

Revista Brasileira de Musicoterapia

Ano 1 - Número 1 - 1996



Revista Brasileira de Musicoterapia

Ano I – Número 1 – 1996

Uma publicação da
União Brasileira das Associações de Musicoterapia

Associações filiadas:

Associação de Musicoterapia do Estado do Rio de Janeiro

Associação Mineira de Musicoterapia

Associação de Musicoterapia do Paraná

Associação de Profissionais e Estudantes de Musicoterapia
do estado de São Paulo

Associação Bahiana de Musicoterapia

Associação Goiana de Musicoterapia

Associação de Musicoterapia do Rio Grande do Sul

Secretariado da UBAM

Ronaldo Pomponet Millecco – Secretário Geral

Anna Lucia Lelão Lopez

Gislaine Fois Coelho Abramof

Marco Antonio Carvalho Santos

Marly Chagas Oliveira Pinto

Endereço para correspondência:
Av. Graça Aranha, 57 / 2º andar
Cep: 20030-002 – Rio de Janeiro - RJ

Sumário

A Natureza Polissêmica da Música e a Musicoterapia <i>Lia Rejane Mendes Barcellos e Marco Antonio Carvalho Santos...</i>	5
A Pesquisa Francesa em Musicoterapia <i>Dr. Christine Lapoujade - Pr Edith Lecourt</i>	19
La Utilización del Ritmo Musical en Fisioterapia <i>Profesor Francisco Blasco Vercher.....</i>	30
Teoria, Lenguaje y Etica en Musicoterapia <i>Mt. Diego Schapira</i>	40
Adolescencia, Drogadiccion y Musicoterapia <i>MT. Ofelia Herrendorf de Waen</i>	55
¿Hay Inteligencia Antes de Nacer? Estudios Sobre el Feto de David Chamberlain en Base a Las Teorias de Robert Sternberg y Howard Gardner <i>Ruth Fridman</i>	67
O Resgate da Identidade Feminina Através da Musicoterapia <i>Marilia Schembri.....</i>	80

Este número é dedicado à publicação da 1ª parte dos trabalhos apresentados no VIII Simpósio Brasileiro de Musicoterapia (outubro de 1995 - SP).

Os trabalhos estão aqui dispostos na ordem em que aparecem no Programa Oficial do Simpósio: Conferências e Palestras. Nem todos constam desta publicação por não terem sido entregues à coordenação do evento. Optamos por não incluir textos sobre os Workshops por não se constituírem em trabalhos apresentados, mas reflexões ou esboços que nortearam a condução da atividade. Caso os autores se interessem em transformá-los em artigos, teremos prazer em publicá-los. O texto do autor de uma das palestras deixou de ser publicado por termos dele recebido um capítulo de livro em fase de preparação que, pela sua extensão, não seria compatível com esta Revista, pelo menos neste primeiro número.

Os textos aqui apresentados estão em sua versão original (português e espanhol). Apenas o trabalho de Edith Lécourt (da França) foi traduzido pela APEMESP, a organizadora do Simpósio, que nos enviou o texto em português.

Editorial

Este primeiro número da Revista Brasileira de Musicoterapia, publicada pela União Brasileira das Associações de Musicoterapia (UBAM) representa um novo patamar na organização do conhecimento em um campo que vem despertando interesse e esperanças, principalmente, nas áreas de saúde e educação.

Se no final da década de 60 havia apenas alguns trabalhos pioneiros além da crença no poder terapêutico da música e da vontade de criar uma nova carreira, hoje, quase trinta anos depois, o quadro é bem diverso. O esforço desses pioneiros se transformou num movimento que gerou associações de musicoterapia, criadas em oito estados brasileiros, cinco cursos de graduação e três de pós graduação e a Musicoterapia tem se tornado cada vez mais conhecida pela prática clínica de um crescente número de profissionais formados.

O intercâmbio entre musicoterapeutas e estudantes das diversas regiões teve um papel fundamental no desenvolvimento da carreira. Encontros, Congressos, e, em especial a série de Simpósios Brasileiros de Musicoterapia se constituíram em espaços de debate científico, e têm sido realizados periodicamente, com uma participação expressiva, inclusive de profissionais de outras carreiras, nas áreas de saúde, educação e arte.

A Musicoterapia precisa, no entanto, de novos instrumentos de aprofundamento da reflexão teórica. A bibliografia em língua portuguesa ainda é muito limitada, não atendendo, satisfatoriamente, nem ao leitor leigo nem ao especializado. Considerando estas questões, as associações de Musicoterapia reunidas no VIII Simpósio Brasileiro de Musicoterapia, em São Paulo, em outubro de 1995, ao fundarem a União Brasileira das Associações de Musicoterapia - UBAM - decidiram pela criação desta revista que publica neste primeiro número, a 1ª parte dos trabalhos apresentados no simpósio. Devido ao grande volume do material, a 2ª parte sairá no próximo número.

Queremos agradecer o apoio da Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP), da Associação dos Profissionais e Estudantes de Musicoterapia do Estado de São Paulo (APEMESP) e do Conservatório Brasileiro de Música (CBM) à publicação do primeiro número desta Revista.

União Brasileira das Associações de Musicoterapia

A União Brasileira das Associações de Musicoterapia (UBAM) foi criada em São Paulo durante o VIII Simpósio Brasileiro de Musicoterapia, em outubro de 1995. As associações presentes à reunião de criação da entidade elegeram Ronaldo Pomponet Millecco para Secretário Geral, encarregando-o de constituir uma equipe de trabalho (Secretariado) e estabeleceram um programa de ação para o primeiro ano de existência da UBAM.

A entidade visa desenvolver o intercâmbio entre as associações, incentivar a pesquisa e organizar a publicação de uma revista científica para todo o país. O primeiro Secretariado terá ainda a função especial de elaborar o projeto de Estatuto da UBAM a ser aprovado pelo conjunto das associações.

O movimento pela criação de uma organização nacional de musicoterapia não é novo. Vem amadurecendo em discussões entre as associações nos diversos encontros realizados nos últimos anos. O surgimento de novos cursos de musicoterapia (em Salvador, Ribeirão Preto e Goiânia) tornou ainda mais aguda a necessidade de articular o trabalho desenvolvidos nos diversos estados em prol da consolidação da carreira.

EDITORIAL

Este primeiro número da Revista Brasileira de Musicoterapia, publicada pela União Brasileira das Associações de Musicoterapia (UBAM) representa um novo patamar na organização do conhecimento em um campo que vem despertando interesse e esperanças, principalmente, nas áreas de saúde e educação.

Se no final da década de 60 havia apenas alguns trabalhos pioneiros além da crença no poder terapêutico da música e da vontade de criar uma nova carreira, hoje, quase trinta anos depois, o quadro é bem diverso. O esforço desses pioneiros se transformou num movimento que gerou associações de musicoterapia, criadas em oito estados brasileiros, cinco cursos de graduação e três de pós graduação e a Musicoterapia tem se tornada cada vez mais conhecida pela prática clínica de um crescente número de profissionais formados.

O intercâmbio entre musicoterapeutas e estudantes das diversas regiões teve um papel fundamental no desenvolvimento da carreira. Encontros, Congressos, e, em especial a série de Simpósios Brasileiros de Musicoterapia se constituíram em espaços de debate científico, e têm sido realizados periodicamente, com uma participação expressiva, inclusive de profissionais de outras carreiras, nas áreas de saúde, educação e arte.

A Musicoterapia precisa, no entanto, de novos instrumentos de aprofundamento da reflexão teórica. A bibliografia em língua portuguesa ainda é muito limitada, não atendendo, satisfatoriamente, nem ao leitor leigo nem ao especializado. Considerando estas questões, as associações de Musicoterapia reunidas no VIII Simpósio Brasileiro de Musicoterapia, em São Paulo, em outubro de 1995, ao fundarem a União Brasileira das Associações de Musicoterapia - UBAM - decidiram pela criação dessa revista que publica neste primeiro número, a 1ª. parte dos trabalhos apresentados no simpósio. Devido ao grande volume do material, a 2ª. parte sairá no próximo número.

Queremos agradecer o apoio da Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP), da Associação dos Profissionais e Estudantes de Musicoterapia do Estado de São Paulo (APEMESP) e do Conservatório Brasileiro de Música (CBM) à publicação do primeiro número desta Revista.

Marco Antonio Carvalho Santos

Editor Geral

*A Natureza Polissêmica da Música e a Musicoterapia*¹

*Lia Rejane Mendes Barcellos e
Marco Antonio Carvalho Santos*

Este trabalho é o resultado de frequentes discussões que têm acompanhado a nossa vida enquanto musicoterapeutas preocupados não só com a prática clínica, mas, também com aspectos relativos à elaboração teórica, fundamental ao desenvolvimento da musicoterapia e à formação de musicoterapeutas.

Algumas experiências realizadas com audições, comentadas e analisadas musicalmente, desde 1975, por Barcellos, serviram como ponto de partida para estas reflexões. Nestas audições têm sido utilizadas, principalmente, peças instrumentais eruditas e populares de várias épocas, incluindo música contemporânea.

Percebendo a possibilidade de ampliar a compreensão da música, enquanto elemento terapêutico, a partir desse tipo de análise, foi incluída, no curso de Musicoterapia do CBM, uma cadeira intitulada Música em Musicoterapia. O objetivo desta é conscientizar o aluno a respeito da importância da leitura musicoterápica para o desenvolvimento da nossa carreira.

Partiremos, na nossa discussão, de uma dessas experiências, ouvindo uma das músicas utilizadas. Gostaríamos de propor que as pessoas que quiserem experimentem anotar tudo que lhes ocorrer durante a audição.

(Audição do segundo movimento do Concerto em Dó m de Benedetto Marcello para Oboé e orquestra).

A partir da audição, aparecem, em geral, imagens, sentimentos ou palavras que exprimem tristeza, dor, solidão, perda, abandono, angústia, ou então, paz, serenidade, tranquilidade e calma. Que elementos são responsáveis por tais “coincidências”? Uma análise musical indicaria alguns aspectos que podem contribuir para uma resposta.

¹ Trabalho apresentado no VIII Simpósio Brasileiro de Musicoterapia (São Paulo, outubro de 1995).

Modo: menor (Dó m)

Andamento: Adagio

Uma tensão inicial, em pianíssimo, proveniente da repetição lenta da tônica,

ADAGIO (♩ = 84)

pp CEMB. VIOL. II

This musical system consists of three staves. The top staff is a treble clef with a key signature of two flats (B-flat and E-flat) and a common time signature. It contains a single note, a whole note G4. The middle staff is also a treble clef with the same key signature and time signature. It contains a sequence of six notes: G4, A4, B-flat4, C5, B-flat4, A4, all marked with a piano (p) dynamic and connected by a slur. The bottom staff is a bass clef with the same key signature and time signature, containing a single note, a whole note G2.

seguida por uma repetição de uma dissonância que não é resolvida

VIOL. I e II

This musical system consists of three staves. The top staff is a treble clef with a key signature of two flats and a common time signature, containing a single note, a whole note G4. The middle staff is also a treble clef with the same key signature and time signature. It contains a sequence of six notes: G4, A4, B-flat4, C5, B-flat4, A4, all marked with a piano (p) dynamic and connected by a slur. The bottom staff is a bass clef with the same key signature and time signature, containing a single note, a whole note G2.

e que deságua num outro acorde dissonante que só então encontra resolução.

This musical system consists of three staves. The top staff is a treble clef with a key signature of two flats and a common time signature, containing a single note, a whole note G4. The middle staff is also a treble clef with the same key signature and time signature. It contains a sequence of six notes: G4, A4, B-flat4, C5, B-flat4, A4, all marked with a piano (p) dynamic and connected by a slur. The bottom staff is a bass clef with the same key signature and time signature, containing a sequence of six notes: G2, A2, B-flat2, C3, B-flat2, A2, all marked with a piano (p) dynamic and connected by a slur.

Estes três primeiros compassos são responsáveis pela criação de um clima inicial de tensão crescente, provocada, também, pelo caráter ascendente da voz superior. Já no quarto compasso entra o

oboé, como solista, soando no agudo, num plano acima do tapete orquestral, como se estivesse isolado. E aí começa uma progressão harmônica descendente, com um modelo e três reproduções, que intensifica muito o clima inicial da peça. Nestas reproduções o compositor insere, pouco a pouco, notas de passagem e, principalmente, bordaduras e apogiaturas sempre inferiores.

Já que nosso objetivo não é fazer uma análise exaustiva da peça, e sim, utilizá-la como elemento de argumentação, não nos estenderemos mais nessa direção.

The first system of musical notation consists of three staves. The top staff is in treble clef with a key signature of one flat (B-flat) and a common time signature. It begins with a *pp* dynamic marking. The middle staff is in treble clef with a key signature of one flat, containing block chords. The bottom staff is in bass clef with a key signature of one flat, containing a descending melodic line. A first ending bracket spans the first two measures, and a second ending bracket spans the last two measures. A double bar line with repeat dots is at the end of the system.

The second system of musical notation consists of three staves. The top staff is in treble clef with a key signature of one flat and a common time signature. The middle staff is in treble clef with a key signature of one flat, containing block chords. The bottom staff is in bass clef with a key signature of one flat, containing a descending melodic line. A first ending bracket spans the first two measures, and a second ending bracket spans the last two measures. A double bar line with repeat dots is at the end of the system.

The third system of musical notation consists of three staves. The top staff is in treble clef with a key signature of one flat and a common time signature. The middle staff is in treble clef with a key signature of one flat, containing block chords. The bottom staff is in bass clef with a key signature of one flat, containing a descending melodic line. A first ending bracket spans the first two measures, and a second ending bracket spans the last two measures. A double bar line with repeat dots is at the end of the system.



Esses elementos de estrutura que acabamos de explicitar caracterizam uma linguagem? Tem sido comum a utilização acrítica do conceito “linguagem musical” pelos musicoterapeutas. Consideramos que isso pode implicar no empobrecimento em relação à prática clínica e trazer problemas em relação à afirmação da identidade da musicoterapia enquanto área de conhecimento.

No Tratado de Musicoterapia (1968), que se constituiu como uma obra de referência para os musicoterapeutas brasileiros, Thayer Gaston afirma, na Introdução, que a Musicoterapia no seu desenvolvimento passou por três fases: “na primeira se concedeu grande importância ao efeito que a música produzia, deixando-se de lado a função do terapeuta. Na segunda, este se inclinou a prestar menos atenção à música e cuidar mais da relação individual com o paciente. Na terceira se adotou uma posição intermediária entre estes dois extremos”. Considerando a situação brasileira poderíamos nos indagar se não incluiríamos na segunda fase a maioria dos musicoterapeutas. A musicoterapia aqui, iniciou-se pela crítica à utilização da música principalmente quando esta assumia o caráter de uma farmacopéia musical. Enfatizando-se a relação, no entanto, perdeu-se de vista a importância do estudo das possibilidades da música, e dos seus elementos, referentes à comunicação, expressão e mobilização (física e emocional).

A forma como foi feita a crítica a essa visão da musicoterapia como uso de uma farmacopéia limitou e prejudicou uma compreensão da verdadeira dimensão da música enquanto elemento terapêutico. Isso porque, numa relação pendular (Jung falaria de “enantiodromia”, isto é, a passagem de um polo para seu oposto), acabamos por nos colocar do outro lado, na medida em que, mesmo sem chegar a negar o papel da música teoricamente, acabamos por não considerá-la devidamente na prática.

A afirmação da centralidade da relação terapeuta-paciente, sem uma afirmação igualmente clara do papel da música, contribuiu para que convergissem para a formação em musicoterapia muitas pessoas sensíveis e interessadas nas possibilidades de uma terapia não verbal, mas sem uma base razoavelmente sólida de conhecimentos musicais, e, o que é pior, considerando que tais conhecimentos poderiam ser substituídos pela sua sensibilidade.

As discussões sobre o quanto o musicoterapeuta deveria saber de música ocuparam vários encontros. Colocava-se a importância de saber música mas não de uma forma tradicional. O importante não era ser um “concertista” mas poder utilizar a música de acordo com as necessidades do cliente, sendo capaz de aceitar qualquer manifestação deste, sem preconceitos estéticos. O Dr. Benenzon escrevia em 1971, no seu livro *Musicoterapia y Educación*, tratando da formação do musicoterapeuta, que se colocava como condição para o ingresso na carreira “um amplo conhecimento de um instrumento musical com o qual esteja intimamente identificado o aluno”. E a seguir afirma que:

A necessidade do conhecimento musical citado se deve a que a musicoterapia é um elemento de comunicação que se estabelecerá com o paciente e cuja linguagem é pré-verbal, sonoro-musical. (...) É preciso compreender que não se necessita de um conhecimento profundo, escolástico, musical, mas que, às vezes, é preferível que se tenha um menor conhecimento teórico musical e, em troca, ter uma especial predisposição e sensibilidade para facilitar a comunicação musical, sendo um elemento sine qua non a improvisação, de grande valor na técnica da musicoterapia (Benenzon, 1971, p. 157-158).

(Embora não concordemos com a utilização do conceito de técnica neste contexto não entraremos nesta discussão por fugir do objetivo deste trabalho).

O Dr. Benenzon não defendia a “desimportância” da música. Muitos, no entanto, enfatizaram, na sua leitura, o aspecto da “especial predisposição e sensibilidade para facilitar a comunicação musical”, esquecendo de todo o resto. A ênfase na “relação” desviou o centro dos estudos da música para a psicologia colocando em risco a própria identidade da musicoterapia. Com isso, estudar música se tornou secundário, para muitos, em relação à necessidade de um embasamento médico e psicológico.

Várias indicações parecem corroborar essas considerações:

1 - a ênfase na descrição nosográfica e na história clínica do paciente de forma desproporcional à descrição do processo musicoterápico no qual se deveria incluir a análise da expressão sonoro-musical do paciente, isto é, a leitura musicoterápica (isso pode ser observado em monografias e trabalhos apresentados em Simpósios e Congressos);

2 - a insuficiência da formação musical de muitos profissionais, nos leva a considerar que seria razoável supor a tendência a privilegiar os aspectos da relação em detrimento da utilização da música em todo o seu potencial;

3 - a fragilidade da identidade profissional do musicoterapeuta (uma carreira ainda não reconhecida legalmente) que acaba levando-o a adotar inadequadamente funções ou papéis característicos de outras formas de terapia.

Esse quadro tem preocupado algumas pessoas envolvidas na formação profissional e na organização da carreira.

Temos observado que alguns conceitos que deveriam ocupar um espaço central na discussão por uma teoria da musicoterapia têm sido objeto de considerações superficiais ou, simplesmente, são relegados à margem dos debates. Como exemplo poderíamos citar a questão da linguagem musical, isto é, se esta se constitui ou não numa linguagem e quais as implicações teóricas e práticas da utilização de tal conceito. Na medida em que a música se constitui como a especificidade dessa modalidade terapêutica, a sua colocação num plano secundário contribui para a descaracterização da musicoterapia.

A questão da linguagem musical tem ocupado um espaço importante na reflexão de vários autores na área de filosofia da arte, musicologia, educação musical e musicoterapia, e mesmo em campos como a sociologia e a antropologia.

Antonio Jardim, na sua dissertação de mestrado, intitulada "A Produção Musical e O Ensino da Música - Um Estudo Filosófico", afirma que "toda e qualquer música ... implica e está implicada pelo sentido. A música é, portanto, uma linguagem" (Jardim, 1988, p. 69). Logo depois o autor considera que "a simples afirmativa com respeito à música ser ou não uma linguagem é, de si, polêmica". E a seguir esclarece que no seu trabalho emprega a "noção de linguagem como tudo aquilo que é dotado da capacidade de articular signos. Assim nesta concepção a linguagem é possibilitadora de mediar uma relação intersubjetiva, é, portanto, um meio de comunicação".

Schurmann, em "A Música como Linguagem", considera, como Jardim, que "a inclusão da música no conceito de linguagem se apresenta como um posicionamento certamente sujeito a controvérsias". Apesar disso, Schurmann propõe a inclusão não de toda a música, mas de determinadas manifestações musicais no campo da comunicação linguística. Os primeiros indícios de uma linguagem musical, como linguagem propriamente dita, apresentam-se, segundo o autor, na polifonia renascentista, mas a sua consolidação, sua plena realização, está ligada à evolução dos princípios musicais próprios do sistema tonal. Até a Renascença a música vocal predominou no panorama musical do Ocidente. A música se encontrava, de certa forma, submetida ou a serviço da palavra.

Referindo-se às estruturas polifônicas, Schurmann aponta aí a mudança que se opera no sentido de que "não se tratava mais de uma linguagem verbal que fazia uso de determinados procedimentos musicais, mas de um modo de comunicação musical autônomo" (Schurmann, 1989, p. 117). A música não se constituiria como linguagem desde sempre, mas como resultado de um desenvolvimento histórico específico.

As discussões a respeito do que a música expressa são bastante antigas. No século XIX, a Teoria dos Afetos afirmava a relação da música com os sentimentos humanos que seriam o conteúdo que a música deveria expressar. Assim, segundo C. F. Michaelis, "música é a arte de exprimir sentimentos através da modulação dos sons. É a linguagem das paixões" (citado por Hanslick, p. 26). Em sua crítica à Teoria dos Afetos, publicada em 1854, Hanslick argumenta que seria necessário comprovar "se a música tem a capacidade de representar um sentimento determinado". O autor considera que não, "já que a precisão dos sentimentos não pode ser dissociada de representações concretas e de conceitos, e estes se encontram fora do domínio da música" (Hanslick, p. 35). A música seria, no entanto, capaz de representar algumas "idéias que se relacionam de imediato com variações acústicas da força, do movimento, das proporções, ou seja, a idéia de crescer, diminuir, acelerar, retardar, do entrelaçamento artificial, da simples progressão etc." (Hanslick, p. 35). Assim, as idéias expressas pelo compositor são puramente musicais e a música expressa, para o autor, somente a própria dinâmica. Hanslick não considera isso uma limitação. Os limites da música não são absolutamente estreitos mas exatamente delimitados, segundo ele. "A música jamais pode alçar-se à linguagem - baixar, seria mais próprio dizer, sob o ponto de vista musical -, porque, evidentemente, a

música deveria ser uma linguagem mais elevada” (Hanslick, p. 88). O autor revela, já em meados do século XIX, uma preocupação com a possível utilização terapêutica da música, distinguindo entre efeitos físicos e psicológicos, e registrando a aplicação da música pela psiquiatria.

Este resumido quadro (talvez resumido em excesso) procura destacar que o emprego de conceitos, como o de linguagem musical, envolve uma série de questões que, na nossa área, nem sempre têm sido levadas em conta. Concretamente, esta discussão traz implicações à prática clínica da musicoterapia? O fato de a música ser ou não uma linguagem modifica alguma coisa?

Certamente a música admite muitos usos e pode desempenhar muitas funções. Isto pode ser observado histórica e antropológicamente na medida em que, em várias épocas e diferentes sociedades, constata-se sua utilização como elemento mágico, como estimuladora e organizadora do movimento (trabalho, marcha, etc.), como incitadora (por exemplo, para a guerra), como lazer e como instrumento de comunicação. Essa relação não tem a pretensão de esgotar as funções da música mas, indicar algumas das quais a musicoterapia, de diversas formas, se apropriou.

Cabe frisar que quando identificamos diferentes contextos de utilização da música em musicoterapia, não pretendemos estabelecer hierarquias ou juízo de valor, na medida em que consideramos que diferentes usos correspondem ao atendimento de diferentes necessidades. Quando falamos da música como estimuladora e organizadora do movimento ficam claros os usos possíveis na área de reabilitação. Isso não quer dizer que apenas nessa área tal função da música seja utilizada, mas apenas que nela desempenha um papel de destaque. Este uso não caracteriza, necessariamente, a música como linguagem.

Quando teríamos, então, a música como linguagem em musicoterapia? Em “O Despertar para o Outro”, a musicoterapeuta Clarice Moura Costa afirma que “a música exerce uma função terapêutica por se constituir em uma linguagem, e não pelos efeitos do som sobre o organismo e psiquismo humanos. O “fazer música” constitui-se em um trinômio - ação/relação/comunicação, intrinsecamente interligados”... (Costa, p.58).

Assim, a autora vincula a função terapêutica da música ao seu caráter de linguagem. E mais, à possibilidade de se concretizar como ação do paciente, isto é, do seu “fazer musical”, no espaço terapêutico.

A autora recorre a contribuições da lingüística, da psicanálise e de outros musicoterapeutas para analisar a questão, levantando uma série de aspectos que merecem uma leitura atenta.

Como se dá a comunicação na música, ou mais precisamente, o que se pode comunicar com a música? Clarice cita Verdeau-Pailles que afirma em um texto de 1982:

“Mecanismos psicológicos complexos intervêm, lembranças, evocações de imagens, impressões suaves, sentimentos, independentes da mensagem que poderia ser veiculada pela obra musical. Aqui a música evoca uma vivência anterior, ligada ao passado cultural e às experiências pessoais. (...) chegou-se à conclusão que não existia relação precisa entre as formas musicais por um lado, e as reações, as emoções, o vivenciado da música pelo ouvinte por outro lado” (apud Costa, p. 42)

As afirmações de Verdeau-Pailles conduziriam à negação da música como linguagem já que, aparentemente, o que ela suscita no ouvinte não teria uma relação muito clara com a sua forma concreta mas, antes, com as lembranças e experiências do ouvinte. Clarice não se satisfaz com essas considerações. Retoma em Watzlawick as categorias de comunicação digital e analógica com as quais este autor aborda a pragmática da linguagem. A comunicação digital seria a que “se processa através das palavras (e seus significados), que são manipuladas de acordo com as regras sintáticas da linguagem”, enquanto a analógica é virtualmente, toda comunicação não-verbal, aí incluídos os gestos e movimentos, mas também as inflexões da voz, o seu ritmo e todos os elementos que compõem o que Watzlawick denomina “a música da fala”. É ainda deste autor a afirmação de que “sempre que a relação é o ponto central da comunicação, verificamos que a linguagem digital é quase anódina” e que “confiamos quase exclusivamente na comunicação analógica” (apud Costa, p 63).

A referência teórica mais importante para o desenvolvimento da argumentação de Clarice é o conceito de musicante proposto por Guiraud-Caladou. Na linguagem verbal as palavras representam uma unidade entre significado e significante, isto é, um determinado significante denota um determinado significado. A conotação quebra a rigidez da denotação, ampliando as possibilidades de significar. Na música, no entanto, não existem relações denotativas como na

linguagem verbal. Mas se a linguagem musical exclui a função referencial pode sugerir conotações. Como poderia ser colocada, neste contexto, a situação do musicante?

“Pode-se levantar a hipótese, a partir de estudos e pesquisas realizadas que, como no aspecto analógico da linguagem verbal, o significado da música é a expressão de afetos conotados e não denominados. O par do musicante seria conotativo de relações de afeto e a significação musical seria de ordem emocional” (Costa, p.65).

A autora considera arriscada tal hipótese, enumerando uma série de compositores que se colocam contra qualquer significado contido na música além dela própria. Registramos anteriormente a reação de Hanslick à Teoria dos Afetos. Na sua argumentação Guiraud-Caladou afirma, segundo Costa, que “a música é significante”; “que a música não se reduz apenas à forma, revelando algo que se elabora para o ouvinte no momento da audição”; “que traduz o ambiente socio-cultural do compositor”; “que não há uma correspondência obrigatória entre um significante musical (musicante) e o sentimento vivenciado por cada um”; e “que a significação do musicante repousa essencialmente no campo das vivências” (Costa, p. 67).

Assim temos uma situação na qual os significados atribuíveis ao musicante são amplos mas não ilimitados, e as conotações são influenciadas pelas vivências de cada um. A música possibilita, segundo Clarice, interações e a atribuição de conotações amplas, ligadas à área afetivo-emocional, justificando, desse modo, a sua utilização como linguagem terapêutica.

Temos aí vários elementos de reflexão. Em primeiro lugar, o compositor expressa algo. Algo que, embora não comporte uma única atribuição de sentido, não é inteiramente aberto. Preferimos aqui o conceito de sentido em lugar de significado por considerá-lo mais amplo e mais adequado à nossa discussão. A obra do compositor se apresenta vinculada ao seu ambiente socio-cultural, isto é, representa um conjunto de hábitos, relações e valores que não são apenas pessoais, mas coletivos.

A influência da cultura, do social se faz sentir, não só no compositor mas também na forma de cada ouvinte, ou mesmo executante, decodificar ou atribuir sentidos à música. Isso se levamos em conta que “a significação do musicante repousa essencialmente no campo das vivências”. Não se pode deixar de considerar o

contexto social em que se desenvolvem as vivências humanas e nem pretender caracterizá-las como únicas e puramente individuais.

A possibilidade de atribuição de vários sentidos ao fenômeno musical, considerando aqui tanto a audição de uma música composta anteriormente como a criação sonoro-musical na própria sessão de Musicoterapia, pode ser estudada sob diferentes ângulos, que podem caracterizar o que tem sido chamado a natureza polissêmica da música. Polissemia significa, segundo o Aurélio, “o ter uma palavra muitas significações”. Concordamos com autores como Even Ruud e Helen Bonny a respeito da utilidade de aplicar à música este conceito para indicar a possibilidade de atribuição de diferentes sentidos a uma produção musical. A partir de que se constitui essa possível multiplicidade de sentidos? Num primeiro momento abordaremos a relação entre o ouvinte e uma obra de outro autor, isto é, a mesma situação que experimentamos há pouco com a audição da peça de B. Marcelo.

Num primeiro aspecto esta análise contemplaria as questões da estrutura musical da obra apresentada. Enquanto manifestação concreta e histórica da utilização da linguagem musical, pode-se estudar que elementos são postos em relevo e como os mesmos se organizam, assim como que funções sociais podem ser identificadas na obra. Trata-se de obra de que época, quais as suas características formais, e qual o instrumental empregado (o que implica em densidade e timbre). Aqui teríamos uma consideração mais “objetiva” do fenômeno musical, se é que se pode falar em objetividade neste campo. Podemos identificar neste nível alguns padrões comunicacionais consagrados histórica e socialmente pelo uso, que estruturam o(s) gosto(s) de determinados grupos sociais.

Considerando o outro polo da relação temos o ouvinte. Não podemos compreender a sua relação com a música se não levarmos em conta que um indivíduo não é uma entidade isolada mas ele próprio um conjunto de relações. Gramsci afirma que “a humanidade que se reflete em cada individualidade é composta de diversos elementos: 1) o indivíduo; 2) os outros homens; 3) a natureza” (Gramsci, p. 39).

A idéia de que o homem não pode ser concebido mais como um indivíduo limitado à sua individualidade, expressa aqui por Gramsci, aparece também no pensamento junguiano. Em Jung encontramos o conceito de inconsciente coletivo e da ação dos arquétipos como elementos estruturadores da psique humana. Estes conceitos nos levam a pensar na individualidade como algo que emerge ou se diferencia progressivamente a partir das situações e relações concretas mas, ao mesmo tempo, a partir de estruturas universais. Não

há tempo aqui para aprofundar a discussão a respeito da possibilidade de identificar a presença de estruturas arquetípicas na música. Benenzon se refere a uma identidade sonora comum à espécie humana. Segundo este autor:

“O ISO [Identidade Sonora] universal é uma identidade sonora que caracteriza ou identifica a todos os seres humanos, independente de seus contextos sociais, culturais, históricos e psicofisiológicos particulares. Dentro deste ISO universal figurariam as características particulares do batimento cardíaco, dos sons de inspiração e expiração, e da voz da mãe nos primeiros momentos do nascimento e dias do novo ser”
(Benenzon, 1985, p. 46).

A partir destas considerações podemos localizar algumas das fontes constitutivas da relação do ouvinte com a música: a sua própria experiência de vida, particular e única, a sua inserção cultural, social e histórica e talvez algumas estruturas universais, transculturais, arquetípicas. Estes três níveis (biográfico, cultural e arquetípico) só podem ser separados assim claramente para efeito de exposição já que na vida encontram-se imbricados. A cultura condiciona as relações de cada indivíduo com a natureza e com os outros homens, não se podendo, a rigor, falar, por exemplo, de uma apreensão da música puramente pessoal mas sempre de uma imbricação entre o biográfico e o social. O indivíduo escuta com o ouvido de sua cultura, de sua época.

Isso não nos levará a uma anulação de múltiplas possibilidades de apreensão de sentido na audição. Quando dizemos que cada um escuta com o ouvido de sua época não queremos sugerir que uma época representa uma unanimidade. Longe disso. Em uma mesma sociedade várias possibilidades de escuta se configuram como resultados de diferentes interações - muitas mas não infinitas. A cultura e a própria língua colocam, aos indivíduos, alguns limites históricos que não podem ser ultrapassados. Não seria razoável pretender cobrar da democracia ateniense do século de Péricles a libertação dos seus escravos, simplesmente porque tal questão não soava para eles sequer como questão.

Dentro do quadro de cada época e a partir da experiência de cada um, a música pode apontar em diversos sentidos. Sentidos que se renovam, se revelam com mais clareza, muitas vezes, só com o tempo. Kosik afirma que não se pode avaliar uma obra com base na acolhida que recebe no momento do seu nascimento, já que assim

como algumas são imediatamente acolhidas, outras precisam esperar mais tempo pelo reconhecimento do seu valor. Algumas falam apenas à sua época, outras falam para muitas.

Além disso, em relação a uma mesma pessoa, em situações diversas, uma mesma música pode assumir sentidos bem diversos, suscitar sentimentos contraditórios, propor questões e reflexões e provocar reações, associações e sensações.

O GIM (Guided Imagery and Music) é um exemplo da utilização sistemática de música gravada, produzida fora da relação terapêutica, como elemento mobilizador de um processo musicoterápico. O método emprega a música considerando a possibilidade de identificar algumas direções de atribuição de sentido a partir da análise das estruturas musicais. Essa análise musical levou à escolha de músicas que sintetizam, de forma modelar, algumas estruturas comunicacionais relativamente consagradas pelo uso.

Muitas vezes, os musicoterapeutas empregam música gravada, sem, aparentemente, nortear sua escolha por qualquer critério. Essa música parece ser utilizada de forma aleatória sem maiores considerações sobre as necessidades ou desejos do paciente o que caracteriza, ao nosso ver, uma situação perigosamente próxima de um procedimento iatrogênico.

Não nos estenderemos mais nas relações entre o ouvinte e a música de um autor ausente. A musicoterapia, no Brasil, desenvolve sua prática clínica, principalmente, a partir de uma relação sonoro-musical ativa entre musicoterapeuta e paciente(s), o que Barcellos chama de Musicoterapia Interativa. Iremos nos concentrar agora no tipo de situação onde duas ou mais pessoas se relacionam intermediadas por uma produção sonora. Abordaremos, principalmente, a improvisação musical em musicoterapia.

Em primeiro cabe ressaltar que improvisação, como técnica musicoterápica, não deveria significar uma produção musical aleatória, pelo menos, no que se refere à participação do musicoterapeuta. A produção sonora do paciente pode ser considerada, à primeira vista, como tal. No entanto, examinando-a com mais atenção poderemos perceber nela, sempre, um movimento de busca de expressão, mesmo quando esta produção se apresenta como uma exploração inicial, às vezes inconsciente, do material sonoro.

A participação do musicoterapeuta na improvisação se dá a partir do conhecimento e da percepção das necessidades do paciente, da sua história pessoal e do processo sonoro-musical que se desenvolve. Assim, o fazer musical do musicoterapeuta, se dirigirá ora para enfatizar, sustentar, dar continente, estimular, organizar, clarificar, ou, ainda, dialogar com a produção do paciente. Isso só é

possível se, além de uma compreensão das necessidades deste, o musicoterapeuta for musicalmente capaz de perceber e responder, estabelecendo assim uma verdadeira interação.

O que se busca, afinal, na improvisação com o paciente? A improvisação proporciona uma série de experiências inter e intra-pessoais. Através da experimentação e organização do material sonoro o paciente entra em contato com pensamentos, sentimentos, lembranças e emoções que podem ser partilhados com o musicoterapeuta, e, de alguma forma, elaborados.

O sentido dessas produções sonoro-musicais do paciente não se apresenta, em todas as ocasiões, de uma forma clara e transparente. O sentido não se encerra em uma única possibilidade ou direção. Captar esta pluralidade de caminhos abertos na relação sonoro-musical implica numa atitude vivencial de abertura, mas, também, numa consideração teórico-perceptiva-vivencial, capaz de abranger com a maior riqueza possível este movimento de desabrochar do paciente.

A natureza polissêmica da música repousa nesta quase infinita possibilidade de abrir caminhos e ampliar os horizontes de expressão do paciente, possibilitando assim alcançar um novo patamar de integridade, integração e inteireza, isto é, de saúde.

BIBLIOGRAFIA

- BARCELLOS, L.R.M - *Cadernos de Musicoterapia no. 1*. Rio de Janeiro: Enelivros, 1992.
- BARCELLOS, L.R.M - Qu'est-ce que c'est la Musique en Musicothérapie. In *La Revue de Musicothérapie vol. IV, no.4*, Paris, 1984.
- BENENZON, R.O - *Musicoterapia y Educación*. Buenos Aires: Paidós, 1971.
- BENENZON, R.O - *Manual de Musicoterapia*. Rio de Janeiro: Enelivros, 1985.
- CASTRO, A.J.J. de. *A Produção Musical e o Ensino da Música: um Estudo Filosófico*. Dissertação de Mestrado apresentada no Conservatório Brasileiro de Música, RJ, 1988.
- COSTA, C.M.. *O Despertar para o Outro - Musicoterapia*. São Paulo: Summus, 1989.
- GRAMSCI, A. *A Concepção Dialética da História*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1978.
- HANSLICK, E.. *Do Belo Musical*. Campinas: Ed. da Unicamp, 1989.
- KOSIK, K.. *Dialética do Concreto*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1989.
- SCHURMANN, E.. *A Música como Linguagem. Uma Abordagem Histórica*. São Paulo: Brasiliense; Brasília: CNPq, 1989.
- THAYER GASTON, E. y otros. *Tratado de Musicoterapia*. Buenos Aires: Paidós, 1968.

A Pesquisa Francesa em Musicoterapia

Dr. Christine Lapoujade - Pr Edith Lecourt

*UNIVERSITE RENE DESCARTES - PARIS V
Laboratoire de Psychologie Clinique et de Psychopathologie
et Centre de Formation Continue*

A função terapêutica da música não é uma descoberta recente.

A musicoterapia sempre existiu na França - em suas formas diferentes, oficiais ou não - da mesma maneira que em outros países.

Pode-se até afirmar que a musicoterapia pré-data a história no sentido de que desde a Antiguidade ela se caracteriza pela repetição e continuidade. Na verdade, independente do período histórico considerado, as descobertas e propostas relativas à musicoterapia são as mesmas. O conceito de musicoterapia tem sido associado, quase que de forma mítica, ao conceito de harmonia universal. Dependendo da época, um aspecto subjetivo (influência positiva na vida interior do indivíduo), ou um aspecto social (harmonia da sociedade) podem predominar, vinculados a referências religiosas cosmológicas ou socio-políticas.

A história registra duas precisas referências culturais as sessões de musicoterapia que ainda são evocadas hoje em dia. Uma é a catarse e outra a música "sedativa".

Desde a Antiguidade até o século XVIII, a música era indicada para despertar e estimular emoções assim como para controlar e acalmar paixões.

Na França, do século XIX em diante, a história da musicoterapia se vinculou à história da psiquiatria.

Em 1801, o Dr. P. Pinel considerou a loucura uma doença das paixões, e não possessão por demônios. A loucura tornou-se desse modo, um assunto da medicina e não da Igreja.

Desse período em diante, a música - audição e produção - foi introduzida como um meio de controlar paixões. No entanto, apenas muitos anos depois, entre 1820 e 1880, a Musicoterapia se desenvolveu através de Esquirol no hospital Salpêtrière e também através de Leuret, Dupre, Nathan, Berthier e Bourneville em outros hospi-

tais. Os psiquiatras tornaram-se amplamente responsáveis pela sua evolução.

Admitia-se que a ordem e a métrica, que a música simboliza, recuperavam o paciente portador de doenças mentais no que se refere a normas morais e comportamento socialmente adaptável.

Naquela época, a musicoterapia receptiva consistia na organização de concertos executados pelos alunos do Conservatório de Paris. Tratava-se de terapia de grupo, com corais e orquestras formados dentro do hospital. A musicoterapia era essencialmente um meio de cumprir um programa musical - concebido em nível nacional para todo o país, uma vez que a música era considerada um meio de unidade nacional - a fim de encorajar a socialização e formação de grupo. Esse foi o período histórico dos Orfeões.

Após muitos anos de prática, os resultados não foram tão promissores quanto o esperado. Além desse fato, descobertas em medicamentos quimioterápicos que provavam sua eficácia ao acalmar pacientes agitados assim como os progressos na psiquiatria, psicologia e psicanálise, ofereciam novas abordagens na pesquisa. Esse dado explica o declínio da musicoterapia no final do século XIX e início do século XX.

Apesar desse fato, a noção de que a música pode mudar o comportamento de uma pessoa permanece a base para a utilização da musicoterapia.

Esse conceito passou a se desenvolver especialmente na França, onde reapareceu em meados da década de 1960, alcançando o ponto culminante por volta de 1970. O aperfeiçoamento dos meios de reprodução da música e de técnicas de gravação tornaram possível sua aplicação por leigos em música, como enfermeiros, fato que deu novo ímpeto à musicoterapia.

A pesquisa, na década de 1970, enfocou essencialmente a utilização da musicoterapia em relaxamento e analgesia para tratamento dentário e partos.

Durante as duas últimas décadas, novas abordagens na tentativa de compreender o espaço e a função da música - percebida agora mais como um código e estrutura de som do que um condicionamento por determinadas peças musicais - em trabalhos da psique, ocasionou um momento decisivo na pesquisa musicoterápica. Essa nova pesquisa tornou possível o escape do condicionamento musical.

A pesquisa recente em musicoterapia pode ser dividida em quatro períodos principais. Esses períodos se distinguem por evolu-

ção própria, fato que assinala as diferentes etapas da evolução da musicoterapia:

- período inicial - empírico, no meio da década de 1960, com musicoterapia receptiva como condicionamento musical ((Jost) para pacientes neuróticos;
- segundo período, marcado por duas correntes de pesquisa realizadas essencialmente em odontologia e obstetrícia, durante 1970 - 1980;
- terceiro período de pesquisa, enfocando as aplicações de produção musical (sob a influência de métodos pedagógicos como de Wilhems e Orff), 1975 1985 e,
- finalmente, o quarto período, dedicado à compreensão do papel da música no mecanismo da psique, amplamente associado à abordagem psicanalítica. Pesquisa adicional também tem sido feita no sentido de ampliar o campo da prática e do alcance de populações específicas.

Deve-se assinalar que a pesquisa em musicoterapia tem atravessado sucessivas etapas de crescimento mas que os métodos utilizados basicamente são os mesmos, ainda que técnicas, as mais diversas, tenham se beneficiado dessa pesquisa.

O Período Empírico: 1965

Um determinado conceito da eficácia da música - seja por imersão ou então por condicionamento - originou o primeiro método em musicoterapia: a musicoterapia receptiva (J. Jost).

A pesquisa inicial em musicoterapia receptiva tentou demonstrar os efeitos psicofisiológicos ao se ouvir trechos de música pré-selecionada ou especialmente composta. Jacques Jost, pesquisador acústico, interessava-se pela influência da audição musical e participou da pesquisa sob a coordenação de Robert Frances.

Em seguida, M. Imberty desenvolveu uma abordagem “psicologizada” de percepção musical. Os resultados serviram de base para a criação de composições musicais a serem utilizadas em musicoterapia (ritmos, andamentos, intervalos, intensidade do som, etc.).

A musicoterapia receptiva originou métodos baseados na audição musical. O paciente é colocado numa situação onde ele ou ela ouve uma fita gravada com trechos que podem ter sido preparados durante testes receptivos.

A organização da fita pode ser adaptada de acordo com os desejos e necessidades do paciente. Música clássica ou romântica

aparece com muita frequência. A expectativa é que a música utilizada provoque mudanças de comportamento. Essa técnica pode ser utilizada tanto em terapia de grupo quanto individual. J. Jost elaborou uma técnica de audição musical incluindo preferências musicais em termos de ritmos e melodias, baseando-se no teste de Cattell.

Alguns autores ampliaram essa técnica, isto é, no que se refere à duração, sucessão e escolha de peças (J. Verdeau - Pailles e colaboradores), variáveis musicais e suas aplicações.

Esses métodos ainda são utilizados e o repertório musical tem aumentado.

Pesquisa em Analgesia (Odontologia) e Audição do Feto em Obstetrícia (1970 - 1980)

Dr. Gabai, dentista, desenvolveu posteriormente uma pesquisa em relaxamento e analgesia na cirurgia dental. Dentro dessa perspectiva também tem-se pesquisado a hipnose e a sofrologia (M. Bertrand e colaboradores). Em acréscimo à aplicação da música em relaxamento e analgesia em cirurgia dental, Dr. J. Feijoo contribuiu com um trabalho sobre a utilização da música na preparação do parto.

Nesse campo de pesquisa emerge o conceito comum de que a música constitui um fator importante no relaxamento. Ela induz à primeira etapa, ou seja, à hipotonia muscular.

Além do impacto psicofisiológico que favorece a hipotonia e o equilíbrio do ritmo biológico, a música facilita também um melhor controle das emoções. O relaxamento assim obtido provoca uma sensação de bem-estar. A atenção se fixa em algo agradável desviando-se de alguma dor.

Os efeitos analgésicos esperados da música são conseguidos através de condicionamento e sugestão.

A função do som e da música nesse caso é reforçar a sugestão verbal e causar uma desconexão de referências de tempo e espaço, originando um estado de alerta reduzido.

A pesquisa desenvolvida em obstetrícia levou o Dr. Feijoo a observar a audição fetal e descobrir uma maneira de demonstrar a influência que a música pode exercer no feto. O recurso era um modelo de aprendizagem pelo condicionamento. Uma passagem de "Pedro e o Lobo" (Prokofiev) foi tocada para o feto através de fones de ouvido colocados no abdomen da mãe que, por sua vez, não ouvia

a música. Na preparação desse exercício de audição, a mãe foi induzida a relaxar. A repetição desse condicionamento por toda a gravidez resultou em aprendizagem pelo feto (conexão música/relaxamento). Ao se tocar a mesma música durante o parto, verificava-se um estado de relaxamento no recém-nascido. Nos anos seguintes, essa experiência deu origem a uma extensa pesquisa sobre avaliação fetal.

Outro autor, A. Tomatis, desenvolveu um conceito “audiofonológico” baseado em uma teoria de audição fetal, que propunha um certo número de abordagens áudio e comportamental através do condicionamento e recondicionamento de audição. Um aparato específico é utilizado nesse trabalho: o ouvido eletrônico. A maior parte da pesquisa é dedicada à avaliação e à voz.

Desenvolvimento de Técnicas de Produção Musical

Em sua associação à musicoterapia, deve-se fazer menção a um método de pedagogia musical, especialmente o que se originou do método Orff, o mais conhecido e aplicado na França e em outros países. J. M. Guiraud-Caladou sistematizou sua aplicação com adultos hospitalizados em setor de psiquiatria, denominando-o “técnicas psicomusicais ativas em grupo”. O método é aplicado da mesma maneira em crianças.

Essa abordagem incentivou, junto aos métodos de Willems e Dalcroze, o desenvolvimento do que se denomina musicoterapia ativa, ou seja, técnicas baseadas na produção musical do próprio paciente. Esse trabalho envolve essencialmente situações de improvisação musical em instituições. (B. Ah-Line, D. Sengele-Devier, H. Vanetti...).

Orientação na Pesquisa Atual

Com o intuito de situar a musicoterapia corretamente dentre as diferentes técnicas psicoterápicas, convém discutir sua especificidade. A pesquisa atual enfoca a música em si mesma, sua estrutura e seu suporte sensorial, o som. Esses dois elementos estão vinculados ao funcionamento psíquico.

Abordagem psicanalítica (Freudiana)

A pesquisa tem se desenvolvido em torno de três aspectos fundamentais:

1) A apreensão do som e sua estruturação musical como uma experiência vivida, acompanhada de uma análise de relação entre pensamento musical e pensamento verbal;

2) A estrutura pluri-vocal de música e análise de grupo;

3) Mediação como um objeto de relação.

1) O som e sua estruturação musical como uma experiência vivida. 1a - A música é uma forma de som organizado. Uma melhor compreensão da experiência subjetiva do som fornecerá a base necessária para a compreensão da experiência musical (E. Lecourt, J. F. Augoyard).

A pesquisa foi realizada em torno da experiência com som e música vivenciada por pacientes de instituições psiquiátricas (crianças, adultos), L. Lepelletier e outros, J. L. Baillet e outros e em serviços de gerontologia, N. Laeng. A pesquisa também enfocou sintomas e patologias ligados ao som que se incluem na psicopatologia cotidiana, assim como em distúrbios mentais (diferentes tipos de surdez, canto desafinado, hiperestesia de som, alucinações, etc.).

Tentativas têm sido feitas a fim de se estabelecer referenciais dos diferentes estágios e processos - a partir de um ponto de vista evolutivo - de maneira que a experiência sonora na criança possa ser organizada.

1b - Os dois códigos do som - verbal e musical - têm caminhado juntos. Questiona-se de que maneira surgiram e que tipo de relação existe entre eles. Observações clínicas lidam também com dificuldades na articulação desses códigos e a sua separação em diferentes patologias (E. Lecourt).

Concluindo, essa pesquisa deve tornar possível que se determine a indicação da musicoterapia e quais objetivos e meios necessários para sua utilização adequada.

2) A estrutura pluri-vocal da música e o funcionamento do grupo

O aspecto grupal da estrutura musical (sua pluri-vocalidade) está vinculado à estrutura grupal da psique, que vem sendo frequentemente estudada por psicanalistas interessados em terapias verbais (Bion, Anzieu, Kaes). O trabalho realizado em improvisação de grupo possibilitou a demonstração de certos processos comuns a ambos os grupos, verbais e musicais, e certos processos específicos da música (E. Lecourt).

Uma situação especial de improvisação musical de grupo oferece a oportunidade de se analisar a criação dessa pluri-vocalidade e também de se compreender as dificuldades e falhas que o grupo encontra nesse processo.

Essa pesquisa, além de salientar o que é mobilizado na psique do indivíduo em situação grupal, abre novas perspectivas para análise do que ocorre durante a improvisação numa relação dual.

A estruturação da experiência sonora e o estabelecimento de um processo de diferenciação vocal constituem os eixos essenciais para se trabalhar com a musicoterapia e determinar suas indicações.

3) Mediação como objeto de relação

Na medida em que a musicoterapia foi considerada uma terapia mediadora, questiona-se qual o seu papel em uma relação psicanalítica. As características da mediação escolhida - um objeto transicional, um objeto intermediário ou um objeto de relação - definem as atividades físicas e mentais que se propõem. Por exemplo, podemos mencionar a especificidade das qualidades da transferência e da contra-transferência, decorrentes da técnica psicoterápica.

Essa pesquisa está centrada no que a musicoterapia, hoje, tem a oferecer dentre as terapias disponíveis, ou seja, aspectos sensoriais do som não-verbal, do ruído à música, na relação terapeuta-paciente. Trata-se de compreender o que mudou nessa relação e de que maneira essa mudança na abordagem terapêutica pode ter importância terapêutica. Além disso, uma vez que a intermediação do som é em si mesma múltipla, parte da pesquisa atual investiga as diferentes qualidades relacionais que podem ser suscitadas pela audição de música gravada ou ao vivo, utilizando-se gravador (com feed-back), tocando um instrumento musical (e o tipo do instrumento) ou outro instrumento sonoro.

As funções dessas intermediações na relação psicoterápica são analisadas assim como também as particularidades da transferência introduzida pelo método terapêutico.

A pesquisa sobre a qualidade da voz, vinculada à identidade e personalidade do indivíduo - e às vezes a determinadas patologias - tem sido realizada por diversos autores conhecidos (A. Tomatis, Y. Fonagy). Musicoterapeutas têm se utilizado dessas observações em sua prática clínica e têm trabalhado com pacientes surdos e demenciais (por exemplo N. Laeng e A. Carre). Outros estão envolvidos com a reeducação/reabilitação da fala, utilizando a intermediação da qualidade e entonação da voz em línguas diferentes (A. M. Ferrand-Vidal).

Por fim, a pesquisa está examinando o lugar e a função que a voz ocupa no intercâmbio entre terapeuta e paciente: a voz do terapeuta, a voz do paciente, a fala, o canto, o cantarolar, e a voz como meio corporal. Esse aspecto tem sido estudado em grupos.

Em geral, o estudo da voz, o lugar que ocupa na história da música e sua relação com a fala, tem fornecido significativas observações e "insights", tanto para o trabalho com a voz quanto para a relação que existe entre a fala e a música (por exemplo, M. Poizat).

Outra pesquisa para ampliar áreas de aplicação e alcançar público específico

A) Aplicações nos Setores Educacional e Social

De uma forma concisa, pode-se notar que a arte apresenta uma função básica triplicada no campo da psicopedagogia: uma função educacional (G. Bondinet, E. Bigand, A. Bustarret, ...), uma função de seleção e prevenção ligada ao estudo psicológico da produção do som (E. Bigand, C. Chaillet, E. Lecourt, Nevjinski, ...) e uma função terapêutica que a educação especializada tenta introduzir através da reeducação (G. Ducourneau ...).

O estudo do lugar e do papel da música envolve uma análise de como a música é organizada e produzida e dos efeitos que produz. Por exemplo, pesquisa-se a conduta musical da criança (F. Delalande, A. Bustarret, C. Lapongade, E. Lecourt) analisando-se o comportamento musical espontâneo conforme observado na vida diária. Essa orientação possibilita que se utilize a pesquisa em psicopedagogia na prevenção - através da mediação artística - de certos comportamentos inadaptados em crianças com dificuldades. O trabalho feito por J. P. Mialaret com o canto espontâneo de crianças também se vincula à musicoterapia ao lidar com improvisação e prevenção. No contexto de seleção precoce com o objetivo de prevenção, pesquisa-se certas formas de inadaptação encontradas em pessoas com dificuldades no espaço escolar, cultural ou social. (C. Chaillet - Damalix). O abuso sexual de crianças também tem sido pesquisado.

Por fim, na área de disfunção intelectual que frequentemente é assinalada por interesses inconstantes, a ausência de um referencial espaço-temporal, suas representações e problemas com simbolização, os estudos têm demonstrado que o trabalho com música pode ser eficaz em diminuir as dificuldades de aprendizagem e de memorização encontradas em certas crianças na idade escolar (A. M.

Duvivier, ...). A música, com seu inerente domínio de tempo e espaço, oferece meios excepcionais de ajuda e reparação.

Os psicopedagogos podem também utilizar o que as pessoas produzem em termos artísticos como um "objeto" de estudo, com o que facilitam o processo de aquisição e desenvolvimento. Essa experiência criativa pode conduzir a uma experiência cultural, a uma apropriação e construção cultural, possibilitando que determinadas pessoas marginalizadas e excluídas tenham acesso a um espaço social. As funções da arte e o lugar específico que ela ocupa em nossa sociedade promovem essa integração.

Deve-se criar uma estrutura nos locais onde essas pessoas possam adquirir novos vínculos sociais através de atividades meritorias, rompendo repetidas experiências de fracasso que possam ter vivenciado.

A atividade artística compartilhada também facilita intercâmbio e um reconhecimento de diferenças. Essa atividade possibilita também a restituição de uma cultura que se perdeu, ajudando a constituir ou consolidar uma identidade cultural, conforme tem sido demonstrado por diferentes manifestações artísticas de jovens, especialmente na área musical (N. Cristakis, J. P. Hersent).

O aspecto intercultural dessa pesquisa ainda não foi amplamente desenvolvido (E. Lecourt, 1987/1994). O trabalho nessa área consiste tanto na análise comparativa de experiências musicoterápicas em diferentes culturas quanto nas diferenças culturais existentes em uma mesma sociedade (E. Lecourt, V. Lortat-Jacob ...).

A música também é analisada como uma atividade social, enfocando-se os sistemas de representação que ela pode criar na sociedade (J. F. Borsallo e colaboradores, J. P. Estival, J. P. Rey ...).

Concluindo, deve-se mencionar uma terceira orientação: o estudo das tradições musicais e o papel que elas desempenham na aculturação à qual as sociedades estão expostas (A. Zenatti).

B) Público específico: Dependência às drogas e cuidado paliativo (AIDS, câncer, idosos).

A pesquisa atual em torno de idosos demenciais e senis corresponde a duas abordagens metodológicas bem diferentes. Observação clínica e análise praxeológica têm sido aplicadas em duas áreas de experimentação que anteriormente não haviam envolvido essa população: por um lado, a sensibilidade sensorial ao som e por outro, o estudo de gestos e movimentos do dia-a-dia. Os efeitos da música na memória e, especialmente, de que modo a memória musical torna

possível o desenvolvimento da fala afetiva também têm sido estudados (N. Laeng, Y. Moyne-Larpin).

Outra pesquisa com pessoas que apresentam dependência a drogas e a álcool também tem sido documentada. A música, nesse caso, é "considerada" um substituto para certas necessidades orais e um suporte não arriscado para se expressar agressividade.

Várias aplicações têm sido desenvolvidas para esse público, objetivando enriquecer o sentido que o paciente tem de sua experiência passada, tornando-o(a) ciente de uma dimensão estética. Inicia-se uma pesquisa em oncologia (Masri-Zada e colaboradores).

C) Finalizando, estudos têm sido realizados sobre o modo que a música pode afetar as pessoas portadoras de deficiências físicas ou sensoriais (A. Ferrier), em particular crianças surdas (A. Carre e A. Baumard).

Conclusão:

A diversidade de aplicações versus a necessidade de pesquisa.

Além da orientação psicanalítica, a abordagem comportamental em musicoterapia desenvolvida por J. Jost, Dr. J. Guilhot e M. A. Guilhot continua sendo utilizada em odontologia, obstetrícia e por alguns musicoterapeutas.

Esses métodos se baseiam em noções de condicionamento, recondicionamento e reeducação. A importância aqui dada ao processo de aprendizagem e à sugestão situa essa abordagem próxima da corrente do cognitivismo, que, na prática, pouco se desenvolveu na França. Por fim, as psicoterapias humanistas baseadas em um conceito de ideal humano no qual prevalece uma dimensão espiritual, já com alguma aplicação prática, surgiu somente há poucos anos em musicoterapia na França.

Essas estruturas referenciais não são rígidas e, dependendo da escola de pensamento, os musicoterapeutas as emprestam de alguma corrente teórica ou, às vezes, de várias ao mesmo tempo.

O histórico aqui apresentado demonstra a força do empirismo da musicoterapia, sua contínua renovação e capacidade de se adaptar a todas - ou quase todas - teorias. Essa força, no entanto, possui como contraponto uma fraqueza na especificidade e a dificuldade em pesquisas com fundamentação teórica.

Pesquisas só podem realmente ser desenvolvidas se orientadas por alguma instituição científica: universidades, laboratórios. Um laboratório na França essencialmente engajado nessa pesquisa: Laboratoire de Psychologie Clinique et de Psychopathologie Université René Descartes - Paris V (Sorbonne) - com a equipe dirigida pela Prof^a. E. Lecourt, em conexão com o Departamento de Musicologia da Universidade Paris IV e o mesmo Departamento da Universidade de Strasbourg 2.

Mas, em outros espaços oficiais, pesquisas sobre música podem ser vinculadas à musicoterapia: Universidade Paris I (A. Zenatti), Universidade Paris X (Prof. M. Imberty), etc.

La Utilización del Ritmo Musical en Fisioterapia

Profesor Francisco Blasco Vercher.

Universitat de València

Introducción

En fisioterapia es fundamental que el paciente sea consciente de que su recuperación se basa en la continuidad y calidad de realización de los ejercicios que constituyen el tratamiento. Si parte de este tratamiento, lo tiene que desarrollar en su casa, cosa que ocurre con bastante frecuencia, hay riesgo de merma, tanto en la continuidad como en la calidad de su ejecución al no existir posibilidad de corrección por parte del fisioterapeuta. Si además el paciente tiene otras patologías relacionadas con déficits intelectuales, el tratamiento pierde más eficacia al no ser consciente de la importancia del tratamiento y por su incapacidad para entender y justificar la repetición de unos movimientos monótonos que no están relacionados con ningún juego.

Basta una rápida mirada a la literatura musicoterapéutica para percibir significativas coincidencias en aquello que se refiere a la influencia que ejerce la música en el aspecto psicomotor del ser humano¹ (HIRSCH, 1966, pp. 9; ARVEILLER, 1980, pp. 106; BENENZON, 1981, pp. 35 y 151; D'AGOSTINO ET AL., 1982, pp. 125-127; DOMENECH ET AL., 1987, pp. 14). La lectura más detenida nos permite identificar el elemento básico de la música que provoca de manera más explícita respuestas directamente vinculadas con el movimiento (DUCOURNEAU, 1988, pp. 48; LACARCEL, 1990, pp. 150; JOST, 1990, pp. 140). Este elemento es el ritmo², que

1 "Para la psicofisiología la música es un lenguaje analizado por los Centros Nerviosos y el sonido/música es el lenguaje de los sentimientos, de las emociones, de los efectos, o sea, que los sonidos físicos se transforman en emociones. El sonido/música de tal modo permite el acceso al inconsciente, por lo cual se puede convertir en un soporte terapéutico en cuanto la escucha musical se torna en pensamiento, visión, expresión corporal y cenestesia". (Boscaini, 1987, pp. 70)

2 "El ritmo es el que organiza y proporciona energía. Cuando el ritmo se enuncia con sonidos de percusión, separados, la actividad muscular se estimula, específicamente si en el motivo musical existe alguna variación". (Thayer Gaston, 1968. pp. 35)

aunque siempre está presente en cualquier composición musical, ya sea expresa o tácitamente, la respuesta fisiológica que provoca, está en relación directa a la percepción auditiva del mismo, entre otros factores³. Lo cual significa, que cuando el ritmo se presenta sólo, sin melodía ni armonía, la respuesta se elabora a través del movimiento como máximo exponente.

En muchos individuos, la respuesta surge espontáneamente y se sincroniza con los pulsos rítmicos musicales⁴. La reacción normal a cualquier estímulo es que la respuesta se produzca posteriormente a éste. Sin embargo, en música ocurre que la respuesta se une al estímulo, y aún más, si intentamos producir la respuesta después del estímulo sonoro, resulta difícil o prácticamente imposible, según individuos.

Podríamos pensar que utilizar el ritmo musical sería negativo si el paciente automatiza los movimientos y llega a ejecutarlos sin interiorizarlos. Para alejar este pensamiento es útil recordar lo que Jost (1990 . pp. 142) dice: "Las músicas llamadas dinamogénicas pueden ser utilizadas durante los entrenamientos para facilitar la ejecución de ciertos movimientos, aumentar la resistencia, y mejor integrar el esfuerzo físico sobre el plano psicológico".

En nuestro entorno social, está plenamente aceptado que la música que tiene un fuerte componente rítmico estimula el movimiento y también lo justifica. Uno de nuestros pacientes afirma en la encuesta: "Tienes la necesidad de acabar la música, y por tanto, los ejercicios".

Si la música estimula y justifica el movimiento, ¿por qué no utilizarla para estimular y justificar los movimientos que un paciente tiene que realizar en sus ejercicios de fisioterapia?

3 "Es la cantidad de ritmo y la manera en que se lo indica lo que determina en gran parte, el monto de energía que se invierte en la respuesta física a la música". (Thayer Gaston, 1968, pp. 39)

4 "Uno de los efectos de la regularidad rítmica es el de engendrar una inducción motora". "La regularidad engendra movimientos o esbozos de movimientos que se armonizan con el dato percibido, de tal modo que el acompañamiento motor se realiza de manera pendular, con una cadencia muy próxima al compás espontáneo. Dicho movimiento es ya fuente de satisfacción en sí mismo al proporcionar una excitación fácilmente mantenida y que se acrecienta por la armonía que se crea entre lo perceptivo y lo motor". (Fraise, 1976. pp. 103 104)

Objetivos y Justificación

Teniendo en cuenta los efectos psicofisiológicos de la música, los principios metodológicos de la Musicoterapia y los planteamientos hasta ahora expuestos, formulamos los siguientes objetivos.

1 - *Ofrecer un modo estructurado y sistematizado para realizar los ejercicios de fisioterapia respetando la velocidad y la duración.*

"Estructurado", porque el ritmo musical es orden en el tiempo. Ahora bien, los elementos que componen dicha estructura deben transmitir confianza y seguridad, y para ello debemos utilizar instrumentos conocidos que interpreten ritmos sencillos y sin sorpresas.

"Sistematizado", porque el ritmo se crea teniendo en cuenta la velocidad en la que el paciente sabe realizar el ejercicio previamente a oír el ritmo musical, el número de movimientos que debe hacer sin interrupción, sus gustos musicales, y su nivel de comprensión rítmica.

2 - *Facilitar el trabajo al fisioterapeuta y al paciente*⁵.

En principio, el fisioterapeuta invierte unas horas con el musicoterapeuta facilitándole los datos necesarios para componer el ritmo y preparar las grabaciones. Después, tendrá que conocer con todo detalle la estructura rítmica y la sincronización de los movimientos. A partir de ese momento, su trabajo se verá gratificado porque:

a) El paciente realiza los ejercicios siguiendo la estructura rítmico-musical, por lo que el fisioterapeuta no tiene que contar los tiempos ni el número de movimientos, sólo observar si son sincronizados con el ritmo.

b) El fisioterapeuta tampoco tiene que controlar el tiempo real de trabajo, ya que la grabación tiene la duración que él desea.

c) Las posibilidades de distracción del paciente disminuyen con el ritmo musical.

d) En el caso de que el paciente tenga que trabajar los ejercicios en casa, la grabación de los ritmos correspondientes, le ayudará de forma eficaz, sobre todo en el control de la duración de cada uno de los movimientos y del tiempo total.

e) El ritmo musical constituirá un refuerzo en la motivación que puedan tener los pacientes para hacer los ejercicios.

⁵ "Las actividades rítmicas facilitan la tarea en conjunto debido a que no es necesaria la comunicación verbal; el ritmo obra como vínculo de unión". (Gaston Thayer, 1968, pp. 37)

Descripcion de la Muestra

Uno de los grupos que ha llevado a cabo su rehabilitación con este sistema de trabajo, se compone de 22 sujetos, todos ellos de la población valenciana de Alcàsser, 12 varones y 10 hembras, con edades que oscilan entre 12 y 43 años, con patologías encuadradas dentro de las algias vertebrales.

Hipotesis de Trabajo

Con este planteamiento general, formulamos las siguientes hipótesis:

En la realización de los ejercicios de rehabilitación el paciente

1 - *Preferirá trabajar con el ritmo musical que sin él.*

2 - *No tendrá dificultades considerables para acoplar sus movimientos a la música.*

3 - *Se sentirá más motivado para llevar adelante el tratamiento lo cual redundará en su efectividad.*

Uno de nuestros objetivos es facilitar el trabajo al fisioterapeuta y al paciente. Pocas probabilidades de éxito tendría esta experiencia si no contamos con una mayoría significativa de pacientes que prefieran hacerla con ritmo (H 1).

El trabajo grupal es una ventaja para nuestra segunda hipótesis ya que la posibilidad de comprobar su actuación a través de la de los demás, refuerza en el caso del que lo hace bien y corrige a quien lo está haciendo mal. No obstante, los ritmos musicales que vamos a utilizar forman parte del entorno sonoro en el que han crecido nuestros pacientes.

La tercera hipótesis no necesita justificación. Es nuestro objetivo terminal y resume todo nuestro proyecto de trabajo.

El procedimiento que vamos a utilizar para verificar o refutar las hipótesis de trabajo, constará de la siguiente encuesta que cada paciente deberá contestar de forma anónima.

Encuesta

SIN RITMO MUSICAL

1 - *¿Cómo te resultaba la tabla?*

MUY PESADA - BASTANTE PESADA - NORMAL - BASTANTE LIGERA - MUY LIGERA

2 - *El tiempo que trabajabas en cada sesión, ¿te parecía?*

MUCHO - BASTANTE - POCO - NADA

3 - *¿Ibas con gusto a fisioterapia? SI - NO*

- 4 - ¿Hacías la tabla en casa?
 TODOS LOS DIAS - BASTANTES DIAS - POCOS DIAS - NINGUN DIA
 CON RITMO MUSICAL
 (Las mismas preguntas anteriores y las que siguen)
- 5 - Si tuvieras que continuar el tratamiento, ¿cómo preferirías hacerlo?
 CON MUSICA - SIN MUSICA
- 6 - ¿Te gustaron los distintos ritmos musicales de la tabla?
 TODOS - BASTANTES - ALGUNO - NINGUNO
- 7 - ¿Crees que los ritmos musicales de la tabla son adecuados a los movimientos?
 TODOS - BASTANTES - ALGUNO - NINGUNO
- 8 - Si ahora escucharas alguno de los ritmos, ¿sabrías qué movimiento le corresponde? SI - NO - NO SE
- 9 - ¿En qué sesión lograste adaptar los movimientos al ritmo musical?
 PRIMERA - SEGUNDA - TERCERA -
- 10 - ¿Deseas añadir algo?

Resultados

Se pueden calificar, cuando menos, de esperanzadores, aunque la muestra no es lo suficientemente amplia como para que las conclusiones sean extrapolables con un grado suficiente de credibilidad.

El resultado de la primera pregunta ratifica lo que Benenzon⁶ dice respecto a los efectos biológicos del sonido y la música en el ser humano. El 41% (9 pacientes) encuentran más ligera la tabla, mejorando 4 de ellos en un grado de la escala y 5 en dos grados. A ninguno le resulta más pesada con música.

Sabemos que la noción de tiempo es distinta cuando el paciente hace una actividad musical, pero, en este caso, la contestación es por escrito y tomándose todo el tiempo que quiera para responder. No obstante, el 22'8% (5 pacientes), contestan que la duración de la tabla les parece menor con música. El tiempo de duración en realidad, es el mismo con y sin ella.

Las respuestas a la tercera pregunta debilitan nuestra suposición previa en cuanto que la realización de los ejercicios de fisio-

⁶ "Ante todo son los estímulos rítmicos los que consiguen aumentar el rendimiento corporal". (Benenzon, 1981. pp. 14)

rapia pueden ser largos, pesados o/y monótonos para algunos pacientes. Sólo el 13'7% (3 pacientes), contestan que no iban con gusto a fisioterapia sin música, y *con música* sí lo hacían.

La cuarta se refiere a la realización de los ejercicios en casa. El 22'7% (5 pacientes), mejoran este aspecto con la música.

Las respuestas a la quinta pregunta, son contundentes. Todos los pacientes prefieren trabajar *con música* (100 %).

Con la sexta pregunta, pretendíamos averiguar si habíamos acertado sus gustos al crear los ritmos musicales. Las respuestas son muy favorables si tenemos en cuenta las diferentes edades de los sujetos.

Al 77'3% (17 pacientes), les gustaron *todos* los ritmos.

Al 13'7% (3 "), *bastantes* de los ritmos.

Al 4'5% (1 "), le gustó *alguno*, y

Al 4'5% (1 "), no le gustó *ninguno*.

La séptima pregunta hace referencia a la adecuación de los ritmos a los movimientos.

El 77'3% (17 pacientes), opinan que *todos* son adecuados.

El 22'7% restante (5 pacientes), opinan que *bastantes*.

Con la formulación de la octava pregunta, intentábamos conocer el nivel de asociación del ritmo musical con los movimientos.

El 54'5% (12 pacientes), contestan SI

El 41 % (9 "), contestan NO SE

El 4'5% (1 "), "NO

También nos interesaba conocer el nivel de dificultad que ofrecía a los pacientes el hecho de tener que coordinar los movimientos a un ritmo musical. Lo planteamos a través de la siguiente pregunta: ¿En qué sesión lograste adaptar los movimientos al ritmo musical?.

El 22'7% (5 pacientes), en la primera sesión.

El 36'4% (8 "), en la segunda " .

El 31'9% (7 "), en la tercera " .

El 4'5% (1 "), en la cuarta " .

El 4'5% (1 "), en la quinta " .

Conclusiones

El hecho de que los 22 *pacientes* (100%), manifiesten su preferencia por la ejecución de la tabla *con música*, ratifica nuestra primera hipótesis plenamente, y también las afirmaciones que, a través de las citas que hemos utilizado en la justificación de este trabajo, hacen los distintos especialistas. Las respuestas a las pre-

guntas relacionadas de forma subsidiaria con esta hipótesis, justifican sobradamente el resultado, ya que al crear los ritmos, acertamos sus gustos (ítem 6), y además opinan que son adecuados (ítem 7).

Nuestra segunda hipótesis, consideramos que es refrendada de la misma manera, pues, teniendo en cuenta que el paciente aprende la tabla a la vez que la ejecuta, y que se trata de diez ejercicios con ritmos distintos, es lógico que el aprendizaje se lleve a cabo en unas cuantas sesiones. En este caso, *20 de los pacientes (91%), lo aprendieron en las tres primeras*. Opinamos que esto es acoplarse a los ritmos musicales sin dificultad, y esa es también la opinión generalizada que ellos mismos han manifestado durante sus conversaciones.

Por otra parte, las respuestas que venimos considerando como secundarias, suponen un refuerzo a esta afirmación. El ítem 7 indica que los ritmos son apropiados a los movimientos y, la asociación del ritmo con el movimiento (ítem 8), es suficientemente alta, pues sólo un 5% de los pacientes manifiesta estar seguro de no relacionar fuera de contexto un determinado ritmo con el ejercicio correspondiente.

En cuanto a la tercera hipótesis, es razonable pensar que, si el paciente prefiere trabajar con música y, no tiene ninguna dificultad para adaptarse a este modo de trabajo, es porque encuentra alguna ventaja en ello, por lo que se siente más motivado. Algunas de esas ventajas son patentes en las contestaciones de la encuesta y están recogidas en los resultados. Por una parte, unos pacientes (41%), encuentran la tabla menos pesada. Otros, tienen la sensación de que es más corta (22'7%). Algunos, que no iban a gusto a fisioterapia, ahora, con música, manifiestan hacerlo con gusto (13'7%), y otros, han aumentado el tiempo de dedicación a los ejercicios en casa.

Con respecto a éste último ítem, debemos señalar que en su respuesta con música, 7 pacientes hacen constar que no disponen de tiempo para realizar los ejercicios en su casa, y uno, que no tiene cassette, por lo tanto no lo puede hacer.

El grupo que constituye la muestra, es un grupo que demuestra una actitud muy positiva al tratamiento. Esto se desprende del resultado del tercer ítem, ya que sólo tres pacientes manifiestan no ir a gusto a fisioterapia. Por ello, pensamos que el campo de acción que le resta a la presencia del ritmo, no es mucho, puesto que si nuestro objetivo es motivarles más y partimos de un grupo muy motivado y con unos límites de tiempo -8 de ellos manifiestan no disponer de tiempo-, la diferencia que podemos obtener, siendo poca, si es positiva, siempre será digna de tener en cuenta.

Creemos que los objetivos que en su día nos planteamos han sido logrados de manera satisfactoria ya que la experiencia ha sido, y sigue siendo, muy gratificante para nosotros y para los pacientes.

Opinión personal de los fisioterapeutas

A nuestro juicio, con el ritmo musical podemos controlar cómo queremos que el paciente realice los ejercicios de la tabla, pues cada movimiento está controlado por el ritmo. También el número de veces que hace cada ejercicio, ya que en la cinta que damos al paciente con la música grabada se repite cada ejercicio cuantas veces consideramos conveniente.

Hay que destacar la comodidad que significa para el paciente, una vez aprendida la tabla con música, que el hecho de colocar la cinta en el magnetofón le suponga disponer de un medio seguro para realizar la tabla con la temporalización correcta.

Es un método más lúdico para hacer una tabla que es de por sí monótona y al paciente se le hace pesada. Hemos comprobado que la gente viene más concienciada a hacer el programa y tiene la sensación de que cuando la ejecuta en casa es una continuación de su trabajo en el servicio de fisioterapia.

Pensamos que el ritmo musical es una herramienta muy útil para establecer un orden de movimientos, controlando la duración del ejercicio, el tiempo de reposo, el número de veces que queremos que haga cada ejercicio y la duración total de la tabla.

Descripción de la Muestra de Educación Especial

Grupo de ocho niños de seis a quince años de edad cronológica, que fueron tratados individualmente. Seis de ellos llevaban a cabo el mismo ejercicio de rehabilitación (Fraenkel), el séptimo, hacía dorsales y el octavo, elevación de brazo.

Hipotesis de Trabajo

Con el ritmo musical auditivo, el niño deficiente:

- 1 - *Mejorará la calidad de los movimientos rehabilitadores.*
- 2 - *No interrumpirá la realización del ejercicio cuando se sienta no controlado por el fisioterapeuta.*
- 3 - *Ejecutará mayor número de movimientos en el mismo período de tiempo.*

4 - *Trabajará el ejercicio de rehabilitación en su casa si así se le sugiere.*

Resultados

Los aspectos que nos planteamos valorar a través de este estudio están estrechamente relacionados con la *calidad de realización, el rendimiento y la autonomía del niño* frente al trabajo. La calidad se refiere al modo en que el niño hace los movimientos, y es el fisioterapeuta quien, a través de la observación juzga utilizando un tipo de escala "LICKER" con cinco graduaciones: "muy mal" - "mal" - "regular" - "bien" - "muy bien". *Tres de los pacientes no mejoran este aspecto con el ritmo musical. Dos pasan de una realización "regular" a "bien". Y los otros tres mejoran pasando de "bien" a "muy bien".*

El rendimiento se refiere al número de movimientos que el niño lleva a cabo voluntariamente después de haber recibido la orden de empezar en el tiempo máximo de un minuto. Contamos los que hace sin y con el ritmo musical. *Sólo un paciente no se beneficia de la inducción motora del ritmo musical. Los demás disfrutaban de una experiencia positiva en mayor o menor grado.*

Finalmente, la autonomía se refiere a la posibilidad de que el niño trabaje solo, es decir, sin el control del fisioterapeuta o, yendo un poco más allá, que realice los ejercicios de rehabilitación en su casa. En el primero de los casos, *hay dos pacientes que no trabajan sin el control del fisioterapeuta ya sea con o sin ritmo musical, y uno que sí lo hace. Los otros cinco trabajan en ausencia del fisioterapeuta sólo si hay ritmo musical. En cuanto al segundo caso, tenemos cuatro pacientes que no realizan los ejercicios de rehabilitación en sus casas, en ninguna de las dos circunstancias previstas. con y sin ritmo musical. Los otros cuatro, los llevan a cabo desde que disponen de las cintas con los ritmos grabados.*

Conclusiones

1ª - *La primera conclusión es que el ritmo musical, no ha ejercido influencia negativa en ninguno de los casos.*

2ª. - *El paciente menos beneficiado por el ritmo musical ha tenido una ganancia del 15 % en el número de movimientos en un minuto.*

3ª. - *El paciente más beneficiado gana en los cuatro aspectos valorados, siendo un 20% en calidad de realización y un 30% en número de movimientos en un minuto. El ritmo musical es suficiente*

motivación para seguir trabajando sin el control del fisioterapeuta y además trabaja en su casa.

4ª - Cinco de los niños ganan un 20% en la calidad de realización

5ª - Cinco ganan en motivación para trabajar sin la mirada del fisioterapeuta.

6ª - Todos ganan en el número de movimientos por minuto.

7ª - Cuatro de ellos pasan a trabajar el ejercicio en su casa.

Pensamos que esto es el inicio de un trabajo interesante que necesita una muestra más amplia y con más aspectos a valorar. De momento, estas conclusiones pueden ser la semilla de una serie de investigaciones que permitan elaborar una metodología eficaz de colaboración entre la musicoterapia y la fisioterapia.

Bibliografía

- ARVEILLER, J. 1980. *Des Musicothérapies*. Editions Scientifiques et Psychologiques. Issy-les-Moulineaux.
- BEATTIE, S. 1985. *The Effects of Music and Imagery on Physiologic and Self-report of Analogued Labor Pain*. University Microfilms International. University of Missouri. Columbia
- BENENZON, R. 1981. *Manual de Musicoterapia*. Ed. Paidós. Barcelona.
- BENENZON, R. 1988. *Teoría da Musicoterapia*. Summus Editoriales Paulo.
- BLASCO, F., FORTUNY, V. y MARTÍNEZ, J. 1992. *Aplicación del Ritmo Musical en el Tratamiento de las Algias Vertebrales*. *Fisioterapia*, vol. 14, nº 3. Jul-Sep. 1992.
- BLASCO, F. y VILLALBA, J. 1994. *El Ritmo Musical Como Coadyuvante en la Rehabilitación Motora: una Experiencia Piloto*. *Música y Educación*. Nº. 17. Abril 1994.
- BLASCO, F. 1993. *La Inducción Motora del Ritmo Musical. Su Aprovechamiento en Fisioterapia*. Actas 1as. Jornadas Internacionales de Musicoterapia. Madrid. 1991. Asociación Española de Musicoterapia.
- BOSCAINI, F. 1987. *Presupuestos Científicos del Sonido/Música*. *Psicomotricidad*. Citap. 26. pp.69-96.
- D'AGOSTINO y COL. 1982. *La Didattica Musicale*. Edizioni "La Scala" Noci.
- DESPINS, J. P. 1989. *La Música y el Cerebro*. Ed. Gedisa. Capellades. Barcelona.
- DOMENECH, J. L.; BLASCO, F. y LOPEZ, H. 1987. *Musicoterapia en la Formación del Terapeuta*. Nau Llibres. Valencia.
- DUCOURNEAU, G. 1988. *Musicoterapia. La Comunicación Musical: su Función y sus Métodos en Musicoterapia*. Ed. Edaf. Madrid.
- FRAISE, P. 1976. *Psicología del Ritmo*. Ed. Morata. Madrid.
- HIRSCH, T. 1966. *Musique et Rééducation*. Ed. Delachaux et Niestlé S.A. Neuchatel.
- JOST, J. 1990. *Equilibre et Santé par la Musicotherapie*. Ed Albin Michel. Paris.
- LACARCEL MORENO, J. 1990. *Musicoterapia en la Educación Especial*. Universidad de Murcia.
- THAYER GASTON, E y COL. 1968. *Tratado de Musicoterapia*. Ed. Paidós. Buenos Aires.

Teoría, Lenguaje y Ética en Musicoterapia

Mt. Diego SCHAPIRA

En el campo de la musicoterapia contemporánea, teoría, lenguaje y ética son tres elementos fundamentales para su existencia. La ausencia de alguno de ellos determina la muerte de esta disciplina. Los tres conforman su estructura básica, y están imbrincados de manera tal que su funcionamiento sistémico determina que uno de ellos, por si solo carece de sentido. Teniendo esto en claro vamos a ir recorriendo cada uno de ellos, para entender como funciona este sistema conceptual.

Hacia un Universo de Discurso Propio

Es sabido que gran parte de las teorías, o de los emprendimientos teóricos surgen como un intento de explicación de determinados hechos, o de respuesta a interrogantes específicos. Como señala Popper, "cualquier teoría es una modificación de una teoría precedente. La modificación tiene conexiones con la observación o con otros sucesos; habitualmente está en relación con esperanzas defraudadas o no defraudadas. Una esperanza, esto es, una teoría, se ve frustrada y es modificada por ello". Entonces, si nos corremos de la urgencia de satisfacer esas inquietudes y acontecimientos de manera inmediata, es posible entrar en un plano de mayor abstracción que nos permita discurrir en un terreno epistemológico, y abocarnos al intento de refutación de las hipótesis planteadas. Esta opción se contrapone y a la vez se aleja de la búsqueda de soluciones pautadas, "píldoras" musicoterapéuticas o métodos supuestamente generalizables en su eficacia. Tal vez, en estas ocasiones se olvide que el estudio de casos particulares es una de las herramientas más importantes para generar hipótesis, pero no para comprobarlas.

Si aceptamos que una hipótesis es un conjunto de variables interrelacionadas, o sea que "una hipótesis presupone un conjunto de unidades y un conjunto de variables y, a continuación, dice algo acerca de cómo se distribuyen las unidades en las variables" (Galtung), entonces podemos reconocer que manejamos una cierta cantidad de hipótesis referidas a nuestra materia. Por ejemplo, el

principio de iso, la noción de esquema sonoro e imagen sonora, el valor simbólico de algunos instrumentos musicales, la importancia de la posibilidad de inducción de estados regresivos a través de estímulos sonoros, la argumentación de las técnicas psicomusicales o el uso de la improvisación como promotora de cambios en el self

Estas seis hipótesis musicoterapéuticas, tomadas azarosamente a modo de ejemplo, poseen diversas dimensiones, esto es, diversos rangos de generalidad o complejidad, especificidad, comprobabilidad, reproducibilidad, (etc.). Tomando las falencias de cada hipótesis en alguna de estas dimensiones es que solemos argumentar su falsedad, o al menos su poca seriedad. Tal vez tengamos que especificar el "campo propuesto de grado de confirmación", o sea las condiciones con las cuales se supone que las hipótesis son válidas, considerando que en la raíz de toda actividad científica hay un ajuste continuo entre las hipótesis y su contexto de justificación, sin que esto implique, en modo alguno, el abandono de su contrastación.

Si pensamos a la teoría como un conjunto de hipótesis estructurado por la relación de implicación o deducibilidad, tal vez tengamos que indagar si en el conjunto de hipótesis que manejamos, o que podemos elaborar, se da esa estructuración a través de la relación de implicación (relación binaria que vincula el antecedente con el consecuente). De ser así, estaremos hablando de teoría de la musicoterapia. Luego habría que hacer las evaluaciones metodológicas y epistemológicas correspondientes con respecto a la estructura, a las hipótesis, a su relación de deducibilidad y a la relación entre la teorización y los investigadores para determinar el tipo y las dimensiones de la teorización en cuestión. Pero esos son pasos posteriores.

Tomando a la teoría como "un conjunto integrado de relaciones con cierto nivel de validez" (Willer) podríamos decir que, hasta tanto no esté validada, es conveniente hablar de "conjunto de hipótesis" en vez de teorías. Pero "no debemos inferir que para que dichas hipótesis se conviertan en teoría se exige una validación perfecta, sino simplemente que es necesario alcanzar cierto nivel determinable y útil de validez antes de que corresponda aplicar dicho rótulo". Dicho de una manera más llana, toda hipótesis o conjunto de hipótesis debería acreditar un grado de autenticidad, permanencia, vigencia y eficiencia tal que lo aleje del polo de la charlatanería (v.g. "Mozart sirve para curar la melancolía"), pero sin llegar a extremar estas condiciones al punto de colocar a la teorización en el exigente camino de la búsqueda de la perfección e irrefutabilidad, que sólo conduce a la parálisis, al desgano, o la frustración y que,

paradójicamente, transita por un camino divergente del del campo de la ciencia.

Con referencia a la transitoria validez o no de las teorizaciones en musicoterapia, creo que nos pesan los criterios que suelen hacerse a las ciencias sociales en cuanto a su estructura científica y, por ende la estructuración de su teoría. Hempel menciona cuatro argumentos recurrentes en este sentido, y su refutación correspondiente. Veamos:

1) Los sucesos que involucran actividades de seres humanos tienen la peculiaridad de ser únicos e irrepetibles, y por lo tanto inaccesibles a la explicación causal porque ésta, el apoyarse sobre uniformidades, presupone la repetibilidad de los fenómenos de que se trata.

La respuesta a esto es que todo suceso individual es único, tanto para las ciencias físicas como sociales, en el sentido de que no se repite con sus características peculiares. "No obstante, los sucesos individuales pueden acomodarse a leyes generales de tipo causal y ser explicados, por ende, mediante ellas pues todo lo que afirma la ley causal es que todo hecho que reúne ciertas características determinadas va acompañado de otro suceso, que a su vez tiene características específicas".

A modo de ilustración: la improvisación con un instrumento musical que realice un paciente, es única e irrepetible. Sin embargo su lectura es posible si la supeditamos, por ejemplo a: i) los parámetros establecidos en el código musical, ii) la historia personal del paciente, iii) la historia del proceso musicoterapéutico del paciente, iiiii) el análisis de sus diferentes improvisaciones y iiiiii) el grupo o subgrupo cultural al cual el paciente pertenece.

Este ejemplo es válido para el segundo argumento, que dice:

2) Es imposible establecer generalizaciones científicas - y por ende principios explicativos - para el comportamiento humano porque las reacciones del individuo en una situación dada, dependen no sólo de esa situación sino también de la historia anterior del individuo.

Sin embargo, no hay razón *a priori* por la cual no puedan lograrse generalizaciones que tomen en cuenta esta subordinación del comportamiento al pasado del sujeto (como ocurre en física, por ejemplo, con fenómenos como la fatiga elástica).

3) La explicación de cualquier fenómeno que implique un comportamiento finalista (como podrían ser, por ejemplo la rehabilita-

ción o el alta) exige hacer referencia a motivaciones, y en consecuencia, requiere más bien un análisis teleológico que causal.

Hempel sostiene que es evidente que, cuando la acción de una persona está motivada por el deseo de lograr un objetivo, no puede decirse que es el acontecimiento futuro, todavía no realizado de obtener esa meta lo que determina su comportamiento presente. Lo que lo determina es a) su deseo, presente antes de la acción, de alcanzar ese objetivo particular y b) su creencia, también presente antes de la acción, de que tal o cual procedimiento tenga más probablemente el efecto deseado. Con esto quiero decir que los motivos y las creencias determinantes forman parte de las condiciones antecedentes de una explicación motivacional.

4) Es importante que los fenómenos sean accesibles a la observación de un observador exterior, lo que no ocurre en musicoterapia (salvo las observaciones, excepcionales, en cámara gessell; o las videofilmaciones, que implican, de todos modos, una observación diferida)

Para responder a esto hay que remarcar que no es sustancial el hecho de que los acontecimientos de un proceso musicoterapéutico no sean accesibles a la observación directa exterior, como ocurre también frecuentemente en las explicaciones de las ciencias físicas inaccesibles a este tipo de observación, pero determinables mediante métodos indirectos (por ej. el comportamiento de algunas partículas subatómicas, o la composición de las estrellas). En musicoterapia, la observación diferida estaría contemplada, por ejemplo, en la instancia de supervisión.

Teorías y Teorización en Musicoterapia

Cuando hablamos de teorías musicoterapéuticas, nos referimos a la estructura del sistema conceptual denominado musicoterapia. Tanto las teorías de acción como las teorías científicas son, en realidad, una parte fundamental de su armazón.

En la acción de construcción de las mismas, es importante contemplar los conocimientos presupuestos en que se basan, las condiciones de producción y las condiciones de reconocimiento. Las condiciones de producción, como nos enseña la semiótica actual, se constituyen por los aprendizajes desde los más diversos campos que permiten a un individuo crear eso que ocurre en ese momento preciso. A su vez, las condiciones de reconocimiento pueden estar constituidas por la confluencia de diferentes discursos, que a su vez

tienen sus propias condiciones de producción. Siguiendo este razonamiento, no es muy difícil inferir que entre lo producido y su lectura no puede haber sino inexhaustibles plurisignificaciones.

Pero cuando hablamos de estas condiciones, es ineludible hacer referencia a la estructura de las teorías, que tienen un sistema formal de proposiciones, y un sistema operacional.

El sistema formal se refiere no a las definiciones o explicaciones, sino al lenguaje. Aquí radica una de las claves fundamentales si queremos compartir nuestros pensamientos e interrogantes con respecto a nuestra profesión y a nuestro trabajo. "El discurso científico y filosófico - dice Althusser - tiene exigencias propias: Utilizan palabras del lenguaje cotidiano, pero que funcionan siempre de un modo distinto a como lo hacen en el mismo(..) el sentido de las palabras no está fijado por su uso concreto sino por las relaciones existentes entre los conceptos en el interior de su sistema".

Entonces necesitaríamos precisar más claramente a qué nos referimos cuando hablamos de lo que hacemos. Por ejemplo ¿podemos decir que hay un consenso generalizado cuando hablamos de música, de cuerpo, de materia sonora, musicoterapia, sistema sonido-ser humano, lo córporosonoro?, ¿nos estamos refiriendo a lo mismo cuando hablamos de improvisación, de proceso musicoterapéutico, del uso de los instrumentos, de la lectura de una sesión?. "La dificultad propia de la terminología teórica -dice Althusser- consiste en discernir más allá del sentido usual de la palabra, su sentido conceptual, que siempre es diferente a su sentido usual".

Entonces, para aspirar a un entendimiento acerca de lo que expresamos dentro de nuestra comunidad de profesionales, tal vez tengamos que hacer una revisión de nuestra terminología y reconocer las posibles convenciones ya establecidas. De este modo podremos darnos lugar, entonces, para visualizar los conceptos que necesitamos determinarnos como convenciones las que, por definición, son transitorias pero válidas mientras rigen como tales. De este modo sería más fácil manejar el sistema operacional de la teoría musicoterapéutica, formado por la suma de definiciones y explicaciones y así, habiendo transitado este camino, llegamos al problema del contenido de las definiciones en las proposiciones teóricas en musicoterapia.

Aquí nos encontramos en el punto de las necesarias divergencias en los pasos a seguir ya que, a mi parecer, la construcción de las proposiciones teóricas tienen que ver con la concepción de ser humano del teorizador, con los conocimientos presupuestos que desde allí

rescata, y más aún, con las corrientes teóricas o de pensamiento a las que adscribe dentro de esas disciplinas.

De todos modos, a pesar y a consecuencia del rigor metodológico que se implemente, es oportuno recordar que la investigación en nuestro campo no nos permitirá decir con certeza cómo es la musicoterapia, pero sí cómo no lo es.

Algunos Posibles Errores en la Teorización

La musicoterapia, como disciplina, reconoce como disciplinas principales que forman parte de sus conocimientos presupuestos a la música, la filosofía, la biología, la medicina, la antropología, la física y la psicología. Estos conocimientos presupuestos son los extraídos de otros campos de investigación, donde ya han sido contrastados, probados o categorizados, constituyéndose en herramientas indispensables para enfrentar y abordar la problemática de la musicoterapia con mejores perspectivas.

La diversidad en el acercamiento preponderante hacia alguna o algunas de estas disciplinas en detrimento de las otras, y el énfasis puesto luego en la elección de los campos internos de estos conocimientos presupuestos elegidos, es lo que ha dado origen a las distintas escuelas de musicoterapia. Considero que de acuerdo a la línea que se escoja seguir será la manera de pensar un tratamiento, de concebir al paciente y al musicoterapeuta, y de leer el proceso musicoterapéutico. Sin embargo, suele ser muy común olvidar, en la toma de los elementos teóricos de nuestros conocimientos presupuestos - cuando es necesario adaptarlos a nuestro discurso -, y de las técnicas y procedimientos que estas proponen, su necesaria transformación en posibles términos, técnicas y procedimientos propios de la musicoterapia.

Es habitual, por ejemplo, que los musicoterapeutas estudiemos psicodrama, y luego hagamos psicodrama en musicoterapia; que aprendamos las técnicas de ensueño dirigido y las apliquemos intactas en nuestras sesiones; que estudiemos cursos de improvisación musical, y analicemos las improvisaciones de nuestros pacientes tal cual lo aprendimos con los músicos que nos enseñaron; o que propongamos ejercicios gestálticos que, o bien practicamos como alumnos o pacientes, o bien tomamos de la frondosa literatura existente al respecto.

Destacando esto no quiero hacer ningún juicio de valor. No digo que esté mal, ni que esté bien. Tampoco digo que siempre haya que

transpolar o adaptar la terminología de las disciplinas presupuestas a conceptos propios, cuando la musicoterapia puede adoptarlas como propias sin que medie ese paso. Simplemente quiero señalar que la aplicación automática de estas ejemplificaciones, y otras tantas que podríamos agregar, cuando no son recursos excepcionales sino que constituyen la práctica habitual, desvirtuaría o al menos desdibujaría a la práctica propia de la musicoterapia. Seguramente nuestra profesión, y nosotros como profesionales, nos enriquecíamos en gran medida si continuáramos expandiendo el campo de la musicoterapia a partir de estos nutrientes, ya que esto es una de las vías principales en la construcción del conocimiento musicoterapéutico, y la consolidación del universo del discurso de la musicoterapia.

Por ejemplo, partiendo de las técnicas psicodramáticas la musicoterapia ha construido una herramienta propia, como son las dramatizaciones sonoras; de las técnicas de ensueño dirigido surgió el método de visualización de imágenes a partir de estimulaciones sonoras (método elaborado por los mtas. norteamericanos); de la confluencia de la música y la psicología surgen la concepción del uso de los instrumentos musicales como función del yo, de las improvisaciones clínicas, de su lectura como posible lectura de los síntomas, o la creación de test proyectivos a partir de elementos musicales.

Sólo a partir de estos, y otros ejemplos, es que pueden surgir problemas teóricos propios de la musicoterapia, como el de la imagen sonora y esquema sonoro; la discusión que se viene dando en algunos países entre lo que se denomina musicoterapia activa y musicoterapia pasiva; la que se superpone a esta discusión cuestionando su validez; o la revisión que de este tema hace la mta. brasileña Lia Rejane Mendes Barcellos cuando distingue el uso de la música *en* terapia -que podría ser un territorio compartido por varias disciplinas- del uso de la música *como* terapia, que sería patrimonio exclusivo de nuestra profesión.

Otro de los problemas que pueden estar incidiendo en nuestro desarrollo teórico, podría estar en cierta recurrencia al pensamiento mágico, o a explicaciones que se distancian del rigor científico para argumentar los procedimientos utilizados. Se cree en estos argumentos, se actúa de acuerdo a estas creencias y todo podrá ser explicado a través de ellas.

Lejos de mi está el pretender que se pueda dar cuenta de todo lo que sucede en las sesiones pues, más allá de la omnipotencia que presupone, implicaría una postura acientífica. Lo que quiero marcar es que tal vez sea conveniente aceptar que muchas veces debemos

hacer lecturas incompletas de una sesión o de un proceso, y que el reconocimiento de esa carencia puede llevarnos a incrementar nuestro *herramentarium*, mientras su desconocimiento puede llevarnos a adoptar respuestas a la manera de creencias, retrotrayendo y reduciendo a la musicoterapia a una suerte de cosmología precientífica.

Señalo esto sin dejar de considerar a epistemólogos como Kuhn, quien destaca que la naturaleza de las teorías que se proponen, o de los criterios por los cuales estas son aceptadas o rechazadas, están fuertemente influenciadas por creencias o convicciones extracientíficas vigentes en determinado momento histórico.

Volviendo a Popper, "un buen sistema debe permanecer constantemente despierto frente a las faltas que comete, porque siempre sabemos muy poco y por ello siempre cometemos faltas. Debe, por una parte, trabajar con cierta audacia, pero, por otra parte, saber que también esta audacia introduce riesgos. De ahí que deba descubrir tan rápidamente como sea posible las faltas para aprender de ellas y corregirlas, en vez de encubrirlas o declararlas no-faltas". En este sentido, algo que tal vez nos conviene no pasar por alto es que la musicoterapia, en tanto campo de conocimiento, no es un campo de creencias sino un campo de investigación.

Como tal, las teorías deberían ser concebidas nada más que como instrumentos, evitando incurrir en su generalización como filtro para leer la explicación de otros campos de la realidad, o como un dogma.

La teoría es tranquilizadora porque implica una estructuración, la adquisición a priori de un cuerpo de hipótesis, que después pueden confrontarse con la realidad de la praxis. El problema sería, en el caso de esta confrontación, tanto ideológico como metodológico en tanto: i) las hipótesis se afirman temporariamente o se derrumban en la contrastación, y en consecuencia se modifican las proposiciones; o ii) uno encaja la lectura de la práctica, o la práctica misma, en una teoría dogmatizada. En este último caso, mi criterio no me permite observar grandes diferencias con los ilusionistas o los ilusionados con explicaciones mágicas o pseudoteorías.

El Problema del Lenguaje No Verbal

Considerando nuestra experiencia en la práctica clínica musicoterapéutica, uno de los interrogantes que surgen es acerca de las posibilidades de comprensión de los lenguajes no verbales en los

términos propios de este tipo de lenguaje. O sea, si es posible comprender un lenguaje no verbal en términos no verbales, evitando las pérdidas en su transpolación. El epistemólogo Eliseo Veron señala que el lenguaje es el único tipo de conducta cuya función primaria es la comunicación. Si le conferimos validez a esta afirmación, podemos acordar que siempre hay algo que puede comunicarse. Pero como también sabemos a través de nuestra práctica cotidiana, que no siempre se da esa función primaria, en tanto hay numerosas oportunidades en que entre el/los pacientes y el musicoterapeuta no existe comunicación en términos no verbales, podemos deducir que es en estos términos, en las posibles codificaciones y decodificaciones de lo no verbal, donde reside el problema.

Si todo lenguaje ,para ser comprendido, requiere de un conocimiento previo por parte de sus interlocutores, ¿podemos hablar de comunicación no verbal, como universalización del ejercicio profesional, o esta es algo factible en cada proceso musicoterapéutico específico?. La experiencia demuestra que en cada caso debemos establecer los códigos no verbales de comunicación. Tal vez podemos partir de la hipótesis de la existencia de modos comunicacionales no verbales específicos de cada comunidad social. Esto tiene el riesgo de transitar la frontera de las peligrosas y en general poco útiles (sobre todo para los pacientes) codificaciones posturales y/o conductuales. No se si es dable hablar de modos comunicacionales arquetipicos, pero si es posible establecer algunos que caracterizan a una comunidad social, entonces sociolinguística, y otros que se generan en cada subgrupo social de esa comunidad.

En consecuencia con este concepto, el musicoterapeuta debería indagar, en primer lugar, aquellos modos generales de la comunicación no verbal, luego los modos comunicacionales no verbales (MCnoV) de su propio grupo social, y finalmente los MCnoV de cada paciente o grupo de pacientes.

- Modos Generales de la Comunicación No Verbal
- Modos Comunicacionales No verbales del Grupo Social
- Modos Comunicacionales No Verbales de Cada Paciente o Grupo de Pacientes

Porque el/los pacientes se acercan al tratamiento con su propio alfabeto de símbolos, con sus propios códigos en permanente modificación (recordemos, sólo como ejemplo los MCnoV que se establecen en algunos subgrupos sociales como los habitantes de barrios marginales, intelectuales, rockeros, o niños de la calle,) y es el musicoterapeuta quien debe aprender esos alfabetos si aspira a

establecer una comunicación no verbal. De todos modos, el suponer haber aprendido esos MCnoV específicos, si bien puede considerarse una condición necesaria, no garantiza en absoluto que se establezca un lenguaje no verbal.

¿Ocurre acaso algo diferente en lo que respecta a la comunicación verbal? Por diversas razones se ha generalizado en algunos círculos profesionales la suposición de que en lo verbal hay una cuota mayor de verdad. Se conducen construyendo realidades basadas en la ilusión de la certeza de las palabras, y les suelen atribuir una valía que a veces nos hace olvidar que en este lenguaje hemos acuñado, y no justamente como un ejercicio intelectual, palabras tales como error, malentendido, yerro, inadvertencia, confusión, desatino o equivocación.

Por contrapartida, hay quienes construyen la afirmación de que cuando la comunicación se establece a niveles simultáneos, es lo "metacomunicacional", lo analógico a lo que se le debe atribuir mayor veracidad. La sustentación de esta afirmación se basa en el supuesto de que el lenguaje verbal es de mayor dominio del plano consciente, y que lo analógico, en virtud del menor conocimiento de su codificación, se correspondería en mayor grado con manifestaciones inconscientes. Tal vez sea así, y tal vez no. Conferirle a esta afirmación un carácter de verdad generalizado puede incurrir en el mismo tipo de error que el de quienes afirman lo contrario. Insisto en no perder de vista al grupo sociolingüístico, y a los posibles subgrupos del mismo con quienes estamos trabajando en cada situación particular, para poder ir orientando nuestra tarea. La asignación a priori de veracidad a uno u otro nivel comunicacional dependerá, en todo caso, del marco teórico al que el musicoterapeuta suscriba. Pero sobre todo, si más allá de éste podemos tomar cada proceso como una entidad única, el canal comunicacional que se privilegie dependerá en cada momento de las posibilidades de relevamiento contratransferencial que pueda realizar cada profesional.

Lo Abordable. Lo Inaccesible

Planteado esto, propongo que pensemos en lo que ocurre en los procesos musicoterapéuticos, y en las sesiones que eslabonan esos procesos, con respecto a los MCnoV.

Todo lenguaje, como descriptor de la realidad, tiene agujeros y está atravesado por el azar del hallazgo de sus signos. Entonces ¿podemos "leer" lo que ocurre en las sesiones? ¿en qué términos lo

hacemos, cuando suponemos que lo hacemos?. En las sesiones hay algo que ocurre, de lo que formamos parte. Una gran proporción de nuestra tarea consiste en intentar penetrar en eso que pasa en ese lugar construído para ese fin, acompañando ese proceso. La interpretación de eso que acaece no significa darle un único significado, sino considerar su pluralidad, sus diferencias.

Una y otra vez nos aproximamos a eso que ocurre, y una y otra vez acertamos o creemos acertar con una posible comprensión que ayuda a la prosecución del proceso terapéutico, aún a sabiendas de que esa comprensión es un supuesto.

Los seres humanos tenemos filtros neurológicos y filtros sociales que determinan que sólo percibamos una parte del mundo en el que estamos inmersos. Y a eso le debemos sumar nuestras limitantes individuales. Estamos pues sujetos a nuestras limitaciones, y desde allí intentamos algún desciframiento posible, la aceptación de algo impregnado de incertidumbre, el frágil equilibrio de hacer pie sobre la construcción de una realidad factible que apenas un instante después puede modificarse.

Lo inefable. Lo polisémico.

Las explicaciones que solemos darnos constituyen la descripción de un acertijo, de una cifra en términos extraños al fenómeno en que se produce. A veces permiten sosegar la inseguridad del entender a medias, y/o el miedo a no saber actuar correctamente. Pero es frecuente observar que luego confundimos al fenómeno con el discurso que lo describe, y buscamos nuevas explicaciones, ahora ya no del fenómeno sino de la explicación, orbitando cada vez más lejos de aquello que ocurrió.

En el fenómeno musicoterapéutico hay un hecho, y una descripción del mismo. Pero inevitablemente hay una diferencia entre la descripción, y lo que ocurrió y se intenta describir. Las posibilidades de acortar esa diferencia pueden darse transitando los pasos de indagación de los diferentes planos de los MCnoV que mencionaba anteriormente. Recién ahí estaremos en condiciones más o menos adecuadas para formular alguna hipótesis más acabada. Pero aún con estos datos, antes de formular esa hipótesis bien vale preguntarse acerca del momento particular en que ese episodio ocurre.

Lo importante, en todo caso, es tener en cuenta que todas estas hipótesis son eso, hipótesis, que no deberían generalizarse, y que

sólo pueden aspirar a dilucidarse en la confrontación de las mismas por el propio paciente.

De todos modos, en esta polisemia del fenómeno musicoterapéutico, toda explicación es una mera descripción del mismo, pero no el hecho en si. Son intentos de reproducirlo con elementos ajenos a eso que se describe. Incesantemente nos procuramos explicaciones, recortamos trozos de otros aprendizajes y armamos una especie de collage que nos brinde esa utilidad. O sea, el relato de una lluviosa tarde invernal no es esa lluvia que salpicaba las ventanas; la foto de la persona amada no es la persona que extiende su mano para acariciar; la grabación de un niño no es el niño que llora angustiado o ríe mientras juega. Son descripciones, recortes, intentos de amarrazar eso que ocurre en el puerto de alguna comprensión tan incompleta como necesaria.

El lenguaje es un sistema incompleto, y como tal alberga infinitos espacios posibles. Esto es, el lenguaje no verbal alberga infinitos espacios posibles. Entre esos espacios, los posicionamientos, los parámetros de observación y las definiciones. Entonces no hay un cuerpo sino corporalidades (alopática, quiropráctica, bioenergética, psicológica, acupunturística, eutónica, etc.) relativas a la misma materia. Entonces no hay un sonido sino sonoridades relativas al mismo fenómeno (acústicas, psicoacústicas, musicales, musicoterapéuticas, etc.). ¿En qué sonoridad está la magia de lo inefable? ¿en qué corporalidad se encuentran esos mensajes que creemos develar? Los develamos, tal vez, porque les damos un efecto de verdad.

Los musicoterapeutas nos formamos haciendo un recorte del universo, y aprendemos a vivir en ese universo con las posibilidades y las herramientas que nos podemos procurar. Este recorte es algo que nos distingue de otros profesionales de la salud, y dentro de este campo, de los profesionales de la salud mental. Un ejemplo de esto está dado, por ejemplo, en la diferencia en la escucha que puede observarse entre un musicoterapeuta y un psicólogo. Ante el mismo fenómeno, escuchamos algo diferente. Es en virtud de este recorte del universo, de este "mapa" de la realidad que nos construimos, en donde se incluyen esos efectos de verdad que mencioné recién y por consiguiente del amplio margen de duda e incertidumbre que esto conlleva, que sería necesario desarrollar una actitud ética permanente. Una actitud profesional ética requiere, entre muchas otras cosas, la revisión de estos efectos de verdad; la explicación de los fenómenos y el cuestionamiento de las explicaciones, y el compartir y confrontar estas ideas y dudas con la comunidad de profesionales.

La duda que puede surgir, ante esto, es acerca de los términos en que realizamos este intercambio.

De todos modos, aún a sabiendas de que toda realidad construida a partir de una descripción hecha en un lenguaje es una ilusión; y no olvidando que todo lenguaje es un campo de prohibiciones y posibilidades, todavía sostengo la necesidad de construir un lenguaje musicoterapéutico. Tal vez necesite aclarar que a esas convenciones posibles a las que aludía al comienzo no se puede, no se debería, o de manera más clara resultaría altamente inconveniente conferirles un efecto duradero de verdad, un carácter de ley. Porque las convenciones por definición sólo pueden ser limitadas en lo temporal, y porque el lenguaje es una herramienta que, como tal, debe medirse en su utilidad en cada situación particular.

El lenguaje es el territorio de la multivalencia, al que podemos acceder desde diferentes lugares. Y esto, que desde una perspectiva puede parecer facilitador en tanto más asequible a la comprensión, a la vez plantea el problema de su profundidad y, por ende, de su rigurosidad.

Quiero finalizar con un breve pasaje del cuento "El Inmortal", de Borges. Dice: "pensé que Argos y yo participábamos de universos distintos; pensé que nuestras percepciones eran iguales, pero que Argos las combinaba de otra manera y construía con ella otros objetos". Cada uno de nosotros participamos de nuestro propio universo. Cada paciente participa de su propio universo. En el mejor de los casos, entrecruzamos esos mundos, como esa tercera zona de la que hablaba Winnicott, y aspiramos a construir algún objeto en común sabiendo que de ese objeto habrá algo transpolable o traducible, explicable en otros términos que los que el mismo propone; habrá también algo inefable, a lo que a veces podremos acceder, y otras apenas observar con curiosidad; y habrá algo enigmático, algo vedado al alcance de la comprensión, algo aparentemente inaccesible.

En el fenómeno musicoterapéutico, entonces, podemos suponer algo que se puede poner en palabras; también algo que ocurre a lo que podemos acceder pero no volcar a otro tipo de lenguaje diferente a ese en el que el acto se produce, y finalmente algo ubicado en el punto ciego de nuestra escucha o nuestra mirada. Tres facetas de un mismo fenómeno, tres desafíos.

Bibliografía

- BANDER R., y Grinder, J. *La Estructura de la Magia. Lenguaje y Terapia*. Editorial Cuatro Vientos. Chile.
- BATESON, G. *Pasos Hacia una Ecología de la Mente*. Edit. Lohlé.
- BARTHES, R. *S/Z*. Siglo Veintiuno Editores. Mexico.
- BORGES, J. L. *Obras Completas*. Editorial Losada.
- BROUWER, Leo *La Música, lo cubano, la innovación*. Editorial Letras Cubanas.
- CALVINO, I. *Palomar*. Alianza Literatura.
- JAKOBSON R, Barthes y otros. *El Lenguaje y los Problemas del Conocimiento*. Editorial Rodolfo Alonso
- JUNG, C. *El Hombre y sus Símbolos*. Biblioteca Universal Contemporánea
- LAING, R. D. *La Voz de la Experiencia*. Editorial Grijalbo.
- MENDES BARCELLOS, L.R. *A Movimentação Musical em Musicoterapia. Interações e Intervenções*. Cadernos de Musicoterapia 2. Enelivros. Brasil
- RIVERO, Jorge. *Primera Mirada a la Teoría del Caos*. Conferencia Dictada en la Sede de A.MU.RA. Junio 1994.
- RODRIGUEZ ESPADA, G. *Ceremonias de Conocimiento*. Presentado en las Jornadas A.MU.RA. '92.
- RODRIGUEZ ESPADA, G. *La Transición Estética. Indicios de un Pensar Estético en Musicoterapia*. Presentado en VII Congreso Mundial de Musicoterapia
- SCHAPIRA, D. *El Cuerpo en Escena. Una Perspectiva desde la Musicoterapia*. Cuadernos de Análisis Freudiano en Grupo. Asoc. Análisis Freudiano en Grupo
- SCHAPIRA, D. *Saber o no Saber. Acerca del Problema de la Teoría en Musicoterapia*. Presentado en VII Congreso Mundial de Musicoterapia.
- VERON, E. *Lenguaje y Comunicación Social*. Edic. Nueva Visión.
- ALTHUSSER, Louis. *Sobre el Trabajo Teórico: Dificultades y Recursos*. Cuadernos Anagrama. Barcelona, España.
- BES, Daniel y BES, Martin. *Ciencia y Desarrollo*. Revista Ciencia Hoy, vol. 4 N° 20. Septiembre-octubre 1992.
- FESTINGER, L y KATZ, D. *Los Metodos de Investigacion en las Ciencias Sociales*. Edit. Paidós, Biblioteca de Psicología Social y Sociología.
- GALTUNG, Johan. *Teoria y Metodos en la Investigacion Social*. Tomo II. Eudeba.
- HEMPEL, Carl y OPPENHEIM, Paul. *La Logica de la Explicacion*. Cuadernos de Epistemología 4. UBA. Fac. de Filosofía y Letras. 1965
- KORN, F. y Otros. *Conceptos y Variables en la Investigacion Social*. Edic. Nueva Vision. Cuadernos de Invest. Social.
- MENDES BARCELLOS, Lia Rejane. *Cadernos de Musicoterapia 1*. Enelivros. Brasil. 1992.
- POPPER, Karl. *Sociedad Abierta, Universo Abierto*. Conversación con Franz Kreuzer. Edit. REI Argentina. Cuadernos de Filosofía y Ensayo. Diciembre 1990.
- RUUD, Even. *Caminhos da Musicoterapia*. Summus Editorial. Brasil. 1990
- RUUD, Even. *O Conceito do Homem em Musicoterapia*. Conferencia Dictada en el II Simposio Intemacional Multidisciplinar de Musicoterapia. Sao Paulo, Brasil. Septiembre de 1991.

- RUIZ, Mauricio. *Algunos Caminos Para Pensar lo Propio*. Trabajo Publicado en el Anuario A.MU.RA.'1991-1992, de la Asociación de Musicoterapeutas de la República Argentina
- SCHAPIRA, Diego. *Encuadre ¿limitante O Permisor?.* Trabajo Publicado en el Anuario A.MU.RA.1991-1992.
- SCHAPIRA, Diego. *La Musicoterapia en Argentina*. Charla Ofrecida en el VI Simpósio Brasileiro de Musicoterapia. Belo Horizonte, Brasil. Marzo 1992.
- SERRONI COPELLO, Raul. *Hacla Una Epistemologia Realista de la Musicoterapia*.
- VELOSO, Caetano. *Circulado ao Vivo. Um Indio*. Polygram. Brasil. 1992.
- WILLER, David. *La Sociologia Cientifica*. Teoría y Método. Amorrortu Editores.

Adolescencia Drogadiccion y Musicoterapia

MT. Ofelia Herrendorf de Waen

Visitar Brasil, estar con Uds., intercambiar nuestros conocimientos, hablar sobre temas diversos que de alguna manera nos hermanan por razones de proximidad, por ubicación geográfica y por otras realidades que tienen que ver con un dar y recibir, para crecer juntos como seres humanos y como Musicoterapeutas, realmente me compromete y al mismo tiempo me da mucho placer.

Es por eso que agradezco a la Musicoterapeuta Maristela Smith, presidenta del VIII Simposio Brasileiro de Musicoterapia y a APE-MESP Asociación de Profesionales y Estudiantes de Musicoterapia del Estado de San Pablo-, así como a todos los que han hecho posible mi presencia hoy acá, el poder estar junto a Ustedes.

El regreso a mi país, Argentina, despues del Encuentro Latinoamericano de setiembre de 1994 en Río de Janeiro, implicó para mí la posibilidad de formularme preguntas nuevas y reformularme otras con respecto a la especialidad que abracé como Musicoterapeuta y tratar de comprender un poco más a aquellos a quienes atiendo.

Hay términos que utilizamos cotidianamente sin ponernos a pensar que significan. Cuando releí lo que hasta aquí había escrito, busqué en el diccionario la palabra *abrazar*, púes me emocioné al pensar en ella y hallé que quería decir "...cernir con los brazos. Estrechar entre los brazos en señal de cariño. Rodear, comprender, contener, incluir, apreciar, amar, admitir, aceptar, seguir. Tomar uno a uno su cargo, etc..."¹. Asocio todas estas explicaciones del significado de abrazar, con el "cobijar en mis brazos", percibiendo que se envuelve algo, tal vez un otro, y que uno se constituye en sostén, en protección y fuerza para encorajear, dar coraje, buscando que un proceso sea positivo, (y muchas veces no es así a pesar de nuestros deseos) con el fin de que alguien que ha encauzado su vida por el camino de la destrucción y la muerte, pueda acceder a sentir, a pensar, a emocionarse, en todas sus combinaciones, y en el orden en que se puedan dar, para lograr el comenzar a "hacer", desde un

1 Espasa-Calpe. Diccionario Enciclopédico Abreviado. Tomo I. Pag. 56. Séptima Edición. Madrid. 1957.

lugar nuevo, por que ese alguien quiere "...realmente vivir, vivir bien, *humanamente* bien..."².

La cultura, la ética de cada pueblo, su idiosincracia, me han llevado a recordar y a pensar en la importancia del conocimiento de los aspectos antropológicos que tan profundamente ha estudiado Joseph Moreno y que hemos reconocido siempre en Ba-Mamour.

He comprendido que esto no compromete a pueblos solamente como totalidad, sino, que cada uno de los miembros de esos pueblos, individualmente, como unidad, como ser único, además de lo que trae a la vida como memoria ancestral, es, está, tiene, siente, desde su particularidad.

¿Cuál es el camino que cada uno elige para vivir y por qué lo elige?. Sería necesario estudiar la historia de vida de cada individuo para acceder a una aproximación y para lograr, no creo que totalmente, la comprensión.

La idea que traigo hoy es comenzar pensando en la adolescencia, que es una etapa de la vida que se debe transitar ¿Cómo se transita la adolescencia?. Para hablar de algo, es necesario saber que es ese algo.

Entendí que quería tener una definición de *adolescencia* y sentí la sensación de que yo sabía qué era. Pensé en mi propia adolescencia y en la de mis hijas. Yo, viví cuatro adolescencias: la mía y la de ellas en sus momentos, y recuerdo haberles escuchado decirme: "en tu época era distinto". Entiendo que eso, en algún aspecto, es real. Pero yo quería una definición. Recurrí entonces al libro "Palabras para adolescentes", de Françoise Dolto y Catherine Dolto Tolich.

Una de sus primeras páginas está encabezada por una pregunta "...¿Qué es la adolescencia?..."³. Dice "...la adolescencia es el período de pasaje que separa la infancia de la edad adulta, tiene como centro la pubertad. A decir verdad, sus límites son vagos..."

Las autoras hacen luego referencia a la semejanza con el nacimiento y la consideran un segundo nacimiento, durante el cual se va retirando lentamente la protección familiar "...quitar la infancia, hacer desaparecer al niño que hay en nosotros, constituye una mutación..."⁴

A medida que leía las páginas de ese libro me dí cuenta que ciertas palabras estaban remarcadas y con letras mayúsculas, aún perteneciéndolo a distintos párrafos: **SEGUNDO NACIMIENTO, IN-**

2 Savater, Fernando. *Ética para Amador*. Pag 105, 2do. Párrafo.

3 Dolto Françoise y Dolto-Tolich. *Palabras para adolescentes*. Pag 17.

4 Dolto Françoise y Dolto-Tolich, *Palabras para adolescentes*. Pag. 17.

SEGURIDAD, CORRESPONSABILIDAD, LAS LANGOSTAS, UN CONGRIO, CAPARAZON, VULNERABLES, SALIR, PANDILLA, SUFRIMIENTOS, ALEGRÍAS, HUIR.

Consideré que resultaría interesante incluirlas en una sola frase u oración, en la que todas estas palabras que tienen que ver con la adolescencia estuvieran presentes. Y esta fué la idea que surgió: "HUIR de los SUFRIMIENTOS, encontrar ALEGRÍA, en este SEGUNDO NACIMIENTO, acompañados por la PANDILLA, o no sin sentir el ser VULNERABLES, por la INSEGURIDAD que acompaña muchas veces al adolescente y poder compartir en CORRESPONSABILIDAD momentos difíciles, evitando pensar que uno es devorado por un CONGRIO, ante la pérdida de la CAPARAZÓN, que lo cubrió, protegiéndolo como si fuera una LANGOSTA, con su cobertura, sería una muestra del pasaje de una a otra etapa al transitar por este tan difícil período de la existencia humana.

Podemos darnos cuenta que la adolescencia es distinta en cada cual según un sinnúmero de factores que tienen que ver, por ejemplo, con el ambiente en que ese "cada uno" desarrolla su vida, pero tiene aspectos que son iguales en todos los seres humanos.

En su base es como lo ancestral de los pueblos a los que hice referencia antes.

Pregunta Françoise Dolto "...acaso el narcisismo no es precisamente uno de los riesgos, o una de las tentaciones de la adolescencia..." y responde "...Seguramente. Con el amor una arriesga demasiado la muerte de todo un pasado, sin esperanza de un futuro. Y precisamente si en la actualidad hay cada vez más adolescentes desesperados -así se dice-, que huyen al mundo imaginario de la droga, o al otro, también imaginario de la muerte, que es el suicidio, pienso que es porque carecen de ritos de paso, donde los adultos decreten: "a partir de ahora cuentas, eres una persona de valor"..."⁵.

Pero desde nuestro lugar de adultos, también les expresamos a veces algo paradójico, pues al mismo tiempo les solemos remarcar que aún no pueden asumir roles adultos: les permitimos por ejemplo amar pero no deben acceder a la paternidad, pues esto resulta casi siempre catastrófico para ellos.

Si bien mi objetivo no es hacer un análisis exhaustivo de que es un adolescente, entiendo que algunos conceptos referidos a ellos, que he ido expresando, al buscar qué es la adolescencia y todo lo que vaya

5 Dolto Françoise, La causa de los adolescentes. Pag 25 y 28.

surgiendo, nos permitirá ubicarnos para facilitarnos la tarea en Musicoterapia.

Siempre he dicho que debemos conocer a quienes atendemos. Es por eso que considero necesario hacer algunas reflexiones, y algunos comentarios.

La profunda transformación interna y externa que se produce, moviliza tanto a los jóvenes como a sus padres, o a todos los que están muy cerca de ellos.

Volviendo a los ritos de paso de que carecen muchos adolescentes y remontándonos a "...Las sociedades antiguas, estas, suavizan la angustia de los jóvenes, dándoles a conocer el límite de la prueba, plasmada en los ritos de iniciación. Esta iniciación se empleaba para romper el aislamiento del adolescente. .

Este tenía un punto de referencia en el tiempo para su integración a la vida del grupo. Era la sociedad, la que decidía sobre esta época de iniciación y sobre la edad a partir de la cual se adquirirían los atributos de la virilidad.

Uno puede casarse o partir para la guerra. Tales actividades son determinadas en el tiempo por la sociedad..."⁶

Dice la Dra. Noemí Valerga que "...en las sociedades llamadas 'primitivas' los ritos de iniciación y el derecho ganado al acceso al mundo adulto luego de haber pasado las pruebas impuestas, colocan al joven en una situación distinta a la de los adolescentes de nuestra sociedad. Gracias a los estudios antropológicos, aspectos de la conducta que estábamos habituados a considerar invariables, aparecieron como resultados de la civilización, determinándose que ni la raza, ni la naturaleza humana son responsables de muchas de las formas que asumen esas conductas..."⁷

A pesar de que muchos de los textos a los cuales recurrí, hablan de sociedades primitivas, como que el ritual se refiere a momentos de otras épocas, tuve oportunidad de conocer a un cacique de una tribu indígena del Paraguay, tribu que vive en algunos aspectos occidentalizada pero en otros, conservando todo lo que es la tradición de su pueblo, que transmitió a quienes quisimos escucharlo, que el rito de iniciación se lleva a cabo con los jovencitos entre los doce y trece años, aún actualmente.

Es un momento en que adultos mayores, los acompañan a zonas selváticas, durante tres meses alejándolos de sus padres. Allí apren-

6 Dolto Françoise, La causa de los adolescentes, Pag 43. 6to párrafo.

7 Valerga Noemí. Adolescencia, Familia, Drogadicción. Pag. 5.

den todo lo que se considera, como tribu, que ellos deben saber como hombres: proveerse de raíces determinadas cuyos valores nutritivos y medicinales debe conocer, donde aprenden qué animales deben cazar y cuales no, donde en general empiezan a conocer qué necesitan minimamente para subsistir y de qué deben alejarse para preservar su salud y su vida.

También entre los judíos, del mundo, se mantienen los ritos referidos al compromiso como hombres de su pueblo, que deben preservar la tradición y los aspectos religiosos. Corresponde a los jóvenes de trece años de edad. Es el momento de la asunción de las responsabilidades ante la comunidad. Por lo tanto el joven es considerado adulto a los efectos rituales. Está dentro de los diez *hombres* necesarios para las ceremonias religiosas. Mientras la mujer, guarda su lugar junto a la madre, y asume sus responsabilidades ritualmente, a los doce años.

Algo marcaba en otros momentos, en nuestra sociedad el paso a otra etapa de la vida: a veces eran los pantalones largos, en los varones y la autorización para comenzar a usar maquillaje y las medias largas en las mujeres.

Pero hoy, la moda unisex, los cabellos largos en ellos y en ellas, o los cabellos muy cortos en unos, como en otras, muchas veces no solo nos confunden a los adultos, sino también a ellos. Y esto lo vemos en la tarea.

Una nota publicada en el diario Clarín de Bs. As., el 5 de enero de 1995, dice en su encabezamiento que "...El cambio de horarios, la música estrepitosa y las luces que enceguecen tienen malas consecuencias para los adolescentes". Y agrega como título "De noche todos los chicos son vulnerables".

Ese artículo nos interesa como Musicoterapeutas y es por eso que quiero referirme a él. Está escrito por la Dra. Mirta Guelman de Javkin, pediatra y terapeuta familiar, que ha hecho una excelente evaluación de estos temas.

Jerarquiza en este trabajo "...esta 'costumbre loca' de trastocar los horarios de los seres humanos, que producen modificaciones en la capacidad de rendimiento y en el comportamiento..."⁸.

Hay vinculación con los neurotransmisores, la serotonina según sea el día o la noche. Hay modificaciones en los latidos cardíacos, la respiración, la respuesta inmunológica, consumo de oxígeno por el

8 Dra. Guelman de Jarkin, Mirta. 5/1/95. Diario Clarín. Bs. As.

músculo cardíaco, funcionamiento de las plaquetas, movimiento de las vísceras.

Dice este mismo artículo que "...en Musicoterapia se estudia la intensidad y calidad de la música como modificadores del sistema nervioso del sujeto con tanto efecto en la respuesta emocional como en el ritmo cardíaco, la circulación sanguínea y el ritmo respiratorio..."

La enorme intensidad del sonido que produce reacciones no solo a nivel auditivo, sino en todo el cuerpo y los efectos lumínicos con sus consecuencias secundarias, no pueden pasar desapercibidos en nuestras evaluaciones sobre el tema.

El ingeniero Fuchs de la Provincia de Córdoba de Argentina que es Director del Centro de Investigaciones Acústicas de la Universidad de esa Provincia declaró que el "...estrépito es una forma de delincuencia..."⁹, haciendo referencia a los niveles de ruidos, (motocicletas, scooters, etc.)

Todos los sonidos de cualquier índole, de mucha intensidad, producen un efecto negativo mayor, sobre el organismo humano, ante los cambios de horario a que han accedido los adolescentes con el cambio de costumbres.

Adhiero al pensamiento de la Dra. Guelman, no como juicio de valor, y entiendo que no todo lo que hacen los jóvenes está mal.

Pero cada uno de nosotros debería pensar, pues tenemos el compromiso de que así sea, que debe haber alguna forma de cuidar la salud de esos jóvenes, aún dentro de la modalidad actual de vida de los mismos.

Otro tema a considerar, es el vínculo de los adolescentes con los padres; la existencia de familias, cuya organización es tal que falta la autoridad paterna; que en general, las figuras parentales están desdibujadas y por lógica sus roles confunden a los adolescentes y a sus padres y ello trae aparejado verdaderas sensaciones de inseguridad, en esta etapa en la que "...es indudable que la formación de la identidad femenina o masculina constituye una de las primeras tareas..." además de "...cumplirse por caminos totalmente distintos..."¹⁰ se trate de mujeres o de varones.

Todas estas disquisiciones, todas estas evaluaciones, todo este buscar el conocimiento de los adolescentes el saber sobre sus situaciones son importantes. Pero, a qué tipos de familia y de jóvenes me

9 Diario Clarín, 5/1/95.

10 Bios Peter, Los comienzos de la adolescencia, Pág 14

estoy refiriendo, sino a aquellos en los que, aunque más no sea hay una mínima estructuración familiar "sana" (entre comillas) o con muchas dificultades en otros casos.

Cuando estos jóvenes llegan a instituciones donde se los trata por su drogadependencia, cuando hay algún referente familiar directo o indirecto, se busca comprometer al núcleo familiar o a sus representantes. Entiendo que es aquí donde se puede hacer algo o mucho según los casos.

Creemos además de desearlo, que a nosotros no nos va a tocar. Es a los otros a los que les sucede. Son de otros los hijos que dependen de las drogas. Son otros los que están en situaciones de riesgo. Son otros los que no son escuchados por sus padres.

Estas palabras tienen como objeto ser críticas para nosotros y los son, para que tomemos conciencia de cual es la realidad y cuánto al recorrer el difícil camino de la adolescencia, los jóvenes necesitan ser ACOMPAÑADOS.

Una cita de la Dra. Noemí Valerga, nos lleva a tomar conciencia de otro gran compromiso, "...¿Cómo podemos pensar que establecieron sus procesos identificatorios aquellos jóvenes que fueron niños de la calle?..."¹¹ Yo agregaré: niños en la calle.

Los niños o adolescentes de la calle, son aquellos para quienes sus únicos referentes son el grupo de pares y niños o adolescentes en la calle, son aquellos, que si bien tienen algún referente familiar pasan la mayor parte del día, por razones, a veces distintas, en la calle. En ellos cuán difícil es alcanzar un proyecto de vida más o menos aceptable.

Son en general, rechazados por la sociedad. En muchos casos, de ser niños de la calle pasan a ser "adultos" que deben sobrevivir, a cualquier precio. En ellos los cambios biológicos son iguales a los de cualquier ser humano: de pronto "se hacen adultos" para sobrevivir y es allí donde el robo, la prostitución, los lleva indefectiblemente a la marginalidad.

Es allí donde conocen la droga, tempranamente, los pegamentos que "los ayudan" "...a disminuir el hambre y el dolor físico-psíquico del abandono. Sólo sobreviven si ingresan a grupos de pertenencia que lamentablemente se identifican en la violencia y el delito ..." ¹². Entre ellos, la prostitución, por algo de comida y un techo aunque

11 Valerga Noemí. Adolescencia, Familia y Drogadicción. Pag 6

12 Valerga, Noemí. Adolescencia, Familia, Drogadicción. Pag. 6.

más no sea que por uno o dos días tiene significado positivo, aunque la realidad sea otra.

¿Qué hacemos como Musicoterapeutas?. En la tarea institucional nos encontramos a veces con estos jóvenes que son derivados por la justicia. Casi siempre tienen historias de abandono por parte de alguno de los padres, o por ambos.

¿Qué podemos hacer desde nuestra especialidad?. Durante el Congreso Mundial de Lucha contra el Narcotráfico y la Drogadependencia, realizado en Bs. As, este año tuve oportunidad de escuchar al Dr. Javier Aizpiri Diaz (neuropsiquiatra) de la Clínica Indautxu de Bilbao, España, que nos relató la ardua tarea que realizaba con sus colaboradores, yendo a buscar con autobuses, a los jóvenes heroinómanos. También habló de éxitos y fracasos.

En mi tarea, actualmente atendiendo adolescentes en el CE.NA.RE.SO., en el programa de Servicio del Centro de Día. Rescatando mi espacio como profesional de la salud puedo decirles que el perfil del paciente drogadependiente se ha modificado y la tarea es mucho más difícil, tornándose cada vez más densa y exigiendo del Musicoterapeuta, mayor creatividad, y una búsqueda constante de nuevas técnicas.

Continúo insistiendo en la necesidad de conocer al paciente desde la Historia Sonora. Es en la oportunidad de esa entrevista individual y a partir de los recursos a que podemos acceder durante las sesiones, que narran situaciones de su vida que dicen, nunca contaron en otros espacios.

Ese caudal de información, los Musicoterapeutas tratamos de transmitirlos a los terapeutas de otros enfoques terapéuticos, no como anécdota, sino como situaciones a ser evaluadas. También ellos, los pacientes, a veces las llevan a otros espacios.

Nos preguntamos repetidamente con la coterapeuta, Mt. María de los Angeles Lúpoli, qué lugar confiable es para estos jóvenes, Musicoterapia: ¿es el ámbito, las pocas palabras, el hacer, el tono de nuestra voz, el mundo sonoro, los silencios, los instrumentos, los límites del encuadre, el hacer con soltura, más allá de la consigna, o el no querer hacer nada, como ocurre muchas veces, lo que les permite expresarse, mostrarse, o decir lo que no se dice en otros espacios ?. Aún no encontramos respuestas.

No solo nosotras nos hacemos preguntas. También se asombran los terapeutas cuando un tema que es llevado a Musicoterapia y no se comentó nunca en otro espacio.

Un joven que fué dado de alta, dijo el día de su cierre en Musicoterapia, que en este espacio se había hallado con situaciones personales que no recordaba y utilizando una expresión típica de ellos, que de cada sesión se había llevado una "bocha" que luego había trabajado en su terapia individual y en el grupo psicoterapéutico.

Pero hoy vienen los jóvenes con "más calle", con más situaciones conflictivas que tienen que ver con problemas que los llevan "a andar de gira" como dicen y que se relaciona con lo transgresivo repetidamente.

Es válido a mi entender, continuar implementando técnicas que pueden llevarlos a concientizarse con respecto a su existencia y que puedan darse cuenta en el convivir que hay normas para ellos y para los otros.

No olvidemos que en la mayoría, en el comienzo, no existe una real búsqueda de tratamiento. Y así los escuchamos decir, "vine porque me trajo mi mamá, o porque me envió el juez. Yo estoy bien así. Está todo bien. La dejo cuando quiero". Pueden también responder autodefiniéndose: "porque soy un adicto".

A veces demora la demanda real de tratamiento pues "...nada le falta. La droga le brinda por un lado satisfacción, esa rara satisfacción, que toca al sufrimiento y por otro, un lugar en el mundo..." "...La droga se ubica entre él y sus problemas y esa es la dificultad a la entrada...", es decir en el inicio del tratamiento. Se hará necesario "...minar poco a poco esta fuerte identificación a la droga para que empiece a vacilar y pueda cuestionarla..."¹³

Por eso la tarea se hace ardua, difícil, cuando sobre la conflictiva adolescente, la droga se instala, y a veces desde nuestro enfoque, no es fácil, más aún, actualmente.

Al finalizar el tratamiento, con la intensidad del mismo tal vez se logre "...descubrir al sujeto oculto detrás del soy drogadicto"¹⁴

Los Musicoterapeutas observamos que al entrar, en la Sala de Musicoterapia se produce una gran descompresión: tal vez el poder tirarse en el piso, el pensar en una posible relajación, la libre elección de instrumentos, la energía proyectada en los mismos, a veces estruendosa, la intensidad de la percusión que muestra aspectos que tienen que ver con capacidades de expresión conservadas, inheren-

13 Lic. Iribarren, Mario. Ingreso-Egreso. Dos puntos de dificultad.

14 Lic. Iribarren Mario. Ingreso-Egreso. Dos puntos de dificultad

tes a cualquier adolescente. Pero los esfuerzos de la coordinación resultan a veces infructuosos para lograr un cierto orden.

El grupo logra autoregularse por momentos, luego de producida la descarga inicial y entonces la tarea puede ser llevada hasta el final, siendo rica la reflexión.

La sala de Musicoterapia se convierte en lugar de juego, de recuerdos infantiles que se repiten en quienes han logrado llevarse un determinado instrumento antes de que lo tome otro, repitiendo así escenas ya vividas en el afuera o favoreciendo no su recreación, sino su creación, por no vividas.

Surgen diálogos sonoros, competencias, acuerdos, desacuerdos, desplazamientos, proposiciones desde algunos. O las no ganas desde otros. Pero sí, el poder hacer, cuando logran ir desbloqueándose.

En un grupo al que era casi imposible poner límites y en el que sus integrantes rompían, por la forma de percusión, las baquetas o los parches de los instrumentos, opté por no reponer nada de lo que era maltratado. Después de unas cuantas sesiones, prácticamente se encontraron con que no tenían con que trabajar.

Ante esta circunstancia comenzaron las quejas: "no tenemos instrumentos, no tenemos baquetas, y Musicoterapia no es lo mismo que antes".

Con la reflexión, pudieron darse cuenta de que ellos eran los responsables de la situación y a partir de ese momento la actitud fue otra. Comenzaron a cuidar lo poco que quedaba. Entendieron desde otro lugar, qué era autolimitarse y no entrar en el desenfreno. Entonces recién, repuse el material.

Son las acciones del adicto, las que lo definen: el se interesa y quiere la droga.

Nosotros los que constituímos un equipo trabajamos a partir de que hay un leve corrimiento de la misma y aparece el individuo, con su gran vacío existencial ante la ausencia, cuando comienza a dejar el consumo de aquello que lo "completaba".

Pero tenemos, entiendo que hacer un enorme cuestionamiento que tiene que ver con la época que vivimos, en la que hay:

- a) Gran velocidad en las comunicaciones.
- b) Cambios en el sistema de interrelación social
- c) Modificación de los sistemas laborales por la informatización general de la sociedad, que lleva al aislamiento del individuo.
- d) Fin de siglo que impulsa a hacer un balance como en todo cierre.

e) Falta de perspectivas de futuro y el caos que esto trae aparejado al no surgir perspectivas que se constituyan en claros alicientes para los adolescentes, así como también traen dudas para los adultos.

Todo esto lleva fantaseadamente a encontrar una salida ficticia en la droga o como dijimos antes, en el suicidio: el drogarse es un suicidio lento, tal vez acelerado hoy, en muchos por el SIDA.

Traté de dar una visión rápida de la problemática adolescente, porque es una inquietud mía, que estoy segura, es compartida por muchos de Ustedes.

Pero también traje los cuestionamientos desde la comprensión de la conflictiva adolescente que debemos hacernos en general para acceder mejor, si es posible a aquellos a quienes atendemos.

ALGO EN QUE CREER

Toda mi vida estuve perdida
siempre quemaba cada puente que cruzaba
corazón de piedra voluntad de acero.
Construí una pared así no podía sentir
camino sola, pero sola la noche es tan fría.
Sin un sueño que te llame, dame algo en que creer,
dame algo que pueda tocar, tocar mi vida.
Busqué una razón que me importara
una razón para confiar, algo en que creer...
Los angeles pesan los heroes caen
años de lágrimas te endurecen;
aprendí a luchar jamás a amar,
será necesario un acto de fé, lo sé...
para romper estas cadenas de dudas
alrededor de mi alma.
Dame algo en que creer,
dame algo que pueda tocar
toda mi vida busqué una razón para vivir
una razón para confiar.
Dame algo en que creer
Gracias por aconsejarme.

María Cristina

Esto está escrito con sinceridad

"Es como me siento"

BIBLIOGRAFIA

- BLOS, Peter. *Los Comienzos de la Adolescencia*, Pag 14. Amorrortu Editores. 1973.
- DOLTO, Françoise. *La Causa de los Adolescentes*. Pag 28. Editions Robert Laffont S.A.París. 1988. Editorial Seix Barral S.A.. 1990. Barcelona. Segunda Reimpresión (Argentina). 1990.
- DOLTO, Françoise. *La Causa de los Adolescentes*. Pag 43, 6to Párrafo. Editions Robert Saffont S:A.París. 1988. Editorial Seix Barral S:A.1990. Barcelona. Segunda Reimpresión (Argentina): 1990.
- DOLTO, Françoise y DOLTO-TOLITCH, Catherine. *Palabras para Adolescentes o el Complejo de la Langosta*. Pag 17. 4ta. Edición. Editorial Atlántida. Argentina. 1995.
- ESPASA, Calpe. *Diccionario Enciclopédico Abreviado Tomo I*. Pág 56. 7a Edición. Madrid 1957.
- FRAISSE, Paul. *Psicología del Ritmo. Los Ritmos Circadianos*. Pag 25. Ediciones Morata. Madrid. España. Presses Universitaires de France, París. 1974.
- GUELMAN, Mirta. Publicado en Diario Clarín de Bs. As. El 5/1/95.
- IRIBARREN, Mario. *Ingreso. Egreso. Dos Puntos de Dificultad. Entrada*.
- IRIBARREN, Mario. *Ingreso. Egreso. Dos Puntos de Dificultad. Salida*.
- KALINA, Eduardo. *Temas de Drogadicción*. Ediciones Nueva Visión SAIC. Bs. As. Rep. Argentina. 1987.
- SAVATER, Fernando. *Etica Para Amador*. Pag .105 2do Párrafo. 8a Reimpresión Argentina. Agosto 1994. Reimpresión de Compañía Editora Espasa Calpe Argentina. Ariel.
- VALERGA, Noemí. *Adolescencia, Familia, Drogadicción*. Pag 5, 2do Párrafo. 1993.

¿Hay Inteligencia Antes de Nacer?

Estudios Sobre el Feto de David Chamberlain en Base a Las Teorías de Robert Sternberg y Howard Gardner

Ruth Fridman

Durante el siglo XX los psicólogos han lidiado con el concepto de la inteligencia y como medirla. (Spearman 1904), (Thurstone 1938) (Guilford y Hoepfner, 1971,) (Sternberg, 1979). Hace 75 años que se publicó el famoso test de Binet en Paris produciendo la famosa clasificación del coeficiente intelectual. Fue un hito en la psicología que afectó a la mayoría de un modo u otro. En el transcurso de los años estos resultaron muy frágiles. Se criticó que propendían a ser académicos, estrechos y culturales y ser injustos con las clases minoritarias.

Uno de los problemas era que los tests definían la inteligencia sin embargo no daban ejemplos de la amplia gama de importantes habilidades. El sutil mensaje que se extendió a través de nuestra cultura fué que el test decía si uno era inteligente o no.

Estos hechos colocaban en desventaja a los recién nacidos. ¿Como un bebé podía pasar uno de estos tests y ser considerado inteligente? mas aún, como podíamos pensar, que un bebe era inteligente si no habia ido a la escuela, no sabía escribir, y no sabía nada?

El interés de David Chamberlain esta centrado en la inteligencia pre-natal. Hasta ahora es muy poco lo que se ha escrito al respecto. David Chamberlain propone especificar sus teorías tomando como base las teorías de Robert Sternberg y Howard Gardner. Este último, autor de varios libros.

Las Teorías de Robert Sternberg

Un individuo puede ser muy inteligente en algunos aspectos pero muy débil en otros. Robert Sternberg ha elaborado un programa con objetivos.

Segun este autor, la inteligencia es manejarse mentalmente por si mismo lo que implica la utilización de la experiencia, dominando el entorno.

Incluye lo que los psicólogos han mencionado como la capitalización de sus fuerzas. (Auto-regulación y aprendizaje), (Rovee-Collier, 1987, y Lipsitt, 1990).

Auto-manejarse es una adaptación intencional al medio y a la selección de nuevos ambientes y por ultimo dar nuevas formas a los medios existentes para la vida de uno mismo. Estos conceptos se refieren a la psicología que considera al utero como el primer entorno del ser humano. Los trabajos de Liley (1972), Fridman (1972 y 1994), Verny y Kelly (1981) Demause (1982) han probado que el feto es activo, sensible y muy influyente.

Un Ejemplo de la Primera Inteligencia Adaptación Intencional: (la Actitud de Los Fetos en la Amniocentesis)

En las ecografías, se observa como el feto se ^{afasta} aleja, se refugia o golpea el cilindro de la aguja repetidamente. Birnholz, Stephins y Faria (1978) .Los investigadores han comprobado una disminución que duró dos dias en el latido cardíaco, (Manning, Platt Y LE May, 1977). Si la inteligencia se manifiesta al seleccionar medios nuevos podriamos citar una cantidad de conductas preferenciales selectivas y discriminatorias en el útero; Ray (1932), de Snoo (1937), Bernard y Sontag (1947), Smyth (1965), Liley (1972) De Casper y Sigafros, (1983), Talzer et al (1985), Korner et al (1990).

Los artículos de los investigadores que he nombrado sugieren como los datos que se conocen en lo que concierne a la psicología pre-natal se pueden unir al criterio de Sternberg en cuanto al manejo de la inteligencia por el feto mismo.

Gardner esta de acuerdo con Sternberg en que los tests de inteligencia favorecen los criterios académicos y prestan poca atención a la creación diaria o a la habilidad de asimilar nueva información potencial del crecimiento de la persona. Los test son inadecuados. Gardner se burla en cuanto que un individuo puede perder sus lóbulos frontales convirtiéndose en una persona totalmente diferente incapaz de desarrollar cualquier iniciativa o resolver nuevos problemas y sin embargo puede seguir teniendo un C.I. muy próximo al nivel de un genio. Como alternativa propone 7 tipos de inteligencias, cada una semi-autónoma, con su propia forma de

memoria y aprendizaje, sus propias conexiones cerebrales y su propia historia de desarrollo.

Los Estudios Sonográficos

Esos señalan que la actividad REM comienza a las 23 semanas de la concepción y es más frecuente desde las 24 a 35 semanas (Birnholtz, 1981). Los E.E.G. de los prematuros señalan un sueño activo. Los fetos al soñar estarían mentalmente comprometidos quizás apartados de los ritmos regulares en su ambiente día a día.

Transformar el Medio Existente en uno Nuevo

Los fetos protestan a través de movimientos hiperactivos y pataleos. Las películas violentas hacen que la embarazada tenga que retirarse del cine o también si escucha una música ruidosa. De este modo el feto modela al medio, *tomando actitudes*. Estos ejemplos sugieren como los datos que conocemos en lo que concierne a la psicología pre-natal se pueden unir al criterio de Sternberg en cuanto al manejo de la inteligencia por el feto mismo.

Teoría de Múltiples Inteligencias

Gardner en su libro "Frames of mind" (1983) está de acuerdo con Sternberg en que los tests de inteligencia no prestan atención a la creatividad diaria, de asimilar nuevas inteligencias o al crecimiento potencial de la personalidad.

Gardner propone siete inteligencias: 1) lingüística, 2) musical, 3) lógico-matemático, 4) espacial, 5) corporal-kinestésico, y las inteligencias personales: 6) intra-personal, 7) inter-personal.

Linguística

El lenguaje es de tremenda importancia en la sociedad humana, por cuanto depende de la buena comunicación. Usamos palabras para convencer al otro, a que actúe como una herramienta, para recordar cosas, para enseñar y aprender, para clarificar ideas y significados. Algunos persisten en decir que necesitamos el lenguaje antes de ser inteligente pero parecen olvidar que se necesita ser inteligente para aprender el lenguaje.

El Lenguaje Antes de Nacer

Truby descubrió que los llantos en los neonatos tienen correspondencia con la entonación y ritmo y otras expresiones del habla con el de la madre: 28 semanas (7 meses). Los espectógrafos revelaron que había correspondencia entre el habla de la madre y la del bebé. Los bebés aprenden el lenguaje materno dentro del útero. Eso mismo sucede con la música. Fridman (1980). *ES LA PRIMERA ESCUELA HACIA EL HABLA Y LA MUSICA*. Al respecto hay trabajos de Blum, 1991, y de Birnholz, Benacerraf, 1983. O sea, que en el curso de un embarazo de 40 semanas el feto tendrá de 4 a 6 meses de voz musical o hablada. Cuando la madre es muda o el feto sordo, la ausencia de la voz humana se nota en el primer llanto.

Hay bebés que antes de hablar entienden toda la comunicación que hay a su alrededor. Toda comunicación tiene un componente físico y un componente de mente a mente.

De Casper y Fifer W. (1980) son famosos por un experimento muy inteligente. A un grupo de madres les leyeron durante el embarazo un cuento en inglés titulado "el gato en el sombrero". Lo leían dos veces al día. Al nacer los bebés escucharon el cuento mientras mamaban en la velocidad que les era familiar. Si se cambiaba el ritmo del cuento o si escuchaban otro cuento dejaban de mamar. También a un grupo de bebés se les hizo escuchar la voz de la madre y luego la voz del padre. Se comprobó que reconocían la voz de la madre desde el nacimiento, en cambio tardan tres semanas en reconocer la voz del padre.

Inteligencia Musical

Gardner sostiene que la inteligencia musical es una manera de pensar con el sonido. Es un lenguaje que tiene sus propios derechos. El lo considera universal, pues es compartido por la gente de todo el mundo.

¿Hay inteligencia musical antes del nacimiento? Según él y mis propias observaciones que datan de hace 25 años los fetos oyen y aprenden lo que oyen.

J.S. Chapman en el año 1975 tocó canciones de cuna, entre ellas la de Brahms a prematuros de una nursery. Este grupo aumentó de peso con más rapidez que los que no tuvieron contacto con la música. Michelle Clements (1977) en Londres tocaba selecciones de Vivaldi o Mozart a las mujeres embarazadas en un hospital. Esta música

las relajaba, no así la música de Beethoven, Brahms o música de rock. Roberta Panneton cantaba una canción infantil todos los días a un grupo de embarazadas. Al nacer, los bebés prefirieron la canción conocida a las que no habían escuchado antes.

Hay una anécdota sumamente interesante. Una mujer dió en adopción a su hija. Esta creció y cuando entró a la escuela y ya estaba en edad para elegir un instrumento musical eligió el saxofón. Con el correr del tiempo descubrió que su madre biológica había tocado el saxofón durante el embarazo. Gardner se maravilla de la inteligencia musical de los niños que están en contacto con la música. A partir de los 2 a 3 años los niños expuestos a la música pueden "tocar" sus propias piezas o las que crean, o imitan. La inteligencia musical es un modo de pensar con sonidos. ¿Hay inteligencia musical antes de nacer? Parecería que el niño por nacer oye en la panza la música que se le canta y aprende lo que oye (Fridman, 1980).

Inteligencia Lógica y Matemática

Los investigadores creen que habría que buscar evidencias matemáticas pero hasta ahora no se han podido probar.

Inteligencia Espacial

Según Chamberlain el feto debe aprender a dominar el medio. Esto incluye las manos, dedos, pies, los dedos de los pies, la boca y el cordón umbilical. ¿Podrían ser sus primeros juguetes? El feto aprende a moverse y a descansar dentro del útero. Aprende a conocer los límites de su territorio. Sería algo así como encontrar un camino por un especie de mapa topográfico, como también las bases para el aprendizaje condicionado de las sensaciones motoras y del tacto. Los adultos evocan imágenes mentales y las recreamos en las artes y oficios, fotografías, invenciones y otros procesos imaginativos. En el feto existe la acción y la interacción. Después de la novena semana aparece un modelo de alternancia: descanso y actividad. Según Dongen y Goudie (1980) el feto aprende a desplazarse del lugar donde descansa habitualmente para volver a su posición original. De este modo conoce su territorio. En el 3er trimestre el feto no deja pasar más de 10 minutos sin que haya movimientos grandes. (Roberts, Griffin, Mooney, Cooper y Cambell, 1980) No podemos evitar de especular en la constante interacción entre la mano y el cordón,

la mano y la boca. Straub(1971) se pregunta ¿Podría ser un ejercicio de inteligencia espacial?

Las imágenes mentales son la materia del sueño. El sueño se detecta a las 23 semanas. Los EEG revelan que a las 30 semanas la actividad de soñar llega a su pico máximo y se reduce con el paso de la vida (Roffwar, Muzio y Dement, (1966).

La práctica en la imaginación parecería tener prioridad en el desarrollo, debido a que el sueño REM, se desarrolla por lo menos 10 semanas antes del sueño tranquilo y profundo. Birnholz (1981).

Inteligencia Kinestésica Corporal

Es la habilidad de usar el propio cuerpo en complejas habilidades con propósitos expresivos o algún objetivo. Esto supone tener control de los movimientos del cuerpo y aprender a manejar objetos con habilidad. Tales movimientos se observan en bailarines, nadadores, atletas, actores. Lo que se necesita en parte es tener un agudo sentido de ajuste del tiempo.

Gardner nos recuerda que el movimiento humano es altamente complejo. El sentido kinético monitorea músculos, articulaciones y tendones. El sistema vestibular que se forma en la semana 7.5, se mieliniza y a las 16 semanas el feto adquiere equilibrio. En estos movimientos debe haber elementos de acción, intención y propósito. Los sonogramas señalan que entre los 2 meses y medio a 3, en el electroencefalograma ocurre una explosión de actividades que involucran todas las partes del cuello, girando la cabeza sobre el cuello, agitando brazos, pateando con las piernas, flexionando los pies. A las 12 semanas las mandíbulas se mueven hacia arriba y hacia abajo y hay mucho contacto con la cara a través de la mano. Van Dongen y Goudie, 1980.

Estos ejemplos pueden durar tanto como siete minutos. Durante esta actividad el feto se mueve desde su posición habitual, pero siempre vuelve a descansar en la parte mas baja del saco amniótico. Este programa vigoroso va a continuar sin grandes cambios a través del embarazo. Según los neurólogos estos movimientos son endógenos y espontaneos, o sea que se originan por dentro y representan la iniciativa por parte del feto. (de Vries, Visser y Precht - 1985) Liley dice que sin actividad muscular los huesos y articulaciones no se desarrollarían en forma adecuada. (1972). Los fetos pasan mucho tiempo practicando una gran cantidad de movimientos que van a necesitar mas tarde al nacer. Quizas sea entretenido. Los ejercicios

que realizan los preparan para habilidades manuales y manipulaciones posteriores. Incluyen no solo volteretas y rotaciones sino el acto de alcanzar o tratar de usar el cordón, o encontrar y chuparse los dedos de las manos y de los pies, como hemos señalado, desde las primeras nueve semanas.

Aunque las madres no se dan cuenta del movimiento fetal antes de las 16 a 22 semanas ya hay señales de vida, hay mucho movimiento, que comienza en forma temprana en el embarazo por cuanto el feto tiene mas espacio. Se mueve de lado a lado impulsando sus piernas y pies. Cambiar de lado segun Liley es un elegante giro longitudinal en espiral (1972). En la mitad del giro hay una torsion de 180° en la columna. Para comenzar el movimiento el feto extiende y gira la cabeza, luego rota los hombros y finalmente rota la columna lumbar y las piernas haciendo uso de los largos reflejos espinales. Liley se na podido comprobar que estos ejercicios de rotacion comienzan a las 26 semanas (6 meses y medio) aunque los textos solian decir que no era posible hasta las 14 o 20 semanas despues del nacimiento. El medio fluctuante del útero posibilita , pero no debemos dejar de pensar que el feto esta equipado para realizarlo y que en realidad lleva a cabo estos elegantes movimientos acrobáticos una y otra vez.

La Inteligencia Personal; Intra-personal

Hay dos inteligencias personales: intra-personal e inter-personal. La inteligencia intra-personal se refiere a poder acceder a los propios sentimientos, experimentar y expresar un abanico de emociones y poder discriminarlos: dolor, placer respondiendo adecuadamente retirándose o involucrarse más.

¿Que sentimientos aparecen primero y cuan temprano los experimentamos? Darwin (1872) estudió cuidadosamente el desarrollo facial en sus propios hijos y dedujo que las emociones son innatas y que se pueden observar tanto en el reino humano como en el animal. Fruncir el ceño, hacer muecas, parecen producto de la aculturación. Stanley Greenspan(Greenspan y Greenspan) (1985), escribió acerca de los "primeros" sentimientos y propone seis mojones emocionales: desde cero dias a 3 años. No menciona sentimientos antes del nacimiento. A través de las ecografías se puede observar en el feto masculino la ereccion del pene por lo menos a las 26 semanas antes de su nacimiento. Hitchkok, Stephen, Scholly - 1980. El hecho de que se chupe el pulgar al mismo tiempo podria ser una manifesta-

cion de placer. La sonrisa que se observa en la cara de los prematuros mientras duermen reflejan mas bien placer que disgusto. Roffwarg, Muzio, Diment (1966). Tambien resulta interesante la variedad de gestos inquietos mientras duermen, estos podrian señalar manifestaciones de disgusto antes que placer. Esto significa que estamos frente a una gama de emociones si suponemos que los prematuros sueñan fuera del útero. Los fetos de la misma edad de gestación tambien suponemos que deben soñar en el útero.

Si es que sueñan, segun Chamberlain estarian ocupados en actividades intrapsíquicas, intrapersonales, actividades en las que quizas procesen sus experiencias hasta ese momento.

El miedo, enojo u dolor probablemente se manifiesten en los primeros llantos fetales, a las 21 semanas de gestacion. (5 meses) - Humphrey (1978). No seria justo suponer que los fetos no se inquietan, no sienten, o no tienen porque llorar.

Berrear en el útero (*vagitus uterinus*) es un fenomeno raro apoyado por 140 citas en la literatura médica desde hace 100 años (Ryder - 1943). Sin embargo, algunos expertos del llanto del bebe dicen que no se justifica que se discuta seriamente las vocalizaciones pre-natales. (Hollien - 1980). Goodlin mantiene una actitud opuesta. Luego de describir el llanto en el útero, despúes de un amniograma de aire, dice que no parece irrazonable asumir que los fetos estan tan incómodos (como para llorar) en el útero como fuera de el porque es durante el parto y no en el periodo neonatal que el feto atraviesa mucho dolor y stress. (1973) El mismo autor dice que si hubiese aire oiriamos llorar al feto muy seguido.

En nuestra epoca los llantos dentro del útero se asocian con movimientos obstétricos: ruptura de membranas, inserción del cateter, poner electrod en la cabeza o en el trasero que incomodan sin duda alguna al feto. Blair (1965); Rusell (1957) Thiery et al (1973).

El llanto en estos casos¿podria considerarse una senal de inteligencia?

No se le da importancia al hecho del berrido en la panza. Las emociones existen antes de ser expresadas. En algunas ocasiones se puede oir el sonido del llanto en la panza por ello debemos estar alertos ante la posibilidad que los fetos puedan sentir muchas emociones pero aun asi oiriamos una pequeña parte del mismo.

La angustia que los prematuros han sufrido en manos de los medicos que usan substancias como curare que tiene la accion de paralizar u analgésicos es un ejemplo de la callada emocion inexpressable porque se han paralizado y no pueden llorar o protestar.

Harrison (1986) Lawson (1986) Chamberlain (1991). Chamberlain cita un ejemplo muy interesante. Un prematuro fue operado de microcefalitis. A raíz de los puntos y procedimientos que padeció, le tuvo fobia a los médicos y hospitales. También perdió grandes cantidades de piel de su pecho y abdomen cuando le quitaban las cintas adhesivas. Se espantaba y se angustiaba cuando escuchaba el rasguído de la cinta adhesiva. Chamberlain se pregunta si esta manifestación no es un signo de inteligencia. Este bebé tenía sentimientos internos que trataba de manifestar. También cree que los prematuros deben manifestar sentimientos desagradables si les faltó el alimento necesario porque las madres estuvieron a dieta.

Inteligencia Interpersonal

Según Chamberlain es la habilidad de notar y distinguir entre otros individuos su estado de ánimo, motivos e intenciones. La habilidad interpersonal es la forma de sellar las buenas relaciones que incluye *el vínculo entre la madre y el hijo*. Gardner lo considera *como el origen* de esta inteligencia. Aunque la habilidad interpersonal y el conocimiento son de tremenda importancia en todas las sociedades se la ignora o minimiza en el campo cognitivo. *El sentido de sí mismo* es la base para el conocimiento de los demás. Gardner, White (1985), Greenspan y Greenspan (1985), Stern (1985). Gardner y los autores citados, a quienes considera evolucionistas piensan que el sentido de sí mismo aparece en el algún momento durante el segundo año de vida.

La Vida en el Útero

La vida en el útero es una ejercitación en las relaciones. Así comienza el vínculo entre el niño y los padres. (Church, 1988), (Marne, 1989), (Fridman 1974, 1975, 1981, 1988, 1990, 1992, 1994, 1995), (Verny y Weintraub, 1991).

Al feto le debe resultar irresistible la respiración, el movimiento rítmico de la madre: oír la aplaudir, sentir su latido cardíaco o bailar y cantar. La vieja idea de considerar a los recién nacidos o a los fetos de egocéntricos debe sustituirse por una relación dúo-céntrica. Mac Freeman (1987) dice que la constante interacción en la vida uterina debe verse como un aprendizaje a dúo. En el útero es inevitable porque madre e hijo comen juntos, respiran juntos, duermen juntos y quizás fumen cigarrillos o se caigan juntos.

Según los estudios de (Chayan, Tejani, Verma, Gordon, Schmidt y Creevy - 1972) la relación sexual, en el último trimestre puede causar al feto una excesiva braquicardia y taquicardia, si hay una excesiva actividad uterina. Estas son relaciones inter-personales con toda seguridad. En un terremoto sucedido en Italia, las ecografías de las embarazadas revelaron gran movimiento en los fetos que duraron entre 2 a 8 horas. Estos eran vigorosos y desordenados. Ianniruberto y Tajani (1981). Las radiografías no molestan a las embarazadas pero los estudios de amniocentesis producen gran ansiedad en las madres y en los fetos. Rossi, Avveduti, Rizzo, Lorusso (1989). Un estudio de fetos a término (1000 casos) con madres depresivas durante el embarazo tuvieron neonatos que lloraban excesivamente, y eran inconsolables. Zicherman, Lauchner, Parker Y Cabral, 1990. En 1930 en el Instituto Fels de Ohio los estudios de Sontag y Wallace (1934), Sontag, (1935), y Sontag (1941) revelaron con gran novedad que el feto reponía a sonidos fuera del útero, al miedo de la madre o a la fatiga con cambios de los signos vitales.

Las siguientes investigaciones encontraron correlación entre la angustia de la madre o problemas de enfermedad o de desarrollo. Stott (1973), Conolly y Cullen (1983). Las complicaciones en el parto o por enfermedad mental del feto fueron estudiados por Zitrin, Ferber y Cohan, 1964, Feldman, 1981, Reading 1983, Batchelor Dean, Gray y Wenic en 1960. Estudios ejemplares fueron realizados por Anthony Ferreira (1960, 1965, 1969), Ashley Montagu (1962) y Roger Stevenson (1977). Chamberlain piensa que muchos de estos hechos se pueden interpretar en un contexto interpersonal a través de la inteligencia interpersonal.

La precocidad interpersonal es evidente en los recién nacidos y prematuros por la habilidad de imitar gestos faciales, manuales y expresiones de felicidad, tristeza y sorpresa. Meltzoff y Moore (1977), Field et al (1983), Meltzoff (1985).

James Herzog (1983) presenta el caso de una nena que nació a las 32 semanas de su gestación, luego que los padres tuviesen relaciones sexuales. Al crecer desarrolló un complejo de dolor para sentirse bien.

Un papá tenía una comunicación sonora y motora con su futuro bebé. Solía inclinarse sobre la panza de la mamá y le decía hu-hu. En la semana 25 de la gestación sintió que un bulto se le acercaba a su mejilla. El papá repitió el saludo en la parte opuesta y salió otro bulto. Establecida la relación el juego se repitió cada noche durante

15 semanas antes del nacimiento. Lo mismo sucedió en el siguiente embarazo.

Chamberlain nos advierte sobre la habilidad de los fetos para socializarse, jugar, comunicarse, aprender. El lo considera una manifestación de inteligencia interpersonal mucho antes de nacer. Rousseau, hace 230 años pensó que el feto era un tonto renacuajo. Todavía estamos lejos de reconocer la inteligencia del feto. Ni Gardner ni Sternberg sugieren que los fetos pueden ser inteligentes pero, los ejemplos dados y las evidencias citadas demuestran que todas las conductas han sido propuestas con criterio. Chamberlain cree que si no se acepta que el feto es inteligente nosotros tampoco mostraremos gran inteligencia en la forma de relacionarnos con ellos.

Creo que se debe respetar la gran cantidad de evidencias experimentales clínicas, anedócticas que nos llegan. En estos tiempos el entorno ha adquirido un nuevo significado y el lo considera importante.

El útero no es un lugar seguro, según Chamberlain. Para que eso suceda los padres deben mostrar una gran vigilancia y dedicación. Fridman, 1994. El trabajo comienza antes de la gestación.

El vínculo pre-natal es una realidad. Fridman 1972.

Un bebé de cualquier edad es más que materia física o mental. De los conocimientos clínicos y experimentales o de las observaciones personales, hemos aprendido que la inteligencia, la sabiduría y una personalidad consciente va más allá de los sustratos físicos que creíamos que los creaba. Estos se manifiestan a cualquier edad. Este hecho tan importante señala el fin de una era de materialismo científico que hizo demorar y descubrir la conciencia humana.

La psicología pre-natal está ayudando a crear un nuevo paradigma sobre los bebés pasando de los reflejos hasta hablar de la sensibilidad o de hablar sobre el "cerebro" o de hablar de la mente de aprendizaje condicionado o de pensamiento lógico, etc.. Indudablemente, dice Chamberlain, estamos trabajando con la confrontación: é interrelación entre la carne y el espíritu. Se necesita ahondar en los temas propuestos, no temer a las ideas nuevas, porque todo está en nosotros. Solo debemos desarrollarnos y celebrarlo.

Libros y trabajos de Ruth Fridman relacionados con su investigación

LIBROS:

- 1974 Los Comienzos de la Conducta Musical Editorial Paidós- un Disco Documental Acompaña el Libro- Buenos Aires
- 1988 El Nacimiento de la Inteligencia Musical Editorial Guadalupe- Buenos Aires.
- 1994 La Musica Para el Niño Por Nacer- (manuscrito)

ARTICULOS:

- 1973 The First Cry of The Newborn: Basis for The Childs Future Musical Development- Journal of Research in Music Development Volume 21
- 1974 Affective Communication Through The Babys Sonorous Expression in Relation to Mental Health And Future Musieal Activity. Artieulo Leido en la XI Conferencia del ISME- Perth-Australia- Publicado en Challenges In Music Education_ pag- 94-97 Editado por la Universidad de Western Australia.
- 1974 Sonorous-rhythmic Expression of Babies in Music Education For The Very Young Child. N° 25 New Zealand- Council For Educational Research.
- 1974 Significancia De las Expresiones SonoroRitmicas de Infantes. En Actas Del Xiv Congreso Internacional De Pediatria. Buenos Aires.
- 1974 La Musica en el Primer Año de Vida- Ler. Encuentro de Musicoterapia - Rio de Janeiro- Brasil
- 1975 Early Responses to Music- En el Journal of Speech Therapy- New Zealand
- 1977 En Colaboracion con el Dr. Antonio Battro: Vocal Rhythms in the Newborn- The First Day of Life. Etudos Cognitivos- Vol. 2, N° L Unesp-iicse- Araguara - S.P. Brasil
- 1980 Proto-rhythms: Nonverbal to Languageand Musical Acquisition, en the Relationship of Verbal and Nonverbal Communicationeditado Por Mary Ritchie Key. Mouton Publishers.
- 1982 En Colaboración Con El Dr. Antonio Battro: Le Debut de L'intelligence Musicale;le Premiere Reponse Tonale Chez un Enfant de 7a10 Mois. Medicine et Higiene-n° 40 Pp. 3642-3645-Ginebra-Suiza
- 1981 La Musicoterapia en la Familia . III Congreso Mundial de Musicoterapia. San Juan Puerto Rico
- 1982 Proto-ritmos - Escuela Jean Piaget. Buenos Aires.
- 1982 Estudios Sobre el Llanto Normal y Patológico Del Recien Nacido. Asam. Buenos Aires
- 1982 Expressao Musical na Crianca- Ier Congreso de Bio-danza- Rio de Janeiro- Brasil
- 1983 La Creatividad Del Bebe- Congreso Argentino de Psicologia Del Niño- Universidad de Belgrano
- 1983 Estudios Basados en la Creatividad Del Bebe. Asam . Buenos Aires
- 1983 Proto-ritmos: De lo no Verbal Al Lenguaje Y Adquisicion Musical.- En Actas Del 2° Congreso Mundial de Musicoterapia. Buenos Aires.

- 1983 ¿cuan temprano puede cantar mi bebe? jornadas argentinas De Orientacion y Estimulacion Temprana. Buenos Aires
- 1983 Desenvolvimento da Musicalizacao no Primeiro Ano da Vida. Seminario. San Pablo- Brasil
- 1983 Analisis de Las Expresiones Creativas de un Infante de 20 Meses- 4to Congreso Internacional De musicoterapia -paris-france.
- 1987 Genesis Del Desarrollo Musical en El Primer Año de Vida- Ier. Congreso Internacional de Biomusica. Buenos Aires
- 1987 Canto Maternal Para Embarazadas en Asalfa Buenos Aires.
- 1987 La Musica en la Comunicacion- Primeras Jornadas de Psicoterapia de la Diada Madre-bebe Auditorio Gador- Buenos Aires.
- 1988 Canto Maternal Para Embarazadas - Congreso Del Isme. Canberra- Australia
- 1990 La Musica en la Vida Pre-natal- Vi Congreso Internacional de Musicoterapia-Rio de Janeiro Brasil
- 1990 Proto-ritmos: Base Para la Inteligencia Musical y la Expresion Linguisitca- Lahti- Finlandia Congreso Del Isme
- 1991 Proto-ritmos: Publicado en Pre-y Peri Natal Psychology Journal-winter Pp. 181-198.
- 1992 Some Aspects of Music For the Unborn Child Impsd- U.S.A. 1992 Ecologia° Etica y Musica En el Embarazo-asam Buenos Aires
- 1992 Musicoterapia en la Etapa Pre-natal-vii Congreso de Musicoterapia- Vittoria- España
- 1992 Nuevas Tecnicas de Contacto Humano Con Neonatos Prematuros en Incubadoras. Buenos Aires
- 1993 Proto-rhythms: Music in Pre-natal and Postnatal Life- en Prenatal Perception, learning and Bonding- Leonardo Publishers - Berlin, Hong-kong-seattle.
- 1993 Proto-ritmos Bases Para el Desarrollo no Verbal al Verbal.VII Congreso de Musicoterapia Vittoria- España
- 1994 El Vientre Materno: Primera Escuela Musical del Futuro Bebe- V° Congreso Del Nino Aislado.
- 1995 La Musica Para El Niño Por Nacer- Revista la Obra-buenos Aires
- 1995 ¿hay Inteligencia Antes de Nacer? Estudios Sobre el Feto de David Chamberlain en Base a las Teoria~ de Robert Sternberg y Howard Gardner_ Para Presentar en el Symposium de Musicoterapia- San Pablo- Brasil.

O Resgate da Identidade Feminina Através da Musicoterapia

Marilia Schembri

Todo ser humano, em essência, caminha em busca de si mesmo, elege recursos (papéis, situações, objetos, pessoas, etc.) como ponte para se encontrar, busca símbolos que representem seus desejos e ânsias.

Em todas as épocas e culturas o homem expressa através da arte - e principalmente do teatro - os personagens que compõe o seu dia a dia, buscando na maioria das vezes, resolver (até inconscientemente) situações de ordem física ou psíquica. A música é utilizada como canal explícito das emoções implícitas. O próprio sistema sócio-cultural delega as características a serem representadas por cada um, em cada posto que ocupa. Essas características são graduadas de acordo com a conveniência da época, cultura e do próprio sistema vigente.

Viver em sociedade significa, dentro de um contexto relacional, representar papéis. Em cada ambiente específico, nas diversas relações hierárquicas, sejam familiares, afetivas e/ou profissionais, até mesmo nas relações consigo mesmo, todo o tempo o ser humano se *relaciona* através de papéis.

Da identificação real e da qualidade com a qual esses papéis são vividos modifica-se totalmente a saúde e o equilíbrio físico, psíquico e espiritual do indivíduo. Nem sempre este tem consciência do processo vivido. Muitas vezes cumpre e reproduz o que lhe é delegado, aprovando e atestando como se fosse sua, a opção. Inclusive luta por ela sem nem ao menos ter questionado se é realmente coerente com seu querer genuíno, com suas crenças e valores. Acaba assumindo até pelo hábito e pelo exercício constante do não questionamento e da não escuta do si mesmo.

Nesta busca do si mesmo, muitas vezes inconsciente e/ou mal direcionada, a pessoa se afasta do próprio eixo por colocar o foco na rítmica do outro, do externo e não na sua própria. A falta de contato com seu ritmo interno e a dificuldade de auto escuta dá origem aos

distúrbios, desequilíbrios e patologias diversas, refletindo também no seu mundo externo.

O resgate da própria individualidade e identidade se dá a partir da retomada do próprio ritmo, promovendo, então, a saúde, o equilíbrio físico e psíquico. Para que isto aconteça é preciso abrir caminhos onde o indivíduo possa se expressar e elaborar seus conteúdos, partir para um trabalho de auto percepção e auto conhecimento.

A Musicoterapia, canal condutor deste trabalho, utiliza duas linguagens extremamente importantes neste processo: a *música* (e elementos diversos a ela relacionados - presentes no interno e no externo do próprio indivíduo e nas manifestações culturais e sociais) e a *terapia* (que tem como um dos principais objetivos a busca da consciência e/ou do conhecimento de si mesmo). É um trabalho de pesquisa conjunta entre terapeuta e paciente. Uma busca de compreensão das influências rítmico-sonoras que vão desde a sua ancestralidade até seu momento de vida atual e suas relações psico-somáticas. A Musicoterapia atua desbloqueando e facilitando a emersão de conteúdos psíquicos profundos para propiciar a expressão e a comunicação dos próprios desejos e necessidades. Permite o contato com áreas do psiquismo praticamente esquecidos pelo exercício da negação do si mesmo. O indivíduo, assim, amplia a abertura dos canais de auto-escuta.

A Musicoterapia ajuda a pessoa a fazer um contato mais próximo com sua "identidade primeira", antes de ter colocado as diversas máscaras que traduzem os papéis que representa no mundo e que a expõe (e impõe) à solidão, desejo, vontade, prazer, esperança, violência, abandono, marginalização, etc. Ajuda na emersão dos conteúdos simbólicos do papel assumido e coloca a pessoa mais em contato consigo mesma promovendo a auto percepção, o auto conhecimento e, conseqüentemente, a auto transformação. O estigmatizado se afasta do seu eixo e da sua identidade, promovendo a fabricação de doenças diversas. Poder expressar o seu ser/sentir conseguindo passar pelos papéis que representa, sem precisar se esconder ou fugir, leva o ser a resgatar sua saúde e equilíbrio.

A mulher, foco do presente trabalho, dentro do contexto social, representa uma diversidade enorme de papéis e é, até "reconhecida" através deles. Como exemplo podemos citar: a companheira, a esposa, a mulher de -, a amante, a outra, a filha, a mãe, a bondosa, a mãe de santo, a pomba-gira, a santa, a recatada, a sem-vergonha, a prostituta, a gostosa, a sensual, a empregada, a "do lar", a independente, a executiva, entre muitas outras.

É cantada e contada nas mais diversas formas, em todas as épocas, retratando sentimentos, desejos e fantasias. Na música: Aida, Isolda; Rosas Marias Iracemas Carolinas... Na cultura popular: Iara, a Mãe D'Água, a Sereira... Nas religiões: Santas diversas, A Mãe, Iemanjá, Iansã... Nas estórias infantis: Branca de Neve, Bela Adormecida, Gata Borralheira/Cinderela, Alice... Na mitologia: Medusa, Isis, Minerva, Diana, Pandora, Afrodite...

Cada uma das manifestações tem uma rítmica própria, uma forma específica de expressão, de acordo com a pessoa que a incorpora e a sua combinação com uma ou mais características: a mulher "do lar" que recebe a pomba-gira no terreiro, a prostituta que é a sensual e a que é mãe; a executiva independente e a que é a mulher de -; e assim por diante, com todas as implicações decorrentes.

É interessante pensar nos papéis correspondentes dos homens que se relacionam com cada uma dessas mulheres (e vice-versa) e o porque das identificações. São encontros de características rítmicas próprias, no pensar, no sentir, no desejar e no se expressar. A partir do encontro dessas individualidades cria-se um novo compasso, modifica-se a pulsação de cada um gerando novos pontos de encontros e de conflitos, consonâncias e dissonâncias.

A partir dessa reflexão pode-se chegar a uma infinidade de conclusões sobre o funcionamento dos diversos sistemas e relações sócio-culturais. A percepção terapêutica desses diversos sistemas (sejam familiares e/ou profissionais) amplia enormemente a partir da observação das composições rítmico-sonoras que advêm dos encontros e é de grande valia para o andamento dos tratamentos.

A Musicoterapia proporciona um espaço onde essa mulher pode "assumir" cada um desses papéis, utilizando os mais diversos elementos da linguagem rítmico-sonora, através da "incorporação musical", de forma lúdica, se expressando livremente, sem a pressão do mundo externo (ou apesar dela). À medida que consegue trazer à tona a sua "fala" de forma aberta, com permissão verdadeira, começa a puxar o fio condutor que levará à raiz do seu ser. Por que necessita evocar aquele papel e daquela forma, para se relacionar no mundo? Por que precisa se submeter a determinados padrões para se sentir segura? Lidar com isso racionalmente, muitas vezes é tão pesado ou tão longínqua a sua compreensão que acaba acatando, sem refletir ou sem se posicionar.

No atendimento musicoterápico, após um mapeamento baseado da história de vida da pessoa, abre-se um espaço para manifestação de cada um dos papéis vividos no dia a dia. Essas sub-personalidades

(Assagioli) vão se identificando com determinadas músicas ou ritmos, utilizando o corpo, a voz, instrumentos diversos, e passam a se expressar livremente trazendo todo um conteúdo afetivo-emocional, carregado de elementos simbólicos. A mandala sonora (trabalho organizado a partir de uma série de elementos levantados durante os atendimentos) vai sendo estruturada.

Nas sessões expressa, através do cantar, da improvisação, da representação e incorporação dos papéis, tanto o que representa no seu dia a dia quanto o que realmente sente, no seu ser mais profundo. E vai “perdendo o medo” de se ver, de encontrar consigo mesma. Amplia a compreensão dos jogos de compensação, entende o porque da sua necessidade e como fazer para incorporar a si mesma. Abre-se um espaço para a auto escuta e passa-se, então, a agir de forma mais coerente e harmoniosa consigo mesma. Não necessita criar novos papéis com ritmos artificiais para sobreviver, para se sentir aceita pelo outro ou precisar do outro para reconhecer a si mesma. Passa a se reconhecer, encontra sua forma genuína de ser mulher passando assim a lidar com a sensualidade, a sexualidade, a maternidade, a afetividade, etc, sem medo de sentir e sem medo de se expressar autenticamente. Pode, então, evocar o seu lado de fortaleza, de *mulher de verdade*, de amante, mãe ou companheira quando assim desejar ou necessitar. De forma autêntica, verdadeira, serena. Com equilíbrio e harmonia. Com saúde e conscientes de si mesmas pois resgatam a sua própria rítmica.

APRENDE A TER PERMISSÃO DE TER O PRAZER DE SER
QUEM SE É