

Mary Priestley

MUSICOTERAPIA ANALÍTICA.

Historia y definición

Del libro "Essays on Analytical Music Therapy". Barcelona Publishers. 1994.

Capítulo 1

Traducción: MT Mayra Hugo

De un tiempo a ésta parte me he puesto a pensar internamente que la Musicoterapia Analítica en realidad no existe. A lo que me refiero con esto es que, cuando uno piensa que es esto o es aquello, lo concreta, lo pone sin vida e inerte en una caja de palabras y por consiguiente fuera del ámbito de lo sensible y espontáneo de la creatividad empírica que caracteriza a la díada terapéutica, por lo tanto, está muerto por siempre. De hecho, cuando uno puede decir que lo tiene, lo ha perdido.

Descubrirlo es casi tan imposible como pretender transmitirle a mi nieta, que vive en la ciudad, lo que experimenté viendo a unas maravillosas libélulas azules volar sobre un lago en medio del campo, llevándola al museo de Historia Natural y mostrándole los especímenes secos dentro de una caja de vidrio.

De todas maneras, tengo que intentar producir algún tipo de definición o explicación de lo que es MTA, a pesar de que el lector pueda encontrar una mejor, después de haber leído este libro o, mejor aún, después de haber experimentado la técnica.

La MTA se desarrolló mientras yo trabajaba como musicoterapeuta con tres colegas en un Hospital Psiquiátrico muy grande, a la vez que transcurría por mi propio análisis Kleiniano. La MTA se desarrolló para atender las necesidades de nuestros pacientes. La 1ª técnica, la TÉCNICA DEL DESDOBLAMIENTO fue una directa adaptación musical de la teoría Kleiniana del DESDOBLAMIENTO, experimentada por mí durante mi análisis. Me hubiera resultado imposible hacer esto solo habiendo leído los libros de M. Klein. Fue mi experiencia personal y el efecto que ésta técnica tuvo sobre mí durante mi análisis, lo que me inspiró a probar y encontrar nuevas técnicas musicoterapéuticas. En vez de lanzarme al agua e intentar ésta técnica con mis pacientes sin experimentarla previamente, decidimos con mis colegas Peter Wright, quién estaba en análisis Jungiano y

Marjorie Wardle, quién también estaba por comenzar su análisis, formar un trío de INTERTERAPIA. Nos reunimos semanalmente en el sótano de mi casa, durante 96 sesiones, probando diferentes técnicas experimentales, usando música improvisada, generalmente con instrumentos, y también incluyendo expresión vocal. Generalmente tomábamos un tema como foco, bajo la forma de un título, con el cual la mente podía dirigir la emoción. A pesar de que muchas de las técnicas fueron desarrolladas a partir de nuestro deseo de ayudar a nuestros pacientes con sus problemas, algunas surgen de la clarificación de nuestros propios problemas, continuando con el trabajo que habíamos estado haciendo en nuestros respectivos análisis. Ocasionalmente, algo salía de algún taller al cual uno de nosotros había asistido, por lo tanto hay algunas técnicas que también son usadas en terapia gestáltica y en psicósíntesis. Nos devolvíamos entre nosotros los resultados de las técnicas experimentales, y yo tomaba nota cuidadosamente en mi diario.

Como considerábamos mejor tener continuidad en las relaciones terapéuticas, Peter era el terapeuta de Marjorie, yo la de Peter y Marjorie la mía. Como Marjorie no había tenido hasta el momento ningún análisis, recibí la mayoría de mis insights a través del uso sensible e intuitivo de su música con el piano, sustentados en los resultados de mi propio análisis.

Cuando, algún tiempo después, mi editor me encargó un libro sobre musicoterapia, me paralizó el miedo. Dejé su carta a un lado durante varios días, en respuesta a uno de esos objetos internos paralizantes, que parecen estar diciendo: por supuesto que no puedes hacerlo, ya tienes más que suficiente con tu propio análisis, estando sola con tres hijos adolescentes, trabajando dos días por semana en un hospital psiquiátrico, teniendo pacientes particulares y estando en la mitad de un curso sobre terapia de pareja y familiar. El 6º día me desperté sabiendo que quería escribir ese libro más que nada en el mundo. La ansiedad no solo tenía que ver con escribir un libro, ya que ya tenía uno publicado. Pero éste era un tema que sentía con mucha fuerza y en el cuál realmente creía, pese a tener, en ese momento, menos de 5 años de experiencia en esa técnica. Fue ahí cuando pensé en las notas de nuestras sesiones de Interterapia, y en la idea de Peter de llamar a nuestro trabajo experimental, Musicoterapia Analítica.

Al principio pensé que ésta colección de técnicas y experiencias llamadas MTA, era algo que uno aprendía y por lo cuál podía, capaz, recibir un diploma el cuál se podía enmarcar y colgar junto a otros en la pared del consultorio. De todas maneras, cuando el libro salió y los estudiantes de Interterapia comenzaron a llegar en parejas, me di cuenta que ésta era una formación orientada a una determinada forma de trabajo, usando toda la propia experiencia de vida junto con el análisis o con psicoterapia analítica como un esqueleto sobre el cual colgar ideas

sobre lo que acontece entre el terapeuta, el paciente y la música. Yo estaba impresionada y maravillada con la individualidad de las respuestas de cada estudiante frente a la formación y el uso que de ésta hacían en sus universidades y en otros cursos fuera de ella.

Después de un tiempo supe por algunos ex estudiantes de Interterapia que a ciertos analistas alemanes no les gustaba el título, entonces, nerviosamente lo cambié a Musicoterapia exploratoria, para complacer a éstos críticos sin rostro. De todas maneras, cuando mi análisis terminó, mi supervisor jungiano Dr. J.W.T. Readfern dijo que, como el título ya estaba en un libro, no veía por que no debía permanecer como estaba. Y así fue.

Habiendo sido yo misma una paciente psiquiátrica, a la edad de 22 (1947), cuando los tratamientos eran más bien crueles y extremadamente temidos, yo sentía una tremenda ansiedad respecto a la opinión de los médicos. Debido a la antigua costumbre de delegar, en las primeras etapas el desarrollo, las funciones parentales a enfermeras, también tenía un irracional y prolongado horror a cualquier cosa femenina bajo ese título.

Entonces, MTA es el nombre que ha prevalecido para el uso simbólico, analíticamente interpretado, de la música improvisada por el cliente y el terapeuta. Es usada como una herramienta creativa con la cual explorar la vida interior del cliente, para proveer un camino hacia delante para el crecimiento y mayor autoconocimiento. El MT analítico, calificado músico y musicoterapeuta, para empezar, (a pesar de que ha habido también algunos médicos y psiquiatras alemanes con formación musical), habrá sido entrenado en el Curso de orientación Interterapéutica, habiendo tenido previamente, o subsecuentemente, experiencia personal en análisis o psicoterapia psicoanalítica. Peter y Marjorie son buenos pianistas, y también tocan como acompañantes, por lo tanto están altamente entrenados en tocar y escuchar. Como violinista, mi experiencia en música de cámara también me ayudó, y a pesar de que desarrollé una manera de improvisar en el piano, que uno de mis colegas alemanes me sorprendió describiéndola como brillante, de hecho nunca cursé más de 4º grado en el Royal College of Music. Admito esto ya que pienso que puede ayudar a algún posible musicoterapeuta analítico cuyas dotes como pianista o lector a 1ª vista no sean demasiado maravillosas.

Al escuchar sobre Musicoterapia la 1ª vez, la gente por lo general refiere a esa frase popular que habla de la música amansando a las fieras. De todas maneras, la MTA no siempre busca producir experiencias inmediatamente gratificantes, ya que a menudo es necesario trabajar con bloqueos emocionalmente dolorosos, antes de proseguir con el propio desarrollo. Esto permite que las buenas

experiencias ocurran de la mejor manera para cada persona y también que éstas fortalezcan y reafirmen. Obviamente debemos, como terapeutas ser guiados hasta cierto punto por el paciente y sus motivaciones, su remanente de esperanza y su deseo de progreso.

.....

Dentro de la sesión de MTA, esas experiencias gratificantes pueden manifestarse como súbitos recuerdos fuertemente positivos y afirmantes (generalmente preverbales) que el paciente tiene, sabiendo que en ese particular momento que recuerda, fue profunda y genuinamente amado, más allá de lo que pueda haber sucedido en el devenir de esa relación primaria.

Puede ser también la alegría de ser capaz de compartir de forma no verbal con el terapeuta, algo que le sucede, interna o externamente; la experiencia de una interacción rítmica armoniosa y hermosa, o la reafirmación de ser capaz de sobrevivir a una interacción musical disonante o salvajemente caótica, y terminar en paz y amistad. Ocasionalmente, puede ser el descubrimiento de la raíz de algún elemento que distorsiona la verdad (beta statement, Bion 1977) o lo que yo llamo "una acción aún no considerada conscientemente o una motivación resultante de un trauma temprano que ha continuado resonando terriblemente o de forma inocua en el presente, pero que dispara tormentas emocionales que resultan violentas y embarazosas." (p 72) Esto puede estar seguido por el darse cuenta de cuan infinitamente comprensible y perdonable ese hecho es, cuando se ve desde una realidad adulta.

Otra buena experiencia puede ser el placer de escuchar la grabación de la propia música improvisada a dúo en una sesión y permitir que a un nivel kinestésico, se produzcan nuevos insights. A veces es solo el sentarse juntos en un silencio compartido, sin necesidad de palabras, hasta el momento adecuado para hablar.

Fuera de la sesión, estas experiencias pueden llevar a la búsqueda de relaciones y experiencias mejores y más satisfactorias, así como a la determinación y el duro trabajo vinculado con eliminar, al menos, lo peor de las resonancias traumáticas residuales, destructivas e invalidantes, acompañadas de tensiones corporales que aún operan en el presente. Y el coraje de ser más auto- asertivo y expresivo, sin necesidad de ser destructivo o insensible a los sentimientos de los demás.

Junto con éstas buenas experiencias, de todas maneras, pueden haber interludios difíciles, causados por lo general por el hecho de tener que enfrentar la liberación del dolor emocional previamente congelado. Pero teniendo a alguien al lado, ayuda a que estas experiencias sean asimilables, sobre todo si esta persona

está apropiadamente entrenada y no se le ha pedido previamente que trate de ayudar durante 168 horas por semana sin tener la menor idea de cómo hacerlo.

La música en ésta terapia es usada en sus 4 aspectos: vocal, instrumental, movimiento con el cuerpo como instrumento y silencio selectivo, todos los cuales ayudan a poder apropiarse de la propia música interior, así como de música de otros ámbitos.

Ahora es necesario observar lo que MTA no es:

- Primero: no es simplemente un tipo de lección de música. El resultado de una Musicoterapia exitosa puede verse en el mejoramiento del estado y de la calidad de vida del paciente y no en el mejoramiento de la calidad de su improvisación o desempeño musical, a no ser que esto sea considerado por él como una meta en su vida. De todas formas, la música puede verse como un factor que muestra poco o ningún cambio después de, por ejemplo, 5 años de trabajo terapéutico exitoso.
- Puede ser un sustento que brinda la seguridad que posibilita cambios y crecimiento en muchas otras áreas. No es siempre el caso, ya que algunos clientes son musicalmente creativos.
- Segundo: MTA no es psicoanálisis, a pesar de las similitudes. Por ejemplo: el analizado se recuesta en el diván, imposibilitado de ver directamente a su analista, y obedece una regla fundamental: la asociación libre y la expresión de todo lo que le viene a la mente. El paciente de MTA, (o cliente, si no está bajo tratamiento psiquiátrico) se abre, en mayor o menor profundidad, a la experiencia musical en dúo, y es invitado a comunicarse, compartiendo sus sentimientos, experiencias interiores y pensamientos con el terapeuta después de terminar de tocar, más allá de lo raros, vergonzosos o espantosos que parezcan. Pero a diferencia del análisis, hay una reciprocidad emocional entre el terapeuta y el cliente, a través de la improvisación a dúo, que hasta cierto punto se prolonga en el intercambio verbal.
- Tercero: MTA no es una terapia mágica ni una cura instantánea, que brinda tanto al paciente como al terapeuta el poder de trascender todos los problemas y dificultades sin un trabajo focalizado. Es una forma de tratamiento con sus propias limitaciones y contradicciones como cualquier otro. Pero a diferencia de una forma mecánica de tratamiento, su éxito depende mucho del conocimiento, inteligencia, calidez, fuerza y profundidad de personalidad del terapeuta, el deseo del cliente de trabajar sobre sí mismo, el "rapport" entre ellos y de un sostén razonable por parte de su entorno familiar.

- Finalmente: MTA no es el uso experimental de las técnicas descritas en Musicoterapia en Acción (Priestley, 1975), por terapeutas que no han explorado ellos mismos su propia vida interior musicalmente, con otro musicoterapeuta analítico, como sucede en la formación interterapéutica. Someter a otros a éstas técnicas sin haber experimentado su poder sobre uno mismo, es irresponsable y puede resultar peligroso. El mundo de sueños e imaginación en el que operamos es también el extraño mundo de la psicosis. No es muy difícil entrar, pero el terapeuta debe también saber cómo se sale de él para volver a conectarse con el mundo real. Esto es importante para ambos, terapeuta y pacientes, que también tendrán que dejar el refugio del consultorio y volver por sus propios medios a sus casas, en un estado de alerta que les permita transitar sin riesgo las calles de la ciudad.

Personalmente encuentro que no hay otra terapia que sea tan útil en la decodificación del mensaje personal y útil de los sueños. Todavía, cada tanto, busco a mi compañero de Interterapia para trabajar sobre mis propios sueños. Si me encuentro desencantada o frustrada con mi trabajo, con unas pocas sesiones, vuelvo a estar llena de entusiasmo.

En MTA, la expresión guiada de la música parece, en muchos casos, reducir la resistencia del paciente a emociones negadas o escindidas, al bajar los umbrales de conciencia. Permite que ésta emoción sea experimentada simbólicamente en sonido o movimiento, y por lo tanto, de una manera un poco menos dolorosa. Frecuentemente ésta expresión trae consigo recuerdos vívidos e imágenes internas. Algunas personas tienen un profundo temor de solo pensar en dejar salir material reprimido de su inconsciente. Así, pueden ser la causa de síntomas no placenteros, miedos irracionales, estados de ánimo inexplicables, y, a veces, crímenes serios. Realmente, varios asesinos que he conocido por mi trabajo, parecían ser el tipo de persona dócil que no lastimaría ni a una mosca, hasta que un día, esa rabia acorralada erupciona, por lo general después de haber sido incitada por algún familiar con quién convive. Un impulso, entonces, liberado durante la terapia, puede ser aceptado o parcialmente aceptado, o puede ser sublimado y usado en forma constructiva, o puede ser conscientemente condenado. De cualquier manera, libera un buen monto de energía que antes se usaba para mantenerlo inconsciente. El proceso que trabaja en contra de la liberación de dichos impulsos, fue denominado por Freud como "resistencia".

Este puede ser el lugar para mirar brevemente el concepto de resistencia, tal como Freud lo explicó. Imagínense asistiendo a una conferencia en la que un miembro de la audiencia se muestra estrepitoso y causa disturbios. Después

imagínense que otros dos miembros lo sacan de la sala, ponen sillas en la puerta y se sientan en ellas. La audiencia aquí representa a la conciencia, afuera de la sala, el inconsciente; el miembro "desobediente", el impulso, y los otros 2 sentados en la puerta, la resistencia.

Ahora, si otro miembro de la audiencia se aproxima a la puerta, persuade al recalcitrante miembro desobediente de volver tranquilamente a su asiento, y triunfa en pedirle a los dos miembros de las sillas que se muevan, entonces está ocupando el rol del terapeuta.

Otro uso importante de la MTA es que a través de la expresión musical, las tendencias agresivas y autoagresivas pueden ser externalizadas en experiencias sonoras sin que el terapeuta sucumba en el asalto. Esto alivia al paciente de la culpa de tener que crear canales verbales de odio y destructividad que sería mejor dejar sin verbalizar. Esto puede llevar a un uso positivo de la agresividad, como aciertos en la adquisición de valiosas metas de vida, a pesar de que el paciente deba necesitar, inicialmente, ser guiado a través de una fase de uso difícil de esta agresividad externalizada.

Como ejemplo de ésta externalización de auto agresión, cito el caso de una maestra maniáco depresiva, de 30 años, casada. La traté en el hospital, en donde recibía tratamiento con medicación, y después en forma ambulatoria. Solía tener dolorosos ataques de despersonalización, y luego se cortaba las muñecas para convencerse de que realmente estaba allí. Me dijo que sentía que había una barrera entre ella y los demás, especialmente con su esposo. Ella describía esta sensación como si fuese un "grueso panel de vidrio", y de hecho, por esa época golpeó varios ventanales de vidrio, tanto en su casa como en la calle. En nuestra improvisación, tomamos el título "rompiendo la barrera". Toda la violencia que había tenido antes contra sí misma, fue desahogada sobre los instrumentos. Golpeaba tan fuerte el xilofón que las placas rebotaban y se caían, y después las arrojaba violentamente por todo el salón. Golpeó un platillo con frenesí. Lo llevó al piso, y con una fuerza increíble, lo torció hasta darle la forma de un sombrero. Cuando terminó, también lo hice yo, que había estado tocando en el piano, una música "fff", contenedora, y nos sentamos las dos en silencio durante un rato, entre el desparramo de placas de xilofón e instrumentos apaleados. Solo cuando, algunos minutos después, ella comenzó a levantar las cosas, yo la seguí. (yo estaba determinada a que ella no debía proyectar su super yo controlador sobre mi, pero debía tener control sobre sí misma.) Juntas, en silencio, volvimos a poner el salón en orden. A pesar de todo hacíamos una buena alianza trabajando. Se ofreció a reponer el platillo, le agradecí, y trajo uno nuevo la siguiente sesión. Este ataque fue una explosión de furia infantil, siendo la torcedura del platillo, posiblemente un ataque simbólico al pecho

materno. Mi respuesta tranquila pretendió mostrarle que ella puede tener esos sentimientos y manejarlos, sin que sucedan desastres. Eso marcó un punto de partida a partir del cuál pudo empezar a cambiar su agresividad por energía para lograr sus metas. De a poco fue logrando ser más positiva en su vida. Aprendió a manejar, se compró un auto, tomó a su cargo una clase de teatro en una escuela, y produjo una obra con éxito. Después de un tiempo de terapia de pareja conmigo y una asistente social, la paciente y su esposo decidieron separarse. Pudo organizar satisfactoriamente su vida social. Nuestra música no fue un hechizo que creó todo esto mágicamente, pero sí nos encontramos musicalmente en el momento cuando ella pudo probar si era seguro dejar salir su inusual energía, antes volcada sobre sí misma, al mundo exterior. Nuestra experiencia marcó el punto de partida en ésta nueva dirección. Todavía ahora, como 17 años después, recibo su tarjeta de Navidad, con noticias sobre su exitoso trabajo con niños retardados.

En la introducción de "Musicoterapia en acción", (Priestley, 1975) , E.G. Wooster describió cómo, en MTA, las partes saludables del paciente pueden trabajar con las partes "locas", como impulsos o percepciones disociadas, miedos infundados, síntomas orgánicos o rígidas estructuras defensivas. Escribió que, en los hospitales, los pacientes son generalmente considerados como "enteramente" locos, entonces, sus partes sanas y saludables, no tienen por lo general, la chance de ayudar a sus partes locas. Frecuentemente, cuando conocen a éstas partes locas, encuentran que éstas también tienen sus razones, y pueden ser comprendidas, y hasta probablemente aliviadas.

Por ejemplo: un ingeniero mecánico de 32 años me fue derivado por su psiquiatra. El paciente había tenido inexplicables dolores en la espalda, por los cuales había sido tratado en vano con medicación durante 2 años, tiempo en el que estuvo sin trabajar. Con la ayuda de nuestra música, se puso en contacto con el mensaje de los dolores. Fueron interpretados como la expresión psicósomática de la rabia causada por "puñaladas" simbólicas en su espalda, dadas por los pechos crueles de su madre quién abandonó a su pequeña familia cuando él tenía 4 años. Llevó 2 años más trabajar con su rabia, su amargura y sus miedos ante de que estuviera listo para trabajar afuera otra vez. Su enfermedad apareció cuando su propio hijo alcanzó la edad de 4 años, e inconscientemente sintió que, si no se quedaba en su casa, él, identificándose con su hijo, sería abandonado, ésta vez por su esposa, la madre de su hijo.

Puede ayudar, a ésta altura, dar una idea de cómo es una típica sesión de MTA, y cómo se dispone la tarea. El terapeuta generalmente, pero no inevitablemente, comienza la sesión escuchando al cliente; qué ha estado sintiendo, pensando y haciendo, y cómo le está yendo. Con unos pocos pacientes,

esto puede degenerar en una charla defensiva, usada para guiar la atención lejos de cualquier sentimiento verdadero o problema serio. Esto puede hablarse, pero con éstos pacientes es mejor empezar con una improvisación a dúo, sin título, entre cliente y terapeuta, quién toca entre 5 y 10 minutos para ver qué es lo que emerge. De todas maneras, normalmente el terapeuta va a estar en contacto con la música que está detrás de las palabras.

Por ejemplo: Una oficinista, maníaco depresiva, viene a la sesión relatando las dificultades con su jefe. Detrás de éstas palabras y de los problemas concretos, aparece la música de un niño angustiado, un niño que se sentía censurado. Nuestra improvisación musical sacó afuera recuerdos de dificultades en su casa con sus "jefes", en sus primeros años.

Durante la primera sesión el terapeuta registrará la historia del paciente, de una manera clara y comprensiva, así tiene todos los hechos escritos, para una referencia posterior, y para su uso en estudios de casos y en supervisión. . Puede no tomar notas durante la sesión, y registrar los datos posteriormente. Después de hablar un poco y probablemente también después de algún silencio, cuando aparece algo que pueden explorar juntos, van a los instrumentos.

El cliente se sentará junto a una batería de instrumentos: xilofón cromático, un ton ton de 16 pulgadas, un platillo de 12" en un atril, un gong, campanas, panderos, etc. A veces el terapeuta le preguntará al cliente sobre qué quiere tocar, pero normalmente el terapeuta elegirá un tema, o 2 roles, del material del cliente, que el cliente no solamente no escogería, sino que , cuidadosamente trataría de evitar, porque podría guiar a un área bloqueada.

El terapeuta por lo general toca el piano, ya que así puede tener más control de la situación con la armonía y volumen de éste instrumento. Normalmente, la voz del cliente puede ser considerada un instrumento extra, si es que no está demasiado inhibido para usarla. Posteriormente puede moverse expresivamente con la grabación de su propia música improvisada, usando su cuerpo como instrumento, si le es posible y le resulta natural. Sospecho que los clientes del futuro entrarán más fácilmente a éstas formas de expresión, cuando las muchas culturas de esta gran isla comiencen a mezclarse más armoniosamente y más frecuentemente.

La función del terapeuta en éste dúo es doble: va a contener con su expresión musical, la emoción del cliente, sintonizando con sus estados de ánimo. También debe estar alerta a esa voz interior del inconsciente del cliente: la contratransferencia, (ver ensayos 8 y 9), y reproducir, a veces musicalmente, éstos sentimientos del inconsciente del cliente. La contratransferencia, (usada

aquí, no en el sentido de transferencia distorsionada del terapeuta sobre el paciente, sino de sus reacciones a los sentimientos inconscientes o preconcientes del paciente), es una herramienta útil para explorar la emoción oculta del cliente, y se hace más confiable si el terapeuta previamente ha pasado por un proceso de análisis y de MTA, en la posición de cliente, y ha explorado su vida interior musicalmente, así no confunde sus propios sentimientos con sus reacciones a los del cliente. Inicialmente, esta sensibilidad puede desarrollarse lentamente, y puede llevarle tiempo al terapeuta tener la seguridad para confiar en la validez de éstos mensajes y usarlos fructíferamente en su terapia. La mayoría de los MT o médicos y psiquiatras músicos que han sido formados en Interterapia han encontrado que el período de psicoterapia analítica, antes o después de Interterapia, fue extremadamente fructífero, especialmente para abordar el lado verbal de la terapia.

Después de terminar de tocar, el cliente puede hablar de sus experiencias tanto internas como externas, y el terapeuta puede decir lo que pensó acerca de la música (a veces, como ejemplo de con qué libertad uno puede hablar de éstas experiencias personales), y luego se escucha la grabación.

A pesar de que rara vez tenemos pacientes que tienen conocimientos musicales previos, es sorprendente cómo casi siempre pueden reconocer el punto exacto en esta mezcla de tonos y ritmos, en donde una cierta imagen interior o sentimiento aparecieron. También sucede frecuentemente que, recién al escuchar la grabación, tomen en cuenta la música del terapeuta, y esto puede resultar muy reafirmante. Esto puede también vincularse con la experiencia del niño pequeño que se siente seguro en los brazos de su madre, sin darse cuenta aún que está siendo sostenido.

A veces se me pregunta si los clientes objetan que se grabe su música. De hecho, no les pregunto si les molesta o no, pero les explico que nos es útil escuchar nuestra música, y también necesario para mí registrar lo que se hace. No les grabo su voz hablada, y eso también lo explico. Solo una vez, trabajando en un Hospital Psiquiátrico, mientras intenté grabar una sesión grupal, una paciente con una esquizofrenia paranoica, imaginó que el grabador iba a "succionar" su vida fuera de ella. En ese caso no grabamos, por respeto a sus sentimientos.

El terapeuta se relaciona con el paciente internamente a través de la intuición, y externamente, a través de los oídos y los ojos. La manera interna se llama contratransferencia.

Se me derivó un hombre de treinta y pocos años, que trabajaba en el área comercial. Era moderadamente esquizofrénico, y había caído en estados catatónicos. Quería que tocáramos una conversación musical entre él y un cliente en su trabajo, y luego entre él y una colega. Improvisamos a través de la contratransferencia. Me encontré alcanzada por un estado extraño, somnoliento, que me hizo sentir como en trance. Posteriormente le dije que había sentido que estaba tocando la música de una parte de él que no tenía nada que ver ni con colegas ni clientes. Admitió entonces que él tenía un sueño secreto que alimentaba en su trabajo. Se trataba de ser capaz de largarse maravillosamente a cantar una canción, en cualquier y en todas partes. Hablamos de esa gloriosa sensación, de un arrebatado de goce y omnipotencia, y decidimos que en el futuro, él debería vocalizar en nuestras improvisaciones. Ese sentimiento contratransferencial, no volvió a aparecer.

En 1979 había 40 Musicoterapeutas Analíticos desparramados por Inglaterra, Alemania, Dinamarca, Austria, Canadá, y USA. En 1978, los MTA alemanes, apoyados por su Ministerio de Ciencia e Investigación, abrieron un curso de 2 años de especialización en Musicoterapia, concentrándose en los métodos de Nordoff- Robbins y MTA. Los estudiantes de MTA primero experimentaron el rol de pacientes y después formaron parejas de Interterapia, supervisadas por tutores formados en MTA. El curso se llevó a cabo en el renombrado Hospital Comunitario de Herdecke, con períodos de práctica en Hospitales de Gran Bretaña, Holanda y Alemania.

Se ha brindado formación en forma privada en Londres. Los estudiantes venían en parejas, experimentando MTA primero en la posición de clientes, y luego viniendo juntos y turnándose para ser terapeuta y cliente uno del otro, bajo mi supervisión. Un programa de lectura y discusión complementaba el trabajo práctico. No se han llevado a cabo grupos rigurosos de control con MTA, y de hecho, creo que sería muy difícil hacerlo, debido al elemento personal, por un lado, y el hecho de que la mayoría de los pacientes hospitalizados, que formaron el mayor volumen de nuestros pacientes, también estuvieron recibiendo terapias adicionales, como quimioterapia, arte terapia, terapia ocupacional, teatro, apoyos religiosos, o incluso experiencias intensas con los podólogos. A los terapeutas que practican nuevas técnicas se les suelen derivar los pacientes que han sido hallados "intratables" por otras vías. Freud se quejó de lo mismo en sus inicios, y escribió sobre esto en uno de sus últimos escritos.

Hay ciertas pautas sobre cuándo un paciente es adecuado para MTA. Pacientes con hipoacusias importantes podrían serlo, pero personalmente no tengo experiencia con ellos. Pacientes con un CI por debajo de 80 han sido tratados con cierto éxito por colegas, pero aquí creo que también el terapeuta necesita conocimientos específicos y experiencia en el tema. De todas maneras el terapeuta formado en MTA puede practicar un estilo más simple, más descriptivo, con éste tipo de pacientes. Frecuentemente, el CI de éste tipo de pacientes, es mantenido artificialmente bajo, a causa de bloqueos emocionales.

Pacientes francamente psicóticos que están transitando por un mundo de sueños, llamado "alucinado y engañoso", ya están viviendo simbólicamente, lo que impide la comprensión consciente de lo simbólico como tal. Si un paciente maniaco-depresivo o esquizofrénico se vuelve francamente psicótico durante el tratamiento, el terapeuta puede recurrir a una técnica más simple hasta que el paciente sea capaz de distinguir entre el mundo de los símbolos y la realidad cotidiana. No hay peligro en usar MTA con éstos pacientes; simplemente que es infructuoso en su estado más sofisticado durante el período de funcionamiento psicótico.

El tipo de paciente psicopático totalmente disociado debe ser manejado con cuidado. Mi experiencia con éste tipo de pacientes en prisiones, es muy limitada. Estoy segura de que hay posibilidades de un trabajo más cuidadoso, basado en un período largo de tiempo.

Ha habido resultados alentadores. Una señora de mediana edad, con una historia de 7 años de agorafobia, se liberó del síntoma después de 4 meses de tratamiento con MTA, conjuntamente con ayuda del departamento psicológico. Una joven madre, apartada de su segunda hija, trabajó estos sentimientos con música. A través de este trabajo se las arregló para apartar de la niña el desplazamiento de sentimientos hostiles, destinados a la hermana de la paciente, con un color de pelo similar, a quién la paciente encontró en la cama con su marido (el de la paciente).

Una esposa joven se liberó de una frigidez de larga data, después de 16 sesiones.

Una madre se recuperó de una fobia de 16 años que le impidió realizar cualquier tipo de trabajo, en 32 sesiones. Un hombre hemipléjico, desempleado durante 15 años, comenzó una nueva carrera después de 88 sesiones. La histeria de conversión, descrita anteriormente, que había tenido tratamiento psiquiátrico sin éxito durante 2 años, (mientras estaba sin trabajar, en su casa),

volvió a trabajar a tiempo completo luego de 96 sesiones. Estos son solo algunos ejemplos.

Por supuesto, ha habido algunos fracasos también. Algunos pacientes que desarrollaron una transferencia negativa, optaron por abandonar tempranamente la terapia, antes de que esto pudiese ser trabajado. Incluso en casos exitosos, algunos pacientes pasan por etapas realmente difíciles, sufriendo emociones profundamente dolorosas y necesitando, apoyo adicional del terapeuta o el entorno. De todas formas, donde sí hay mejoría, cualquiera sea la razón, es en la dirección de liberar la autoexpresión y un sentimiento de equilibrio en su uso; aumento del respeto por uno mismo; un sentido más focalizado de propósito en la vida; disminución o mayor tolerancia a los síntomas psicósomáticos; recuperación más rápida de disturbios emocionales; aumento de la intrepidez (muchos pacientes terminan teniendo mejores trabajos); relaciones más satisfactorias y un incremento en la energía vital.

Voy a concluir con 2 párrafos de la Introducción de " Musicoterapia en Acción"(1975), escrito por mi analista, el psicoterapeuta consultante y analista grupal Dr. E. G. Wooster, quien hizo tanto por guiarnos, a los pioneros en MTA, a través de nuestras dificultades iniciales:

Llevar adelante las técnicas de MTA no es tan fácil como puede sonar. Muchas reacciones psicóticas se basan en una negación de lo que es doloroso en el mundo externo o en el interno. Muchos neuróticos, también, prefieren mantener sus mecanismos fóbicos, obsesivos o psicósomáticos, por nombrar algunos, antes de cambiarlos por las ansiedades profundas y las culpas que se esconden tras ellos.

El terapeuta entusiasta e ingenuo, que tiene éxito en derribar las defensas del paciente, para que ventile su rabia o sexualidad reprimidas a través de medios verbales o musicales, puede obtener como resultado, un refuerzo de las defensas del paciente, aún más fuertemente que antes. Ese tipo de paciente, siente (por lo general inconscientemente) que dado que en el pasado, sus intentos de expresión fueron castigados o no premiados, va a tener que experimentarlos, en el aquí y ahora, de una manera muy distinta para permitirse a sí mismo cuestionar sus suposiciones previas sobre el resultado de esa expresión. Esto sería verdad en cualquier situación terapéutica, incluyendo la de Musicoterapia. (p13)