

La musicoterapia y sus posibilidades en la psiquiatría social

por el Dr. Harm Wilms

La musicoterapia ha experimentado en los últimos años una publicidad creciente. Esto puede no haber estado siempre en relación adecuada a su real importancia, pero también es cierto que durante mucho tiempo ella fue postergada. Sin embargo, en una perspectiva más amplia, parece imponerse paulatinamente la idea que la musicoterapia, asociada a otros tratamientos, está en condiciones de ofrecer excelentes posibilidades terapéuticas.

Dos nuevos libros (1,2) nos recuerdan que la musicoterapia se incluye más frecuentemente en descripciones de modelos terapéuticos amplios que no provienen, precisamente, de autores propiamente musicoterapeutas.

¿Cuál es el valor y el lugar que debe ocupar la musicoterapia en el tratamiento de las perturbaciones psíquicas y espirituales? ¿De qué es capaz, cuáles son sus límites y cómo han de juzgarse sus posibilidades específicas?

Previo al examen de estos problemas, presentaremos la descripción de dos casos en los cuales, de distinta manera, la música fue empleada en un sentido "terapéutico".

Caso N° 1: Ursula M.,¹ una enfermera de 25 años, es ingresada en nuestra clínica para tratamiento con el diagnóstico de psicosis esquizofrénica. La paciente es retraída, ansiosa, tímida, autista. Presenta las típicas alteraciones del pensamiento esquizofrénico y un encapsamiento autístico muy marcado. Tanto en las entrevistas individuales como en las de grupo permanece muda, tratando de ocuparse de otras cosas para así escapar de lo que está ocurriendo. Se la incorpora entonces al grupo musical. Dentro del grupo permanece angustiada, como si para ella fuera demasiado ruidoso. Partimos con una improvisación en grupo. Entre los instrumentos disponibles escoge el más pequeño de los idiófonos percutidos de madera, instrumentos que por una parte tienen un sonido muy suave y por otra no ofrecen la posibilidad de fusionarse con los demás en sus expresiones musicales o destacarse en su ejecución en relación a los restantes miembros del grupo. En un comienzo la paciente tampoco quiere participar en el grupo porque estima que allí hay mucho ruido. No obstante, es capaz de escuchar la música y gozaría con expresión relajada. También es posible escuchar música junto con ella y conversar acerca de títulos

1, 2 Los nombres de los pacientes son supuestos.

Rev. Musical Chilena, 1977, XXXI, N° 139-140, pp. 20-27

y autores. Llama la atención que la paciente en todo momento quiera que le digan lo que tiene que hacer. Ni siquiera con respecto a la música que desea escuchar se atreve a expresar sus deseos. Más tarde comienza a mostrar interés por el grupo musical. Se entretiene con las ejecuciones musicales realizadas alternadamente y hasta acepta a los otros, aunque todavía con reservas. Le gusta particularmente el juego denominado "pregunta-respuesta", en el que los miembros del grupo "conversan" entre ellos mediante pequeñas frases musicales. En la elección de los instrumentos continúa, sin embargo, reticente. En las conversaciones de grupo sigue muda. Después de un cierto tiempo se le ofrece un "metalófono". Acepta el instrumento, se alegra con el sonido y atiende a sus tonos ondulantes. Su juego es al comienzo muy estereotipado, pero luego se hace más libre. Por último, termina asumiendo la parte solista en un grupo de improvisación libre. Entonces ya no siente al grupo de improvisación como caótico y está en condiciones de expresarse y dirigirse a los demás. Habla de su madre, de quien depende, y en un principio desea regresar a su lado, a pesar de que ella la domina, lo que la hace sufrir.

Era difícil tratar la fuerte ambivalencia de la paciente. Sin embargo, con el tiempo logró un grado de independencia suficiente como para expresar el deseo de mudarse a un departamento propio. Nosotros pudimos ayudarla y después de cuatro meses de tratamiento, internada, la dimos de alta.

Tres años más tarde la volvimos a examinar. Estaba trabajando como auxiliar de enfermería, en un nivel por cierto inferior al que le correspondía, pero se sentía bien, tenía un amigo y deseaba casarse. Tenía que tomar siempre los medicamentos y aunque no se la puede considerar como totalmente recuperada, lleva ya tres años sin síntomas manifiestos.

Caso Nº 2: Karl T., un empleado de 40 años, soltero, quien había elegido tres trozos musicales que escuchaba cuando se encontraba en estado de rabia, desilusión o tensión. Los tres trozos musicales tienen el siguiente significado:

1.- "Vuelvo a casa oprimido y no tengo a nadie con quién comunicarme; la música debe tranquilizarme y orientar mis pensamientos hacia propósitos pacíficos".

2.- "La distensión funciona y yo me relajo y recobro interés por los aspectos positivos de la vida".

3.- "Me invade un sentimiento de alegría y se despierta nuevamente mi espíritu de empresa".

Como primer trozo musical escoge, generalmente, un largo o un adagio de Bach o Haendel; como segundo, un andante de Mozart, y, como tercero, una música popular con muchos instrumentos de viento o algo similar. Un ejemplo concreto:

1.— Largo de la Sonata en Trío N° 2 en Do menor, de J. S. Bach.

2.— Andante del Concierto para Flauta y Orquesta de Cuerdas en La menor, de Antonio Vivaldi.

3.— Concierto para Flautín, Cuerdas y Cembalo, de Vivaldi.

Hace dos años este sujeto se casó y desde entonces informa que no ha tenido necesidad de emplear estas prácticas, por cuanto ahora puede comunicarse con su esposa.

¿Cómo podrían interpretarse ambos casos? ¿Qué es lo que nos indican sobre las posibilidades y las limitaciones de la utilización de los medios musicales en la terapia?

Los casos tienen un punto de partida muy diferentes; sin embargo, muestran elementos comunes esenciales que pueden ayudarnos a esclarecer el efecto de la musicoterapia.

Vamos a tratar de señalar los puntos más importantes.

Toda técnica psicoterapéutica es una parte especial del trato con la psicodinámica de un ser humano o con la patodinámica de un paciente, igual si aplicamos el "training" autógeno o el psicoanálisis. En el primero se lleva al paciente al estado regresivo de la relajación, en el cual es posible fortalecer un yo que se ha tornado débil por medio de la internalización de propósitos que permiten incorporar partes del yo ideal. En la técnica psicoanalítica se trata de liberar una vida psíquica oprimida por un rígido sistema de mecanismos de defensa y permitirle así madurar en el sentido de una flexibilidad adaptativa.

En nuestra opinión, todas las técnicas y métodos deben ser pensados psicodinámicamente por el terapeuta. Aún más, la conducta del terapeuta mismo es también una parte de la psicodinámica. Así, nosotros tratamos de describir el efecto de la musicoterapia con conceptos psicodinámicos, lo que no debe significar que la musicoterapia sea una técnica analítica. Por el contrario, la musicoterapia es un concepto más amplio que abarca diferentes técnicas que muchas veces parecen no tener nada en común entre ellas. Sin embargo, se trata de un concepto acumulador cuyos métodos están orientados en lo esencial hacia la *perturbación fundamental* de la enfermedad, métodos que encontramos particularmente en el campo de la psiquiatría infantil y de adultos, y en los cuales la música u otros fenómenos acústicos constituyen el ámbito y el medio de la terapia misma.

En el curso de la historia de la musicoterapia se han elaborado distintas teorías y sobre la base de las más diferentes fuentes y puntos de partida se han desarrollado los métodos más diversos. Podemos distinguir hoy tres campos fundamentales de aplicación de la musicoterapia:

1. La musicoterapia en la psiquiatría infantil y campos limítrofes, como la psicopedagogía musical y la pedagogía especial. Aquí, la música representa para el niño con daño cerebral un medio posible de contacto y comunicación con una alta capacidad de socialización integrativa. También es posible, a través de este método, desarrollar ejercicios especiales orientados a los órganos sensoriales, la coordinación y la estructuración.

2. La musicoterapia en el marco de la psiquiatría de adultos como una de las técnicas de una psicoterapia no verbal. La música constituye aquí una forma de expresión preverbal.

3. Como un campo limítrofe de la musicoterapia valen las técnicas de relajación asociadas a la audición musical. Aquí caben ejercicios del tipo "training" autógeno, implementado por medio de la música, como también ejercicios corporales de tipo gimnástico. Por último, cabe mencionar el efecto relajante y liberador de angustia de la música o de determinados trozos musicales en situaciones como el preoperatorio, el parto y las intervenciones odontológicas.

En los tres ámbitos mencionados, la musicoterapia asocia dos elementos fundamentales:

1. El principio de la regresión, y
2. La comunicación como objetivo.

Estos dos principios tienen un acento diferente en cada uno de los tres campos mencionados. En la psicopedagogía es el significado comunicativo de la música lo que está en primer plano, mientras que en las terapias de relajación lo es el elemento regresivo. En la musicoterapia aplicada al tratamiento de las psicosis, ambos principios son igualmente importantes.

Estas dos características de la música: el vivenciar regresivo y la comunicación no-verbal o preverbal, nos permiten delinear el campo de indicación de la terapia musical.

Siempre que en un tratamiento sea necesaria la aplicación del fenómeno de la regresión junto a una comunicación no verbal, estará indicado trabajar con musicoterapia.

Ahora bien, si es posible llevar a cabo el tratamiento de un paciente a un nivel de comunicación verbal, la musicoterapia no tendrá una indicación absoluta. El caso descrito antes del hombre de 40 años nos muestra cómo la música no sólo ayuda a aliviar las tensiones, sino también a hacer más llevaderos los conflictos y las agresiones a través de la regresión narcisista que se produce al escuchar música. Pero también nos muestra cuánto más

importante es la elaboración verbal de las dificultades cuando este tipo de comunicación es posible. En contraposición a este caso, podemos decir que en los psicóticos, el manejo verbal de sus conflictos está casi siempre impedido.

En nuestra opinión, hay que aplicar en el psicótico una terapia bidireccional. Ella debe ser al mismo tiempo verbal y no verbal. El paciente autista y mutista debe ser preparado para la elaboración verbal de sus conflictos a través de terapias no verbales o preverbales. Esto es lo que ocurrió en la paciente descrita en primer lugar. Naturalmente que la terapia tiene que tomar en cuenta tanto el campo conflictivo como la perturbación fundamental.

En este punto se hace necesario agregar algunas palabras sobre la perturbación fundamental de la esquizofrenia:

Nosotros partimos del principio que los supuestos para el desarrollo de un yo estable radican en la relación primaria e inédita entre la madre y el niño, la que consiste entre otras cosas en que la madre real, o la persona que la sustituya, tiene que estar en condiciones de compenetrarse con la particular forma de comunicación del niño. Este entendimiento preverbal ocurre —como lo ha demostrado René Spitz (3) a través de elementos como el timbre de la voz, la entonación, la duración, el tiempo, el ritmo, la vibración, la temperatura, la actitud corporal, la tensión muscular, etc. . . Si la relación original se perturba y con ello el desprendimiento del niño de esta unión primordial con la madre, el yo en formación será inestable. Frente a situaciones de sobrecarga, tales sujetos tenderán a la regresión y a la consiguiente retirada de la realidad, lo que se traduce en una fragmentación del yo y un comportamiento autista. Es necesario entonces fortalecer y reconstruir este yo débil. Dos consideraciones psicopatológicas nos parecen esenciales a esta altura:

1. La regresión del paciente exige un punto de partida terapéutico correspondiente.

2. La fragmentación del yo tiene que ser detenida, para lo cual debe proporcionársele al paciente una ayuda integradora.

El procedimiento terapéutico tiene que considerar los siguientes puntos:

1. El terapeuta debe encontrar el nivel comunicativo del que el paciente es capaz y compenetrarse con éste. Como dijéramos más arriba, en el psicótico la comunicación preverbal es más importante que la comunicación verbal. A ello hay que agregar la música y el movimiento, a través de los cuales se tratará de construir una relación de confianza con el paciente.

2. El tratamiento debe llevarse a cabo en una atmósfera lo más libre de angustia posible. Nosotros pensamos que la terapia ocupacional y la

musicoterapia representan partes de la realidad con mucho menor contenido angustiante que otras regiones de ella.

3. La terapia debe servir a la integración del yo. Tales terapias creativas se adecuan excelentemente a ese fin.

4. El tratamiento debe orientarse también hacia el campo social en el cual se espera que el paciente tenga la oportunidad de integrarse. En la musicoterapia se trata en primer lugar de una relación de objeto. Allí está el instrumento, el "objeto" música. Pero al sonar la música, esta relación de objeto se puede trasladar a una relación de personas, ya sea de relación paciente-terapeuta o a través del grupo de improvisación, donde todos los miembros deben asumir determinados roles.

Pero lo más importante es que en toda terapia creativa no se trata simplemente de llevar al paciente a hacer algo que le entretiene. Es necesario que el paciente configure algo nuevo, un producto, vale decir, que un objeto estructurado sea el resultado final de su trabajo. Nosotros pensamos que el paciente puede llegar hasta "entregarse" a su trabajo. El se identifica con el producto de su trabajo y proyecta partes de su yo en él. Eso tiene como consecuencia que el objeto estructurado, configurado, integrado, llama de vuelta, re-clama, a ese yo disgregado del paciente, con el consiguiente efecto integrador. También para nosotros los sanos es necesario el permanente ejercicio de la percepción de los objetos del mundo que nos rodea, a fin de mantener este *feed-back* de coherencia de nuestro propio yo. Aquí radican los puntos de partida fundamentales de las terapias creativas y en particular de la musicoterapia como forma de comunicación preverbal. Claro está que ellas no pueden reemplazar a la palabra, pero sí, en cambio, preparar el terreno para una elaboración verbal del problema, al fortalecer el yo del paciente hasta el grado en que le sea posible hablar sobre sus propios conflictos. Un plan de tratamiento musicoterapéutico abarca cuatro campos que describiremos más detalladamente: los movimientos corporales, la musicoterapia receptiva, la musicoterapia productiva y la psicoterapia verbal.

Un plan de tratamiento por medio de la música debe estructurarse de la siguiente manera (4):

I. MOVIMIENTOS CORPORALES

Los ejercicios de la terapia cinética o de movimientos forman un espectro que se extiende desde la imitación del movimiento del terapeuta hasta la realización improvisada de estructuras de movimiento de un grupo en su totalidad. El paciente debe experimentar su propio cuerpo; con ese obje-

tivo se recomiendan movimientos de las extremidades que sean poco habituales y que el paciente mismo no tenga que inventar. Paralelamente, este tipo de terapia cuenta con los movimientos de danza en los cuales el paciente tiene la oportunidad de participar improvisando. Por último, hay que mencionar las improvisaciones de movimientos expresivos en el marco del grupo.

II. MUSICOTERAPIA RECEPTIVA

Escuchar música en común con el paciente. Conferencias musicales del terapeuta. Escuchar grabaciones junto con el terapeuta y el resto del grupo. En los niños es particularmente apropiado el uso del piano, con el objeto de escuchar trozos musicales a los cuales los niños son receptivos y con ello lograr establecer los primeros contactos. En los adultos organizamos directamente alguna hora de audición de discos en grupo. Allí se inician los primeros contactos y se procura responder a todos los deseos. En esta atmósfera musical, se logra preparar una actitud de aceptación del otro y desarrollar la capacidad de escuchar.

III. MUSICOTERAPIA ACTIVO-PRODUCTIVA

Se trata de la improvisación individual o en grupo con instrumentos simples que no requieran mayor preparación técnica. El problema de los grupos de improvisación terapéuticos gira siempre en torno a la pregunta, ¿cuán amplio debe ser el marco prefijado para la improvisación? Por cuanto, si es muy estrecho, el paciente puede sentirse limitado en el despliegue de sus posibilidades y en la procura de encontrarse a sí mismo; pero si es demasiado amplio, puede surgir la angustia ante el vacío interior todavía no superado y la inundación de estímulos favorecida por la debilidad estructural de estos pacientes. Jamás debe imponérsele al paciente las propias ideas y fantasías del terapeuta y sí en cambio ofrecérsele toda la ayuda y asistencia posibles en la búsqueda de un producto final musicalmente estructurado.

En nuestro trabajo hemos llegado a definir cinco grupos de formas de ejecución improvisadas:

1. Ejecución musical simultánea o sucesiva en un marco melódico o rítmico, previamente dado. Por ejemplo: el acompañamiento rítmico de una canción (lied), ejecutada por la terapeuta con el grupo de pacientes como grupo rítmico.

2. Tareas musicales en común sobre la base de la imitación e ilustración. Por ejemplo: la representación musical de fenómenos de la naturaleza, como el viento, la lluvia, la tormenta o la luz solar.

3. Ejecuciones musicales alternantes y contrastantes encargadas a individuos o subgrupos. Por ejemplo: reproducción sucesiva de una estructura musical, donde cada cual debe referirse al que lo precede, sea continuando con la misma figura musical, o ejecutando algo contrastante.

4. La improvisación solística sobre una base rítmico *ostinato*. Un paciente es escogido como solista y el resto configura un fondo rítmico.

5. La improvisación en tutti o colectiva.

Las mencionadas formas de improvisación no son sino ejemplos dentro de las muchas posibilidades de improvisar en un espectro que va desde la máxima participación del terapeuta hasta la máxima libertad de expresión del paciente.

IV. PSICOTERAPIA VERBAL

Problemas claves son discutidos en forma individual o en grupo en el sentido de la terapia focal.

Este plan de tratamiento debe realizarse dentro de un marco terapéutico más amplio. En general, habrá que comenzar con tratamiento medicamentoso y muchas veces continuar éste a lo largo del programa bosquejado. Nuestro plan deja fuera, entre otras cosas, todos los asuntos relacionados con la rehabilitación laboral del paciente. La musicoterapia en los psicóticos deberá considerar su tarea como realizada exitosamente cuando el paciente ya es capaz de hablar libremente sobre sus problemas. Para sorpresa nuestra, hemos tenido la oportunidad de vivir este cambio en muchos de nuestros pacientes.

BIBLIOGRAFIA

1. Kayser, u.a., *Gruppenarbeit in der Psychiatrie*. Stuttgart, 1973.
2. Warnke, u.a., *Das Bogenhauser Modell. Eltern und Kinder in der Gruppe*. München, 1974.
3. Spitz, René, *Vom Säugling zum Kleinkind*. Stuttgart, 1976.
4. Willms, Harm, *Musiktherapie bei Psychotischen Erkrankungen*. Stuttgart, 1975.

DIRECCION DEL AUTOR

Prof. Dr. Harm Willms
Nervenarzt - Psychotherapie
Landeskrankenhaus Stadtfeld
2380 Schleswig, Alemania Federal.

TRADUCCION DE:

Dr. Otto Dörr Zegers
Asesor Psiquiátrico del Instituto de
Neurocirugía e Investigaciones Cerebrales.
Santiago de Chile.