perspectiva activa, intuïtiva i sense preses. Per tant, l'acompanyament ha de ser discret i l'art terapeuta no ha de ser excessivament complaent ni intrusiu. Ha d'intervenir però no per dir què s'ha de fer de forma directiva, sinó per ajudar al subjecte a portar la producció artística de la millor manera possible. Només en aquells casos en els que el pacient fracassi, l'art terapeuta podrà intervenir mínimament per modificar una mica les condicions de la producció per que la persona pugui evolucionar si aquesta és massa repetitiva. D'aquesta manera, la direcció de l'acompanyament marcarà la direcció de la relació terapèutica. El camí a seguir no està establert, no es fixa un recorregut; simplement s'acullen les produccions i s'ofereix una orientació en el sentit de proporcionar una major claredat. Es poden fer suggerències, per oferir noves possibilitats i alternatives a la persona que parla i es comunica a través de les seves produccions. Per tant, és una intervenció que parteix de la persona, de la història de cadascú, tenint clar que no hi ha dues vides iguals i que el mètode de l'art teràpia s'ha d'adaptar a cada pacient. És a dir que per cada subjecte particular es desplegarà un projecte terapèutic singular. La pràctica terapèutica s'ha de reinventar una i una altra vegada, ja que no pot ser prevista ni reglada. Cada intervenció terapèutica constitueix un procés d'investigació adaptat a cada cas

particular. Klein (2009) ho descriu molt clarament: *“no és un recorregut cognitiu, sinó un descobrir junts, un estar obert a les sorpreses que puguin aparèixer, (...) acompanyar és també un treball sobre un mateix, que comporta una escolta i una disponibilitat cap a l'altre i una escolta cap a un mateix”*.

D'altra banda, a diferència de la psicoteràpia clàssica on el pacient s'expressa en primera persona, l'art terapeuta introdueix una distància i proposa passar d'un discurs en primera persona (jo) a una producció en tercera persona (ell), invenció de ficcions, per mitjà del llenguatge verbal o d'altres llenguatges. Dintre d'aquest marc terapèutic, la persona elabora produccions creatives com a moments més o menys enigmàtics del seu procés personal, maneres de representar els seus conflictes, les seves pors i les seves aspiracions (Klein, 2009). Així doncs, el rol del terapeuta és acompanyar el recorregut simbòlic d'una producció a una altra, fer sortir una forma (moviment gràfic, gestualitat espontània, etc.) que ja està allà de manera potencial, intervenint amb prudència en el llenguatge que s'utilitza. A més, en l'art teràpia els símptomes no s'ataquen directament, sinó que es respecten les defenses, i s'envolten les resistències en un espai que es mou en un simbolisme ambigu.

Tenint tot això en compte, podríem dir que les funcions de l'art terapeuta estan relacionades principalment amb ajudar a establir un vincle de confiança amb cada participant des de l'escolta activa, l'auto-observació i la reflexió. Des d'aquí pot fer preguntes o sol·licitar aclariments, sempre amb la intenció que sigui el pacient el que realitzi la tasca de “donar-se compte”. Per tant, l'art terapeuta no es dedicarà a interpretar o avaluar les obres ni el seu contingut ni la seva forma. Com diu Montse Omenat (2006), és un mediador que facilita la participació de tots, així com la contenció, estimulant la creació i el joc.

ELS TRASTORNS DEL COMPORTAMENT ALIMENTARI

1. Descripció

Tot i que etimològicament parlant podríem dir que un trastorn de la conducta alimentària (TCA) es refereix a totes aquelles circumstàncies que suposen una disfunció en el comportament alimentari, la realitat és que, quan parlem d'un TCA, no només ens referim a la presència d'un hàbit alimentari inadequat o una preocupació excessiva per aprimar-se, sinó que sota l'etiqueta de TCA existeix una patologia molt complexa. Desequilibris emocionals, trastorns de la personalitat, distorsions perceptives, pensaments obsessius, autovaloracions negatives, etc. Tot plegat fa palesa la gran complexitat d'aquest trastorn.

Ara bé, tot i aquesta complexitat, la classificació dels TCA s'ha basat principalment en criteris descriptius. D'aquesta manera s'han diferenciat:

- Trastorns quantitius, que comprendrien les anomalies per excés de la ingesta (bulímia) i per defecte (rebuig alimentari i anorèxia).
- Trastorns qualitius que inclourien, per exemple, la pica i la rumiació.

A partir d'aquests criteris en el DSM-IV-TR (APA, 2000) apareixen recollides dues categories principals dintre dels TCA, com són l'anorèxia i la bulímia nervioses, així com una tercera categoria que engloba els TCA no especificats:

Classificació dels trastorns de la conducta alimentària (DSM-IV)
Anorèxia nerviosa
Tipus restrictiu
Tipus compulsiu/purgatiu
Bulímia nerviosa
Tipus purgatiu
Tipus no purgatiu
Trastorn de la conducta alimentària no especificat
Casos parcials atípics d'anorèxia nerviosa

Casos parcials atípics de bulímia nerviosa
Trastorn compulsiu (trastorn per afartament)

→ Epidemiologia: La seva prevalença pot oscil·lar entre el 1 i el 4% de les adolescents i dones joves. L'1% de les dones entre 15 i 30 anys presenten conductes de l'espectre de l'Anorèxia Nerviosa (AN) i el 5% de la Bulímia Nerviosa (BN). En el món occidental les alteracions del comportament alimentari constitueixen la tercera causa de malaltia crònica en nens i adolescents (sobretot en noies adolescents). En un estudi epidemiològic realitzat en una població adolescent femenina espanyola (Pérez-Gaspar, 2000) es va demostrar una prevalença global de trastorns de la conducta alimentària del 4,1% amb un 0,3% que corresponen a AN, un 0,8% a BN i un 3,1% a TCA no especificats. A més, s'ha demostrat que hi ha grups especialment vulnerables, com certs atletes, esportistes de disciplines, que posen especial èmfasis en el fet d'estar prim per millorar el rendiment o l'aparença. Per exemple, ballarines de ballet, dansa, patinadores i gimnastes, corredors de fons, models, etc., presenten un risc incrementat per la AN i altres TCA. D'altra banda, contràriament a la opinió popular que havia limitat els TCA a les classes altes, també s'ha demostrat que aquests es distribueixen de forma uniforme en totes les classes socials (Garfinkel i Garner, 1982). L'escassa prevalença dels TCA a Àsia, Àfrica i la població negra nord-americana (Pumariega et al. 1984) no s'ha d'interpretar sobre la base de suposades diferències biològiques interracials, sinó en funció de factors socioculturals, de manera que existiria una relació clara entre certs factors socioculturals occidentals i la presentació de casos (Toro i Vilardell, 1987).

Pel que fa a l'AN, el quadre clínic és el d'una adolescent entre 12 i 20 anys que presenta la triada simptomàtica d'aprimament, anorèxia i amenorrea. L'inici del quadre coincideix amb l'adolescència en un 80% dels casos. A partir dels 13 anys la freqüència s'incrementa ràpidament fins arribar a una màxima freqüència d'inici als 17 o 18 anys, de manera que l'edat promig se situa al voltant dels 16 i 17 anys. Si bé l'inici del quadre en nenes menors de 10 anys o en dones que passen dels 30 es considera estadísticament irrellevant, l'experiència clínic demostra un augment evident dels casos d'inici prepuberal i un 5% dels casos iniciats a partir dels 20 anys. Encara que la

presentació del quadre en nois i homes no es considera excepcional, tots els estudis realitzats demostren una prevalença no superior al 10% dels casos (Crisp, 1980; Fichter et al., 1985).

La BN també s'associa principalment al gènere femení tot i que, generalment, el seu inici es presenta en dones majors que les que tenen AN. Normalment apareix cap a la meitat i el final de l'adolescència, essent l'edat d'inici entre els 15 i 20 anys, de manera que l'edat promig se situaria al voltant dels 17 i 18 anys.

2. Tipus

2.1. Anorèxia Nerviosa

L'AN és un trastorn alimentari que porta a les persones a perdre més pes del que es considera saludable per la seva edat i estatura. Ara bé, la seva simptomatologia està centrada, no en l'anorèxia en si, sinó en el desig irrefrenable d'estar prim/a i la consegüent resistència a menjar o a retenir el que s'ha ingerit. A més, també existeix una alteració significativa de la percepció de la pròpia imatge, una por intensa a guanyar pes o a convertir-se en obès (tot i estar per sota del pes normal) i en les dones post puberals també hi ha presència d'amenorrea.

Pel que fa als tipus d'anorèxia, trobem:

- *Tipus restrictiu*: Durant l'episodi d'anorèxia nerviosa, el subjecte no presenta afartaments o purgues.
- *Tipus compulsiu/purgatiu*: Durant l'episodi d'anorèxia nerviosa, l'individu presenta de forma regular afartaments o purgues (mitjançant vòmits, laxants, diürètics o enemes).

→ Simptomatologia:

Síntomes conductuals: restricció en l'alimentació amb l'objectiu de baixar de pes, disminució o ingesta excessiva d'aigua o líquids, conducta alimentària estranya (esmicolar el menjar, repartir-lo pel plat, etc), augment de l'activitat física, insomni, irritabilitat, ús de laxants, diürètics i provocació del vòmit, simptomatologia depressiva...

Síntomes cognitius: preocupació excessiva pel pes, percepció de la imatge corporal alterada, por intens a guanyar pes, negació de la malaltia, dificultat de concentració, desinterès per activitats recreatives, por a perdre el control, simptomatologia obsessiva...

Síntomes fisiològics: amenorrea, anèmia moderada, dolor abdominal, hipotensió, hipotèrmia, pell seca, bradicàrdia, alcalosis, acidosis, leucopènia, estrenyiment, anormalitats difuses en el electroencefalograma...

→ Factors predisposants: Dintre d'aquests factors hi tindriem els *factors predisposants individuals*, que serien les alteracions cognitives en un estil de pensament concret amb raonament dicotomitzat (Brunch, 1979), els trastorns psicopatològics i certs trets bastant característics del grup de les anorèxiques restrictives com el perfeccionisme, el conformisme, la necessitat d'aprovació, la hiperresponsabilitat i la manca de resposta a les necessitats internes.

D'altra banda, també tindriem els *factors familiars*. Palazolli (1974) i Minuchin (1978) van dur a terme estudis de la família de les anorèxiques i van descobrir que, sovint, l'entorn de moltes pacients comparteix certes característiques com la sobreprotecció, un nivell alt d'aspiracions, la rigidesa... A més, també s'ha demostrat que els factors genètics tenen molta influència en la etiologia dels TCA, de manera que els familiars d'un pacient amb TCA tenen un risc quatre vegades superior a presentar el trastorn que els familiars de controls no afectats. També s'han fet estudis on es relaciona la AN amb els trastorns afectius, ja que la presència de simptomatologia depressiva en pacients anorèxiques és prou alta. Ara bé, si per alguns autors la relació s'establiria sobre la base que el trastorn d'alimentació predisposaria a la depressió i no al contrari (Laessle i cols., 1987), per d'altres autors la relació entre AN i trastorns afectius seria més profunda (Hudson i cols., 1987).

Finalment, també trobem *factors socioculturals* que juguen un paper important en els TCA. Alguns d'ells serien la sobrevaloració d'estar prim/a, el canvi del paper de la dona en les societats occidentals, la pressió publicitària, etc. Ara bé, els estudis mostren que només un petit percentatge de joves sotmesos als patrons culturals i estètics imperants en la nostra societat presenten el quadre.

Així doncs, tenim que la vulnerabilitat biològica de l'adolescència i els problemes familiars i socials poden combinar-se amb un clima social determinat per originar la conducta alimentària típica dels anorèxics, que en el 95% dels casos són dones.

→ Factors precipitants: El principal factor precipitant és la dieta restrictiva. A més, sovint també es pot identificar una reacció depressiva com a factor desencadenant, així com situacions de canvi o esdeveniments vitals estressants.

→ Factors mantenidors: A part dels factors predisposants no resolts, hi trobaríem un factor fonamental: les alteracions psicopatològiques degudes a la desnutrició. Un estudi de Keys i cols. (1950) va assenyalar que la desnutrició comportava l'aparició de simptomatologia obsessivocompulsiva, irritabilitat, labilitat emocional, pèrdua de la capacitat de concentració, etc. A més, es posa de manifest que aquesta simptomatologia cedeix amb la realimentació (un aspecte que ha sigut de gran importància a l'hora d'abordar l'intervenció terapèutica).

2.2. Bulímia Nerviosa

La BN és un trastorn que porta a les persones a patir episodis regulars d'ingesta excessiva d'aliments i que es percep amb una sensació de pèrdua de control. Aleshores, la persona afectada utilitzaria diversos mètodes compensatoris per evitar pujar de pes com la provocació de vòmits, l'ús excessiu de laxants, diürètics, enemes i altres fàrmacs, i exercici excessiu. Sovint, aquestes purgues provoquen una sensació d'alleugeriment. A més, l'autoavaluació acostuma a estar lligada, de forma exagerada, al pes i a l'aspecte físic.

Pel que fa als tipus de bulímia, trobem:

- *Tipus purgant*: Durant l'episodi de BN, l'individu es provoca de forma regular el vòmit o utilitza laxants, diürètics o enemes en excés.
- *Tipus no purgant*: Durant d'episodi de BN, l'individu realitza altres conductes compensatòries inapropiades com l'exercici físic excessiu o la restricció del menjar, però no recorre al vòmit, als laxants, als diürètics o als enemes.

→ Simptomatologia:

Síntomes conductuals: Afartaments de menjar en secret, restricció dietètica, amagar menjar en diversos llocs de la casa, ingestió de grans quantitats d'aigua, cafè, llet i begudes light, consum intensiu de xiclets sense sucre, consum indiscriminat de cigarrets per disminuir l'ansietat de menjar, rebuig dels menjars socials, vòmits provocats, ús massiu de diürètics, laxants i enemes,

augment de l'exercici físic, disminució del rendiment escolar o laboral, absentisme...

Síntomes cognitius: Por intensa a augmentar de pes, trastorn greu de la imatge corporal, negació total o parcial de la malaltia, ansietat pel menjar, dificultats de concentració, raonament empobrit, por a la pèrdua de control, ideacions depressives, sensació de culpa, baixa autoestima, aïllament, perfeccionisme, oscil·lacions de l'estat d'ànim...

Síntomes fisiològics: Hipopotasèmia, alcalosis, diarrees, pèrdua de l'esmalt dental, augment de les glàndules salivals, irregularitats menstruals, amenorrea, hiponatremia, hipocloremia...

→ Factors predisposants: Pel que fa als *factors individuals*, s'ha senyalat en molts estudis que la obesitat o el sobrepès són un factor de risc clau per la bulímia nerviosa ja que, sovint, tots dos aspectes comporten restricció dietètica (la qual cosa és el principal precursor conductual del quadre). Després, si tenim en compte els factors psicològics predisposants, tenim que hi ha certs trets de la personalitat que poden ser predisposicionals com la cerca d'emocions, l'excitabilitat, la manca de persistència i tendència a la disfòria davant de situacions de rebuig o falta de gratificació (Strober, 1991). A més, segons Vitousek i Manke (1994), sota la mateixa conducta bulímica hi trobaríem dos tipus de pacients; per una banda els que es caracteritzen per la presència de desinhibició, inestabilitat afectiva, impulsivitat i dificultats temperamentals, i per l'altra, els que presenten un patró de personalitat més ajustat però sense les característiques obsessives de l'AN, i que desenvoluparien més el quadre en funció de la restricció dietètica.

També tenim els *factors familiars*, on trobem diversos estudis que demostren la influència genètica del trastorn. De totes maneres, sabem que en la AN restrictiva existeix una carga genètica més forta que en la BN (Treasure i Holland, 1989). Això suggeriria que la vulnerabilitat genètica podria actuar directament predisposant a la obesitat o a una estructura de personalitat determinada que, a la vegada, funciona com un factor predisposant pel desenvolupament del trastorn (Fichter i Noegel, 1990; Hsu i cols., 1990; Kendler i cols., 1991).

D'altra banda, pel que fa als *factors socioculturals*, tenim que una excessiva preocupació pel pes i la silueta corporal poden comportar que es desenvolupi una imatge corporal insatisfactoria, la qual cosa es relacionaria amb els valors estètics dominants de la cultura occidental.

→ Factors precipitants: El principal factor precipitant és la dieta com a conseqüència d'un sobrepès viscut de forma desagradable. D'altra banda, entre les situacions que poden comportar un augment de la ingesta hi trobaríem les experiències de pèrdua i rebuig sentimental, familiar, laboral o acadèmic.

→ Factors mantenidors: Un dels principals factors mantenidors de la bulímia nerviosa és precisament la persistència i gravetat dels factors predisposants, ja que la restricció dietètica es mantindrà si la preocupació morbosa pel pes i la imatge corporal no es modifiquen. Finalment, també suposa un factor de manteniment el fet de seguir presentant una conducta disruptiva dels mecanismes reguladors de la conducta alimentària perquè la "restricció-afartament-vòmit" comporta una alteració de la sensació de sacietat.

EL PAPER DE L'ART EN EL TRACTAMENT DELS TCA

Hilde Bruch (1978), un autor que ha escrit de forma extensa sobre la teoria i la pràctica de la psicoteràpia en els TCA, considera que aquests trastorns estan caracteritzats per una pertorbació subjacent en el desenvolupament del "jo", la identitat i l'autonomia; per la qual cosa el procés de teràpia consisteix en descobrir el seu potencial humà i creatiu, així com deixar anar l'autoimatge buida i incompleta que s'amaga darrere la malaltia. Per tant, Bruch va concebre una aproximació terapèutica centrada en cultivar i nodrir el "jo" mitjançant una relació terapèutica on s'introdueixin diferents mètodes de comunicació. Aquí és on entraria en joc l'art teràpia, oferint una ruta alternativa per tal que els pacients desenvolupin la capacitat de relacionar-se amb una altra persona de forma saludable. De fet, si el llenguatge i l'art són considerats tots dos com a formes simbòliques, es podria entendre que l'art ofereix un mitjà de comunicació significatiu (Dokter, 1994).

Bruch (1973) va proposar que l'art teràpia podria ser utilitzada com a mitjà per a estimular la consciència de les emocions dels individus. Mitchell (1980) també considera les produccions creatives com una eina valuosa per al coneixement d'un mateix. Wolf, Willmuth i Watkins (1985) també coincideixen en creure que l'art teràpia ajuda a incrementar aquesta consciència d'un mateix i a reconèixer els sentiments i les emocions, de manera que aquesta disciplina funciona com a forma d'expressió i ofereix l'oportunitat d'incrementar l'autocontrol. D'altra banda, Wolf (1985) també va trobar que l'art serveix com un bon indicador de la problemàtica i dels conflictes que ocupen al pacient. Per tant, segons aquests autors, l'objectiu de l'art teràpia seria ajudar als pacients a trobar formes d'expressió més enllà de les paraules o de la teràpia tradicional, ja que aquestes formes d'expressió, al estar basades en la creativitat, només estaran limitades per la imaginació. A més, l'art també pot ser utilitzat en el creixement personal i per ajudar als subjectes a connectar amb les emocions de les diferents experiències personals.

En el cas concret dels TCA, Bruch (1973) es va adonar que moltes de les pacients amb trastorns alimentaris tenien dificultats reconeixent i expressant els estats emocionals

interns. Des d'aquesta perspectiva, l'art com a mitjà d'expressió disposa de certs avantatges perquè es caracteritza per unes qualitats tangibles i concretes que les paraules no tenen. Un dibuix no desapareix en l'aire com ho fan les paraules. Un sentiment o pensament representat simbòlicament en un paper es pot veure, tocar i reconèixer d'una manera en què les paraules no poden. A més, un dibuix també pot expressar el què el client no pot descriure adequadament amb paraules. Per tant, l'art teràpia implica una manera important de facilitar l'expressió de sentiments, en un espai controlat. Aleshores, si aquests sentiments i emocions són compresos, això possibilita que el tractament segueixi el seu curs.

1. La imatge corporal i l'autoretrat

Abans de comentar el paper que pot tenir l'art teràpia en relació a la distorsió de la imatge corporal característica dels TCA, crec que seria adequat conceptualitzar el concepte d'autoimatge corporal.

Com passa sovint, podem trobar diverses definicions per un mateix concepte; algunes de més globalistes i d'altres més específiques. Per exemple, segons Slade *“la imatge corporal és una representació mental amplia de la figura corporal, la seva forma i mida, que està influenciada per factors històrics, culturals, socials, individuals i biològics que varien en el temps”* (Slade, 1994). En canvi, Raich considera que *“...és un constructe complex que inclou tant la percepció que tenim de tot el cos i de cadascuna de les seves parts, com del moviments i límits que aquest té, l'experiència subjectiva d'actituds, pensaments, sentiments i valoracions que fem i sentim i la forma de comportar-nos derivada de les cognicions i els sentiments que experimentem.”* (Raich, 2000). Ara bé, en termes generals, penso que el concepte d'imatge corporal inclouria:

- Una imatge perceptual: relacionada amb els aspectes perceptius en relació al nostre cos, i que inclouria informació sobre la mida i la forma del nostre cos i les seves parts. És a dir, com veig el meu cos.
- Una imatge cognitiva: que inclouria els pensaments i les creences sobre el nostre cos. És a dir, què penso del meu cos.
- Una imatge emocional: que inclouria els nostres sentiments sobre el grau de satisfacció amb la nostra figura i amb les experiències que ens proporciona el nostre cos. És a dir, com em sento pel que fa al meu cos.

Tenint això en compte, és evident que la imatge corporal que un subjecte pugui tenir de sí mateix influirà en el seu processament de la informació, ja que la manera com percebem el món està influenciada per la forma en què sentim i pensem sobre el nostre cos. D'altra banda, també crec que és important destacar que en la construcció d'aquesta imatge corporal, hi ha implicada la mirada social (l'entorn, la societat) que té els seus propis patrons de bellesa i salut.

Dit això, molta de la literatura sobre la patologia i tractament de l'AN i la BN resalta la inhabilitat dels pacients per experimentar-se a sí mateixos a través de la seva pròpia

identitat (Woodhead et al., 1988). L'art teràpia pot facilitar la llibertat d'expressió, imaginació i autonomia per enfortir i potenciar el desenvolupament de l'ego. A través d'això, aquesta disciplina pot facilitar l'exploració de diversos aspectes dels trastorns alimentaris que, en aquest cas, haurien d'incloure la distorsió de la imatge corporal. D'aquesta manera la pròpia imatge del pacient (o altres produccions creatives) esdevindria el focus d'interacció entre l'art terapeuta i el pacient.

Aleshores, aquí podria entrar en joc l'autoretrat, una obra visual on l'individu representa, tradueix i crea les característiques del seu propi rostre i la seva imatge corporal. Una de les funcions de l'art és la de testimoniar, expressar i explicar com som, de manera que en un autoretrat intervindrà la subjectivitat del subjecte. Per tant, el pacient es representarà a través de la seva mirada i el seu estat anímic es posarà de manifest en l'elecció del posat, els gestos, els colors, etc. L'autoretrat pot, llavors, respondre a una mirada interior que divergeixi del que es veu. Així doncs, en el autoretrat l'elecció de la figura humana es remet al propi subjecte, la qual cosa ens porta a un significat i una intenció diferents, ja que pot parlar-nos de la interioritat d'un ésser humà, però a més, és un mètode per buscar-se i conèixer-se a sí mateix; una instància que va més enllà de la representació. D'aquesta manera podem establir que l'autoretrat també es pot treballar com un procés d'introspecció i d'autoconeixement del propi pacient. En aquest sentit, a través de l'autoretrat el subjecte pot buscar la seva identitat, intentant captar l'essència del seu propi ser, és a dir, tot allò que posseeix i que l'ajudarà a identificar-se i reconèixer-se com a individu únic. Des d'aquest punt de vista, l'autoretrat correspon a un procés personal que antecedeix i determina la relació amb la pròpia identitat de l'artista.

Segons Grinberg (1976), la identitat és el coneixement de la persona de ser una entitat separada i diferent de les altres, és el reconeixement de l'individu en un jo corporal, la qual cosa vol dir que la identitat està determinada per les nostres sensacions corporals, essent la imatge corporal la base d'aquesta identitat perquè manté la diferenciació de cada individu. Tothom s'experimenta a sí mateix com lligat al seu cos. Els ulls, les mans i, en general, el rostre són les àrees més significatives pel reconeixement del nostre propi cos, percebent-lo com el límit entre el "jo" i el món. Quan el concepte d'identitat es fa present, en un sentit visual, corporal, lligat al rostre,

entenem que aquest rostre ens diferencia dels altres, creant així un sentit d'observació i d'introspecció cap a nosaltres mateixos. El nostre rostre ens reafirma com individus, d'aquí la cerca de la identitat a través d'aquest. Això implica una sensació d'identificació cap a un mateix, un autoreconeixement, que es manifesta a través d'una imatge corporal. Per tant, quan un artista intenta il·lustrar la seva pròpia actitud davant del món exterior i l'art, també està il·lustrant la seva pròpia identitat, de manera que podríem concloure que l'autoretrat és identitat.

Si tot plegat ho lliguem amb el que deien Woodhead et al. (1988) sobre la inhabilitat dels pacients amb TCA d'experimentar-se a sí mateixos a través de la seva pròpia identitat i la distorsió de la imatge corporal que presenten, l'art teràpia i en concret l'autoretrat poden funcionar com a eines valuoses a l'hora d'explorar aquestes problemàtiques.



1

¹ Samantha Debroux, Anorexia Self-Portrait, 9 de maig del 2011. Copyright Samantha Debroux. Imatge agafada del lloc: <http://samanthadebrouxartist.wordpress.com/2d-projects/drawing/debroux-003-002/>

2. L'art com a eina de comunicació

Sovint, els pacients que pateixen algun dels trastorns de la conducta alimentària presenten una simptomatologia que pot dificultar la seva capacitat de comunicació (Bruch, 1973) degut al baix pes, entre d'altres. És bastant habitual que aquests pacients es mostrin apàtics, que fa referència a la deixadesa, la indolència i la falta de vigor o energia. Es tracta, en altres paraules, de la impassibilitat de l'ànim, que queda reflectida en la carència d'entusiasme i motivació. També poden mostrar astènia, un terme que designa aquell estat de debilitat, tant físic com muscular, que pateix un individu i que es caracteritza especialment per la falta d'energia i la pèrdua d'entusiasme; així com bradipsíquia, que es considera la lentitud dels processos psíquics del pensament, observable en els estats depressius i de consciència enterbolida. D'altra banda, hi ha estudis que han demostrat que hi ha una relació entre la alexitimia, un desordre neurològic que consisteix en la incapacitat del subjecte per identificar les emocions pròpies i, consegüentment, la impossibilitat de donar-los expressió verbal, amb els TCA. Per exemple, Merino, Godas i Pombo (2001), van voler examinar la prevalença de la alexitimia en una mostra no clínica de subjectes amb actituds alimentàries anòmales, i es va observar que els subjectes amb una tendència a manifestar símptomes de anorèxia ($EAT > 20$) presentaven puntuacions en alexitimia superiors a les del grup control; concretament presentaven una puntuació elevada en les subescales afectives de la TAS-20, és a dir, dificultat per identificar els sentiments i dificultat per descriure'ls, tot i que no presentaven els dèficits cognitius de la alexitimia. A més, tenint en compte que, segons Onnis i Di Genaro (1987), la alexitimia més que un problema individual és el símptoma d'una família que evita el conflicte i les tensions emocionals; en una revisió dels estudis controlats sobre les relacions familiars en els TCA (Espina, Pumar, García Santos i Ayerbe, 1995) es conclou que les famílies de bulímiques són més hostils, deslligades i impulsives, els pares no són empàtics i presenten dèficits en la criança. En canvi, en les famílies de les anorèxiques aquests trets eren menys destacats.

Tot plegat ens pot portar a contemplar les possibles dificultats d'aquests pacients a l'hora de dur a terme una modalitat d'intervenció més tradicional, on la comunicació

és principalment verbal. En aquest aspecte, potser l'art teràpia tindria un cert avantatge sobre les teràpies verbals, ja que pot funcionar com un medi de comunicació sense la necessitat de les paraules, és a dir, no verbal. Pensem que quan una persona produeix una creació artística ens està mostrant els seus pensaments i inspiracions, de manera que poden intentar transmetre què els passa, què pensen, etc. Per aquest motiu l'art podria ser considerat una forma de comunicació. Segons Aranguren (1992) entenem per comunicació *“tota transmissió d'informació que es duu a terme mitjançant l'emissió, conducció i recepció d'un missatge”*; una definició en la qual l'art teràpia hi encaixaria, ja que és evident que existeix una connexió entre l'emissor i el receptor. Per tant, l'art podria suposar una forma de comunicació alternativa per aquelles pacients amb TCA que, degut a la seva simptomatologia, presenten dificultats a l'hora d'expressar verbalment què senten o pensen.

3. Els grups i l'art teràpia

L'espècie humana és una espècie social, gran part de la nostra activitat la desenvolupem en grup. La pertinència a un o més grups és consubstancial a tota persona. Aquest grups exerceixen sobre ella una influència decisiva en la seva vida, la qual gira sempre entorn als seus grups de pertinència, que acostumen a ser múltiples i variats. Això implica que la socialització de les persones depèn en gran mesura de la influència dels grups en els que intervé, desenvolupant la personalitat dels seus participants (potenciant o inhibint capacitats i característiques), transmetent, reforçant i reproduint estereotips i rols de gènere, homogeneïtzant pel que fa a normes socials, etc.

Tenint això en compte, el fet de treballar en grup pot funcionar com a quelcom positiu, ja que la teràpia grupal centra els seus factors curatius en la pròpia dinàmica del grup terapèutic, on es troben o es creen tots els elements necessaris per que cada subjecte que participa en aquesta dinàmica pugui passar per un procés d'aprenentatge que li permeti assajar nous patrons més ajustats de comportament.

Algunes de la característiques positives d'aquesta modalitat terapèutica serien les següents:

- L'economia de recursos que s'aconsegueix mitjançant el treball amb grups resulta molt més gran que si l'atenció donada es realitza als subjectes de forma individual (tot i que, evidentment, això no vol dir que s'hagi de deixar de banda la modalitat individual).
- La informació que el subjecte rep del grup és major que la que pot obtenir de la única font que suposa el terapeuta. En el grup, les fonts d'experiències i informacions es multipliquen, ja que no només provenen del terapeuta sinó també de la resta de membres del grup, la qual cosa obre la porta a l'intercanvi d'idees, sentiments i altres experiències.
- El grup no només possibilita l'intercanvi d'experiències sinó que amplia la xarxa de recolzament social que rep la pacient. Probablement un dels aspectes més importants de les experiències grupals es vincula a aquesta experiència de donar i rebre ajuda.

- El grup també facilita noves possibilitats d’aprenentatge interpersonal, de manera que els comportaments dels seus integrants s’aniran tornant més propers, més íntims, més espontanis i més vertaders.
- El grup permet als pacients adonar-se de la problemàtica comuna que comparteixen, la qual cosa els ajuda a comprendre que el seu problema no és únic, a no sentir-se tan “raros” com creien i a ser més conscients de la malaltia. Tot plegat també contribueix a que els pacients estiguin menys centrats en ells mateixos i deixin de veure’s com “víctimes del seu destí”.
- En el grup, l’individu també augmenta la seva capacitat per enfrontar-se als problemes i resoldre’ls.
- Finalment el grup possibilita incrementar la comprensió i adquirir una major sensibilitat cap als comportaments i activitats pròpies i dels altres integrants.

A més, Liebmann (1979) i Waller (1994) van proposar alguns objectius generals del fet de dur a terme l’art teràpia de forma grupal (sobretot en la dramateràpia i el ball, però també en les arts visuals i l’escriptura):

<i>Objectius generals i personals dels grups</i>
<ol style="list-style-type: none">1. Creativitat i espontaneïtat.2. Construir la seguretat i la realització del propi potencial.3. Incrementar l’autonomia personal i la motivació.4. Llibertat per prendre decisions, experimentar i provar idees.5. Expressar sentiments, emocions i conflictes.6. Més autoconsciència.7. Ordenar l’experiència visualment i verbalment.8. Relaxació.
<i>Objectius generals i socials dels grups</i>
<ol style="list-style-type: none">1. Consciència, reconeixement i apreciació pels altres.2. Cooperació, involucrar-se en l’activitat de grup.3. Comunicació.4. Compartir problemes, experiències i insights.5. Descobriments de l’universalitat de l’experiència de l’individu.6. Identificar-se amb els altres, entendre l’efecte que es té sobre els altres i les relacions.7. Suport social i confiança.8. Cohesió del grup.9. Examinar problemàtiques grupals.

Factors terapèutics de la psicoteràpia grupal

1. Donar i compartir informació.
2. Promoure l'esperança.
3. Els pacients es poden ajudar entre ells.
4. Els pacients poden descobrir que els altres tenen els mateixos problemes, ansietats i pors.
5. Les persones poden aprendre com interactuar amb els altres i rebre feedback al respecte.
6. Cohesió grupal, pot ser un lloc segur per compartir.
7. Aprenentatge interpersonal, es poden examinar els vells patrons i treballar-los.

Aleshores, aquesta modalitat pot ser molt adequada pels casos de pacients amb TCA, ja que aquests acostumen a trobar-se a l'adolescència i *“com que les dificultats dels adolescents giren entorn l'expressió personal i l'interacció amb iguals, sembla obvi que una combinació d'art i teràpia de grup serà particularment efectiva amb aquest tipus de població”* (Linesch, 1988). De fet, la dinàmica de la teràpia grupal permet el creixement interpersonal i intrapersonal amb els iguals i és diferent de les interaccions un a un amb el terapeuta. A més, els adolescents es poden sentir més segurs al ser un nombre més gran de persones i involucrar-s'hi més davant les mostres d'ànims i l'exemple dels seus iguals.

D'altra banda, mentre que els art terapeutes haurien de promoure un ambient terapèutic segur i amb prou normes per mantenir l'ordre, segons Emunah (1985) haurien d'evitar el rol de jutge o policia en aquesta modalitat. Per exemple, en dramateràpia, el terapeuta pot parar l'acció i preguntar al grup formes alternatives de reaccionar d'un pacient davant una situació. Aquest procés aprofita la importància dels iguals en la vida dels adolescents mentre permet que tothom examini situacions des de diferents perspectives (Emunah, 1985). A més, l'art terapeuta també pot utilitzar els seus privilegis de “director” per assegurar-se que els membres del grup són conscients de les conseqüències que es poden derivar dels seus drames de ficció; per exemple, els problemes de salut que implica no menjar adequadament. D'aquesta manera, el grup es veu confrontat a seguir amb la posada en escena i a tractar amb problemes reals.

4. Estudis

Com ja comentava en la *Introducció*, hi ha una manca d'estudis específics en el terreny dels TCA, tot i que sí que existeixen alguns assajos clínics amb supervivents de traumes i pacients psiquiàtrics en l'àrea de l'art teràpia. Però, evidentment, els seus resultats no es poden extrapolar als trastorns alimentaris. Tanmateix, encara que no he sigut capaç de trobar gaire evidència d'estudis empíricament vàlids duts a terme amb aquest tipus de trastorns, sí que he trobat alguns estudis centrats principalment en estudis de casos i discussions teòriques, entre d'altres. Això sí, en general, hi ha molt poc èmfasis en els resultats (Reynolds, Nabors i Quinian, 2000).

Aquest seria el cas, per exemple, d'un estudi dut a terme per la Universitat de Minnesota per Frisch, Franko i Herzog (2006) en el que, degut a l'increment de la utilització de l'art teràpia junt amb d'altres tractaments tradicionals, s'estudia la implantació d'aquesta modalitat en el tractament dels TCA així com els motius dels professionals per implantar-la. Així doncs, en aquest estudi, es va contactar amb 22 programes que tractaven trastorns alimentaris, 3 dels quals es van negar a participar. Dels 19 restants, va resultar que tots els programes oferien art teràpia almenys un cop per setmana amb una mitjana de participació setmanal per client del 99,21% en casos d'anorèxia i bulímia. A més, el 26,32% del 19 programes que hi participaven oferien art teràpia un cop al dia. Pel que fa al temps de dedicació, es va observar molta variabilitat i la mitjana va ser d'unes 2.8 hores setmanals per pacient, sense incloure la dansa i la teràpia musical. D'altra banda, els programes van oferir una gran varietat de raons per incorporar l'art teràpia al seu centre, incloent l'autoexploració, l'autodescobriment i l'expressió personal. D'altres programes van respondre que l'art teràpia facilitava als clients el fet d'enfrontar-se a aspectes com l'autoestima, la imatge corporal, la depressió i la tendència a aïllar-se, promovent una forma d'expressar les emocions alternativa i saludable, així com el desenvolupament d'habilitats positives. A més, l'art teràpia es percebia com a quelcom no amenaçant, i com una forma diferent d'ajudar als clients a identificar emocions i a integrar els nous descobriments en un comportament més positiu. Finalment, molts dels programes van reportar que l'art teràpia era particularment efectiva per aquells pacients que presentaven dificultats amb les més tradicionals formes de teràpies verbals.

Pel que fa als estudis de casos, hi trobem més estudis al respecte, com el dut a terme per Acharya, Wood i Robinson (1995) amb una pacient de 27 anys amb una llarga història d'anorèxia nerviosa amb simptomatologia bulímica. Però en la majoria d'aquests estudis, els autors es limiten a il·lustrar la naturalesa individualitzada del seu procés de millora, de manera que és impossible de generalitzar a altres casos, ja que cada pacient presenta una combinació única de símptomes (tot i compartir el mateix trastorn). Per tant, és molt difícil extreure conclusions dels estudis de casos perquè encara que els resultats de l'art teràpia hagin estat positius amb un pacient concret, això no vol dir que s'hagin d'obtenir els mateixos resultats amb la resta de pacients amb TCA.

Finalment, també trobo adient comentar els resultats d'un estudi recent (Guez, Lev-Wiesel, et al; 2010) que relaciona la utilització de l'autoretrat en la valoració del trastorns alimentaris. En aquest estudi es van examinar 76 dones (36 van ser diagnosticades amb trastorns alimentaris segons els criteris del DSM-IV ja sigui amb AN o BN, 20 dones tenien sobrepès i 20 més no tenien cap trastorn alimentari i presentaven un pes normal). Cada participant va completar dos qüestionaris estandarditzats per identificar els trastorns alimentaris i després se'ls va demanar que es dibuixessin a elles mateixes (sense donar-l'hi cap mena de guia ni limitacions pel que fa al dibuix). Després es van avaluar els dibuixos i es van trobar diferències entre els diferents grups en quatre aspectes:

- El coll: les dones amb AN o BN tendien a dibuixar un coll més llarg, un coll desconnectat del cos o a no dibuixar-lo.
- La boca: aquest tret apareixia més emfatitzat en els dibuixos de les dones que patien AN o BN.
- Les cuixes: Les dones amb TCA tendien a dibuixar les cuixes més amples que les dels altres grups de l'estudi.
- Els peus: Les dones amb TCA també tendien a dibuixar-se amb els peus desconnectats del cos o sense peus.

L'estudi també va revelar que en l'autoretrat es poden trobar diferències entre les dones bulímiques i anorèxiques: les participants amb AN tendien a ometre els pits dels

seus dibuixos, a dibuixar les línies del cos menys definides i a dibuixar figures més petites en comparació a la mida del full.

A més, per tal de valorar la fiabilitat del test del dibuix, es van comparar els resultats més pronunciats amb els dos qüestionaris estandarditzats per trastorns alimentaris i es va trobar una forta correlació entre tots els tests.

Tot plegat va portar a un dels autors de l'estudi, Lev-Wiesel, a concloure que *“les dones que pateixen trastorns alimentaris normalment tendeixen a amagar la seva malaltia, fins i tot dels terapeutes professionals. Sovint troben difícil parlar sobre els seus problemes, de manera que una eina no-verbal i tan poc intrusiva com l'autoretrat pot convertir-se en una eina important en la modalitat de l'art teràpia²”*.

² Guez, Lev-Wiesel, Valetsky et al (2010). Self-figure drawing in women with anorexia; bulimia; overweight; and normal weigh: A possible tool for assessment. *The Arts in Psychotherapy*, 37(5), 400-406.

L'ART TERÀPIA POSADA EN PRÀCTICA: EXEMPLES DE CASOS

Fins ara, he estat realitzant el meu Pràcticum II en el centre ABB, un hospital de dia de Barcelona que tracta pacients amb trastorns de la conducta alimentària. Doncs ha donat la casualitat que un cop a la setmana hi ha programada una hora i mitja d'art teràpia, la qual cosa ha fet possible que observés algunes de les sessions. Per tant, ho aprofitaré i comentaré una mica per sobre un parell de casos del centre *

→ L'Elizabeth és una noia de 18 anys diagnosticada d'anorèxia nerviosa de tipus restrictiu d'inici als 14 anys, que ingressa al centre amb un IMC de 14,5. Presenta un empitjorament de l'estat d'ànim, li costa aixecar-se al matí. Es mostra més retreta i aïllada socialment. Més angoixada amb el menjar. Davant la confrontació, respon amb evasives i amenaces autolítiques. A principis de març els pares consulten amb UCIA de psiquiatria del HSP, on es recomana tractament amb escitalopram però l'Elizabeth no s'ho pren. Abans de l'ingrés al HSP, realitza una sobreingesta de 10cp d'escitalopram després de discutir amb la seva mare durant el sopar. No avisa, però al matí ho confessa davant la sensació de mareig i inestabilitat. Sembla ser que la pacient havia realitzat varies sobreingestes abans d'ingressar. També diu autolesionar-se en moments de gran ansietat. Pacient vigil i orientada en les 3 esferes. Aspecte adequat. Es mostra col·laboradora. Escàs contacte ocular. Refereix ideació tanàtica (idea de mort o suïcida) de la que realitza escassa crítica. Hipotímica. Humor poc reactiu. Discurs ple de rumiacions depressives amb escassa projecció vital, ideació de culpa i patró de personalitat exigent i perfeccionista. Apàtica i anhedònica. També presenta distorsions cognitives en relació a la autoimatge i l'autoconcepte.

→ La Maria és una noia natural de l'Uruguay, de 15 anys i amb una història de bulímia nerviosa d'inici als 14 anys, que ingressa al centre amb un IMC de 18,2. Presenta un empitjorament de l'estat d'ànim, diu que sovint apareixen episodis d'agressivitat. Davant la confrontació, respon amb evasives i, a vegades, es comunica de forma agressiva. L'estiu de l'any passat comença a no agradar-li el seu cos i comença a restringir les ingestes fins a perdre 10kg en 3 mesos; però al Nadal diu que no pot més i comencen els afartaments i els vòmits més d'un cop al dia. Pacient amb afectivitat

* Els noms han estat canviats per protegir la identitat de les pacients.

disfòrica i làbil, tot i que manejable verbalment. Contacte adequat. Actitud demostrativa: tot i que aparentment desitja agradar, hi ha un marcat transfons passiu-agressiu. Verbalitza distorsió de la imatge corporal amb sobrevalorització del fet d'estar prima i terror a engreixar-se. Discurs extrapunitiu que mostra una dependència dels pares excessiva per la seva edat. Astènia i anhedònia reactives. Bradipsíquica subjectiva. Idees de baixa autoestima generalitzades. Idees de desesperança ocasionals. No compleix els criteris de TOC ni de trastorn de pànic. Probables temors de separació en la infància, tot i que actualment no són presents. Motivació parcial.

L'Elizabeth va ser la primera pacient que em va cridar l'atenció del centre. Una noia extremadament prima, asseguda sempre a un racó, recargolada en ella mateixa, pràcticament no es comunicava amb les altres i, quan havia de parlar a teràpia de grup, li costava molt i utilitzava principalment monosíl·labs. Tot plegat segurament molt relacionat amb l'infrapes amb el que arriba al centre i la simptomatologia depressiva que presenta. Per tant, degut a la seva problemàtica, la psicoteràpia verbal era complicada de dur a terme (fins que no recuperés pes) perquè no s'aconseguia que la noia s'hi involucrés. Tanmateix amb l'art teràpia es van aconseguir certs avenços. És cert que sempre es va negar a participar en la dramateràpia o en els exercicis de dansa, però en canvi sí que semblava sentir-se còmode amb les modalitats de dibuix i escriptura. De fet, en una de les sessions es va proposar a les noies inventar-se un conte. Doncs ella va escriure la història d'un os que descobria que ell era diferent a la resta: mentre que la seva família i amics semblaven ser feliços, ell havia nascut trist i havia acabat acceptant que sempre seria així. Gràcies a aquest conte, es destapa aquesta creença que té l'Elizabeth sobre ella mateixa, que la tristesa és quelcom innat, i això fa possible treballar-ho a teràpia individual (cognitiu-conductual). Aleshores, en aquest cas, penso que l'art teràpia va fer possible que la pacient es comunicés d'una forma alternativa, i que li era molt més senzilla.

La Maria va mostrar des de l'inici una actitud de confrontació, certa agressivitat, i presentava molta resistència, com si tot allò no anés amb ella. Fins i tot es quedava dormida en la teràpia de grup de forma bastant habitual per després culpar la

medicació que prenia (segons la psiquiatre del centre això era mentida). Ara bé, durant les sessions d'art teràpia semblava passar-s'ho bé i s'hi implicava. Sobretot quan s'havia de ballar. El seu estat d'ànim millorava; tant és així que els dies que es feia art teràpia eren els únics que no s'adormia a teràpia grupal. Potser no és un gran avenç, però el fet que la Maria es mostrés més oberta va ser un petit pas en la direcció correcta.

Finalment, he d'afegir que la millora vista en les pacients al llarg dels mesos que ha durat el meu Pràcticum II no és pot relacionar directament a l'art teràpia. En aquest centre s'aplica una teràpia individual basada en el marc teòric cognitiu - conductual i, a més, a part de l'art teràpia també hi ha la teràpia grupal, treball corporal, ioga, teatre i tallers (d'habilitats socials, estils de comunicació, autoestima, dir no, etc.), entre d'altres. Per tant, no podem afirmar que la seva millora es degui únicament a l'art teràpia.

CONCLUSIONS

La cerca d'informació que hem estat duent a terme durant el transcurs d'aquest treball, ens ha portat a concloure que tot i que l'art teràpia s'utilitza àmpliament en el tractament dels trastorns alimentaris, no hi ha estudis vàlids empíricament sobre l'art teràpia aplicada a pacients amb TCA. A més, malgrat existir alguns estudis en l'àrea del trauma i els desordres psiquiàtrics, els resultats són inconsistents entre diferents estudis i tampoc es poden extrapolar als casos amb trastorns alimentaris perquè les seves característiques són molt diferents. De totes maneres, sembla que la majoria de programes recolzen i fan ús de, com a mínim, una modalitat terapèutica que encara no ha demostrat ser empíricament vàlida en el tractament dels TCA. Pel que fa a l'art teràpia, això podria explicar-se per com n'és de complex el concepte de validesa empírica en aquest tipus de teràpia.

Pel que hem pogut llegir del material publicat sobre l'art teràpia, potser el problema recau en què la seva utilització no ha estat estandaritzada. La majoria de treballs ofereixen estudis de casos que il·lustren els conceptes bàsics de l'art teràpia, però emfatitzen la naturalesa única i individualitzada del seu procés. De fet, creiem que és evident que el camp de les arts és bastant individualitzat i difícil de mesurar, de manera que és d'esperar que sigui molt complicat estandaritzar-lo. Tanmateix, si l'art teràpia s'utilitza amb tanta freqüència en el tractament dels trastorns alimentaris, potser s'haurien de considerar estudis científics de forma estandaritzada, per tal de comprovar si l'art teràpia és una forma efectiva de teràpia. Per tant, no estaria de més suggerir la necessitat de dur a terme una sèrie d'estudis aleatoris i controlats en aquesta àrea.

Aquests estudis, des del punt de vista de la metodologia d'investigació, haurien de complir les condicions de ser sistemàtics i replicables. Així doncs, serien sistemàtics quan es fan explícits cadascun dels passos del procés. Quan això és així, s'està facilitant que també sigui replicable, és a dir, que pugui ser reproduït i, per tant contrastat, de manera independent en tots els seus elements. Aleshores per tal de ser el més sistemàtic possible seria necessari que s'especifiqués què s'observa, com s'observa, a

qui observar, quan observar i on observar. A més, tampoc podem oblidar que a causa de les característiques d'aquest estudi que s'hauria de dur a terme (demostrar que l'art teràpia com a tractament dels TCA millora la simptomatologia), podríem trobar certes dificultats que s'haurien d'abordar. Per exemple, un dels problemes consistiria en quines altres coses es poden esdevenir, alhora que s'aplica el tractament, que puguin influir sobre la millora dels pacients. Potser una manera de solucionar-ho i de millorar la validesa interna d'aquest estudi seria buscar un grup de comparació. El grup de comparació seria un grup al qual no s'aplica el tractament, de manera que en aquest esquema d'investigació, es mesuraria la variable dependent en dos grups (formats mitjançant assignació aleatòria dels participants de manera que estiguin equilibrats en quant a diferències individuals), s'aplicaria el tractament a un d'aquests grups i es tornaria a mesurar la variable dependent en tots dos.

Tanmateix, segons l'American Psychiatric Association (APA, 2000), el tipus de tractament que reben els pacients amb TCA no només ha d'estar basat en evidència empírica sinó també en l'experiència clínica i en la seva disponibilitat (Vandereycken, 2003). Així doncs és possible que l'art teràpia no sigui un tipus de teràpia en el sentit més tradicional, però és un tipus d'ajut i una forma de tenir cura (Aldridge, 2003), de manera que podria ser una addició, un afegiment, pels pacients amb trastorns alimentaris com una manera alternativa d'expressió i comunicació dintre del context d'altres modalitats de tractament més tradicionals. Tot i així, continuem pensant que és important estudiar l'eficàcia de l'art teràpia, ja que sense estudis sistemàtics, és molt difícil determinar si aquesta té un impacte positiu en els pacients; a la vegada que queden moltes preguntes sense contestar al respecte.

REFERÈNCIES

1. Sánchez-Planell, L. & Prats, M. (1980). Trastornos de la conducta alimentaria. En J. Vallejo Ruiloba (Ed), *Introducción a la psicopatología y a la psiquiatria* (pp.295-320). Barcelona: Masson.
2. Moreno, S. & Villar, S. (2001). Características clínicas y tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria. En V. Caballo & M. Simón (Eds), *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente: trastornos generales* (pp.261-289). Madrid: Pirámide.
3. Saldaña, C. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para trastornos del comportamiento alimentario. En M. Pérez, J. Fernández, C.Fernández & I. Amigo (Eds), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I* (pp. 141-156). Madrid: Pirámide.
4. American Psychiatric Association. Practice guideline for eating disorders (revision). *Am J Psychiatry*. 2000;157(suppl):1–39
5. Allen, P. (1997). *Arte Terapia*. Madrid: Gaia.
6. Moreno, J. (1923). *Theatre de la spontanéité*. París: Épi.
7. Klein, J., Bassols, M. i Bonet, E. (2006). *Arteterapia. La creació com a procés de transformació*. Barcelona: Ed. Octaedro.
8. Klein, J. (2006). *Arteterapia: Una introducció*. Barcelona: Ed. Octaedro.
9. Feixas, G., Armadans, I. et al. (2010). *Teràpies humanistes i sistèmiques*. Barcelona: UOC.
10. Torres-Godoy, P. (2001). *Dramaterapia: Dramaturgia, Teatro, Terapia*. Madrid: Editorial Cuarto Propio.
11. Cornejo, S. i Brik, L. (2003). *La Representación de las Emociones en la Dramaterapia*. Ed. Médica Panamericana.
12. Hill, M. (1998). *Anorexia Nervosa and Art Therapy: Supporting an Adolescent Through Art*. Article extret el 20 de Novembre, de <http://www.agoodgroup.com/drawntogether/anorexia.htm>
13. Aron Rubin, J. (1999). *Art Therapy: an introduction*. Philadelphia: Psychology Press.

14. Dokter, D. (1994). *Arts therapies and clients with eating disorders: fragile board*. Bristol: Jessica Kingsley Publishers.
15. Rebollo Pratt, R. (2004). Art, dance and music therapy. *Physical Medicine and Rehabilitation clinics of North America*, 15, 827-841.
16. Levens, M. (1995). *Eating disorders and magical control of the body: treatment through art therapy*. New York: Routledge.
17. Brooke, S. (2004). *Tools of the trade: a therapist's guide to art therapy assessments*. Illinois: Charles C Thomas Publisher.
18. Waller, D. (2004). *Group Interactive Art Therapy: Its Use in Training and Treatment*. London: Routledge.
19. Nauert PhD, R (2011). Self-Drawing Identify Women with Eating Disorders. *Psych Central*. Article extret el 17 de Novembre, de <http://psychcentral.com/news/2011/02/15/self-drawings-identify-women-with-eating-disorders/23520.html>
20. Espina, A., Ortego, M., et al. (2001). Alexitimia, familia y trastornos alimentarios. *Anales de Psicología*, 17(1), 139-149.
21. Merino, H., Godás, A. i Guadalupe, M. (2002). Alexitimia y características psicológicas asociadas a actitudes alimentarias en una muestra de adolescentes. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 7(1), 35-44.
22. Aburto Morales, S. (2009). Arte y comunicación. El objeto en el trasobjeto. *Razón y palabra*, 66.
23. Liebmann, M. (2004). *Art therapy for groups: a handbook of themes and exercises*. New York: Psychology Press.
24. Skaife, S. (1998). *Art psychotherapy groups: between pictures and words*. London: Routledge.
25. Guez, Lev-Wiesel, Valetsky et al (2010). Self-figure drawing in women with anorexia; bulimia; overweight; and normal weigh: A possible tool for assessment. *The Arts in Psychotherapy*, 37(5), 400-406.
26. Acharya, M., Wood, M. i Robinson, P. (1995). What Can he Art of Anorexic Patients Tell us About Their Internat World: A Case Study. *European Eating Disorders Review*, 3(4), 242-254.

27. Frisch, M., Franko, D. I Herzog, D. (2006). Art-Based Therapies in the Treatment of Eating Disorders. *Eating Disorders*, 14, 131-142.
28. Sánchez Pizarro, C. (2011). Creatividad, Arte y Arte Terapia. Una herramienta eficaz en la escuela. *Reflexiones y experiencias en Educación*, 5.
29. Craig, J. (2004). Narrative art inquiry and anorexia nervosa. *Nursing standard*, 18(46), 33-37.
30. Maltoni, M. (2005). Arteterapia, Um Caminho Transpessoal. *Campinas*. Article extret el 8 de Novembre, de <http://www.humanitatis.com/Trabalhos/trabalhoArteterapia.pdf>
31. Wolf, J., Willmuth, M., Gazda, T. I Watkins, A. (1985). The Role of Art in the Therapy of Anorexia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 4(2), 185-200.
32. Rome, E., Ammerman, S. et al (2004). Children and Adolescents With Eating Disorders: The State of the Art. *Pediatrics*, 111(1), 98-108.