

**Inge Nygaard Pedersen**

## **Musicoterapia como Trabajo de Reorganización y Sostén con Pacientes Esquizofrénicos y Psicóticos.**

*Del Libro: "Clinical Applications of Music Therapy in Psychiatry. Capítulo 2. Editado por Tony Wigram y Jos de Backer. Jessica Kingsley Publishers. 1999*

Traducción: MT Alma Cohn

### **Introducción**

En el trabajo musicoterapéutico individual con improvisaciones en pacientes esquizofrénicos / psicóticos, he experimentado distintas posibilidades de trabajo de sostén, desarrollo y reorganización del potencial psíquico de los pacientes, rudimentario como es en la mayoría de los casos. Cuando uso la palabra "reorganizar", estoy aludiendo a mi comprensión teórica de los problemas psicológicos de los pacientes esquizofrénicos, que definiré más adelante en este capítulo.

En mi lugar de trabajo como jefa de la Clínica de Musicoterapia en el Hospital Psiquiátrico de Aalborg, los musicoterapeutas han investigado y desarrollado la musicoterapia como una modalidad particular de tratamiento para pacientes esquizofrénicos / psicóticos. A la mayoría de estos pacientes, previamente evaluados, se les ha contraindicado la psicoterapia. El principal objetivo del trabajo es romper el aislamiento del paciente y construir gradualmente una alianza, trabajando a un nivel muy básico de comunicación y relación, a través de una actitud de contención sensible por parte del musicoterapeuta. Otro objetivo del trabajo es motivar al paciente a continuar el proceso terapéutico, estableciendo una relación significativa a partir de la cual tenga la posibilidad de realizar una verdadera opción con respecto a la continuación del tratamiento. Sin haber experimentado una relación significativa dicha opción en sí misma, podría no tener sentido.

Puedo identificar este trabajo como el primer eslabón de un proceso psicoterapéutico que comenzará a adecuar la modalidad de tratamiento según la lista de modalidades identificadas en el Informe de Identificación *Indicaciones en Musicoterapia. Criterios, Ejemplos, Definiciones y Categorías* (Smeijsters 1996) que está siendo desarrollado en el marco de la Confederación Europea de Musicoterapia. En este informe Smeijsters expone el resultado de cuestionarios respondidos por los miembros de la Mesa Redonda en la Tercera Conferencia Europea de Musicoterapia en Aalborg sobre el tema de las Indicaciones y un resumen de posteriores discusiones sobre el mismo tópico en la Mesa Redonda de seguimiento en la Octava Conferencia Mundial de Musicoterapia, en Hamburgo, 1996.

El informe identifica cuatro modalidades de tratamiento en el trabajo musicoterapéutico en psiquiatría abarcando un amplio espectro: **Musicopsicoterapia de Apoyo y Musicoterapia Recreativa; Terapia por Actividad Musical; Musicopsicoterapia Reeducativa; Musicopsicoterapia Reconstructiva.**

Una de las diferencias más significativas entre las cuatro modalidades identificadas es que la importancia de la relación terapeuta / paciente crece de uno a cuatro y que el objetivo de la terapia pasa de ser una terapia sobre todo de apoyo y equilibrio a estar más focalizada en el insight y los cambios personales.

La población de pacientes en la que me centraré aquí está catalogada en el Informe de Indicaciones solamente dentro de las dos primeras modalidades de tratamiento, en las que se enfatiza que la relación terapeuta / paciente puede ser directa o indirecta pero que los aspectos personales de la interacción subyacen como trasfondo. También se enfatiza que las actividades musicales en estas dos modalidades son mayormente asimilativas (incorporando al paciente a las mismas), juegos musicales y audición de música, discutiendo el carácter que expresa la música – discutiendo pensamientos y sentimientos personales no conflictivos, como resultado de una musicoterapia activa.

Deseo describir en este capítulo una quinta modalidad de tratamiento, a la que denomino “Modalidad de Tratamiento de Reorganización y Sostén”. Esta modalidad difiere de las cuatro modalidades incluídas en el Informe de Indicaciones, en que está dirigida a pacientes esquizofrénicos / psicóticos a la vez que enfatiza mucho la relación terapeuta / paciente como una herramienta importante en el tratamiento. Al mismo tiempo, los criterios de evaluación de las indicaciones del paciente para la terapia son menos exigentes que en el caso de las modalidades de tratamiento basadas en el proceso y el insight, (número tres y cuatro) en el Informe de Indicaciones.

## Una modalidad de tratamiento con pacientes esquizofrénicos / psicóticos

### *Evaluación*

La descripción de los criterios de indicación para el trabajo musicoterapéutico con pacientes esquizofrénicos- psicóticos está basada aquí en los criterios enumerados en el Informe de Indicaciones que describe las razones por las cuales se recomienda la musicoterapia. Sigo los siguientes cinco criterios:

1. La perturbación y / o síntomas en los cuales se focaliza el tratamiento
2. La modalidad general y específica de tratamiento que se utilizará.
3. Los efectos de la musicoterapia como resultado de la investigación en la práctica clínica.
4. La teoría y / o hipótesis que explicarían el efecto.
5. Los recursos del paciente.

Para comenzar a trabajar con la Modalidad de Tratamiento de Reorganización y Sostén hay que cumplir los siguientes criterios.

#### CRITERIO 1

En el trabajo con pacientes esquizofrénicos / psicóticos en los que las perturbaciones están dentro del espectro diagnóstico esquizofrénico / esquizoide, tales como borderline y perturbaciones severas de la personalidad (con síntomas tales como anhedonia ), el objetivo del tratamiento se centra a menudo en romper el aislamiento parcial o total en las relaciones del paciente con su entorno. El trabajo puede incluir la reducción de síntomas tales como escasa afectividad, estar abrumado por pensamientos, estar recluso socialmente, y carecer de toda iniciativa. Pero el foco principal es romper el aislamiento.

#### CRITERIO 2

Los pacientes reciben mayormente tratamiento medicamentoso, ayuda social y actividades paralelas al tratamiento musicoterapéutico. No reciben ningún otro tratamiento psicoterapéutico. El tratamiento musicoterapéutico es el principal tratamiento y puede, en este sentido, ser reconocido como una modalidad modificada de la Psicoterapia Musical Reeducativa o de la Psicoterapia Musical Reconstructiva (Smeijsters 1996). De todos modos pienso que las perturbaciones en las que se focaliza aquí el tratamiento deben ser

identificadas en una modalidad de tratamiento propia\_ una modalidad que pueda ser considerada como la primera etapa de un trabajo psicoterapéutico con esta población de pacientes.

### CRITERIO 3

Del análisis de material musicoterapéutico de casos, he observado que de siete casos de musicoterapia individual a pacientes a los que se había evaluado previamente y considerado que el tratamiento psicoterapéutico no estaba indicado, cinco pacientes realmente se beneficiaron positivamente del tratamiento musicoterapéutico. Este efecto positivo está documentado posteriormente a mi propia evaluación, en las respuestas a un cuestionario presentado a los pacientes 3 a 18 meses luego de finalizar el tratamiento. ( Pedersen 1998 ).

En dos casos el tratamiento finalizó luego de un corto tiempo. Uno de los pacientes nunca logró el comienzo de un vínculo o alianza de trabajo; la otra dejó vislumbrar la posibilidad de romper el aislamiento y relacionarse a la música pero no estaba preparada para seguir adelante en aquel momento. Decidió dejar el tratamiento.

### CRITERIO 4

El marco teórico referencial que me ha sido de mayor ayuda en este trabajo de romper el aislamiento de los pacientes y motivarlos para continuar el proceso de tratamiento es una comprensión psicodinámica de los problemas de los pacientes.

Este marco teórico de referencia presupone que comprendo la esquizofrenia y la psicosis también como un fenómeno psicológico y no solamente como un fenómeno neurobiológico, tal como comprende estos diagnósticos, la principal corriente en estos momentos en Dinamarca.

También presupone que considero que trabajando sobre los problemas psicológicos con estos pacientes, el desarrollo y el cambio personal son posibles. Mi comprensión psicodinámica de los pacientes esquizofrénicos / psicóticos se basa en las afirmaciones de un destacado psiquiatra Dinamarqués (Sorensen 1998) y de varios destacados psicólogos Dinamarqueses. Teóricamente, encuentro que el fenómeno está más claramente definido por Hedges (1994), quien reformula una forma de ser psicopatológica arcaica.

Esta forma de ser puede ser entendida como las experiencias negativas más tempranas del niño en su relación con un objeto primario.

Hedges afirma:

A partir del fracaso del niño en lograr exitosamente un vínculo significativo con su madre, éste organiza prematuramente su fracaso en una fusión, y luego aparentemente experimenta una implosión hacia sí mismo caracterizada por un retorno reflexivo a su propio yo sensoriomotriz, estableciendo un patrón alternativo de relación consigo mismo y sólo en forma vacilante un patrón de relación hacia la madre a quien necesita o hacia otros cuando no es ella. (p. xix).

Visto en una perspectiva psicopatológica más amplia, Grotstein (1994) sostiene que la psicopatología hasta ahora se ha basado mayormente en el modelo neurótico, en el cual la dialéctica de la enfermedad mental estaba entre la neurosis y la psicosis. El aumento del interés en perturbaciones narcisistas y borderline ha erigido otra dialéctica entre los trastornos narcisistas o del self por un lado y los trastornos en las relaciones objetales por el otro. Aquí Grotstein sugiere una tercera dialéctica entre los trastornos narcisistas y de relaciones objetales por un lado y la inseguridad ontológica por el otro. En la última definición de inseguridad ontológica, los pacientes sufren tanto de una ausencia de relación objetal como de una ausencia de narcisismo. La perturbación se refiere al concepto de falta de sentido de sí mismo como una entidad continua.

En mi trabajo trato de combinar la comprensión de esta psicopatología como inseguridad ontológica con la recientemente desarrollada rama de la teoría psicodinámica denominada comprensión dinámica cíclica de los problemas psicológicos. Desde este enfoque el paciente no es únicamente comprendido en su relación con el terapeuta desde un cierto momento de su temprana infancia. La psicopatología del paciente se ha desarrollado a través de círculos destructivos autogenerados basados en los primeros pasos de su trayectoria de vida y luego desarrollados a través de modelos de experiencia y acciones recientes y actuales. Esto indica que el trabajo en un proceso psicoterapéutico \_ aquí el proceso musicoterapéutico \_ no enfatiza tanto la identificación, el revivir o el reexperimentar traumas tempranos significativos. El trabajo enfatiza más el hecho que él / la terapeuta participe en los modelos de experiencia del paciente “ aquí y ahora” y, junto con él, trabaje cambiando y desarrollando estas acciones y modelos.

#### CRITERIO 5

Los recursos necesarios del paciente que recibe tratamiento en la Modalidad de Tratamiento de Reorganización y Sostén son las siguientes:

- El paciente tiene que estar de acuerdo con la musicoterapia como primer tratamiento, no necesariamente por afinidad con la música sino principalmente debido al objetivo del trabajo.
- El paciente debe poder asistir regularmente a musicoterapia, con una frecuencia semanal ( conformidad)

- El paciente debe estar de acuerdo con el objetivo y la temática del trabajo.

### *Evaluación \_ Observaciones*

La etapa de evaluación para el trabajo con pacientes esquizofrénicos / psicóticos lleva de tres a seis sesiones. Durante esta etapa me he encontrado con una variedad de características individuales que se suman al diagnóstico de esquizofrenia, tales como:

- El paciente toca un “muro” de sonidos sin un comienzo ni un fin  
\_ obviamente sin escuchar al musicoterapeuta que toca con él
- El paciente quiere convertirse rápidamente en un famoso percusionista  
\_ tan famoso como el de su grupo preferido (ejemplo: Led Zeppelin)
- El paciente no quiere hacer más nada que tocar un set de tambores
- La paciente toca el piano desvalorizando totalmente su ejecución, tratando de confirmar la imagen absolutamente negativa de sí misma, su falta de autoestima, y aún su derecho a la vida
- El paciente toca sonidos fragmentados en el piano y rápidamente comienza a escuchar interiormente los sonidos posibilitando que se relacionen unos con otros
- El paciente toca con toda su atención fija en la música del musicoterapeuta para asegurarse que, comparativamente, su música es “buena”
- La paciente no quiere tocar en un principio pero deja que el musicoterapeuta toque para ella

He leído acerca de experiencias similares en el trabajo musicoterapéutico con pacientes esquizofrénicos / psicóticos en otros hospitales psiquiátricos (ver Deuter 1996, Jensen 1996, Loos 1986, Priestly 1994.)

### *Comprendiendo los problemas psicológicos de los pacientes esquizofrénicos / psicóticos*

Como he mencionado antes, trato de combinar una comprensión dinámica cíclica de los problemas psicológicos con una comprensión reformulada de la patología como inseguridad ontológica. En el enfoque dinámico cíclico de comprensión de los problemas psicológicos la organización de la perspectiva de conflicto desde el psicoanálisis clásico (en el que el origen del trastorno es un conflicto psíquico interno) y la organización de la perspectiva por defecto (un término tomado del enfoque psicoanalítico post- Freudiano acerca de los problemas psicológicos en donde un conflicto en la relación de objeto es el

6

origen del trastorno) son consideradas ambas simultáneamente activas y actuando juntas en la perturbación (Hostmark Nielsen y Von Der Lippe 1993). Ambas perspectivas son consideradas como un movimiento de círculos viciosos autogenerados, que puede ser entendido en el “aquí y ahora” de la interacción entre dos o más personas. A través de estos círculos viciosos, los patrones de interacción social autovalidados por el paciente, contribuyen a reforzar problemas en su manera de ser y de funcionar. Estos círculos viciosos comenzaron debido a traumas tempranos, que han creado una forma de vivir determinada en cada persona. El proceso se desarrolla más a medida que la persona tiene nuevas experiencias y desarrolla nuevos patrones de acción. Para el enfoque dinámico cíclico de comprensión de los problemas psicológicos un franco insight, basado en la interpretación del verdadero trauma y en la comprensión de la dinámica propia de la persona, no es relevante. El foco está en las actitudes hacia la vida, los pensamientos y patrones de interacción inadecuados, y las formas rígidas de actuar frente a situaciones de vida. El foco está también en las “soluciones” que el paciente ha desarrollado en su forma de participar en los patrones dinámicos cíclicos de interacción.

Paradójicamente, las soluciones que los pacientes han a menudo desarrollado para hacer frente a sus situaciones de vida, pueden al mismo tiempo, ser una parte importante de sus problemas psicológicos. En esto, la causa de la disfunción es circular. Causa y efecto se determinan uno al otro en secuencias automantenidas. Esto significa que las condiciones de vida y las relaciones humanas en el “aquí y ahora” son mucho más enfatizadas en la teoría y en la terapia. Los patrones del paciente no son solamente comprendidos desde la historia de su temprana infancia sino también como parte de sus posteriores etapas de desarrollo y los propios patrones de funcionamiento, en los que los participantes constantemente se influyen unos a otros.

La exteriorización de los conflictos inconcientes del paciente en el contexto del “aquí y ahora” es tan importante para la comprensión clínica como lo es la identificación del material reprimido en la infancia. La diferencia con respecto a experiencias y teorías psicodinámicas más tradicionales está en relación principalmente con la manera en que las experiencias tempranas supuestamente afectan las experiencias y conductas actuales.

¿Con qué fuerza tan intensa se imprimieron estas primeras experiencias de vida para condicionar a la persona a elegir ciertos patrones de acción y no otros? Es el efecto acumulativo de muchas experiencias negativas el que puede crear patrones inadecuados de interacción y explicar así los problemas psicológicos en una perspectiva psicodinámica cíclica. Lo que yo como musicoterapeuta encuentro útil en esta comprensión de los problemas psicológicos, es el énfasis en el aspecto activo \_ en lo significativo de la participación interactiva del terapeuta en el proceso. También en que, comprendiendo la interacción aquí y ahora y provocando un cambio intencional

a lo largo del tiempo, se pueden abrir posibilidades de reorganización de más caminos hacia experiencias que puedan influir sobre el espectro completo del modo de vincularse de una persona con el mundo.

Considero que la musicoterapia necesita teorías que enfatizen el aspecto activo e interactivo que invita e incluye al terapeuta involucrado activamente en el mundo de experiencias del paciente a través de la interacción, en una forma en la que el terapeuta está en un estado de subjetividad disciplinada. Desde esta base teórica trataré de describir el rol del terapeuta en el trabajo con la Modalidad de Tratamiento de Reorganización y Sostén con pacientes que presentan una perturbación de la seguridad ontológica.

### *El rol del musicoterapeuta en el trabajo con pacientes esquizofrénicos / psicóticos*

Mi experiencia hasta ahora en el trabajo clínico con esta modalidad de tratamiento es que el rol y la presencia del musicoterapeuta son fundamentales para referir a los pacientes esquizofrénicos / psicóticos a la música. He notado además, que yo misma, como musicoterapeuta en este tipo de trabajo, escucho de una manera especialmente sensible. He tratado de verbalizar mi actitud de escucha porque la considero una herramienta muy importante en mi rol de musicoterapeuta.

### *La actitud de escucha y las perspectivas de escucha del musicoterapeuta*

He definido la actitud de escucha y la perspectiva de escucha del musicoterapeuta como una parte esencial del tratamiento en general (Pedersen 1997). Quiero describir aquí la actitud de escucha y las perspectivas de escucha como elementos esenciales en la construcción de una etapa muy inicial en la relación terapéutica \_ la ruptura del aislamiento del paciente. Describo la actitud de escucha como un estado de “estar muy conciente” \_ como si estuviera en un estado de máxima preparación para resonar cualquier señal o vibración que venga del paciente pero, al mismo tiempo, no invadiendo al paciente.

Considero la actitud de escucha en este trabajo con pacientes esquizofrénicos / psicóticos como una técnica a través de la cual yo, como musicoterapeuta, puedo invitar al paciente a ser escuchado y encontrado. A través de esta actitud puedo obtener información sobre la profundidad y el carácter de los sentimientos básicos del paciente, las posibilidades de realizar intervenciones activas y el momento oportuno para hacerlas.

Cuando uso el término “actitud de escucha” quiero significar que tengo que escuchar cuidadosamente la música del paciente y los sentimientos



expresados a través de la música \_no importa cuan fragmentada o rudimentaria pueda esta música sonar \_ y simultáneamente crear una estructura musical que resuene lo que oigo en la música del paciente de una manera que sea aceptable para él sin intentar dirigirla hacia ningún tipo de música exterior identificable. En estos pacientes, apuntar hacia algo reconocible podría generar ansiedades vinculadas al fracaso, la exclusión, haber sido dejado de lado, maltratado, o traicionado.

Para ser capaz de usar una actitud de escucha empática de esta naturaleza, y a través de ella resonar los sentimientos básicos del paciente de una manera aceptable para él, yo considero que el musicoterapeuta tiene que haber reflexionado sobre algunas experiencias de su propia historia de vida, de forma que le permitan resonar con una realidad del paciente, tan distinta a la suya.

Con respecto al uso del término “actitud de escucha”, no puedo pretender escuchar con una mente abierta. Si algo perturba mi actitud de escucha, podría actuar como una barrera que impide crear un vínculo con el paciente esquizofrénico. El hecho de estar en tal estado de preparación en la propia actitud de escucha puede crear la base para que el terapeuta cambie su grado de conciencia hacia dos perspectivas de escucha diferentes.

Identifico una primera perspectiva de escucha como una “manera de escuchar alocéntrica” (Fog 1995) en la cual el ser humano es escuchado como él / ella es, como un ser humano independiente con todas sus cualidades, más allá de los problemas psicológicos que estén involucrados.

Fog escribe:

A partir de las descripciones de una percepción alocéntrica se ha vuelto evidente que esta perspectiva tiene un profundo interés en el objeto, una completa apertura y receptividad hacia él, un giro total hacia el objeto que haga posible el encuentro directo con él y no meramente un registro rápido de sus características más conocidas de acuerdo a diagnósticos disponibles. La característica principal está en el interés de volver hacia el objeto y a su afirmación. El acto de interés es total y requiere de la totalidad del interés por parte del terapeuta. (p. 381)

Una segunda perspectiva de escucha puede desarrollarse a partir de un estado de mucha conciencia. Identifico esta segunda perspectiva como una variación de lo que Fog describe como una forma de escucha autocéntrica. En esta perspectiva autocéntrica, nuestra escucha está dirigida hacia uno mismo. Fog la define como la perspectiva en la cual la otra persona es “objetivada” y no tiene una existencia propia. En mi opinión, esta definición estaría más correcta si se refiriera a la escucha de nuestro propio ego que registra y no de nuestro self. Para objetivar a alguien, considero que uno tiene que escuchar a su ego que registra y no a su self \_ el cual según mi forma de entender, no puede estar en un nivel de objetividad puro.

Según mi experiencia, en una perspectiva de escucha en la cual uno se dirige hacia el self, se da en general un tipo de escucha casi personificada, que puede ser experimentada específicamente en el encuentro con pacientes esquizofrénicos / psicóticos así como simultáneamente, una manera de escucha no focalizada más primitiva, y una forma de escucha casi transpersonal que hace que el que escucha pase a un estado de conciencia ligeramente alterado. Identifico esta segunda perspectiva de escucha hacia el self, como una versión ampliada de la definición general de la perspectiva de escucha autocéntrica, que objetiva a la otra persona.

Así, la versión ampliada \_ en la que el terapeuta está muy conciente y escuchando desde un estado de conciencia ligeramente alterado \_ puede según mi experiencia clínica ser una parte importante de la interacción del terapeuta “aquí y ahora” y del factor de cura en el proceso de romper el aislamiento y desarrollar y reorganizar la rudimentaria estructura psíquica de los pacientes esquizofrénicos / psicóticos.

Lo que estoy tratando de confirmar es que considero que nosotros, como musicoterapeutas, podemos ser capaces de definir algunos de los elementos transferenciales de la relación terapéutica por la vía de las perspectivas de escucha porque la escucha es una herramienta básica de todos los musicoterapeutas. Esto es claramente evidente con pacientes esquizofrénicos / psicóticos, donde un sentimiento transferencial puede ser de vacío total, un estado de no ser, incluso un estado de no tener el derecho de estar en este mundo. Para darles a estos pacientes una posibilidad de ser encontrados y una posibilidad de reorganizar sus estructuras psíquicas internas uno debe escuchar de una manera extremadamente sensible y trabajar hasta elaborar un estado tal que les de la posibilidad de elegir el tipo de vínculo que van a establecer con el terapeuta.

Por lo tanto, entiendo el proceso de la experiencia de ser escuchado, como una experiencia básica para que los pacientes puedan ser capaces de usar realmente la música para su crecimiento y desarrollo. Algunas veces, escuchar y tocar pueden ir juntos y crear encuentros intensos y aperturas del aislamiento en el diálogo musical. A veces, como musicoterapeuta, tengo que escuchar la mera presencia del paciente en la sala o escuchar las fantasías del paciente durante un tiempo antes de que éste adquiera suficiente seguridad como para tocar música. Mi foco en la actitud de escucha y la perspectiva de escucha del musicoterapeuta también influye sobre mi comprensión de la evaluación de estos pacientes. Además de permitir vastos criterios de indicación, considero que la evaluación debería incluir también la capacidad de escucha del terapeuta con un determinado paciente, en un determinado contexto.

## La función de la música

La música es un medio que puede llegar al paciente, casi tocarlo, sin que éste tenga la sensación de ser físicamente tocado. Es importante que existan instancias conjuntas en las que el musicoterapeuta improvisa para el paciente sin que éste sienta la presión de responder sonoramente o de hacer cualquier tipo de devolución. Esta intervención puede constituir un punto de inflexión para el paciente para que gradualmente se vaya animando a establecer un vínculo con el terapeuta de acuerdo a su propio ritmo y forma, sin sentirse controlado por el terapeuta.

El contexto no verbal en el que se desarrolla la música hace posible expresar y actuar sentimientos y sensaciones (también diminutos movimientos o impulsos de sentimientos y sensaciones) sin usar palabras. Las improvisaciones musicales crean un marco en el cual es posible interactuar, ser encontrado y compartir sin que el paciente sienta la presión de una demanda de explicación o defensa de su expresión.

Los elementos básicos de la música que tienen un símil corporal (pulso, ritmo, movimiento y sonido) son esenciales para el desarrollo de la comunicación humana en general, desde el comienzo de la vida. Expresar sentimientos y sensaciones a través de elementos musicales básicos se combina generalmente con una experiencia de movimiento interno y cambios de vitalidad que pueden ser identificados como un cambio en la conciencia y una primera forma de expresar emociones.

En interacción con el musicoterapeuta el paciente puede desarrollar cambios básicos en su vitalidad, pequeñas variaciones que pueden ser identificados y escuchados en el sonar de la música. En casos en que el musicoterapeuta, a través de la actitud de escucha y de las perspectivas de escucha, sea capaz de crear un espacio potencial suficientemente seguro, podrá darse a través de la música, un despertar de la capacidad emocional que de otra manera sería imperceptible.

A través de la interacción musical, el musicoterapeuta puede muy concretamente cambiar y participar en ambos, los mecanismos de defensa del paciente y los intentos de desarrollar micro movimientos en la capacidad de expresión y de relacionamiento.

Para el paciente, la interacción musical puede crear una experiencia de ser escuchado y contenido en su expresión sea ésta cual sea. La función de la música será ejemplificada en el material de caso.

### **Ejemplo de un caso: Musicoterapia con Frank, un paciente esquizofrénico**

### *Información general sobre Frank*

Frank es un paciente de sexo masculino de 26 años de edad diagnosticado con Esquizofrenia Hebefrénica.

Había entrado y salido del hospital tres veces en dos años y había intentado suicidarse algunas veces. Fue evaluado y considerado no apto para psicoterapia. Frank se sintió motivado hacia la musicoterapia porque a menudo escuchaba música de CDs pero no podía escuchar más de unos minutos sin tener que empezar a caminar nerviosamente entrando y saliendo del apartamento. Además se sentía muy solo mientras escuchaba música.

Los objetivos de la musicoterapia fueron romper el aislamiento, focalizar en problemas de concentración, y establecer un espacio potencial donde Frank pudiera permitirse quedar un período más largo de tiempo con otra persona. Frank no ingresó al hospital durante el tratamiento musicoterapéutico, que continuó durante dos años y medio. Frank estuvo de acuerdo con el objetivo de la musicoterapia pero eso no se vio reflejado en los hechos. Concurrió a cada sesión esperando de mí que le enseñara, mágicamente, lo más rápido posible, a convertirse en un percusionista tan bueno como el de su grupo de música favorito \_ Led Zeppelin.

### *Primera etapa: Frank crea un ritmo propio, simple.*

Para poder trabajar con Frank tuve que enfrentar los círculos de expectativas que había generado hacia sí mismo (aprender mágicamente) y hacia su entorno ( yo como una maestra mágica) sin rechazarlo. Traté de comprender su interacción conmigo desde un enfoque dinámico cíclico. Acepté su fantasía pidiéndole que desarrollara un ritmo simple con los tambores, un ritmo tan simple que pudiera repetirlo gradualmente. Después de algún tiempo Frank desarrolló un ritmo simple de 4/4 y tan pronto como fue reconocible, lo toqué con él acompañándolo armónicamente en el piano. Al mismo tiempo le dije que mantendría ese ritmo suyo para que él pudiera elegir entrar y salir del ritmo. Frank no era capaz de mantenerse en un pulso o sostener un ritmo en ese momento. Traté de crear un encuadre en el que pudiera sentirse a sí mismo como parte de una interacción musical y al mismo tiempo, tuviera la libertad de elegir su forma de estar en nuestra interacción. Cuando no tocaba dentro de un pulso y un ritmo, no se sentía equivocado o diferente. Al mismo tiempo el ritmo que yo tocaba era creado por él, por su ego rudimentario. Frank no fue rechazado ni corregido musicalmente, en ningún momento.

Desde mi experiencia de ser parte de la interacción musical, me fue difícil mantener el ritmo regular mientras tocaba ya que Frank no tocaba un pulso regular en ningún momento. A menudo me permitía ser irregular en mi repetición del ritmo. Al mismo tiempo, nuestra improvisación musical conjunta, sonaba más bien estática en la medida que yo trataba de mantener el pulso para ambos.

En la primera fase del proceso musicoterapéutico, asumí el rol de ser un ego auxiliar. Inicialmente estuve presente como un ego auxiliar flexible en la medida en que no mantuve un pulso regular, en contraste a él. Permití que el caos de Frank me sedujera y al mismo tiempo, traté de crear una estructura atrayente para el pulso inestable.

Gradualmente, y a medida que Frank se sintió más seguro en la interacción musical, pude pasar a tomar un pulso estable y él a su vez pudo gradualmente y paso a paso, reconocer cuando estaba con el pulso o fuera de él. Frank logró darse cuenta de esto en un tempo que también pudo aceptar.

Al mismo tiempo que trabajábamos principalmente con el elemento musical (ritmo), yo era conciente de su profundo vacío. Esto se vio cuando Frank me dijo que cuando la música paraba, todo paraba y él se sentía como si no existiera. No se producía una resonancia interna. Frank se sentía como el ser humano más desgraciado del mundo.

El pensaba que era el único ser que se había aislado totalmente. Pensaba que era su destino estar en un hospital psiquiátrico caminando de arriba abajo por los pasillos, y sentirse torturado por pensamientos malos y fantasmas hasta su muerte. Incluso pensaba que después de la muerte debía ser arrojado fuera, a la frialdad del universo y vagar solo eternamente.

*Segunda etapa: Frank se permite ser escuchado desde a fuera.*

Repetimos esta forma de interacción musical en una parte de cada sesión por casi un año. Al mismo tiempo, ampliamos actividades rítmicas palmeando y vocalizando los ritmos y realizando movimientos corporales. Frank trajo a la interacción algunos patrones rítmicos simples – todos producidos por su ego rudimentario. Luego de seis meses de terapia comencé a apartarme de la repetición de ritmos luego de haber repetido una y otra vez el mismo ritmo por algún rato. De esa manera Frank tocaba solo en la sala, su ritmo simple, vocalizándolo con una voz casi inaudible. Comenzó a darse cuenta dónde estaba con respecto a su imagen de ser repentinamente un famoso percusionista. También se dio cuenta del gran paso que pudo dar cuando tuvo

el valor de tocar solo en la sala por unos segundos su ritmo simple, gracias a sus propios esfuerzos, siendo escuchado seriamente por mí como su partner.

En esta etapa Frank hablaba a menudo en los momentos de verbalización, de sus fantasías diabólicas y de cómo él influenciaba a otras personas en un nivel espiritual. Yo escuchaba cuidadosamente sus fantasías y le preguntaba si él también influía en mí. Él confirmó esta idea. Traté de no negar este aspecto y le dije que estaba feliz por su interés y cuidado por mí y que podía acompañar su necesidad de controlar a otras personas de una forma tan extrema (problema humano común). También le dije que yo no me sentía influenciada por él y que tenía tanta necesidad de ser considerada seriamente como suponía que él deseaba lograrlo para sí mismo.

Frank no contestó, pero luego de un año me mostró que había estado conciente de mis observaciones. En ese momento estaba fuera de su estado psicótico y comenzó a mirar hacia atrás y a verbalizar sus memorias psicóticas. Todas estaban claras en su memoria. Cuando le pregunté cómo era compartir esas historias conmigo, me respondió sorprendido: "Pero usted fue la única que no tuvo miedo de ellas \_ me lo dijo \_ ¿ se acuerda?"

En esta etapa mi función como terapeuta fue mayormente una función de sostén en la que yo era conciente de estar usando una actitud de escucha extremadamente sensible y una perspectiva de escucha ampliada.

### *Tercera Etapa: Reflexión y el comienzo de la separación del musicoterapeuta.*

En el segundo año de tratamiento musicoterapéutico, hasta tanto yo comprendo el proceso, transcurrimos la primera etapa de psicoterapia. Esta etapa tenía que ver con romper el total aislamiento de este paciente específico. Frank trató en la primera etapa de compensar su aislamiento bajo la forma de fantasías megalománicas por un lado, y sentimientos subyacentes de vacío y agitación por el otro \_ una constelación que le evitaba vincularse con alguien.

En este segundo año de proceso musicoterapéutico Frank comenzó a reflexionar sobre la primera etapa y trajo muchos comentarios escritos a las sesiones. Entre otros, trajo el que describía su "terrible destino". A través de estas notas, y nuestro proceso conjunto, luchó contra su propia tendencia de esconderse en un planeta tranquilo, en el que solo había Dios y no Diablo o fuerzas del mal. Un día, uno especialmente significativo, trajo una nota con la siguiente frase: " Ahora me di cuenta de que Dios y el Diablo ambos existen y ambos existen dentro de mí."

En la interacción musical Frank tuvo, gradualmente, el valor de improvisar libremente en el piano. Con mayor frecuencia tocaba intencionalmente sonidos

livianos y fragmentados en la parte alta del piano simbolizando a Dios (las fuerzas del bien), y sonidos oscuros fragmentados en la parte baja, simbolizando el Diablo (fuerzas del mal). No importa qué consignas usáramos como inspiradoras para la improvisación, tales como “yo toco como me siento aquí y ahora” o “yo toco mis cosas malas y mis cosas buenas”, Frank repetía después de cada improvisación que toda su atención estaba puesta en lo que yo tocaba. A lo largo de la improvisación su atención se fijaba en si sus sonidos eran correctos en comparación a mi música. Frank asumía toda la responsabilidad acerca de si la música (nuestra producción común) “sonaba bien”. No podía reflexionar sobre lo que yo repetidamente le decía acerca de que no había nada “bien o mal” en la música.

Luego de algunos meses, cuando Frank parecía más seguro improvisando en el piano, sugerí que él fuera el leader (el solista) y yo sería su acompañante. Esta regla de juego introducida en ese momento, influyó significativamente en el hecho de que tenía su atención fija en mi parte musical de la interacción.

En la última parte de esta tercera etapa, un día improvisamos con una doble consigna estableciendo que Frank debía ser el leader y al mismo tiempo ambos tocaríamos con la consigna de “dejemos que las buenas y las malas partes de Frank se pongan en contacto”. Escuché su música de una manera extremadamente sensible y seguí cuidadosamente sus fluídas melodías. Sentí que podía relajarme mientras tocaba y centrarme en mi rol de acompañarlo en su música.

Luego de la improvisación reflexionamos y verbalizamos acerca de la experiencia musical:

F: Quise estar entre las buenas y las malas energías.

I: ¿Podrías ponerle un nombre a ese lugar en el que querías estar?

F: Sí, la luz o algo así.

I: ¿Podrías reconocer ciertas características de esta música?

F: Sí, algo de mucha búsqueda.

I: Yo la sentí bastante fluída y con muchas melodías

F: (Un poco sorprendido) No me di cuenta de eso. Pienso que hubieron muchas intenciones racionales atrás de mi interpretación. Toqué algunas cosas automáticamente, pero la mayor parte fue intencional. Puede sonar liviano y

fluido, pero no lo es.

I: ¿Recordás algunas de tus intenciones?

F: Sí, la música no debía sonar muy igual \_ debían haber variaciones entre los sonidos livianos y los oscuros.

I: Puedo entender esas intenciones fácilmente cuando pienso en la música.

¿Tuviste momentos no intencionales?

F: Sí, fue cuando traté de tocar algunas melodías.

Entonces siento mi cabeza totalmente vacía \_ me sucede bastante a menudo y en realidad eso fue lo que sentí estando enfermo la primera vez. Me enfermé porque pensaba que todo el tiempo tenía que estar en actividad. Pero ahora, a veces no sucede nada.

I: ¿Cómo es la sensación de que “no sucede nada”?

F: En ese momento hay una especie de paz.

I: ¿Me estás diciendo que lo que sentías antes como un vacío, podría haberse transformado en una sensación de paz?

F: Sí. (Muy pensativo). Supongo que sí.

Este fue el final de la reflexión sobre la música, en esa sesión.

Quiero describir brevemente la música de esta sesión. Frank comenzó tocando rítmicamente y dinámicamente fuerte tanto en la parte alta como en la parte baja del piano. Al mismo tiempo, empezó a tocar gradualmente más melodías en un tempo rápido en el medio del piano, sin pausas y con cierta fluidez en las melodías.

Gradualmente, Frank y yo pasamos a tocar en el medio del piano, en un comienzo de una forma muy simbiótica pero desarrollándose más y más hacia una forma de diálogo con melodías fluídas en las que ambos introdujimos y continuamos figuras melódicas del otro. Se estableció una clara sensación de figura / fondo al escuchar la música. Un pulso firme y estable generó un fondo



claro y al mismo tiempo las melodías se desarrollaron y crearon las figuras. Ambos, Frank y yo, creamos figura y fondo. Hubo un clima intensivo en el interjuego, como si hubiera una atracción entre los sonidos. Esto generó un equilibrio natural, dinámico y elástico, entre el aumento de la tensión y la liberación de tensión durante la improvisación.

Esta descripción es un resumen de mis propias notas y las de mi colega luego de escuchar la grabación de la música.

### *Resumen*

En mi trabajo con Frank, paciente esquizofrénico, el tratamiento durante el primer año puede ser considerado como la primera etapa de un tratamiento psicoterapéutico. En esta etapa, Frank desarrolló gradualmente el coraje para ser escuchado y escucharse a sí mismo sin recurrir a fantasías megalománicas. Su intranquilidad disminuyó y comenzó a abrirse hacia la experimentación (improvisando en el piano). Se dió un comienzo en la ruptura del aislamiento.

En la segunda y tercera etapa la Modalidad de Tratamiento de Reorganización y Sostén fue seguida más y más por una moderada y así llamada Modalidad de Tratamiento de Psicoterapia Musical Empática de acuerdo a la identificación de modalidades de tratamiento en psiquiatría en el Informe de Indicaciones. En esta fase Frank liberó gradualmente su atención que estaba fija en mi parte musical y tuvo el coraje de reflexionar verbalmente (mirar hacia atrás) sobre su fase psicótica.

Mi rol como terapeuta durante el primer año fue parcialmente, el de un ego auxiliar resonador y flexible y parcialmente una figura de sostén que debía crear un encuadre continuamente seguro para poder estar juntos y para la interacción. En las últimas partes del proceso terapéutico mi rol como musicoterapeuta cambió gradualmente. Pude comenzar el proceso de separación y cambiar de ser el promotor a ser el acompañante en la interacción musical. Frank fue conciente de esto y abandonó la fijación de su atención hacia mi parte musical. Ambos pudimos pasar hacia una mayor flexibilidad e igualdad en la interacción a medida que la música contenía gradualmente más y más melodías y mayor fluidez en las melodías.

En mi rol de terapeuta comencé durante el primer año, a usar y mantener una actitud de escucha ultra sensible. En la última etapa del proceso terapéutico pude soltarme un poco de esta actitud; pude hacerla más flexible, y moverme en forma más juguetona entre los dos tipos de perspectivas de escucha.

Mi método durante el primer año lo he definido en este capítulo como una Modalidad de Tratamiento de Reorganización y Sostén.

### **Una modalidad de tratamiento de reorganización y sostén**

El título se refiere a mi rol como figura de sostén y a mi comprensión de los problemas psicológicos del paciente, especialmente en la forma en que los reformula Hedges (1994) como una forma de ser psicopatológica arcaica \_ una forma de ser en la que el desarrollo más temprano del niño es entendido como la forma específica en que cada niño organiza sus experiencias.

En los casos en que el desarrollo es traumático las “experiencias de no vínculo” se organizan en una amalgama de experiencias negativas que invaden al niño, quien desde allí continúa autogenerando círculos viciosos en futuros intentos de vincularse.

El término “reorganización” indica que, como musicoterapeuta, considero que el paciente tiene la posibilidad de reorganizar las fuerzas vitales de sus primeros pasos de vida. Puedo participar y ser parte de esos círculos viciosos en un proceso continuo con un paciente que es único, en un contexto que es único.

Esto no significa que el tratamiento será siempre un éxito.

### **Definición de una modalidad de tratamiento de reorganización y sostén**

Para completar el círculo por donde comencé este capítulo, quiero definir aquí finalmente, la Modalidad de Tratamiento de Reorganización y Sostén usando los mismos cinco parámetros usados en la definición de las cuatro modalidades de tratamiento identificadas en el Informe de Indicaciones. Desgraciadamente, no puedo cubrir aquí la totalidad de las definiciones de las otras cuatro modalidades pero puedo definir mi modalidad según los siguientes parámetros:

- a) Objetivo de la terapia: romper el aislamiento, generar encuadres para que el paciente logre el valor para ser escuchado y considerado seriamente. Sostener y desarrollar la capacidad del paciente de expresarse y comunicarse y motivarlo a continuar el tratamiento psicoterapéutico, verbalmente o musicalmente.
- b) Alianza terapéutica: el vínculo paciente / terapeuta es una herramienta de cambio fundamental en el proceso. Para construir la confianza básica necesaria en el vínculo paciente / terapeuta y para la conciencia del paciente de sí mismo y de su capacidad para vincularse.

- c) Nivel de tratamiento: la primera etapa de psicoterapia, aquí en la forma de musicoterapia, la primera terapia. El tratamiento se centra en síntomas básicos (aislamiento, retraimiento social y falta de vínculos). El musicoterapeuta tiene la responsabilidad del tratamiento, junto con el psiquiatra de referencia.
- d) Actividades musicales: las actividades musicales son adaptadas a las necesidades del paciente y al rol del terapeuta ya sea que funcione como ego auxiliar o como sostén. Se usan técnicas de improvisación libre, o elementos musicales aislados, y el uso de una actitud de escucha ultra sensible y de perspectivas de escucha como plataforma sensible para la resonancia sonora.
- e) Pacientes: pacientes esquizofrénicos / psicóticos en el espectro diagnóstico de esquizofrénico / esquizoide, borderline, y alteraciones severas de la personalidad .

## Conclusión

Como se ha mencionado en el comienzo de este capítulo, he tratado de identificar, describir, y ejemplificar una nueva modalidad de tratamiento en el trabajo con pacientes esquizofrénicos / psicóticos \_demostrada a través de un estudio de caso. La modalidad de tratamiento está pensada para dar una oportunidad a pacientes que a menudo serían evaluados negativamente en cuanto a la indicación de psicoterapia. Esta modalidad de tratamiento ofrece la primera etapa de una psicoterapia en forma de musicoterapia. En este capítulo he descrito los distintos factores de curación que he experimentado como importantes para un proceso terapéutico exitoso. Aún en el caso en que todos los factores de curación estén disponibles, esto no asegura el logro del objetivo de la terapia, aunque hasta ahora, analizando el material clínico con esta modalidad de tratamiento, la visión es muy positiva.

## Referencias

Deuter, M. (1966) 'Beziehungsformen in der musiktherapeutischen Arbeit mit psychotischen Patienten' ('Patrones Vinculares en el trabajo musicoterapéutico con pacientes

psicóticos.’) En R. Tupker (ed) *Konzeptentwicklung musiktherapeutischer Praxis und Forschung (Materialen zur Musiktherapie)*. Munster: Lit Verlag.

Fog, J. (1995) ‘A komme til klarhed. Om bevidstblivelsesprocessen hos terapeuten.’ (‘ Tomar conciencia. Sobre el proceso del terapeuta de tomar conciencia.’) *Psyche and Logos* 16, 2. Aarhus: Dansk Psykologisk Forlag.

Grotstein, L.F. (1994) ‘Prólogo’. En L.Hedges (ed) *Elaborando la Organización de la Experiencia: Transformando Estados Psicóticos, Esquizoides y Autistas*. Nueva Jersey, Londres: Jason Aronson.

Hedges, L.F. (1994) *Elaborando la Organización de la Experiencia. Transformando Estados Psicóticos, Esquizoides y Autistas*. Nueva Jersey y Londres: Jason Aronson.

Hostmark Nielsen, G. and Von Der Lipe, A. L. (1993) *Psykoterapi med voksne. Fem synsvinkler pateri og praxis. ( Psicoterapia con pacientes adultos. Cinco Perspectivas sobre Teoría y Práctica.)* Copenhagen: Hans Reitzels Forlag.

Jensen, B. (1996) ‘Mecanismos de Defensa e Identidad. Estudios de Casos con Pacientes esquizofrénicos.’ Artículo inédito. Aarhus: Hospital Psiquiátrico, Risskov.

Loos, G. (1986) ‘Horen – Zuhoren – Zugehoren.’ (‘ Escuchar – Escuchar a alguien \_ Ser parte de un vínculo.’) *Musiktherapeutische Umschau* 7, 165 \_ 179. Alemania: Fischer Verlag.

Pedersen, I.N. (1997) ‘ las perspectivas de escucha del musicoterapeuta como fuente de información en improvisaciones musicales a dúo con pacientes psiquiátricos adultos que padecen esquizofrenia.’ *Revista Nórdica de Musico terapia* 6,2, 98\_111.

Pedersen, I.N. (ed) (1998) *La Clínica Musicoterapéutica \_ Centro de Tratamiento e Investigación, Informe Final. Primera parte*. Aalborg: Hospital Psiquiátrico de Aalborg, Clínica de Musicoterapia.

Priestley, M. (1994) *Ensayos sobre Musicoterapia Analítica* .Filadelfia: Ediciones Barcelona.

Smeijsters, H. (1996) *Indicaciones en Musicoterapia: Criterio, Ejemplos, Definiciones y Categorías*. Actas de la 8° Conferencia Mundial de Musicoterapia, Hamburgo. Inédito.

Sorensen, T. (1998) *Psykiatri Information Vol.5, N° 1. (Información en psiquiatría.)* Copenhagen: Psykiatrifonden.

## Glosario

***Alocéntrico***: estar con la mente muy abierta hacia el otro \_ sintiendo al otro como un ser humano independiente.

***Anhedonia***: estado de falta de placer e interés por cualquier actividad en la vida (especialmente la sexualidad ).

***Autocéntrico***: mirar hacia el interior de uno mismo, hacia el propio ego, registrando, analizando al otro objetivándolo, o, en un enfoque ampliado,

mirando hacia el interior , hacia el propio self, desde donde uno percibe desde un estado de conciencia algo alterado. Uno es simultáneamente subjetivo y objetivo en la percepción de lo que lo rodea.

*Esquizofrenia hebefrénica:* características típicas \_ cambios afectivos, alucinaciones y fantasías distorsionadas fragmentarias, pensamiento desorganizado, incalculable; lenguaje incoherente; retraimiento social. Se diagnostica sólo a adolescentes y adultos.

*Actitud de escucha:* una técnica básica en musicoterapia. Una manera sumamente empática de escuchar. Un estado de mucha conciencia, como de extrema preparación para resonar toda señal o vibración posible que provenga del paciente o de uno mismo. Un estado de conciencia en el cual uno puede obtener información sobre la profundidad y el carácter de los sentimientos del paciente, las posibilidades de intervenciones activas y el momento oportuno para las mismas.

*Perspectivas de escucha:* la orientación de la actitud de escucha \_ como por ejemplo, escuchar de una manera aloclétrica.

*Formas de tocar:* este término está tomado del Informe de Indicaciones de Smeijsters (1996) en el que utiliza el término como una categoría para describir posibles actividades relacionadas con tocar música para una población específica de pacientes.