

Genialitat, música i trastorn

Inflüen les malalties en les seves composicions?



“Ni tan sols desitjo que la gent em compregui”

Robert Schumann



Abans de començar, m'agradaria agrair a totes aquelles persones que s'han involucrat, d'una manera o una altra, en la realització d'aquest treball:

Gràcies mama, pare i Marc, per donar-me suport i per suportar-me.

Gràcies Alèxia, Aura, Marta, Jordi, Ignasi i Adrià; junts hem descobert que hi ha vida després del Treball de Recerca.

Gràcies Albert, Mariona i Toia, per tot el que hem viscut, a part de la música.

Gràcies Santiago per compartir amb mi la veritable recerca.

Gràcies Ramon Andreu i Gerard Valverde per la gran ajuda prestada i per la passió per la música que m'heu transmès.

Gràcies, també, a altres grans professionals i músics: Marcel Ortega, Martí Ferrer, Manel Gelabert i Luis Ángel de Benito.

Sense totes aquestes persones i, possiblement, algunes que m'hagi deixat, la realització del treball no hagués estat possible, moltes gràcies!





Resum

La idea que la creativitat, la genialitat i la bogeria van de la mà ja ve des dels temps d'Aristòtil. Els estudis que la corroboren ens fan pensar en una altra: la relació entre la música i la bogeria. Així comença aquest Treball de Recerca, que vol indagar sobre la influència dels trastorns mentals d'alguns compositors en alguna de les seves obres. Per fer-ho, ens basarem en tres compositors i una obra de cadascun d'ells. Els compositors seran Wolfgang Amadeus Mozart, Robert Schumann i Maurice Ravel, tots tres afectats, en un moment o un altre de la seva vida, per malalties mentals. Trobarem alguna obra en la qual puguem corroborar la relació?

Abstract

The idea that creativity, genius and madness go together already comes from the time of Aristotle. The studies which corroborate it make us think about another idea: the relation between music and madness. That is the way this work of investigation begins. It wants to investigate about how mental disorders of some composers influenced some of their works. To do so, we will base the project on three composers and a work of each one of them. The composers will be Wolfgang Amadeus Mozart, Robert Schumann and Maurice Ravel, who were affected by their mental illnesses in some points of their lives. Will we find some work in which we will be able corroborate the relation?



Introducció	7
MOZART	12
Introducció	14
PART TEÒRICA	16
Biografia.....	16
Com era Mozart?	21
Cròniques mèdiques	24
PART PRÀCTICA	29
L'obra.....	30
Justificació de la tria de l'obra	35
Anàlisi	39
Relació obra-malaltia	48
CONCLUSIONS	50
SCHUMANN	52
Introducció	54
PART TEÒRICA	56
Biografia.....	56
Com era Schumann?	62
Cròniques mèdiques	64
PART PRÀCTICA	67
L'obra I.....	68
Justificació de la tria de l'obra I	77
Anàlisi de l'obra.....	79
Relació obra-malaltia	82



L'obra II.....	85
Justificació de la tria de l'obra II	86
Anàlisi	87
Relació obra-malaltia	89
CONCLUSIONS	90
RAVEL	92
Introducció	94
PART TEÒRICA	96
Biografia.....	96
Com era Ravel?	106
Cròniques mèdiques	110
PART PRÀCTICA	114
L'obra.....	115
Justificació de la tria de l'obra	116
Anàlisi	118
Relació obra-malaltia	124
CONCLUSIONS	126
CONCLUSIONS GENERALS	128
Bibliografia i Webgrafia	130
Annexos	136
Annex I: Els trastorns.....	137
Annex II: Emociones y salud.....	149
Annex III: Anàlisi sobre partitura de Sonata núm. 12 de Mozart (K. 332)	157
Annex IV: Cartes de Robert i Clara Schumann	162
Annex V: Partitura de Gesänge der Frühe, Op.133 de Schumann	167
Annex VI: Anàlisi harmònica sobre partitura de Gesänge der Frühe, Op.133 de Schumann (1r mov.).....	179
Annex VII: partitura del <i>Boléro</i> de Ravel	181



Introducció

En tota la meua vida no he conegut quelcom tan màgic com la música. Per un músic, la música que fa, que toca o que escolta és allò que sent, allò que té dins seu i, per tant, el més íntim. Normalment, la intimitat la compartim amb persones molt importants o, sovint, amb ningú. Malgrat això, la música està pensada per compartir-la amb tothom. I en això rau la seva màgia.

Motivacions i hipòtesis

La il·lusió de dedicar el Treball de Recerca a la meua gran passió, la música, m'ha acompanyat durant la seva realització. La motivació principal que m'ha portat a escollir aquest tema és ben simple: l'afany d'aprendre.

El tema principal del treball, però, se centra en la relació entre les malalties mentals que van patir alguns compositors i la seva manera de compondre. La idea que la creativitat, la genialitat i la bogeria van de la mà ja ve dels temps d'Aristòtil i, a més, estudis recents ho corroboren. L'Institut Karolinska¹ va realitzar una sèrie d'investigacions que conclouen que, en oficis o ocupacions creatives, el nombre de pacients amb esquizofrènia o trastorn bipolar i els seus familiars superen el nombre de persones sense aquests trastorns.

Així doncs, si entre la creativitat i la bogeria hi ha un lligam, també hi serà amb la música. I, efectivament, només cal adonar-se de la quantitat de compositors que van patir malalties mentals o trastorns i que ara es troben entre els grans de la història de la música.

Així doncs, partint d'aquesta base, plantejem les següents hipòtesis:

- Podien algunes malalties arribar a influir en les composicions d'aquells músics que les patien?
- Seleccionades tres obres amb trets que ens fan sospitar que van ser influenciades per algunes malalties, podem demostrar que això va ser així?

¹ L'Institut Karolinska és una institució universitària mèdica situada a Solna, prop d'Estocolm, a Suècia. És un dels centres mèdics més prestigiosos d'Europa.



- Podem, a partir de les peces estudiades, treure conclusions sobre la resta de l'obra del compositor?

Altres objectius d'aquest projecte són:

- Conèixer millor els tres compositors escollits.
- Recollir tot el seguit de malalties o trastorns que els compositors escollits van poder tenir, a través de la lectura dels estudis existents.
- Conèixer millor l'obra dels compositors.

Estructura del treball

Com ja haureu pogut preveure, el treball està organitzat en tres grans blocs, que corresponen als tres compositors protagonistes del projecte: Wolfgang Amadeus Mozart, Robert Schumann i Maurice Ravel.

Tots tres blocs estan estructurats d'igual manera: una part teòrica i una part pràctica.

En la part teòrica podrem llegir una biografia del personatge, que ens ajudarà a contextualitzar tot el que vindrà després. A continuació, trobarem un apartat en què se'ns descriurà el músic, exteriorment i interior. La finalitat d'això és que puguem tenir una idea força clara de qui era i com era cadascú d'ells, ja que un dels objectius del treball és conèixer (i donar a conèixer més) els tres compositors. Per últim, trobarem la història clínica del personatge en qüestió. Hi constaran absolutament totes les malalties que se li han atribuït, però conclourem aquesta part decantant-nos per una o dues.

En la part pràctica del personatge que estiguem estudiant, analitzarem una obra del seu repertori. Aquesta obra, evidentment, haurà de mostrar uns indicis d'haver estat influïda per les malalties que el compositor va patir. A més d'analitzar-la, en justificarem la seva tria i la relacionarem amb les malalties.

Després d'això, intentarem extreure unes conclusions que explicaran la relació de la peça escollida amb la malaltia i la relació de l'obra general del compositor amb les seves patologies.



Dificultats

Tot i que la primera hipòtesi va ser “Influïen les malalties dels compositors en la seva música?”, la realització d’aquest treball ha fet que ens adonem que l’enunciat és incorrecte, ja que és impossible trobar una regla general per tots els compositors; cadascú tenia una vivència particular de la música i de la malaltia.

Això també ens ha fet adonar de les dificultats del treball. En primer lloc, el tema és molt extens i difícil d’acotar i el poc temps que tenim fa que no puguem arribar a abastir-lo tant com voldríem.

En segon lloc, el fet que treballem sobre personatges que ja no són vius i que fa temps que van viure fa que la recerca sigui difícil, ja que la informació en la qual ens basem podria ser dubtosa, en molts casos no la podem comprovar.

En tercer lloc i, per mi, l’obstacle més important són els mateixos personatges. El fet de treballar amb tals genis significa tot un honor per mi, però alhora és un gran repte, ja que deixar escrit quelcom incorrecte sobre ells no és digne del seu record.

Així doncs, per acabar, m’agradaria dir que he gaudit moltíssim realitzant aquest treball i només espero que aquells/es que el llegiu pugueu gaudir-lo també. Per mi, ha traspassat les fronteres d’una recerca.

També voldria afegir que en aquest treball hi ha parts totalment subjectives. La música, per molt que ens esforcem a classificar-la, ordenar-la i entendre-la, és un art; així que hi ha fragments en el projecte reconeguts només per la meua percepció. Això significa que pot ser que hi hagi persones que no estiguin d’acord amb mi, cosa que, evidentment, accepto i respecto totalment.

Per últim, no considero el treball acabat perquè aquest és només l’inici d’un projecte molt més extens.

Recomanació al lector/a

Abans de començar amb la lectura del treball, m’agradaria fer una recomanació a aquell/a qui el llegeixi:



Aquest és un treball escrit sobre música. Malgrat que intentem explicar-la, escriure les sensacions que ens transmet i fer-la més entenedora, la música està feta per ser escoltada. No podem dotar aquest treball de sons, però recomanem al lector/a que escolti totes les peces musicals que s'esmenten, particularment les principals i analitzades en cada secció. Això farà que el treball cobri més sentit.



MOZART



Introducció	14
PART TEÒRICA	16
Biografia.....	16
Com era Mozart?	21
Cròniques mèdiques	24
PART PRÀCTICA	29
L'obra.....	30
Justificació de la tria de l'obra	35
Anàlisi	39
Relació obra-malaltia	48
CONCLUSIONS	50



Introducció

Se l'ha titllat de geni, de bufó, de boig, d'orgullós, d'insubmís, d'idealista, de somia-truites, d'obsessiu... Però quins d'aquests adjectius van coincidir amb la seva realitat?

Mozart és un dels enigmes de la història de la música clàssica; la seva condició de nen prodigi, el gran intel·lecte que tenia, la seva peculiar personalitat i les estranyes circumstàncies de la seva mort fan que es converteixi en un gran interrogant. Era evident, abans de començar aquest treball, tenint-ne només una idea, que Mozart seria un dels candidats.

En tots els camps, fora de la música, totes les fites que en el seu dia van ser un màxim absolut han estat superades en l'actualitat. Hi ha molts pocs rècords batuts fa un segle o dos que encara no hagin pogut estar superats, ja que tot evoluciona i cada vegada es busca més la perfecció. Tot i això, no concebem algú que pugui fer ombra a Mozart. S'endevinava el seu talent als 5 anys, als 7 ja triomfava per Europa i després de més de dos segles, segueix essent un dels compositors més grans de tota la història de la música.

Tot aquest talent lligat a una vida difícil i a un èxit tan precoç que, possiblement va tenir una afectació en la resta de la seva vida. A més, se sap que va patir alguns trastorns que van poder influir en la seva vida, també. I en la seva manera de compondre?

Compondre era una de les coses, si no la cosa, que més va fer Mozart al llarg de la seva vida, per tant, és fàcil pensar que, si les malalties que va patir afectaven la seva vida, podien afectar també a la seva manera d'escriure música, ja que compondre era la seva manera de viure.

Tot i això, ens enfrontem a algunes dificultats. Mozart treballava ràpidament i diligentment, moltes vegades de forma mecànica i molt pràctica, segons els encàrrecs que li demanaven. A més, bullia d'idees, tenia moltíssima creativitat. El fet que compondre fos quelcom tan quotidià i normalitzat (i fins i tot instintiu) ens ajuda en la realització del treball, però que ho fes amb una tan exagerada naturalitat també desconcerta.



Per exemple, va compondre alguns *singspiels* en durs moments de la seva vida. Possiblement, un poeta (que reflecteix els sentiments en els seus poemes) escriu poemes que denoten sentiments “negatius” quan passa per moments durs. Mozart, en comptes d’escriure música melancòlica o òperes serioses, escriu *singspiels*, és a dir, òperes bufes. Això complica la investigació i, a la vegada, la fa més interessant.



PART TEÒRICA

Biografia

Nom	Joannes Chrysostomus Wolfgangus Theophilus Mozart
Naixement	Salzburg, Sacre Imperi Romà Germànic, 27 de gener de 1756
Defunció	Viena, Sacre Imperi Romà Germànic, 5 de desembre de 1791
Nacionalitat	Austriaca
Ocupació	Compositor, director d'orquestra
Instruments que tocava	Piano, clavecí, violí
Estil	Classicisme



Wolfgang Amadeus Mozart amb 5 anys.

Joannes Chrysostomus Wolfgangus Theophilus Mozart, més conegut com Wolfgang Amadeus Mozart, va néixer a Salzburg el 27 de gener de 1756. Va ser el menor de set germans, dels quals van sobreviure la seva germana i ell.

Fill de Leopold Mozart, un gran músic, poliglota i amant de la ciència en general, va ser instruït pel seu pare en les arts. Wolfgang, com la seva germana Nannerl, va mostrar els seus dots des de molt petit. Als quatre anys va començar a aprendre a tocar el teclat i als cinc ja componia petites peces. Als sis anys, el 1762, ja tocava amb destresa el clavicordi i el violí, per això la família Mozart va decidir realitzar el seu primer viatge a Viena per mostrar el talent del nen. Van visitar diverses ciutats europees, retornant a Salzburg el 1763. Aquell mateix any van iniciar una llarga gira de concerts que duraria tres anys i mig, en la que la família es va desplaçar a les corts de Munic, Mannheim, París, Londres, La Haya, París de nou i va tornar a casa passant per Zurich, Donaueschigen i Munic. Al cap d'un any, Leopold i Wolfgang van viatjar a Itàlia, després que el petit fos nomenat mestre de concert de l'arquebisbe de Salzburg. Van estar a Florència i Milan, on Wolfgang va tenir un gran èxit. Després van desplaçar-se a Roma, on Wolfgang va poder sentir el

Fill de Leopold Mozart, un gran músic, poliglota i amant de la ciència en general, va ser instruït pel seu pare en les arts. Wolfgang, com la seva germana Nannerl, va mostrar els



Leopold Mozart, pare de Wolfgang.



Miserere, la peça que no es podia transcriure ni executar fora de la Capella Sextina. Només es cantava dues vegades durant la Setmana Santa, amb les quals Mozart en va tenir prou per transcriure-la, aprenent-se-la de memòria.



Mozart i el seu pare van tornar a Salzburg el 1773. Allà es van assabentar de la mort del “príncep-arquebisbe” Schrattenbach, que sempre els havia fet costat. El nou ocupant del càrrec es va mostrar autoritari i inflexible amb les obligacions imposades als subordinats. Durant els següents anys, Mozart va compondre un gran nombre de peces, moltes de les quals són, avui en dia, repertori habitual dels/es músics. Tot i els èxits de la seva carrera, Mozart estava cada vegada més descontent amb la seva situació a Salzburg, en part degut al baix salari que cobrava i també per la falta de temps per escriure òperes.

Així doncs, Leopold i Wolfgang van realitzar dues llargues expedicions, a Viena i Munic, a la recerca de treball, però no van tenir èxit. Tot i això, a Munic va tenir una gran acollida en estrenar una òpera allà i a Viena va conèixer un nou estil de la mà de Joseph Haydn.



El 1777 va dimitir del seu càrrec a Salzburg i va emprendre un nou viatge per Augsburg, Mannheim, París i Munic. A causa que l'arquebisbe Colloredo no va permetre a Leopold viatjar amb el seu fill, la mare de Wolfgang, Anna Maria va ser la seva acompanyant. Mozart va travar relació amb els músics de l'orquestra de Mannheim i es va enamorar d'Aloysia Weber. El 1778, però, van marxar a París. Allà, li van oferir fer d'organista a Versalles, però no es va mostrar molt interessat, encara que els deutes creixien fins al punt de tenir-li que embargar objectes de valor. El pitjor moment del viatge va ser la mort de la seva mare. Quan el seu pare ho va saber, va retraure-li a Wolfgang el fet de no haver-la cuidat suficient i durant molt temps va acusar-lo, a través de la correspondència, de la seva mort.



Durant l'estada de Wolfgang a París, Leopold seguia buscant enèrgicament oportunitats per a la tornada del seu fill a Salzburg i amb el suport de la noblesa local assegurar una millor posició com a organista i primer violinista de la cort. Després de marxar de París es va aturar a Mannheim i Munic, encara amb l'esperança d'obtenir un nomenament fora de Salzburg. A



Nannerl (germana de Wolfgang), Wolfgang i Leopold Mozart.

Munic es va tornar a trobar amb Aloysia (de la qual s'havia enamorat mesos abans), convertida en una reeixida cantant, però ella li va deixar clar que no estava interessada en ell. El 1779, Mozart va tornar a Salzburg tot i el descontentament.

El 1781 va estrenar una òpera a Munic i va ser cridat a Viena, on el seu patró arquebisbe assistia a la coronació del nou emperador. Van tenir una sèrie de disputes que van acabar amb Mozart renunciant al càrrec, tot i les demandes del seu pare perquè fessin les paus.

A Viena, Mozart s'adonà de les oportunitats que hi podia trobar i s'hi va instal·lar coma a intèrpret i compositor independent. Allà, va gaudir d'una gran aclamació amb les seves estrenes i va instaurar un nou model d'òpera, el *singspiel*, òpera alemanya, quan l'idioma "oficial" de l'òpera era l'italià.

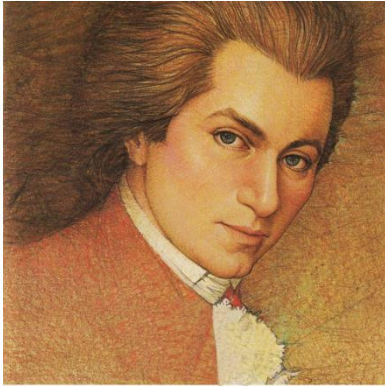
Va instal·lar-se a casa de la família Weber i després del fracàs amb Aloysia, va trobar consol en la seva germana Constance.

El 1782, sense consentiment patern, Wolfgang i Constance van casar-se. El pare i la germana de Mozart pensaven que ella es volia aprofitar de la seva fama i mai van arribar a acceptar-la. El matrimoni va tenir sis fills, dels quals només dos van sobreviure, Karl Thomas i Franz Xaver Wolfgang.

Durant els anys 1782 i 1783, Wolfgang va conèixer l'obra de Händel i J.S. Bach i van resultar molt influents en la seva, sobretot en les parts contrapuntístiques. Mozart va conèixer a Joseph Haydn a Viena, quan aquest visitava la ciutat. Sovint es trobaven per interpretar junts quartets improvisats. Els sis quartets *Haydn*, de Mozart, daten d'entre 1782 i 1785 i suposen una resposta a un altre



conjunt de quartets de Haydn. Aquest, després de conèixer a Mozart, va dir que era el major i millor compositor que havia conegut.



De 1782 a 1785, Mozart va organitzar concerts que van esdevenir molt populars, en els que sovint actuava com a solista. Gràcies a això, el matrimoni va aconseguir arribar a un nivell de vida millor, tot i que el fet de no estalviar els portaria problemes més endavant.

El 1784, Mozart es va fer francmaçó, cosa que jugaria un paper important a la seva vida.

En els següents anys, Mozart es dedicaria al seu paper com a solista i com a compositor de concerts. Al voltant del 1785, va abandonar la composició d'obres per a teclat i es dedicà a l'elaboració d'òperes.

El 1786 va estrenar amb gran èxit *Les noces de Fígaro*. Tot seguit, a Praga va executar *Don Giovanni*, també amb una recepció molt càlida. Leopold, el pare de Mozart, no va poder ser testimoni de tots els esdeveniments perquè va morir el 1787. Aquest va ser un cop molt fort per Mozart.

Aquell mateix any Mozart va obtenir, finalment, un lloc estable sota el patrocini aristocràtic. Va ser designat compositor de càmera per l'emperador Josep II, després de la mort de l'anterior, el compositor Gluck. Aquell mateix any Ludwig van Beethoven va passar dues setmanes a Viena, però no se sap si es va arribar a trobar amb Mozart.

Durant la dècada de 1780, Viena estava perdent l'interès musical i Mozart ja no feia tants concerts, cosa que el va portar a patir dificultats econòmiques. El 1788, la família Mozart es va mudar a un allotjament més barat del centre de Viena i Mozart va començar a manllevar diners als seus coneguts. Va començar a fer viatges per aconseguir sufragar els deutes i els mals moments econòmics, però no van servir de gaire.

El 1789, va ser contractat per fer una gira amb Haydn, però no va poder ser a causa de la seva pròpia defunció.

L'últim any de vida de Mozart va ser força productiu i de recuperació personal. Va compondre una gran quantitat d'obres, entre elles les més admirades. La situació econòmica i l'ansietat semblaven que començaven a millorar, a causa



de l'aparició de rics patrocïnadors d'Hongria i Amsterdam. Aquell any va fer l'últim concert, interpretant el concert per a piano K. 595 i va néixer el seu últim fill. La seva salut empitjorava mentre s'ocupava de la composició, l'assaig i l'estrena de les seves últimes obres. Estava molt ocupat en el Rèquiem. Mozart sospitava que algú l'havia enverinat, cosa que va comentar-li a Constance.



A tres quarts d'una del matí del 5 de desembre de 1791, Mozart va morir a l'edat de 35 anys, 10 mesos i 8 dies. Va ser amortallat segons el ritual maçònic. L'enterrament de Mozart va ser dut a terme durant la nit i era de tercera categoria. Va ser enterrat en una fossa comuna.

Després de la seva mort, la reputació del compositor va augmentar notablement, tot i que havia deixat els seus fills i la seva esposa amb molts deutes per pagar.



Com era Mozart?

Tot i que tothom té una mera idea de qui va ser Mozart, val la pena dedicar una petita part d'aquest bloc a la seva persona, molts cops modificada per la pel·lícula que es va fer d'ell en la qual es caricaturitza una mica la figura del músic.

La descripció més fidel és la que va fer Michael Kelly², cantant tenor i actor irlandès de l'Òpera de Viena

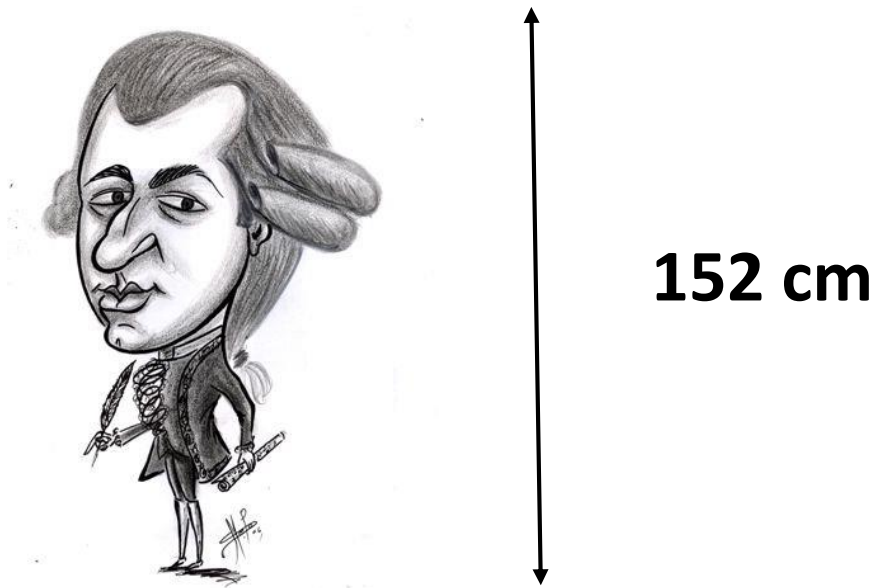
“Entretenia a les visites interpretant fantasies i capricis al piano. La seva sensibilitat, el seu sentiment, la rapidesa dels seus dits i, sobretot, l'agilitat i potència de la seva mà esquerra, em deixaven absort. Després de l'esplèndida execució, ens assèiem a taula per sopar, i jo tenia l'honor de seure entre ell i la seva esposa. Després del sopar, si l'ocasió era propícia i hi havia més convidats, marxaven tots cap al ball, i Mozart s'unia a ells amb gran entusiasme. Físicament, era un home de complexió petita, molt prim i de pàl·lida pell, amb abundant cabell, encara que una mica fi i clar, del que estava, per cert, molt orgullós. Recordo que una vegada em va convidar a casa i vaig estar molt de temps allà, on sempre vaig ser rebut amb hospitalitat i estima; en aquella ocasió vaig poder comprovar la seva gran afició al ponx, que barrejava amb altres begudes i ingeria, en realitat amb poca mesura. Era molt aficionat al billar, i jugàvem junts bastants partides, encara que sempre em guanyava. Va ser un home de cor bondadós i el seu ànim estava constantment disposat a complaure als altres. Només es mostrava alguna cosa diferent quan interpretava la seva música: era capaç d'interrompre la seva execució si escoltava el menor soroll. Oferia concerts tots els diumenges, als quals jo no recordo haver faltat en cap ocasió.”

És la descripció més completa i valuosa que es coneix.

² Michael Kelly (25 desembre 1762 - 9 octubre 1826) va ser un cantant irlandès (tenor), compositor i director teatral que va fer una carrera internacional. Va ser una de les principals figures en el teatre musical britànic a principis del segle XIX, un estret col·laborador de Richard Sheridan, que havia estat amic de Mozart i Paisiello, i va interpretar papers en òperes de tots dos. Va ser, en aquella època, un dels primers cantants de la Gran Bretanya i Irlanda en tenir una reputació de primera fila a Itàlia i Àustria. A Itàlia també se'l coneix com O'Kelly o, fins i tot, com Signor Ochelli.



Se sap que era una persona de poca estatura (152 cm aprox.), presentava una cara corrent, que estava marcada per les cicatrius de la verola que va patir en la seva infància i en el qual ressaltava un gran nas. Els seus ulls eren grans i clars (pel que sembla, de color blau intens) i lluïa una abundant i espessa cabellera, de cabell fi i color ros, recollit en una cua. Les seves mans eren de mida mitjana, amb dits llargs i fins, i la seva boca era petita.



Era força maldestre amb la manipulació d'objectes, més quan la mida d'aquests era menor, i no podia parar de juguinejar o tamborinejar amb les mans quan parlava amb algú o quan menjava; el seu cos havia d'estar sempre en moviment.

A l'orella esquerra de Mozart li faltava la circumvolució usual o petxina (aquesta rara malformació congènita es coneix ara en la literatura mèdica amb el nom de «orella de Mozart»).



Representació de l'orella esquerra de Mozart (esquerra) i d'una orella normal (dreta), oferta en la biografia que va realitzar del compositor el segon marit de la vídua de Mozart, Georg Nikolaus von Nissen.

Respecte la seva personalitat, els seus contemporanis asseguren que era un persona optimista, hospitalària, generosa, orgullosa del seu propi geni, extrovertit i sociable. Malgrat que va poder tenir algun complex físic, en general gaudia d'una alta autoestima, sobretot pel que fa



a temes musicals. També era inconformista, ja que es negava a acceptar l' "estatus" de servents que tenien els músics en aquella època, cosa que li va ocasionar alguns problemes en el transcurs de la seva existència. Malgrat això, era una persona tranquil·la i pacífica però amb molta energia.

Era un home culte, amb gran afició per la lectura (sobretot de Shakespeare) i per les belles arts. Tenia gran facilitat pels idiomes (dominava l'alemany, l'anglès, el francès i l'italià i tenia coneixements de llatí) i també per les matemàtiques. Per altra banda, tenia oïda absoluta i una gran memòria fotogràfica i auditiva.

Com hem vist a la descripció de Michael Kelly, una de les seves aficions era jugar al billar. També li encantava el ball, especialment les festes de disfresses, a les que sempre acudia disfressat d'arlequí. Tenia diversos animals domèstics: un canari, un estornell, un gos i també un cavall per fer equitació lúdica. No hi ha indicis que Mozart es dedicés al joc (excepte el billar o les partides de cartes a casa seva, amb apostes petites). Li agradava prendre cafè en tassa, així com fumar en pipa.

Podríem afegir que, quan era petit, va patir fòbia a les trompetes; una vegada, en escoltar-ne una va desmaiar. Tampoc li agradava la flauta travessera; tots els concerts per a flauta van ser encàrrecs, fins que, per primera vegada, va substituir aquest instrument pel clarinet.



Cròniques mèdiques



Wolfgang Amadeus Mozart va tenir una naturalesa malaltissa. Durant tota la seva vida va patir malalties com el tifus, la febre reumàtica i la verola. Tot i això, no són aquestes les malalties que ens interessen. Sabem que Mozart va tenir una personalitat peculiar, possiblement lligada a algunes malalties mentals.

El que volem investigar és si, pel sistema de classificació psiquiàtrica actual, Mozart podria ser diagnosticat d'alguna malaltia mental o si, "simplement", el seu comportament no era més que un reflex de la seva personalitat.

Això mateix és el que van fer els investigadors Philippe Huguelet³ i Nader Perroud⁴, els quals van publicar un article sobre aquesta qüestió a la revista *Psychiatry*, l'any 2005. Per fer la investigació, es van basar en la seva correspondència, diverses biografies i alguns treballs d'investigació publicats en revistes mèdiques. Tot i això, és difícil fer un estudi precís per la poca documentació que hi ha d'aquella època.

Malgrat tot, van poder treure algunes conclusions:

Van concloure amb certesa que Mozart va patir de depressió en el seu últim any de vida. Aquesta conclusió és consistent amb les troballes d'altres autors. En les seves cartes, Mozart parlava d'experimentar un estat d'ànim deprimat, tristesa i plor constant i un interès decreixent en la composició. També esmentava una disminució de la capacitat per concentrar-se, pèrdua d'energia i sentiments de culpa excessiva. Tots aquests símptomes junts compleixen els criteris per determinar un episodi depressiu¹ major segons els estàndards de diagnòstic actuals.

³ Department of Psychiatry of Geneva, Service de psychiatrie adulte, 36, rue du XXXI Décembre, CH-1207, Geneva, Switzerland

⁴ Department of Psychiatry of Geneva, Service de psychiatrie adulte, 36, rue du XXXI Décembre, CH-1207, Geneva, Switzerland

¹ Totes les referències en **vermell** d'aquest treball van dirigides a l'Annex 1.



En termes d'un diagnòstic de trastorn bipolar², les coses no semblen tan clares. S'ha arribat a la conclusió que Mozart va viure episodis de hipomania³, afirmant que normalment s'aixecava a les 6 del matí i treballava fins a les 2 de la matinada. També escrivia cartes que de vegades utilitzaven un humor inadequat i altres vegades semblava ser incoherent. Hueguellet i Perroud pensen que aquests símptomes no van durar prou per qualificar d'un trastorn bipolar, tot i que no es pot descartar amb absoluta certesa una forma més lleu d'algun tipus de trastorn de l'espectre bipolar⁴.

Hi ha, però, algunes proves a la biografia de Mozart que apunten cap a la presència d'un trastorn de la personalitat⁵; per exemple, Mozart tenia dificultats amb els diners i va confiar en el seu pare per a la seva corresponent administració. També va mostrar alguns trets de trastorn de personalitat dependent⁶, ja que sempre havia necessitat ser recolzat pels que tenia a la vora, ja que sinó no se sentia segur i li resultava difícil trobar-se sol.



Per altra banda, els investigadors també van trobar indicis de que Mozart tenia alguns trets del trastorn de límit de la personalitat⁷ (TLP). En les seves cartes esmenta els sentiments de buit sovint experimentats per persones amb TLP. Els seus arravataments, el seu excés de despeses i la seva afició per l'alcohol poden ser vistos com signes d'impulsivitat. El seu estat d'ànim podia canviar fàcilment de l'optimisme al pessimisme, reaccionant de forma molt sensible a qualsevol circumstància. Els autors especulen sobre el seu sentit de la identitat i sobre la inestabilitat d'aquest. Tampoc està clar si els múltiples viatges realitzats durant la seva infància i el fet de ser criat com un nen prodigi van tenir una afectació més endavant.

En general, sembla que el geni compositor patia de trastorn depressiu major (la presència d'un trastorn bipolar espectre semblava menys clara) i tenia trets de trastorn de la personalitat per dependència i trastorn de límit de la personalitat, cosa que podem diagnosticar com un trastorn de la personalitat no especificat. Però encara que hi ha nombrosos informes que atribueixen una peculiar personalitat a Mozart i el comportament d'un espectre de trastorns neuroconductuals⁸, l'evidència de qualsevol d'aquests trastorns és insuficient. Un



d'aquests informes és l'estudi realitzat per Aidin Ashoori⁶ i Joseph Joankovic⁷, el 2007.

Sovint s'ha pensat que la bogeria i el talent musical o artístic estaven vinculats, perquè molts artistes reconeguts han patit trastorns d'algun tipus que, possiblement, hagin ajudat al seu talent. Hi ha moltes figures al llarg de la història i en l'actualitat que pateixen desordres mentals o de personalitat.



Els primers investigadors en parlar de la síndrome de Tourette⁹ en Mozart van ser Fog i Regeur, conduïts, bàsicament, pel llenguatge obscè que sempre utilitzava i per la fixació de Mozart per tot allò que tingués a veure amb el cul. Tot i això, no està molt clar si aquesta fixació depenia d'un trastorn mental o era quelcom provinent de la seva personalitat o de la seva família. L'obsessió per aquests temes és fàcilment detectable en un gran nombre de les seves

cartes, en les lletres d'algunes composicions vocals i en els comentaris que van deixar persones molt properes a Mozart i que el coneixien bé i coneixien la seva manera de ser i de parlar. Les investigacions difereixen en aquest punt, ja que es desconeix si el fet que Mozart fos un "malparlat" era quelcom inconscient en ell. En aquest cas podria considerar-se causat per la síndrome de Tourette. També podria tractar-se d'un fet plenament conscient i influenciat, possiblement, per la manera de parlar de la seva família. En diverses cartes entre el seu pare i la seva mare es pot observar que les coses relacionades amb el cul, com defecar, són un tema recurrent. També Wolfgang i la seva germana s'enviaven cartes d'aquest tipus, a mode de joc. Aquest fet va ocasionar en el geni alguns problemes socials i financers, ja que va impedir-li, en moltes ocasions, aconseguir l'èxit material. La síndrome Tourette també és vinculada a Mozart pels tics que pot produir, cosa que Mozart sí que patia.

Un altre trastorn semblant a la síndrome Tourette és el trastorn obsessiu compulsiu (TOC)¹⁰. Se sap que Mozart va fer mostrar característiques que suggereixen fortament que albergava obsessions amb objectes, pensaments, repetició de certes coses i l'ús del llenguatge escatològic. També era

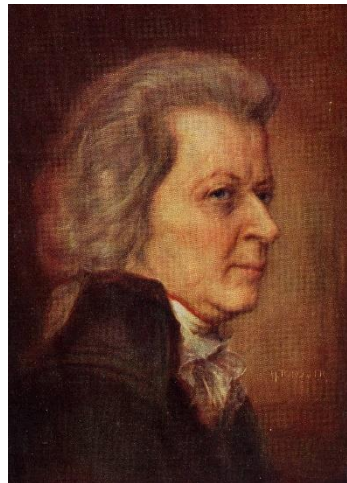
⁶ Pianista i llicenciat en biologia cel·lular i bioquímica a la Universitat de Rice.

⁷ Neuròleg al Departament de Neurologia de la Facultat de Medicina Baylor a Houston.



exageradament meticulós, fins i tot pel que feia a la higiene de la seva dona. També hi ha indicis que porten a pensar que Mozart patia de trastorn per dèficit d'atenció amb hiperactivitat (TDAH)¹¹, com una de les cartes en què la seva germana Nannerl parla del comportament de Wolfgang.

Tanmateix, tot i la tendència a associar Mozart amb les patologies anteriors, és possible que el seu peculiar comportament simplement reflecteix la complexa interacció entre el seu geni innat i el medi social de la seva infància i de la seva vida professional. Un altre supòsit del seu estrany comportament (com l'ús excessiu de broma, actes d'humor i roba distintiva amb colors vius com el vermell i l'ús d'accessoris) podria explicar-se com



una estratègia per guanyar grandiositat i per superar els seus complexos físics com l'alçada, l'estranya forma del cap amb la cara picada de verola, el nas gran, el retrocés de la barbeta, l'orella esquerra deformada i la pell pàl·lida.

Per altra banda, l'investigador Ramón Williams, durant la dècada de 1960, va efectuar una sèrie de descobriments sobre una síndrome que afectava una de cada 20.000 persones, la síndrome Williams¹². Els trets físics de les persones que la pateixen podrien coincidir amb Mozart i algunes característiques pròpies de la síndrome també. Tot i això, s'especula si més que atribuir les característiques de la síndrome Williams a Mozart, no és més correcte atribuir

les característiques de Mozart a la síndrome Williams.

Així doncs, aquestes són les malalties que Mozart podria haver tingut. Com es pot veure, és molt complicat extreure unes conclusions clares després de tenir en compte fins a 10 malalties diferents. El fet que existeixin tantes hipòtesis és deu a que, per investigar-les, ens basem en documents i proves de l'època, que són escasses i insegures: historials mèdics, cartes i altres documents escrits per persones molt properes al geni.



Anna Maria Pertl, mare de Wolfgang.

A tot aquest historial cal afegir-li els retrets que el



pare de Wolfgang va fer-li després de la mort de la seva mare. Això va causar-li un gran i pesat sentiment de culpabilitat que el va acompanyar durant molts anys. El fet de tenir un estat emocional negatiu pot ser causant d'algunes malalties⁸. El que és evident és que patia d'alguna malaltia que feia canviar-li la psicologia i que l'influenciava en la seva manera d'actuar. Ara cal esbrinar si també tenia una influència sobre el que més feia, compondre.

⁸ Annex II: JORDI FERNÁNDEZ CASTRO, SILVIA EDO; Emociones y salud (Facultat de psicologia de la Universitat Autònoma de Barcelona)



PART PRÀCTICA

Per demostrar (o no) la influència que les malalties que Mozart va poder patir, hem seleccionat una obra que evidencia una certa influència.

El fet que basem la part pràctica, en aquest cas, en una sola obra s'explica perquè, després de molta recerca, no hem aconseguit trobar una peça que reflectís tan bé tants aspectes.

Per explicar-la, aquesta part constarà, com ja sabem, d'una justificació per la tria de l'obra, la seva respectiva anàlisi i, per últim, l'explicació de la influència que va tenir alguna de les malalties en la seva composició.

Malgrat totes les justificacions que puguem argumentar, la verdadera relació és quelcom que no podem saber, per tant, hauríem de deixar la investigació en un "potser". Tot i això, pot ser interessant, dins la incertesa, indagar per arribar a saber com componia Mozart.

L'obra triada és la Sonata per a piano número 12 en Fa Major, K.332 (300k).



L'obra

SONATE N.º 12

für das Pianoforte

von

W. A. MOZART.

Köch. Verz. N.º 332.

Mozarts Werke.

Serie 20. N.º 12.

Allegro.



(181) 3

W.A.M. 332.



4 (132)

The musical score is written for piano and consists of six systems of staves. Each system contains a treble and bass clef staff. The key signature is one flat (B-flat major or D minor). The time signature is 4/4. The score includes various dynamics: *p* (piano), *fp* (fortissimo piano), and *pp* (pianissimo). The music features a variety of textures, including arpeggiated chords, flowing sixteenth-note passages, and sustained chords. The first system begins with a *p* dynamic. The second system also starts with *p*. The third system is marked *fp*. The fourth system is also marked *fp*. The fifth system begins with *pp* and ends with a *p* dynamic. The sixth system is marked *p* throughout.

W.A.M. 332.



(133) 5

W.A.M. 332.



6 (134)

The musical score is written for piano and consists of seven systems, each with a treble and bass staff. The key signature has one flat (B-flat), and the time signature is 3/4. The piece begins with a treble staff containing a melodic line with slurs and a bass staff with triplet patterns. Dynamic markings include *p* (piano), *f* (forte), and *sf* (sforzando). The score features several trills, indicated by wavy lines above notes. The piece concludes with a double bar line and repeat dots.

W. A. M. 332.



Justificació de la tria de l'obra

Com ja hem vist abans, Mozart no patia solament d'algun tipus de patologia de tics sinó que també comptava amb una personalitat "difícil", inestable i, fins i tot, bipolar. Així doncs, comparant això amb la seva manera de compondre, mecànica i de vegades matemàtica, tan perfecta, fa difícil trobar una obra o només un fragment d'una, que demostrï una relació entre les seves possibles malalties.

No obstant això, han aparegut diverses candidates. Hi ha un fet que crida l'atenció en Mozart i és que la gran majoria de la seva obra està escrita en tonalitats majors. Per exemple, de les quaranta-una simfonies que té, només tres utilitzen modes menors. Així doncs, seria interessant investigar quines són les obres en menor que actuen d'excepció en la "norma".

Tot i que la simfonia núm. 40 està escrita en Sol menor, no presenta cap "anomalia" dins l'estil mozartià, per tant, és descartada. Per altra banda, la simfonia núm. 25 en Sol menor és una peça "estranya" si s'inclou dins un context clàssic, doncs criden l'atenció les síncopes repetides (tot i que això és força habitual dins l'estil mozartià), la dramàtica caiguda en setena disminuïda (que pels barrocs i clàssics representava una fórmula retòrica), la sonoritat, els acords de les quatre trompes, els xocs harmònics i els jocs contrapuntístics del primer moviment. Malgrat això, Mozart va escriure-la influenciat pel moviment *Sturm und Drang*⁹ (tempesta i impuls).

Un altre tipus d'obres que podrien ser vàlides són les fantasies. De les quatre que va escriure, tres d'elles són en tonalitat menor. Tot i això, el terme fantasia és utilitzat per designar, precisament, una forma musical lliure que es distingeix pel seu caràcter "improvisatori" i imaginatiu, més que per una estructuració rígida dels temes. Així doncs, quan un compositor escrivia una fantasia ja tenia la intenció de fer coses "fora de les convencions normals". De la mateixa manera, qui anava a escoltar-les sabia que no sentiria una obra indiferent.

Per últim, queden obres extravagants, com El duet del mirall, un *divertimento* en

⁹ Aquest va ser un moviment preromàntic alemany principalment literari, però també musical i de les arts visuals, desenvolupat durant la segona meitat del segle XVIII. Va succeir i es va oposar a la il·lustració alemanya o Aufklärung vers la dècada del 1770 i es va constituir en precursor del romanticisme. Mozart, a l'igual que Haydn va rebre'n influència. Aquesta influència es veu plasmada en obres com la simfonia núm. 25 o en alguns fragments de l'obra Don Giovanni. En l'últim cas, el moviment s'endevina sobretot en l'obertura i l'escena final, ambdues escrites en Re menor, una tonalitat molt atribuïda al corrent.



Sol Major per dos violins en què un/a comença pel començament i l'altre/a pel final. També hi ha una obra titulada Broma musical (K 522) que està escrita per denotar els efectes d'una notació imprecisa i una interpretació maldestre, és a dir, compta amb ritmes i notes que, a oïda del públic, sonen com a equivocacions dels/les intèrprets. Ambdues peces van ser escrites per Mozart conscient d'estar creant quelcom diferent. Del mateix estil són peces com "Leck mich im Arsch" (K. 231 / K. 382c), "Bona nox" (K. 561) o "Difficile Lectu" (K. 559), totes tres vocals i amb lletres molt grolleres.

Així doncs, cap d'aquestes composicions serveixen pel cas que ens ocupa, doncs en totes Mozart era plenament conscient del que feia i, per tant, no té sentit parlar de la influència d'una patologia si era ell mateix el que conduïa els seus actes independentment de les malalties que pogués tenir.

Una altra obra que podria ser vàlida és el Rèquiem. El Rèquiem és un misteri en si mateix; Mozart va compondre'n la majoria i va ser "acabada" (unint algunes parts que Mozart havia deixat separades) pel seu amic i alumne Franz Saver Süssmayr. El Rèquiem, doncs, és l'última obra de Mozart, que escriu just abans de morir, per tant, la relació entre l'obra i la mort és molt estreta. El problema que sorgeix és que el motiu de la mort és incert, per tant, no podem saber realment si Mozart pensava en la seva pròpia mort quan l'escrivia, en la del seu pare o en una mort "en general". En tot cas, tot i que se sap que Mozart es va obsessionar amb la mort mentre escrivia el Rèquiem, seria una peça molt interessant per observar quina relació té amb la mateixa, però no amb certes malalties que va poder tenir. Per tant, queda descartada.

Una altra peça que ens crida l'atenció en el seu repertori és el quartet núm. 19 K. 465, conegut com Quartet "Les dissonàncies" per la seva introducció abans d'exposar el tema A. Aquesta introducció presenta unes combinacions harmòniques que serien normals en obres del segle XIX, però que hem d'entendre que eren bastant inaudites per a les oïdes de finals del segle XVIII. Totes les notes tenen una explicació harmònica (com a retardament, *appoggiatura* o similar), però la seva atrevida combinació crea les dissonàncies que li donen el nom al quartet. Aquesta, però, era una pràctica força habitual en Mozart, la de fer experiments harmònics, alguns dels quals passem per alt en l'actualitat. Un altre exemple és el del segon moviment (*Andante*) del concert per a piano núm. 21, on apareixen, en els primers compassos (del 12 al 16), alguns acords que



també podríem considerar dissonants si els contextualitzem i que resolen al compàs 17. Totes dues obres van ser escrites el 1785. Malgrat tot, no podríem considerar que aquestes audàcies fossin causades per algun tipus de trastorn mental, sinó que, Mozart, com a artista revolucionari en una època en què no tocava ser-ho, provava innovacions com tots els compositors han fet durant la història de la música.

Després d'aquesta pluja frustrada d'idees, apareix una sonata curiosa. Es tracta de la sonata núm. 12 (K. 332). És una sonata que, com es podrà observar en la posterior anàlisi, és plena de contrastos. Compta amb un total de 7 temes totalment diferents i únics només en l'exposició. També crida l'atenció en una de les primeres frases l'asimetria d'aquesta. Un altre tema en què juga amb uns *fortepianos*, cada cop més seguits, que el fan angoixós i on sembla que s'apropi quelcom desagradable i aterridor. Tots els detalls els descobrirem en la susdita anàlisi, però podem fer un avançament comparant la gràfica sonora de l'exposició d'aquesta amb la d'una altra qualsevol del mateix compositor.

Exposició de la sonata núm. 12:



Exposició de la sonata núm. 16:



Es pot observar la diferència clara d'una amb l'altra. La segona, una sonata escollida a l'atzar, és molt més regular i creix i decreix de manera progressiva. En canvi, la primera, la núm. 12, presenta grans contrastos que separen unes parts amb les altres.

Un altre punt "a favor" de la sonata és el fet de les condicions en què va ser escrita. Un any en què la fama de Mozart ressorgia, després d'uns temps més dolents. Les cartes que Mozart va escriure aquell any parlen dels nombrosos



concerts i de les festes que celebrava amb la burgesia. Això significa que cap factor ambiental o adquirit podia influir a Mozart en aquell moment, només ho podien fer aquelles patologies o la seva pròpia personalitat.



Anàlisi

Sonata núm. 12 K. 332

Compositor: Wolfgang Amadeus Mozart

Any de composició: 1783

Lloc de composició: Viena, Salzburg

Tonalitat: Fa Major

Instrumentació: Piano

Forma: Sonata

La Sonata per a piano número 12 en Fa Major, K.332 (300k), és una composició de Wolfgang Amadeus Mozart.

Va ser escrita, probablement, el 1783, al mateix temps que les sonates números 10 i 11, constituint un grup de tres sonates numerades pel mateix Mozart. Es creu que es trobava a Viena quan les va escriure, tot i que algunes hipòtesis afirmen que estava de visita a Salzburg, per presentar la seva dona Constance al seu pare. En qualsevol cas, les sonates van ser publicades a Viena el 1784.

La sonata presenta la tradicional estructura de 3 moviments:

1. Allegro
2. Adagio
3. Allegro assai

1R MOVIMENT – ALLEGRO

El primer moviment, en Fa Major, és un allegro, que presenta forma sonata.

L'exposició consta d'un tema A (Fa Major) i un tema B en la tonalitat de la dominant (Do Major), enllaçats per un pont de transició entre les dues tonalitats.

L'exposició té una duració de 93 compassos.

A continuació, presenta un desenvolupament més curt, de 39 compassos, en què desenvolupa un total de cinc tonalitats.

Per últim, trobem la reexposició, completament igual que l'exposició, amb l'excepció que, com en tota obra en forma sonata, el tema B està en la tonalitat principal (Fa Major).



Exposició

El moviment comença amb un tema líric, acompanyat per un baix d'Alberti, amb pedal de la nota fa, pedal de tònica. Les primeres notes de la melodia descriuen l'acord de la tònica (fa – la – do). Considerem la primera frase des del compàs 1 fins al 4. És suspensiva, ja que l'últim acord és de VII⁶. Es presenta com a frase antecedent, com a “pregunta”, la resposta de la qual serà el que ve a continuació, del compàs 5 fins a la caiguda del 12. Aquesta segona frase comença amb la mà dreta del piano a la qual s'hi afegeix la mà esquerra, iniciant una mena de cànon frustrat, ja que quan la segona veu comença, la primera no segueix amb la idea que després s'hauria de repetir. Aquesta segona frase es podria entendre com la simbiosi de dues o més frases més petites, però al ser asimètrica, és a dir, que aquestes frases començarien en temps diferents a una veu que a una altra, l'entendrem com una sola frase; la frase conseqüent, és a dir, resposta. Fins aquí podríem considerar el primer tema de la part A, és a dir, l'A1.



El segon, l'A2, començaria a l'últim temps del compàs 12 com a anacrusa del 13. Canvia el caràcter i la textura. El caràcter, que anteriorment era líric, ara és més rítmic i més proper a una dansa, és una fanfàrria. La textura ara és homorrítmica, és a dir, totes les veus segueixen el mateix ritme. Aquest segon tema consta de tres parts. La primera frase, la principal i suspensiva, seguida de la segona, que és una simple variació de la principal i per acabar la cadència de la frase i de tot el tema A.



A continuació trobem un procés de transició entre la primera tonalitat (Fa Major) i la que serà la segona (Do Major); el pont. El pont s'inicia amb un canvi molt bruscat, el contrast entre el tema A i ell mateix. Això es produeix per diverses raons: Per començar, pel canvi de dinàmica, de *piano* a *forte*, que ve lligat al canvi de caràcter. Fins ara era molt més líric i tranquil però ara serà mogut, rítmic i impetuós, com una tempesta. El canvi que notem també és degut al fet que, en el tema A, els intervals eren, majoritàriament, conjunts, i per transcórrer una gran tessitura es necessitava bastant espai i temps. Ara en canvi, la melodia passa d'un re3 a un la4 en un compàs i mig. En el tema A, podem observar exemples com el compàs 13 i els següents en què quasi no es canvia de nota mentre avança la música. El susdit pont comença en Re menor, cosa que també representa un canvi. Aquest canvi de tonalitat és directe, no es prepara. Podem dividir el pont en 4 frases desiguals. La primera s'inicia amb el mateix pont al tercer temps del compàs 22 i conclou a la caiguda del 27. En les primeres notes de la melodia es descriu l'acord de Re menor, tal com també ho feia al tema A (descriuint en aquell cas el de Fa Major). També hi ha una altra similitud amb la primera frase del tema A i és que reapareix el baix d'Alberti per acompanyar la melodia. Tot i això, els dos temes no s'assemblen gens, per les diferències comentades anteriorment. Del compàs 27 (des de l'inici d'aquest) fins a la caiguda del 31 diferenciem la segona frase, encavalcada amb les adjacents. Comença igual que la primera però en el tercer compàs canvia les notes (el ritme no) per modular a Do menor. A partir d'aquesta modulació podem observar que els compassos són pràcticament iguals dos a dos, és a dir, el 29 i el 30 són iguals. La fórmula dels compassos 31 i 32, on comença la tercera semi-frase, també és similar a la dels compassos 33 i 34. En aquesta tercera frase veiem com torna a



aparèixer el baix d'Alberti. Per acabar el pont, l'última frase, que començaria al compàs 37 (on també acaba l'anterior). Podem veure la repetició de compassos entre el 37 i el 38. Finalment, el pont acaba amb una semicadència que reposa sobre el V de Do m.

Tot seguit trobem el tema B, que comença amb una altra idea totalment diferent. Té una textura relativament pobra. Comença amb una idea principal que es basa en dos semifrases, una d'antecedent i la següent conseqüent. Cada semifrase té una duració de 4 compassos i, per tant, la duració de la primera frase sencera és de 8 compassos.



Aquesta frase pot actuar com a antecedent de la següent, una frase igual, de 8 compassos (4 + 4) que és la variació del primer tema, afegint-hi notes de més, com *apoiatures* a la melodia i un baix més dens.



Aquesta idea inicial basada en les dues frases de 8 compassos deriva a una altra, basada en la idea principal. Del segon temps del compàs 56 fins al primer trobem una altra frase, que ja formarà part del següent tema. Fins aquí podríem considerar el tema B1. Tot seguit tenim el B2, en el qual podem observar en el baix una progressió de 5es descendents, en què cada temps fort del compàs és una de les notes de la progressió i les altres dos dibuixen l'acord de cada nota. Aquesta progressió ve marcada per uns *fortepianos* a cada nota, que en l'acabament del tema apareixen més seguits. Aquest tema conclou amb un seguit de corxeres que l'enllacen amb el tema següent.



Aquest següent pot recordar-nos a la segona frase del tema A, ja que és homorrítmic i té un caràcter semblant. Aquesta frase ve seguida d'una altra que té el mateix començament amb algunes variacions i que desemboca diferent per arribar a la coda.

La coda, també en Do Major, compta amb un pedal de tònica en el baix, que, amb semicorxeres, descriu l'arpegi de la tònica, Do Major. Mentre, a la mà dreta, dibuixa unes cadències acompanyades d'un trino. Finalment, l'exposició acaba amb una cadència perfecta, $V^7 - I$.



Aquesta exposició té una peculiaritat: la gran varietat de temes o idees diferents que conté. Podríem diferenciar-ne fins a 7, tots ells únics i molt contrastants:

	Tema	Compassos	Tonalitat	Descripció
Idea 1	A1	1 – 12 (caiguda)	Fa Major	Melodia lírica.
Idea 2	A2	12 – 22 (caiguda)	Fa Major	Homorrítmica, dansa, fanfàrria.
Idea 3	Pont	22 – 40	Re menor – Do menor	Impetuosa, dramàtica.
Idea 4	B1	41 – 56 (caiguda)	Do Major	Elegant, tranquil·la.
Idea 5	B2	56 – 70	Do menor	Repetitiva, dramàtica, angoixada.
Idea 6	B3	71 – 86 (caiguda)	Do Major	Homorrítmica, elegant.
Idea 7	Coda	86 – 93	Do Major	Coda, moguda.

Desenvolupament

Al compàs 94 comença el desenvolupament, en Do Major. Comença amb un ritme i caràcter semblant al de la idea 6, però en comptes de fer tres acords, en fa el desplegament. En la primera frase, del compàs 94 fins a la caiguda del 109, el baix acompanya la melodia amb l'acord desplegat de forma "desordenada" (mi – do – sol) seguit de l'acord de Re menor en primera inversió.



En la segona frase del desenvolupament la textura és semblant a la de la idea 5 al tema B. Aquesta part comença en Do menor i modula a Sol menor i a continuació a Re menor.



Després de l'última modulació, s'enllaça amb una altra frase, en què modularà a Fa Major per reexposar a continuació.



Reexposició

La reexposició té la mateixa duració que l'exposició, és a dir, és pràcticament igual. Evidentment, el tema B no està en Do Major, sinó en Fa Major, com és essencial en la forma sonata. Per tant, pel canvi de tonalitat respecte a l'exposició, el pont també canviarà, ja que ara no requereix fer una transició entre dues tonalitats diferents. La textura i les idees que es presenten al pont són molt similars, però les tonalitats a les quals modula són diferents: comença en Re menor i canvia a Do menor, com en l'exposició, però després també modula a La Major i a Fa menor.

El comentari de l'exposició fet anteriorment val per la reexposició.



Relació obra-malaltia

Peculiaritats de l'obra

Per començar aquesta part hem de tenir en compte el context en què va ser escrita: ple classicisme. Amb el pas dels anys la música, com tot, ha evolucionat. Això ha fet que cada vegada ens sorprenguin menys coses (no només en la música). Només cal escoltar música de l'època per posar-nos en el paper de la gent d'aleshores i entendre la revolució que podia suposar una obra com la que ja hem vist en la societat del segle XVIII.

La principal característica que fa que l'obra ens cridi l'atenció és l'existència, com hem dit abans, de 7 temes diferents en l'exposició, basats tots ells en idees diferents.

A més, hi ha alguns trets en algun dels temes que també són poc propis del moment i, en general, de l'estil mozartià.

Influència dels trastorns

Pel primer dels trets que hem anomenat, el de la distinció de fins a 7 temes, el diagnòstic més clar és el de trastorn bipolar. Tot i que, com ja hem dit, no hi ha cap evidència molt clara que Mozart hagués patit aquest trastorn, partirem d'aquest per trobar la relació que busquem.

El trastorn bipolar és el diagnòstic psiquiàtric que descriu un trastorn de l'estat d'ànim caracteritzat per la presència d'un o més episodis amb nivells anormalment elevats d'energia, cognició i de l'estat d'ànim. Això, a la pràctica, fa que les persones afectades canviïn molt ràpidament d'humor.

Això es veu perfectament reflectit en la partitura. Comença un tema líric, que podria ser interpretat per un violí o un violoncel, si es tractés d'una peça orquestral. A continuació vindria un coral de trompes, homorrítmia i majestuositat. El següent tema seria un *tutti* d'orquestra forte, amb tot el vent metall possible. Seguidament, un tema tranquil i elegant, que no crida l'atenció, seguit d'un tema repetitiu que acaba amb la insistència d'uns *pianofortes* cada



vegada més seguits i obsesius. Després torna a aparèixer un coral de trompes semblant al d'abans. I per últim una coda que no té res a veure amb tot l'anterior.

No només existeixen aquests 7 temes sinó que, a més, hi ha un gran contrast entre ells. Això s'assembla als canvis d'humor sobtats que pot tenir una persona que pateixi trastorn bipolar.

Respecte a alguns trets peculiars en algun dels temes, ens referíem al tema B2 i a l'aparició d'uns *pianofortes* seguits i força impactants. Uns pianofortes que, a l'augmentar el ritme harmònic, agreugen els adjectius anteriors. Això ens fa pensar en una de les malalties que hem vist anteriorment, la síndrome Tourette.

La síndrome de Tourette és un trastorn neuropsiquiàtric heretat amb inici en la infància, caracteritzat per múltiples tics físics (motors) i vocals (fònics). Aquests tics característicament augmenten i disminueixen; es poden suprimir temporalment, i són precedits per un impuls premonitori.

Per tant, els *pianofortes* podrien ser com tics en la música de Mozart.

Així doncs, en una peça de 229 compassos s'entreveuen dues de les patologies que Mozart hauria pogut patir.



CONCLUSIONS

És molt difícil treure unes conclusions clares en un context com el present; una gran part de la informació en la qual es basa la investigació no és segura i neix de l'opinió o de la recerca d'altres investigadors/es.

Tot i no saber del cert les malalties que el geni va patir, m'arriscaria a dir que Sí que van tenir una influència sobre l'obra que hem analitzat, la sonata per a piano núm. 12. Per tots els aspectes reflectits en la justificació de la tria i, sobretot, pel fet que l'obra va ser escrita en un moment tranquil de la vida del geni, en el qual els problemes exteriors no podien afectar-lo.

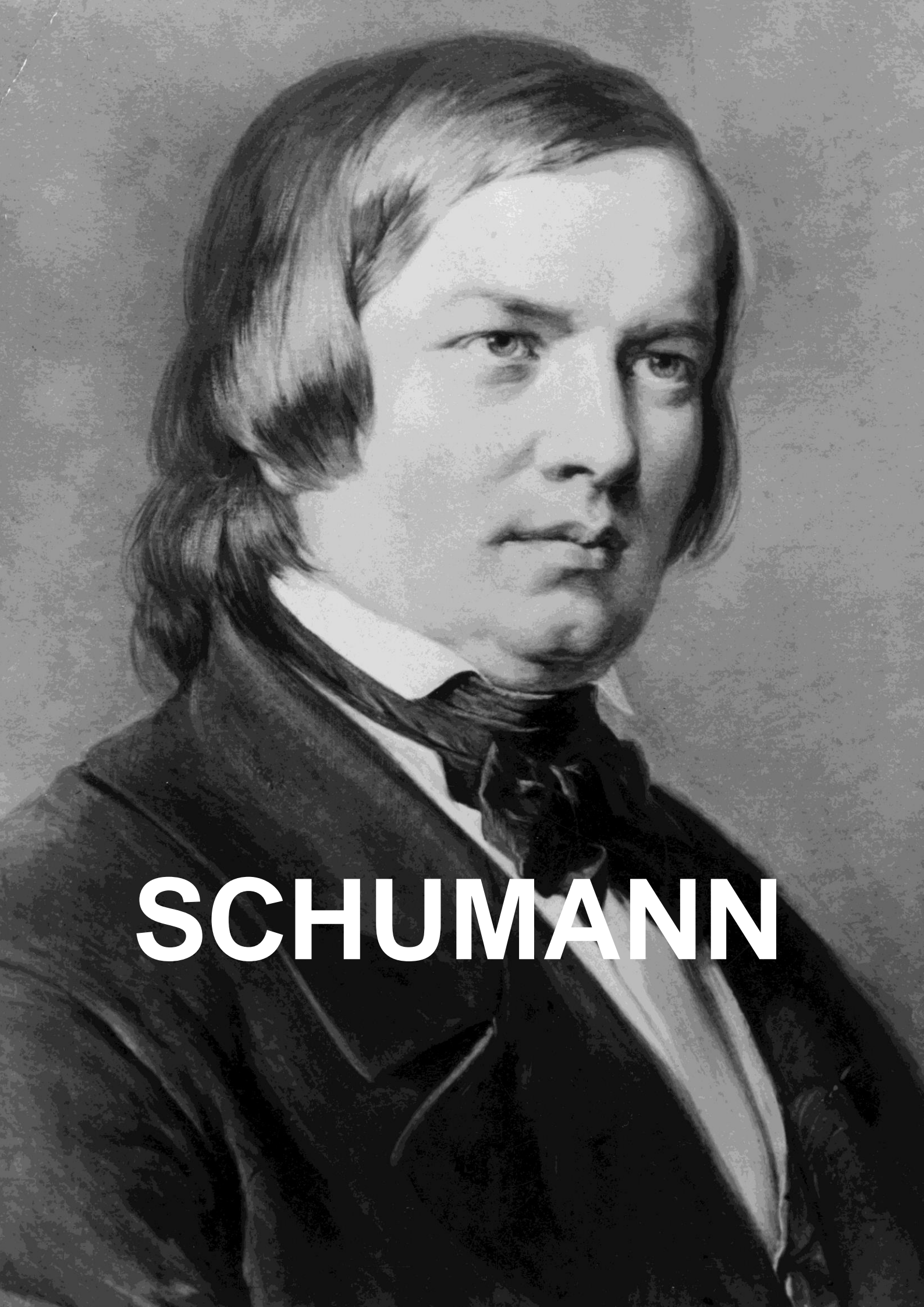
Tot i això, no hem d'oblidar que Mozart té un total de 626 obres compostes, per tant, classificar-les totes respecte les característiques d'aquesta no seria el més correcte.

El fet que aquest treball ens hagi portat a analitzar només una obra no significa que no n'existixin altres però, tot i aquesta possibilitat, no crec que fos suficient per fer una afirmació rotunda.

Per això crec que podríem concloure dient que, en la majoria dels casos, Mozart escrivia de forma pràctica i mecànica. Mesclant-ho amb el seu enginy i la seva creativitat donava un treball excel·lent i increïble. Això ens diu que les patologies que va poder tenir NO afectaven de forma notable a l'hora d'escriure música. La música, en aquest cas, jugava un paper molt superior.

Així doncs, després de la realització d'aquest estudi, Mozart segueix essent un enigma com ho era a l'inici. Tot i haver contestat negativament la hipòtesi primera, realment no ho podem saber. És una pregunta que es quedarà sense resposta si no apareixen nous camins d'investigació, ja que és complicat treballar sobre un tema que va ocórrer fa 250 anys (cosa que ja sabíem des del principi).

Per últim, una frase molt relacionada amb aquest personatge, que tot i ser una eminència, ha conservat la imatge de geni igual que la d'infantil (ambdues probablement potenciades per la representació cinematogràfica de la seva vida): *“Un adult amb creativitat és un nen que ha sobreviscut”*.



SCHUMANN



Introducció	54
PART TEÒRICA	56
Biografia.....	56
Com era Schumann?	62
Cròniques mèdiques	64
PART PRÀCTICA	67
L'obra I.....	68
Justificació de la tria de l'obra I	77
Anàlisi de l'obra.....	79
Relació obra-malaltia	82
L'obra II.....	85
Justificació de la tria de l'obra II	86
Anàlisi	87
Relació obra-malaltia	89
CONCLUSIONS	90



Introducció

Schumann és un dels compositors més grans de la història de la música, alhora d'un dels més prodigiosos poetes. En ocasions ha estat poc reconegut i hi ha qui diu que el seu talent es va veure eclipsat pels seus trastorns. La mort del seu pare quan ell era tan sols un adolescent va afectar-lo molt (igual que la de la seva cunyada Rosalie i la del seu germà Julius anys més tard) i, després, la lesió tendinosa permanent del quart dit de la mà dreta, deguda a una obsessió amb l'estudi del piano, van fer deixar-li la carrera pianística per dedicar-se de ple a la composició. Aquests dos fets van poder ser la premonició dels que van portar-lo a la mort.

Tot i que ja en la seva infantesa va mostrar comportaments hipersensibles i, com a romàntic, es va mostrar fascinat per l'*alter ego*¹⁰, va tenir una vida força tranquil·la, esquitxada, però, d'algunes crisis nervioses. Va casar-se amb Clara Wieck, filla del seu mestre, i, malgrat el patiment, no va minvar la seva generositat i sempre va estar a la disposició d'altres grans músics, aconsellant-los constructivament com un bon amic.

Després d'algun intent de suïcidi va començar el declivi que va portar-lo a ser ingressat en un hospital psiquiàtric i, posteriorment, a la mort.

Schumann se sentia posseït per forces demoníiques i instintivament pressentia la seva primerenca desaparició; tenia por a l'enverinament i als objectes metàl·lics; estava fascinat per la màgia i l'ocult. Experimentava al·lucinacions auditives des dels divuit anys i els sorolls en el seu cervell es transformaven en música extraordinària: "[...] Està interpretada per instruments molt sonors i és una música més bella que cap altra escoltada a la Terra", deia. El so d'una campana amb la nota *La* martellejava el seu cervell, al·lucinació que va deixar escrita en el seu diari: "[...] Aquesta nota persistent que em produeix

¹⁰ *Alter ego* és una locució que pot ser entesa literalment com a 'altre jo', és a dir, una altra personalitat d'una mateixa persona. També és una manera de definir algú en qui es té una absoluta confiança. El terme s'utilitza habitualment en anàlisi literària per a indicar una identitat secreta d'algun personatge o per a qualificar un personatge que s'identifica amb el propi autor, generalment de manera no explícita. També s'utilitza entre els personatges per designar al millor amic de l'altre.

En el cas de Schumann s'aplica el segon cas, ell se sentia identificat amb el seu alter ego. De fet, amb els tres que tenia: Florestan, fogós, èpic, apassionat. Eusebius, enamorat, somiador, infantil. I Raro (simbiosi entre Cla-RA i RO-ber), serè, intel·lectual, el coneixedor dels arcans musicals.



meravellousos patiments...". Mesos abans de la seva mort només articulava sons i patia convulsions.

Tot això fa que la figura de Schumann i, més concretament, els seus trastorns, hagin suposat un enigma per la investigació. El curiós del cas és que, igual que en altres compositors s'observa si les malalties podien influir en la música, en Schumann els investigadors utilitzen la seva música per justificar els seus trastorns. Recorren a les partitures per confirmar si el que creuen sobre les malalties que podia haver patit pot ser veritat.

Això fa que partim d'un punt més proper a la solució de la hipòtesi primera.

Malgrat que sembla senzill, haurem de tenir en compte què és el que es veu influenciat pels possibles trastorns, si la música en si o les històries que s'hi amaguen darrere.

Per entendre-ho ens caldrà investigar.



PART TEÒRICA

Biografia

Nom	Robert Alexander Schumann
Naixement	Zwickau, 8 de juny de 1810
Data i lloc de defunció	Endenich, actual Bonn, 29 de juliol de 1856
Nacionalitat	Alemanya
Ocupació	Compositor, pianista
Instruments que tocava	Piano
Estil	Romanticisme



Robert Alexander Schumann va néixer a Zwickau, el 8 juny de 1810. Va ser el cinquè i últim fill de Johanna Christiane i August Schumann.

Robert Schumann va començar a compondre abans dels set anys i en la seva infància va cultivar tant la literatura com la música, sens dubte influenciat pel seu pare, un llibreter, editor i novel·lista.

Schumann va començar a rebre instrucció musical i classes de piano de Johann Gottfried Kuntzsch, un professor a l'escola secundària Zwickau, als set anys. El nen immediatament va desenvolupar un amor per la música i va treballar en la creació de composicions musicals sense l'ajuda de Kuntzsch. Tot i que sovint va tenir en compte els principis de la composició musical, va crear obres considerablement admirables per la seva edat.

Als 14 anys, Schumann va escriure un assaig sobre l'estètica de la música i també va contribuir a un volum, editat pel seu pare, titulat *Retrats d'homes famosos*. A l'escola, va llegir les obres dels poetes i filòsofs alemanys Friedrich Schiller i Johann Wolfgang von Goethe, així com Byron i els tràgics grecs. La seva inspiració literària més poderosa i permanent va ser Jean Paul Friedrich Richter.





L'interès de Schumann per la música va incrementar en veure una actuació d'Ignaz Moscheles. Més tard, va desenvolupar una fascinació per les obres de Ludwig van Beethoven, Franz Schubert i Felix Mendelssohn.

El seu pare, que havia transmès les aspiracions musicals al noi, va morir en 1826, quan Schumann tenia 16 anys. Aquell any també va suïcidar-se la seva germana, havent mostrat clars signes de pertorbació mental. Ni la seva mare ni el seu tutor van encoratjar-lo a seguir amb la carrera musical, per tant, el 1828 Schumann va deixar l'escola i va anar a Leipzig a estudiar dret. El 1829 es va convertir en un membre permanent del Cos de Saxo-Borussia Heidelberg¹¹.



Friedrich Wieck

Friedrich Wieck, professor de piano de Robert.

Durant la pasqua de 1830 va escoltar el violinista italià Niccolò Paganini a Frankfurt i al juliol va escriure-li a la seva mare: "Tota la meua vida ha estat una lluita entre poesia i prosa; o digues-li Música i Dret". Per Nadal estava de tornada a Leipzig per prendre lliçons de piano del seu vell mestre Friederich Wieck, que li va assegurar que seria un concertista de piano amb èxit després d'uns anys d'estudi amb ell. Durant la temporada amb Wieck, Schumann va obsessionar-se amb l'estudi del piano i, després de construir un dispositiu mecànic dissenyat per enfortir els dits més febles, va

lesionar-se l'anular. Aquesta afirmació de Wieck va estar desacreditada per Clara Schumann, que va dir que la discapacitat no es va deure a un dispositiu mecànic; el mateix Robert Schumann es refereix a ella com "una aflicció de tota la mà". Alguns han argumentat que, com la discapacitat semblava haver estat crònica i va afectar tota la mà i no només un dit, era poc probable que hagués estat causada per un dispositiu com el dissenyat pel mateix Schumann.



¹¹ El Cos de Saxo-Borussia Heidelberg és un cos Estudiantil Alemanya de la Universitat de Heidelberg.



Schumann va abandonar la idea de realitzar una carrera com a concertista degut a la lesió del dit i es va dedicar a la composició. Per a això va iniciar l'estudi de la teoria de la música amb Heinrich Dorn, un compositor alemany sis anys més gran que ell i, en aquell moment, director de l'Òpera de Leipzig. Sobre aquest temps Schumann va considerar compondre una òpera sobre el tema de Hamlet.



Il·lustració que mostra el professor Friedrich Wieck cridant-li a Schumann, mentre la seva filla Clara Wieck (futura esposa de Schumann) ho observa.

Paral·lelament a la nova activitat com a compositor, iniciava la de crític musical, que va generar una abundant producció literària. La seva formació excepcional i l'aptitud literària es plasmaven en crítiques musicals en les quals a través de personatges imaginaris aprofundia en les obres dels seus contemporanis. Un famós exemple és el seu assaig sobre les variacions de Frédéric Chopin sobre un tema de *Don Giovanni*, que va aparèixer en l'*Allgemeine musikalische Zeitung* l'any 1831.

L'*Opus 2 Papillons* ("Papallones"), escrit l'any 1831, és un altre exemple

excepcional de la fusió entre literatura i composició musical de Schumann. Es tracta d'una composició per a piano que consta de diverses escenes de dansa inspirades en una festa de disfresses. Cada dansa prova de retratar diferents personatges. Segons escrigué el mateix Schumann, l'obra està inspirada en l'última escena de l'obra *Flegeljahre* de Johann Paul Friedrich Richter i mescla el caràcter festiu amb un extraordinari sentiment malenconiós.

També l'any 1831 va compondre la Sonata per a piano en Si menor, una altra obra principal de joventut.

La mort, l'any 1833, de la seva cunyada Rosalie i del seu germà Julius li va provocar una crisi nerviosa i un intent de suïcidi. Les crisis, depressions, intents de suïcidi i períodes de reclusió completa van ser freqüents en la vida de Schumann; Després de recobrar-se d'aquesta crisi, l'any 1834, junt amb el seu



amic, també músic i compositor, Ludwig Schunke (1810-1834), va fundar la revista *Neue Leipziger Zeitschrift für Musik*, que va dirigir fins a la fi de la vida. És en aquesta publicació on va manifestar-se com un crític original, considerat en aquella època com a excèntric, però que avui dia etiquetaríem com a visionari.

A principis del segle XIX, compositors com Wolfgang Amadeus Mozart, Ludwig van Beethoven i Carl Maria von Weber eren vistos com a figures menors, per la qual cosa es va considerar una excentricitat que Schumann els elevés a grans compositors, per no parlar de l'estimació per figures contemporànies com Chopin o Hector Berlioz.

L'estiu de 1834 s'enamorà d'Ernestine von Fricken, una noia de 16 anys amb qui va tenir una breu relació que ell mateix va trencar en acabar l'any. És durant aquest flirteig quan va compondre la seua obra més aclamada, *Op. 9, Carnaval*. Amb aquesta obra consolida el format de composició que ja va iniciar en *Papillons*, creant temes molt breus i generalment no relacionats entre si, encara que estiguin inspirats en la mateixa escena literària.

La majoria de les composicions per a piano de Schumann estan formades per moviments que duren pocs minuts o, fins i tot, menys d'un minut.

El 1835 va conèixer personalment Mendelssohn a casa de Friedrich Wieck i li va mostrar la seva admiració; poc després coneixeria Chopin.

Durant tota la vida Schumann va mostrar cap als seus companys músics una amistat sincera i una actitud de crítica constructiva, lliure de rivalitats, actitud poc freqüent en un crític musical que també era compositor. Aquesta actitud oberta i generosa li va permetre ser el "descobridor" de Johannes Brahms quan aquest només era un jove i desconegut pianista de 20 anys.

Va ser també a casa de Wieck, el seu antic mestre, on va conèixer la seva futura esposa Clara Wieck, la seva filla, i ja llavors famosa pianista. Clara havia estat una "nena prodigi", força famosa internacionalment en aquella època, i, de fet, se la considera avui dia la pianista més important del segle XIX.



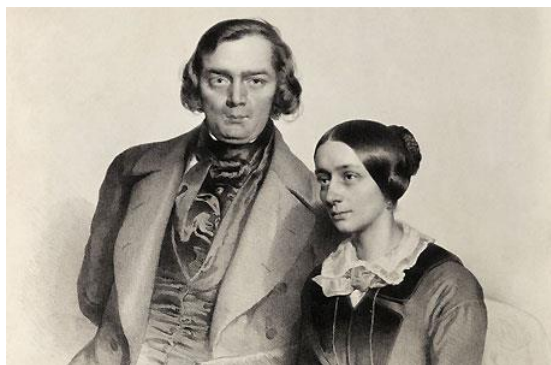
Clara i Robert.

Malgrat l'oposició del pare de Clara, l'any 1836 van iniciar una relació amorosa en secret, fonamentalment per carta¹². És durant aquesta relació clandestina quan Robert Schumann va compondre les *Escenes de la infantesa*, tal com consta en les cartes que remetia a Clara. Un any més tard, Robert va demanar la mà de Clara a son pare, però aquest la hi va negar, exposant que el que Clara pretenia era “marxar amb un compositor que no tenia ni un cèntim”.

Finalment es van casar l'any 1840, després de recórrer als tribunals pel fet de no tenir l'aprovació de Friedrich Wieck. Van romandre junts fins a la mort de Robert i van tenir vuit fills. Clara era una pianista excepcional i va tenir una gran influència musical en Robert. Ella el va convèncer de no limitar-se a la composició per a piano (en aquests anys va compondre *Lieder* i *Àlbum per a la joventut*) i el va encoratjar a compondre per a orquestra amb l'objectiu de consolidar-se com un gran compositor del seu temps.

És precisament a partir de 1841 quan va començar a compondre obertures simfòniques i concerts, en els quals, no obstant això, el piano continua tenint un paper principal. El Conservatori de Leipzig li va obrir les portes l'any 1843 i hi va ser nomenat professor de piano i composició.

L'any 1844, després d'un viatge a Rússia, va travessar un nou període depressiu i va abandonar Leipzig per instal·lar-se a Dresden. Durant els anys següents la seva salut mental i física s'anava debilitant, la qual cosa no li va impedir treballar en multitud d'obres com les dues Sonates per a piano i violí, el Concert per a violoncel i orquestra i la



Robert i Clara.

¹² Annex IV: Cartes de Robert i Clara Schumann



seva única òpera, *Genoveva* (que no va tenir èxit). Fins i tot quan, a partir de 1852, els seus episodis de demència el tenien convalescent gairebé tot el temps, aconseguia aprofitar els moments de lucidesa per completar la Missa, el Rèquiem, la Simfonia en re menor i el Concert per a violí i orquestra.

El 1846, va sentir que s'havia recuperat i, durant aquell hivern, els Schumanns van tornar a Viena, van viatjar a Praga i Berlín a la primavera de 1847 i a l'estiu van anar a Zwickau, on va ser rebut amb entusiasme. Això li va agradar, ja que en aquell moment era famós només a Dresden i Leipzig.

Durant els anys següents, Schumann va seguir component. De 1850 a 1854, va compondre en una àmplia varietat de gèneres. Els crítics han qüestionat la qualitat del seu treball en aquest moment; una opinió generalitzada ha estat que la seva música va mostrar signes de col·lapse mental i de decadència creativa. Més recentment, els crítics han suggerit que els canvis en l'estil poden explicar-se per "l'experimentació lúcida".

El febrer de 1854, els símptomes de Schumann van augmentar, de vegades les visions angelicals que tenia van ser reemplaçades per visions demoníiques. Va advertir Clara que temia que pogués fer-li mal. El 27 de febrer de 1854, va intentar suïcidar-se llançant-se des d'un pont al riu Rin. Rescatat per barquers i portat a casa, ell va demanar que el portessin a un asil per a malalts mentals. Va entrar al sanatori del Dr. Franz Richarz a Enderich i va romandre allí fins que va morir el 29 de juliol 1856 a l'edat de 46. Durant el seu tancament no se li va permetre veure a Clara. Ella finalment el va visitar dos dies abans de la seva mort. Ell semblava reconèixer-la, però va ser capaç de parlar només unes poques paraules.

Durant els últims anys de la seva vida, Brahms va ajudar a la família i sobretot a Clara a cuidar del seu marit. Això va fer que es fessin molt amics i van poder arribar a tenir una història amorosa.

Després de la mort de Robert, Clara va dedicar-se a interpretar les seves obres per donar-lo a conèixer. També va ser l'editora de moltes de les seves obres, algunes de les quals va destruir amb Brahms perquè estaven contaminades per la seva bogeria.



Com era Schumann?



És convenient parlar, també en aquest cas, sobre el personatge de Schumann. Schumann és un dels grans de la història de la música, però, tot i així, no tenim una idea tan clara de com va ser. A la vegada, en aquest apartat podem observar com canviava la seva personalitat amb les malalties que va poder patir (després veurem quines són), així que podem veure la seva psicopatologia.

Tot i que es pot pensar que va ser un “artista romàntic” de cap a peus, lluny de la realitat i endinsat en la seva música, Schumann va viure una vida “normal”, va casar-se, va tenir fills i va gaudir de l'amistat dels seus companys músics. Després d'analitzar la literatura consultada, podem percebre que Schumann va ser una bona persona i un bon amic. Tot i la seva feina de crític musical, mantenia una gran relació amb els altres músics perquè era una persona social i que feia unes crítiques molt constructives.

Tot i aquesta faceta sociable i comunicativa, Schumann era una persona molt callada. Li agradava el silenci i fer llargs passejos escoltant els sons de la natura. Algun dels seus amics relaten que passaven llargues estones sense dir res amb ell i que li agradaven les persones que no parlaven gaire.

Una altra faceta més desconeguda de Robert era la de pare. Per ell res significava tant com ser pare i n'era un de molt bo. En la seva època, la figura del pare era distant, reservada i autoritària, però Schumann no era així. Jugava amb els seus vuit fills, els llegia contes i anaven a passejar junts. Va ser dels primers a demanar escoles bressol a Alemanya i també va dedicar algunes peces als seus fills, com *Escenes infantils op. 15* o *l'Àlbum de la joventut op. 68*.



Sis dels fills dels Schumanns.



Ara que sabem com va ser el Schumann real, podem comparar-lo amb el Schumann malalt o trastornat, afectat per les malalties mentals que va patir.

Analitzant la seva psicopatologia podem veure que aquesta mostra un autor angoixat, taciturn, irritable, que deixa de llegir i compondre puntualment i que pateix d'al·lucinacions visuals i auditives. Va començar a queixar-se d'escoltar la nota *La* al seu interior i afirmava que, una nit, mentre estava al piano, va compondre un tema que li havia estat encomanat per Schubert i Mendelssohn, tots dos morts uns anys abans. Igualment, malgastava diners, patia migranyes que li impediien dur a terme qualsevol treball, tenia premonicions de mort, crisis de plor, sentia autocompassió i culpa i, a més, tenia seriosos problemes amb les begudes alcohòliques.

Així doncs, veient com l'afectaven les malalties a la seva manera de ser, podem imaginar-nos com podien afectar a la seva manera de compondre.



Cròniques mèdiques

La naturalesa exacta de la malaltia mental de Schumann ha desconcertat els/les historiadors/es durant molt de temps. S'ha estudiat el desenvolupament dels seus símptomes al llarg de tota la seva vida i s'han proposat varies teories força diferents entre elles.

Anteriorment, la majoria dels/les historiadors/es havien repetit el diagnòstic de Franz Richarz, el metge de Schumann a l'asil mental Eendenich, que va informar que Schumann havia mort de paràlisi supranuclear progressiva¹³ provocada per l'excés de treball. L'erudit John Schumann Daverio va informar que prominents figures musicals com el crític Eduard Hanslick i el violinista Joseph Joachim (a qui Schumann va dedicar el seu concert per a violí) van ajudar a popularitzar el fet que els seus últims treballs van ser escrits amb l'esgotament que Richarz havia plasmat al seu diagnòstic.

A la fi del segle XIX, però, l'esgotament ja no es considerava una explicació adequada per la malaltia mental. Tot i que Schumann havia patit alguns dels seus símptomes, mai havia tingut pèrdues de capacitat mental ni de la personalitat. Dins de la nova ciència de la classificació psiquiàtrica, les malalties que podrien explicar els símptomes de Schumann van ser vistes amb la necessitat de tenir una base hereditària.

El 1906, la paràlisi va quedar substituïda per esquizofrènia¹⁴, que aviat quedaria també descartada per diverses raons. En primer lloc sempre es va veure capacitat per tenir relacions socials, va casar-se i va tenir amics fidels. A més, i malgrat els diversos símptomes, no es van presentar seqüeles, com és el cas quan es tracta d'una genuïna malaltia esquizofrènica. Aquestes dades allunyen el possible diagnòstic d'esquizofrènia.

Al seu torn, va ser relacionat pels historiadors del segle XIX amb la sífilis¹⁵ (o amb el terrible tractament mèdic a base de mercuri, habitual en l'època i gairebé pitjor que la mateixa malaltia), però la possibilitat ha estat descartada pel fet que els símptomes de desequilibri mental de Robert Schumann ja eren evidents des

¹³ Totes les referències en **vermell** en aquest treball van dirigides a l'Annex I.

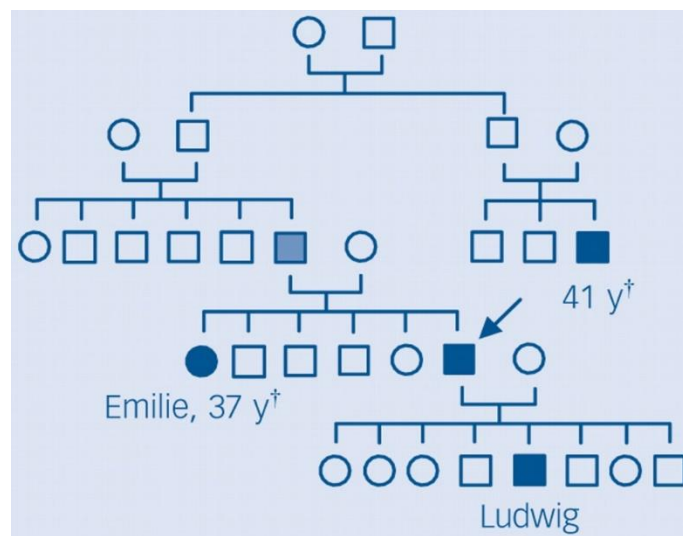


de la seva joventut, abans que qualsevol símptoma de la sífilis poguera haver-se manifestat.

A la dècada de 1950 els psiquiatres britànics Eliot Slater i Alfred Meyer van advocar per psicosi maníaco-depressiva². La justificació que van trobar-hi és la següent: es van adonar que la producció d'obres de Schumann fluctuava. Si s'observen els períodes en que Schumann componia i es relacionen amb els períodes en què va patir depressions, podem observar que l'activitat es concentrava en els períodes de lucidesa i la producció baixava quan es trobava en una depressió. Això evidencia els símptomes d'un trastorn bipolar, en què les fases eufòriques poden caracteritzar-se per sensacions de molta energia, creativitat, alhora que al·lucinacions i altres, mentre que en les fases depressives apareix la falta d'autoestima i l'absència de plaer.

A més dels problemes amunt esmentats, durant una etapa va presentar apatia, clinofília (tendència a estar al llit), profunda malenconia i una intensa ansietat. Va ser incapaç de compondre causa de la seva inhibició psíquica. Es va aïllar de l'entorn i va patir un insomni extrem amb un intens malestar als matins. Tot això són criteris d'una depressió endògena.

Parlem de depressió endògena quan no coneixem o no hi ha un factor desencadenant d'aquest estat. En aquest cas cal buscar les causes a l'interior del cervell de l'individu. Es creu, per tant, que la depressió endògena té un fort factor biològic i hereditari. Per això cal observar la genealogia de Schumann:



Katharina Domschke, 2010: *Robert Schumann's contribution to the genetics of psychosis*



En aquest arbre genealògic, els quadrats representen els homes i els cercles les dones. La fletxa assenyala la figura de Robert Schumann. Les figures geomètriques ombrejades en blau fosc són els familiars que van patir problemes mentals confirmats. El quadrat ombrejat ens mostra una possible malaltia mental. Les creus llatines indiquen qui va morir per suïcidi.

Schumann va presentar diversos episodis depressius el 1818, 1830, 1833, 1836, 1838, 1844, 1847 i 1848. No obstant això, l'autor pateix episodis el 1829, 1833, 1836, 1840, 1843, 1849 i 1851 caracteritzats per acceleració, exaltació i hiperactivitat (hipomania), amb períodes d'eufòria i despeses excessives que condueixen al diagnòstic a malaltia bipolar.

A partir del s. XX van sorgir noves teories com la neurosífilis¹⁶ o la tinnitus¹⁷. Aquesta última es relaciona amb Schumann a causa de la nota *La* que deia escoltar dins el seu cap contínuament.

Malgrat tot, el trastorn que reuneix tots els símptomes és el trastorn bipolar de tipus II¹⁸.



PART PRÀCTICA

La part pràctica, com ja sabem, es basarà en l'anàlisi d'una obra de Schumann per determinar si les patologies patides tenien influència.

Com ja hem vist en la introducció, els/les experts/es en aquest personatge porten anys estudiant les malalties que va poder patir i un punt on podien agafar-se era la seva obra. Utilitzaven les composicions per justificar les malalties.

Així doncs, sembla que entre els treballs de Schumann podem trobar quelcom interessant.

En aquest cas, però, no serà necessari una anàlisi formal de la peça com en el cas de Mozart, ja que la forma no serà un factor que la faci especial. Els trets a analitzar seran les històries que amaga darrere, a part de la pròpia música que denota alguna cosa obscura i melancòlica.

La peça a analitzar serà *Geistervariationen* woO 24, un tema amb cinc variacions escrites dos anys i mig abans de morir.



L'obra I

THEMA MIT VARIATIONEN

Komponiert im Februar 1854

Clara Schumann gewidmet

TEMA

Leise, innig

Vervielfältigungen jeglicher Art sind gesetzlich verboten.
© 1995 by G. Henle Verlag, München.



VAR. I

*) T. 29, 31, 37, 39, 46, 47, 51 und 57 Ausführung möglicherweise:
 M. 29, 31, 37, 39, 46, 47, 51 and 57 execution possibly:
 M. 29, 31, 37, 39, 46, 47, 51 et 57 exécution peut-être:





VAR. II

Canonisch

p

61

67

73

fp

79

1. 2.



VAR. III

Etwas belebter



102

fp

104

106

fp

109

112

fp



VAR. IV

*) Siehe Vorwort, Bemerkungen.

*) See Preface, Remarks.

*) Voir Préface, Remarques.



VAR. V



152

154

156

158

160



162

164

166

168

170



Justificació de la tria de l'obra I

Les circumstàncies en què va ser escrita l'obra són tan dramàtiques que no ens cal res més per justificar-ne la tria. Per això ficar-la en context ens ajudarà a entendre perquè aquesta és l'obra idònia.

El títol d'aquesta peça és *Geistervariationen* i significa "Variacions Fantasma". Aquest títol, però, no va ser posat per Robert ni per Clara, a qui està dedicada la peça. Clara diu al seu diari que, el febrer de 1854, el seu marit va sentir veus imaginàries; es creia a si mateix envoltat d'àngels i diables, de música bella o aterridora. Durant la nit del 17 de febrer de 1854, Schumann va aixecar-se per anotar un tema en mi bemoll major que "els àngels li dictaven". Més tard, li va dir a un amic que l'espirit de Schubert es va aparèixer a oferir aquest bell tema. "El següent dia [...] va compondre el commovedor tema, piadós, que havia anotat aquella nit [...] amb unes variacions igualment commovedores i sorprenents", va declarar Clara Schumann.

Deu dies després, la nit del 27 de febrer, va sortir de casa amb poca roba i, en un intent de suïcidar-se, va precipitar-se al gelat riu Rihn, del qual va ser rescatat. Fins fa poc, es creia que després de l'intent de suïcidi havia estat ingressat a l'hospital psiquiàtric d'Endenich directament. Però això no va ser així; l'endemà de l'intent de suïcidi, va fer dues còpies de l'obra: una revisió i una amb tinta. Aquesta còpia amb tinta va enviar-la a la seva esposa, que la nit abans havia marxat a casa d'un conegut per recomanació del metge de Robert. Juntament amb la partitura hi havia una carta on Robert demanava a Clara que toqués aquella obra.

La susdita còpia no va ser catalogada fins al 1929, quan va ser descoberta.

Però als anys 90 i per sorpresa de molts/es admiradors/es de Schumann, va aparèixer l'edició facsímil de la primera vegada que Schumann va escriure l'obra (no la revisió ni la còpia amb tinta). Si es comparen les versions, es poden observar un gran nombre de correccions.

Fins aquí, tenim tres versions de l'obra: la primera, escrita abans de l'intent de suïcidi, una altra que és una revisió i la còpia en tinta, que enviaria a Clara.



Les investigacions, però, han donat lloc a altres descobriments i s'ha trobat una altra còpia de l'obra (a més de les tres ja existents). La correspondència entre Clara Schumann i Johannes Brahms ha desvelat que aquesta última còpia trobada va ser rebuda per Brahms, en data desconeguda. Quan la *Gesellschaft der Musikfreunde in Wien* (Societat d'Amics de la Música de Viena) va descobrir-la es van adonar que la còpia portava correccions i modificacions a llapis negre i vermell de dues persones diferents.

Abans de desvelar el misteri, aclarim que Clara va guardar el manuscrit que Robert li va enviar i en va prohibir la publicació. Per això l'obra no va ser publicada fins al 1939. De totes maneres, el responsable de la primera edició, Karl Geiringer, no va revelar les fonts d'on havia extret l'obra, només que pertanyien a un anglès.

Així doncs, seguint amb el misteri de les correccions a la partitura de Schumann, es va poder deduir que pertanyien al primer editor, és a dir, Karl Geiringer. En aquell moment, Geiringer fugia per escapar dels nazis i va ser a Londres on va parar per partir, més endavant, cap a Estats Units. Anteriorment, durant molts anys, es va exercir com a bibliotecari de la *Gesellschaft der Musikfreunde in Wien* on s'havia fet una còpia de la partitura manuscrita que va ser la base per a la seva edició. No podia, en aquell context, revelar les veritables fonts.

L'altre "corrector" seria, probablement, si no certament, Robert Schumann. La peculiaritat de l'escriptura i la qualitat de les correccions ens fan creure en la hipòtesi.

Així doncs, aquesta obra amaga diversos enigmes. Per començar, el fet que fos dictada a Schumann per un àngel, segons ell. En segon lloc el fet que aquesta melodia ja aparegui en el seu concert per a violí. En tercer lloc, que, tot i l'estat demencial de Robert, en fes tantes còpies. En quart lloc, l'estrany descobriment d'aquestes còpies. I, per últim, la tardana publicació de l'obra.

Tot això la converteix en una obra misteriosa, fantasma. Per aquestes raons creiem que és un bon exemple per relacionar les malalties de Schumann amb la seva música.



Anàlisi de l'obra

Geistervariationen

Compositor: Robert Schumann

Any de composició: 1854

Lloc de composició: Viena, Bonn

Tonalitat: Mi b Major

Instrumentació: Piano

Forma: Tema amb variacions

Ara que ja sabem en quines circumstàncies va ser escrita l'obra podem dur a terme una anàlisi, tot i que amb la justificació anterior n'hi hauria prou per extreure'n unes conclusions. L'anàlisi serà, en part, subjectiu.

Abans de llegir-lo, però, volia deixar clar el fet que, en el cas d'aquesta obra, és més important la contextualització que l'anàlisi en si, per relacionar-la amb alguna de les patologies de Schumann. Això és perquè l'obra crida més l'atenció per la seva història que no per ella mateixa. Tot i això, l'anàlisi no serà en va i també ens permetrà endinsar-nos en l'obra. Comencem:

Aquest tema amb cinc variacions està inextricablement vinculat amb el deteriorament de la condició nerviosa de Schumann que el conduiria a la mort dos anys i mig més tard. Ell ja patia un trastorn d'audició severa i dolorosa quan va imaginar que un àngel (sigui Mendelssohn o Schubert) baixava i li dictava un "tema espiritual" que ell escriuria.

El compositor (maníac-depressiu) va escriure eufòric les notes dictades per aquell àngel i immediatament va començar a escriure una sèrie de variacions sobre el mateix. Probablement és un símptoma de la seva condició que no va reconèixer que aquest tema ja l'havia escrit abans. L'havia usat en el segon moviment, el moviment lent, del seu concert per a violí, només quatre mesos abans.



El tema comença amb una frase (dividida en dos semifrases) que conté el motiu que s'anirà repetint durant les cinc variacions. La segona semifrase representa una seqüència de la primera, ja que és igual un to per sota.



Leise, innig són les paraules que fa servir Schumann per explicar el mode en què ha de ser tocat. Signifiquen suaument i cordial, de forma íntima i "silenciosa". Aquest començament ja ens diu com serà tota l'obra: melancòlica, trista i senzilla.

El tema té dos parts, separats per una doble barra de repetició (de la segona part). A la segona part hi ha fragments amb més inestabilitat, sobretot rítmica, degut a la combinació de ritmes. Per exemple, quan, en el mateix temps, hi ha dos corxeres (♩) i una corxera amb punt i una semicorxera (♩). Això genera uns moments de desconcert perquè sembla que la escriptura no sigui correcta. Tot i això, el tema es desenvolupa amb calma i, podríem dir, passivitat, ja que això només és el resultat d'un contrapunt.



La primera variació és, pràcticament, el mateix que el tema, amb l'excepció de l'acompanyament, que ara està format per tresets. En escoltar-lo podem sentir més moviment (ja que hi ha més notes) i la sensació és de més densitat. La melodia, però, quasi no canvia o, si més no, no canvia la silueta d'aquesta ni la idea primera.



La segona variació és un canon, de la melodia que ja hem escoltat anteriorment, que torna a ser igual. En aquesta variació, la sensació de “descompàs” és superior, sobretot les primeres audicions. És una variació una mica angoixant per aquest fet.

En la tercera variació podem observar un canvi, sorgeix un “nou” tema com a melodia, que en el fons és fruit del contrapunt de les notes *Si b* i *Mi b*. La melodia que ja coneixíem ara és utilitzada d'acompanyament, a la mà esquerra. Tot i això, no s'amaga. La indicació que Schumann posa a l'inici de la partitura és *Etwas belebter*, que significa “una mica més ocupat”.

“Nova” melodia

La quarta variació és molt semblant al tema. Sentim el tema com a melodia i només canvia l'acompanyament.

L'última variació és la més diferent, ja que el tema ens l'hem d'imaginar i no és tan evident com en les altres. Malgrat això, també hi és.

Com hem pogut veure, les variacions no fan honor al seu nom i no varien molt el tema principal. Aquesta obra és la repetició del tema, mitjançant diferents esquemes d'acompanyament i de combinacions.

Aquest fet el podem interpretar de dues maneres: Podem pensar en l'obsessió que Schumann va tenir en el tema, volent-lo repetir una vegada i una altra. Per altra banda podem entendre-ho com l'àngel que, malgrat els obstacles, passa per damunt de tot. El tema, tot i els diferents acompanyaments, se sent per sobre de qualsevol cosa, com un raig de sol travessant els núvols grisos. Un cop l'hem sentit en el tema principal, no el podem defugir en les variacions.

Fins aquí l'anàlisi que ens ha permet resumir l'obra *Geistervariationen*, de Schumann.



Relació obra-malaltia

Peculiaritats de l'obra

Com ja hem dit, la peculiaritat més gran de l'obra és el moment en què va ser escrita. Les circumstàncies que l'envolten fan que hagi pres aquest nom com a títol: "Les variacions fantasma".

Sabem que el tema va ser dictat a Schumann per un àngel, just abans de l'intent de suïcidi. Va ser l'última obra de Robert abans d'entrar a l'hospital psiquiàtric on moriria. D'última obra només n'hi ha una i és aquesta, la que va escriure Schumann en un grau de demència elevat, però no suficient com per no poder escriure res. Amb el punt just de demència, podríem dir fredament.

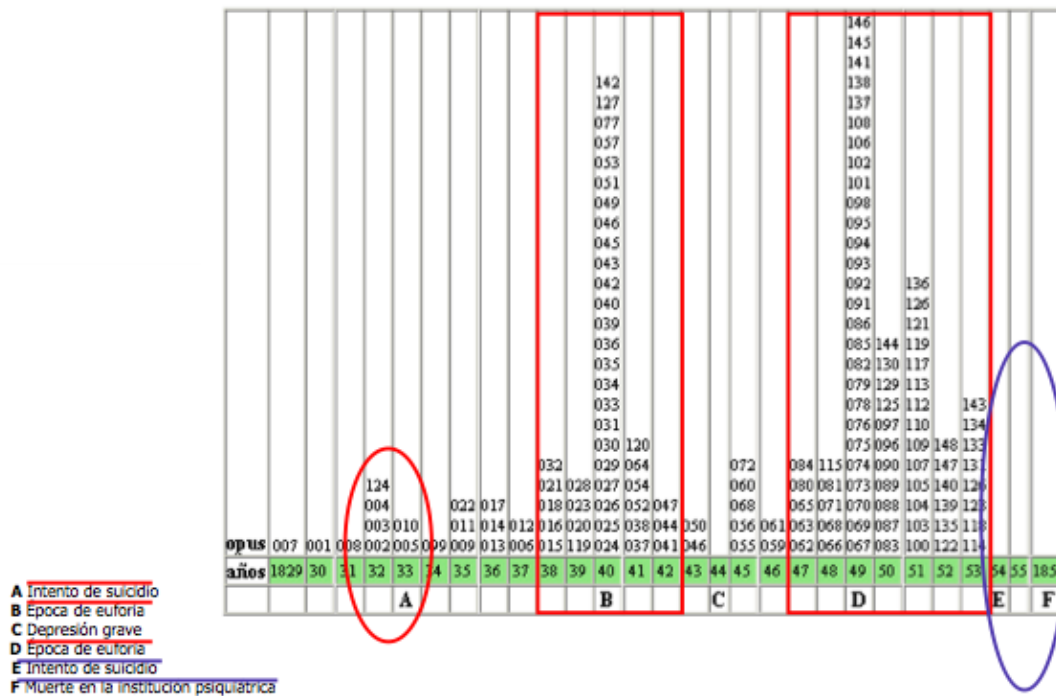
A part d'això, l'obra té trets, musicalment parlant, que poden relacionar-la amb alguna patologia, com ja hem comentat en l'anàlisi.

Així doncs, és una obra que mereixia la nostra atenció en un context com el d'aquest treball.

Influència dels trastorns

La influència que els trastorns podien tenir sobre la composició en Schumann es veu reflectida en el següent gràfic.

Reflecteix la quantitat d'obres compostes per R. Schumann entre els anys 1829 i 1856. Hem d'aclarir que no estan contemplats tots els *Opus* de la col·lecció de l'autor. A l'eix de les ordenades, la vertical, trobem les obres compostes i en el de les abscisses, l'horitzontal, els anys en què les va compondre.



Pedro Retamal, médico psiquiatra. *Schumann y las enfermedades del ánimo.*

Podem observar com en les èpoques depressives la producció baixa i en les d'eufòria creix molt notablement.

El que fa especial aquesta obra és que Schumann es trobava amb un peu a la bogeria i un a la serenitat quan la va escriure. Així doncs, és evident la influència del trastorn, que li causava les demències i les al·lucinacions que li van permetre escriure l'obra.

Tan gran és la influència del trastorn que, segurament, si no hagués estat per aquest, Schumann no hauria escrit mai aquesta obra.

Arribats a aquest punt i conscients que la malaltia de Schumann va poder afectar en més d'una composició i no només a aquesta, procedim a fer la recerca d'una segona obra que corrobori aquesta conclusió.

Per fer-ho, vam fixar-nos en els anys on el compositor va patir les crisis més fortes i vam buscar, escoltar i analitzar les peces que havia compost al voltant d'aquelles dates concretes. Així vam topat amb una peça força especial, la qual podrem conèixer a continuació. Com la resta de les peces d'aquest treball, en



serà justificada la seva tria, en farem l'anàlisi i la relacionarem amb els suposats trastorns de Schumann.



L'obra II

(Veure Annex V: Partitura de Gesänge der Frühe, op. 133 de Schumann)



Justificació de la tria de l'obra II

Com hem pogut veure, l'obra escollida és *Gesänge der Frühe*, l'opus 133 de Robert Schumann. Durant la recerca vam trobar moltes altres obres, evidentment. Les que ens van cridar especialment l'atenció van ser aquelles en les que hi apareix el joc amb els *alter ego* de Schumann, dels quals n'hem parlat anteriorment. L'*alter ego*, però, és una segona personalitat creada o inventada per una persona que ho utilitza com una forma d'actuar, o per comportar-se d'una manera diferent de la seva personalitat normal. Tot i que s'assembla al Trastorn d'Identitat Dissociatiu (TID), simular un *alter ego* no és símptoma de cap malaltia perquè és un acte totalment conscient. Així doncs, descartem les peces que tenen aquest tret, com el *Carnaval*, op. 9.

Dirigim-nos a l'obra escollida: *Gesänge der Frühe* (Cants de la matinada), op. 133, és una composició formada per cinc moviments, per a piano. És una de les últimes composicions de Schumann, composta l'octubre de 1853, tres anys abans de la seva mort i uns mesos abans de l'intent de suïcidi amb el posterior ingrès a l'hospital psiquiàtric. Se situa també molt a prop de la peça que hem analitzat anteriorment, *Geistervariationen*.

Quan va compondre la peça ja patia els símptomes de les patologies i això es palesa en el diari de Clara. Va escriure: "*Gesänge der Frühe*, molt original, com sempre, però difícil d'entendre, la seva sonoritat és tan estranya". Efectivament, les darreres peces de Schumann són força rares i difícils d'entendre, sobretot quan les contextualitzem en l'època en què van ser escrites. En aquest cas, malgrat que presenten clars esquemes d'organització formals, tonals i melòdics, contenen unes audàcies harmòniques i, en definitiva, un to intrigant força insospitat en referència a la resta de composicions de l'autor.

Així doncs, aquests indicis ens porten a analitzar-la.



Anàlisi

Gesänge der Frühe

Compositor: Robert Schumann

Any de composició: 1853

Tonalitat: Re major, Fa # menor, La Major

Instrumentació: Piano

Els cinc moviments que conformen la peça s'organitzen respecte a les notes de l'acord tríada de Re Major: re, fa sostingut, i la. El primer, el segon i el cinquè moviment estan en Re Major; el quart moviment en Fa sostingut menor; i el tercer en La Major:

1. Im ruhigen Tempo (A un tempo tranquil) - Re Major

El moviment d'obertura mostra una textura coral amb una rítmica bastant simple i tènue. Els trets que més ens criden l'atenció són els següents:

- Harmònicament podem veure¹⁴ la riquesa que té, a més de la clara dificultat. Trobem moltes notes en acord que funcionen com a retardaments de l'anterior o com a anticipacions del següent. També appoggiaturas. Tot plegat crea unes dissonàncies especials. Malgrat que Schumann no va ser mai molt conservador (harmònicament parlant), alguns dels enllaços i acords d'aquesta peça són inusitats fins i tot per ell.
- Melòdicament, podem observar i escoltar que, igual que en Geistervariationen, el tema principal es repeteix una vegada i una altra, fins a resultar una mica obsessiu.

2. belebt, rasch nicht zu (animat, no massa ràpid) - Re Major

Aquest segon moviment és, pràcticament tot, contrapunt. Els canvis bruscos de textura, les harmonies inusuals, la manca de cadències òbvies i els

¹⁴ Veure Annex VI: Anàlisi harmònica sobre partitura de Gesänge der Frühe, Op.133 de Schumann (1r mov.)



desconcertants canvis dinàmics fan d'aquest moviment potser el més difícil d'entendre dels cinc. El ritme inestable fa que no puguem tenir gaire consciència d'una pulsació i el fet d'evitar la tònica fa que no hi hagi repòs.

3. Lebhaft (molt animada) - La Major

Probablement el més virtuós del conjunt. La característica més tangible és la cèl·lula rítmica galopant que sona durant tot el moviment (corxera amb punt, semicorxera i corxera). Torna a ser un motiu obsessiu, que combina, com en tota la peça, amb una harmonia audaç i, algunes vegades, molt desconcertant.

4. Bewegt (Mogut) - Fa sostingut menor

Una melodia es barreja amb un acompanyament en cascades de fuses. És més senzill d'escoltar que la resta perquè no té tantes dissonàncies i crea un clima bastant relaxat amb una melodia lírica que sobresurt.

5. Im Anfange ruhiges, im Verlauf bewegtes Tempo (Primera tranquil, després tempo mogut) - Re Major

La peça final torna a tenir un caràcter similar i una sonoritat com el primer moviment. Comença amb una textura coral i, a continuació, un acompanyament més ràpid en forma de semicorxeres emergeix. La manca d'una cadència final conclusiva crea un final ambigu però digne de la composició.



Relació obra-malaltia

Peculiaritats de l'obra

Com ja hem dit, les peculiaritats que més criden l'atenció de l'obra en general són l'harmonia i el ritme. Aquests són trets molt "tangibles", però també hi ha característiques de la composició que són més susceptibles de subjectivització.

Per exemple, l'obra és misteriosa i molt profunda. En escoltar-la ens arriba a l'ànima i ens remou d'una manera diferent a les altres peces de Schumann. Potser hi té a veure que coneixem les circumstàncies de la seva creació.

Tot i això, no deixa de ser una obra enigmàtica, màgica i, sobretot, visionària, encara que Schumann no fos conscient d'aquest últim qualificatiu, ja que va utilitzar, en aquesta peça, recursos harmònics que no serien habituals fins anys més tard.

Influència dels trastorns

La clara semblança que té amb l'altra obra (Geistervariationen) i el període en què va ser composta fa que la influència dels trastorns pugui ser la mateixa. Una altra vegada, Schumann es trobava entre la bogeria i la serenitat, i això va fer que pogués arribar a escriure una obra com aquesta, amb l'afectació dels trastorns.



CONCLUSIONS

Després d'aquest estudi, procedim a treure unes conclusions, basades en la hipòtesi primera, que planteja la influència de les malalties mentals dels compositors en la seva manera d'escriure.

Això, com hem dit a la introducció general del treball, ve de la idea que sempre s'ha tingut de la relació entre bogeria i geni o bogeria i art.

En el cas de Schumann, com hem pogut comprovar, passava exactament el contrari: quan la bogeria (en forma de trastorn) apareixia, l'art fugia. Això es veu molt clar en el gràfic de la secció anterior.

Tot i això, podem trobar obres, com l'analitzada anteriorment, que trenquen la idea de la gràfica i altres obres, més minoritàries, escrites en períodes de depressió.

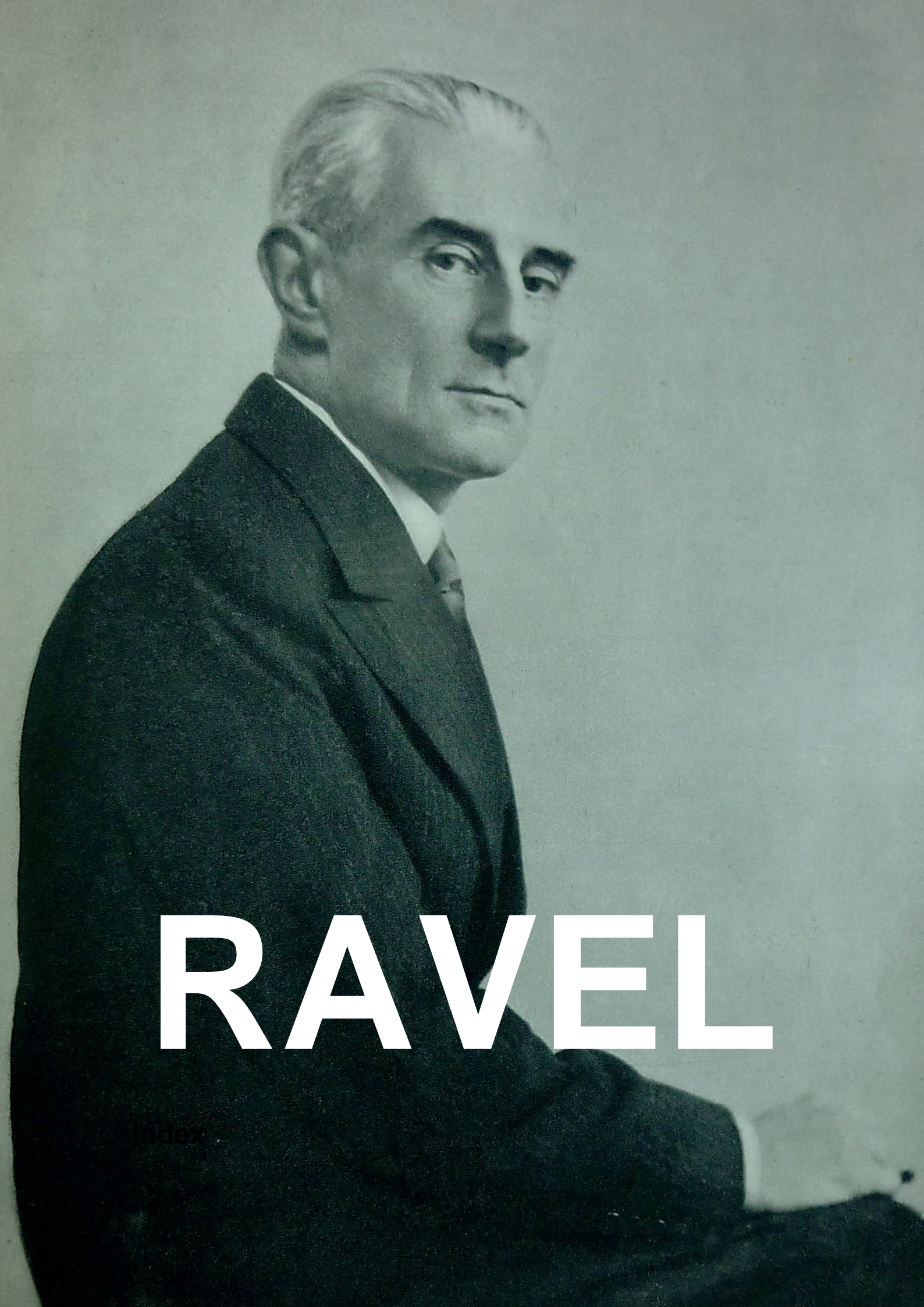
Malgrat tot, en aquest treball no especifiquem si busquem una influència en la quantitat d'obres o en la qualitat (per dir-ho d'alguna manera) d'aquestes. És a dir, hem de tenir en compte el nombre però també el fons d'aquestes, el que s'hi amaga. En aquest cas, seccionarem el resultat:

Podem dir que en la quantitat d'obres els trastorns SÍ que influïen.

En la manera en què estan escrites podem trobar més dificultats per saber-ho. No podem saber de quina manera s'inspiraven alguns artistes, però Schumann sempre va tenir una relació propera entre la seva vida personal i la seva música. Per això podem concloure que la malaltia mental que patia SÍ que va afectar la seva manera de compondre (igual que ho feien altres aspectes de la seva vida). A més, existeixen obres escrites en els períodes de menys producció, algunes amb un rerefons molt dolorós.

Així doncs, la conclusió (gens clara ni segura) és que el trastorn que va patir Robert Schumann (segurament el trastorn bipolar tipus II) SÍ que va influir en la seva música.

Podem concloure aquesta part referida a Schumann amb una frase seva, misteriosa com les variacions que hem analitzat: *“La música és el llenguatge que em permet comunicar-me amb el més enllà.”*



RAVEL

Index



Introducció	94
PART TEÒRICA	96
Biografia.....	96
Com era Ravel?	106
Cròniques mèdiques	110
PART PRÀCTICA	114
L'obra.....	115
Justificació de la tria de l'obra	116
Anàlisi	118
Relació obra-malaltia	124
CONCLUSIONS	126



Introducció

Joseph Maurice Ravel va ser un compositor francès del segle XX. La seva obra, amb un estil neoclàssic audaç (tot i que també se'l vincula amb l'impressionisme), és el fruit d'una herència complexa i de recerques musicals que van revolucionar la música per a piano i per orquestra. Va ser un dels millors orquestradors de tota la història de la música i va escriure un total de 85 obres, algunes d'elles inacabades, entre les quals podem trobar peces per a piano, música de cambra, dos concerts per a piano, música de ballet, òpera i cicles de cançons.

Malgrat el seu recorregut, Ravel no ha tingut el reconeixement que mereixeria. Possiblement, perquè va tenir l'infortuni de compondre una obra que va eclipsar totes les altres i tot el seu treball. Estem parlant del famós *Boléro*, probablement l'obra més detestada de Ravel, ja que la seva existència va fer, des dels temps del mateix compositor, que fos la seva obra per defecte. I encara ara és més conegut pel *Boléro* que per les seves altres 84 obres.

Malgrat això, Ravel va tenir molt èxit, sobretot durant la dècada de 1920, quan va recórrer tota Europa, Estats Units i Canadà rebent les millors crítiques sobre les seves obres.

Ravel, però, apareix en aquest treball degut a les malalties mentals que va patir en els últims anys de la seva vida. El dramatisme del moment recau sobre el fet que aquestes malalties, en el seu punt més crític, van fer que no pogués compondre ni escriure però van permetre-li ser conscient en tot moment de la seva situació. Ravel podia sentir música al seu cap, podia crear melodies, podia compondre, però cap de les seves creacions podia ser passada a partitura per culpa d'aquestes malalties.

És per això que Ravel va frustrar-se en veure que seguia tenint capacitats però que no podia fer-les servir.

Investigadors i investigadores segueixen indagant per esbrinar si les malalties que va patir poden veure's reflectides en la seva música, tot i que alguns neuròlegs, com en el cas de Schumann, s'han basat en les seves últimes obres per justificar algunes malalties.



Seguirem investigant si ambdós conceptes es relacionen, entre la controvèrsia que encara hi ha.



PART TEÒRICA

Biografia

Nom	Joseph Maurice Ravel
Naixement	Ziburu, Pirineus Atlàntics, 7 de març de 1875
Defunció	París, 28 de desembre de 1937
Nacionalitat	Francesa
Ocupació	Compositor, orquestrador
Estil	Neoclàssic



Ravel va néixer el 7 de març de 1875 a la localitat basca de Ciboure, França, a 18 quilòmetres de la frontera espanyola. Va tenir un germà, Édouard.



El seu pare, Pierre-Joseph Ravel, va ser un educat i reeixit enginyer, inventor i fabricant, nascut a Versoix (prop de la frontera franco-suïssa). La seva mare, Marie, de soltera Delouart, era basca, però havia crescut a Madrid. En termes del segle XIX, Joseph s'havia casat per sota de la seva condició (Marie era il·legítima i amb prou feines sabia llegir i escriure). El matrimoni, malgrat això, va funcionar i van ser feliços. Els pares de Ravel eren catòlics i ell va ser batejat a l'església parroquial de Ciboure sis dies després del seu naixement.



La família es va traslladar a París tres mesos més tard, i al cap d'un temps va néixer un fill menor, Édouard.

Joseph Ravel (pare), Marie Ravel (mare) i Maurice Ravel.

Maurice estava molt a prop del seu pare i també va estar especialment dedicat a la seva mare. A més, el seu patrimoni basc-espanyol va representar una gran influència en la seva vida i la seva música. Entre els seus primers records estaven les

cançons populars que la mare li cantava. La llar no era rica, però era una família acomodada i els dos nois van tenir infàncies felices.



Més tard, Ravel va recordar: “Al llarg de la meua infància jo he estat molt proper a la música. El meu pare [...] sabia com desenvolupar el meu gust i estimular el meu entusiasme a una edat precoç”. No hi ha constància que Ravel rebés cap ensenyament musical formal en els seus primers anys; el seu biògraf Roger Nichols suggereix que el nen podia haver estat educat principalment pel seu pare.



Quan tenia 7 anys, el 1882, Ravel va començar a rebre lliçons de piano amb Enrique Ghys, amic d'Emmanuel Chabrier. Cinc anys més tard, el 1887, va començar a estudiar harmonia, contrapunt i composició amb Charles-René, alumne de Léo Delibes. Tot i no ser un nen prodigi, era un nen molt musical. Les seves primeres composicions daten d'aquest període.



Ricard Viñes

El 1888 Ravel es va reunir amb el jove pianista Ricard Viñes, que es va convertir en, no només un amic per tota la vida, sinó també un dels intèrprets més destacats de les seves obres i el vincle entre Ravel i la música espanyola. Tots dos van compartir una apreciació per Wagner, la música russa i els escrits de Poe, Baudelaire i Mallarmé.

Émile Decombes va assumir el càrrec de professor de piano de Ravel el 1889.

Amb el suport dels seus pares, Ravel va aconseguir entrar al Conservatori de París. Va guanyar el primer premi en el concurs de piano del Conservatori el 1891, tot i no destacar-se entre els estudiants de piano. No obstant això, aquests anys van ser una època de considerable avanç en el seu desenvolupament com a compositor.



Durant l'any 1891 Ravel va progressar molt amb les classes de piano, però, en boca de l'erudita musical Barbara L. Kelly, “només era ensenyable en els seus propis termes”¹⁵. El seu mestre Gabriel Fauré va entendre-ho, però aquella actitud no va ser acceptada pels altres professors de la facultat del Conservatori, durant la dècada de 1890. Per tant, Ravel va ser expulsat el 1895.

Des d'aquest punt es va concentrar en la composició. Les seves obres de l'època inclouen les *Un gran Sommeil noir* i *D'Anne jouant de l'Espinette* cançons a les lletres de Paul Verlaine i Clément Marot, i les peces per a piano *Menuet antics* i *Havanera*, aquest últim finalment incorporada a *Rapsodie espagnole*. Durant aquest període, Joseph Ravel va introduir el seu fill a Erik Satie, que es guanyava la vida com a pianista cafeteria. Ravel va ser un dels primers músics – Debussy va ser un altre – que va reconèixer l'originalitat i el talent de Satie.



El 1897 Ravel va ser readmès al Conservatori, estudiant composició amb Fauré, i prenent classes particulars de contrapunt amb André Gedalge. Aquests dos mestres, particularment Fauré, van ser les influències principals en el seu desenvolupament com a compositor.

El 1899 Ravel va compondre la seva primera peça coneguda, tot i el poc impacte inicial, *Pavane pour uneix infant défunte* (“Pavana per a una infanta difunta”). Originalment va ser una obra per a piano sol i va ser escrita per encàrrec de la princesa de Polignac. Després d'això, el crític i compositor Pierre Lalo, va pensar que Ravel tenia talent, però durant les dècades següents Lalo es va convertir en el crític més implacable de Ravel.

Des de l'inici de la seva carrera, Ravel va mostrar-se indiferent davant la culpa o la lloança. Els que el coneixien bé sabien que l'única opinió sobre la seva música que ell realment valorava era la seva, una perfeccionista i severa autocrítica.

¹⁵ Era difícil d'ensenyar, només es podia fer a la seva manera.



Al voltant de 1900 Ravel i una sèrie d'artistes joves i innovadors, poetes, crítics i músics es van unir en un grup, que va arribar a ser coneguts com "Els Hooligans", un nom encunyat per Viñes per representar el seu estat com "pàries artístiques".

Ravel va conèixer Debussy en aquella dècada. Va pensar que Debussy era impressionista, però que ell mateix no ho era.

Els dos compositors, però, van deixar de ser amics a meitat de la dècada de 1900, per raons musicals i possiblement personals. Els seus admiradors van dividir-se. Ravel va dir: "Probablement és millor per a nosaltres, després de tot, per estar en condicions frígides per raons il·lògiques".

Durant els primers anys del nou segle les noves obres de Ravel van incloure la peça per a piano *Jeux d'eau* (1901), el Quartet de Corda i el cicle de cançons orquestrals *Shéhérazade* (tots dos 1903).

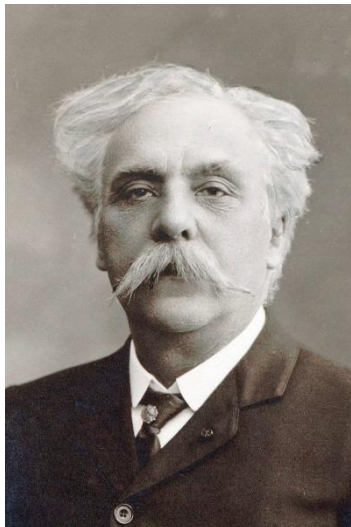


Claude Debussy

Durant aquests primers anys també va fer cinc intents per guanyar el premi més prestigiós de França per a joves compositors (els guanyadors anteriors dels quals va incloure Berlioz, Gounod, Bizet, Massenet i Debussy). El 1900, Ravel va ser eliminat en la primera ronda, el 1901 va guanyar el segon premi del concurs, el 1902 i el 1903 tampoc va guanyar res. Es diu que els jutges del concurs van pensar que Ravel se'n reia del concurs, presentant una cantata que semblava una paròdia. El 1905 Ravel va competir per última vegada. Va ser eliminat en la primera ronda, però la indignació de la premsa va créixer quan es va saber que el catedràtic en el Conservatori, Charles Lenepveu, era al jurat i només es van seleccionar als seus estudiants per a la ronda final. La seva insistència en què això era pura coincidència no va ser ben rebuda. L'afer Ravel es va convertir en un escàndol nacional, donant lloc a la jubilació d'un dels jutges



i la seva substitució per Fauré, nomenat pel govern per dur a terme una reorganització radical del Conservatori.



Fauré, (ex-)professor de Ravel i jutge del tribunal dels concursos del Conservatori de París.

L'última part de la dècada de 1900 Ravel va crear un patró per escriure obres per a piano i posteriorment per a gran orquestra. Durant aquesta època va orquestrar algunes peces que ell havia escrit per a piano.

Ravel no era professor per vocació, però va donar lliçons a uns joves músics que sentia podrien beneficiar-se'n.

El primer concert de Ravel fora de França va ser el 1909, obtenint crítiques favorables i la millora de la seva creixent reputació internacional.

La *Société Nationale de Musique*, fundada el 1871 per promoure la música de compositors francesos, havia estat dominada des de mitjans de la dècada de 1880 per una facció conservadora liderada per Vincent d'Indy. Ravel, juntament amb altres exalumnes de Fauré, van establir una nova organització modernista, la *Société Musicale Independent*, amb Fauré com el seu president.



La primera de les dues òperes de Ravel, la comèdia en un acte *L'heure espagnole* va ser estrenada el 1911. La peça va ser modestament reeixida en la seva primera producció, i no va ser fins a la dècada de 1920 que es va convertir en popular.

El 1912 Ravel tenia tres ballets per estrenar. El primer, en versió orquestrada i ampliada, era *Ma mère l'oye*, inaugurat al Teatre de les Arts al gener. Les crítiques van ser excel·lents. El segon ballet de Ravel de 1912 va ser *Adélaïde*



ou le langage des fleurs. Per últim, el tercer va ser *Daphnis et Chloé*, que va estrenar-se al mateix teatre al juny. Aquesta va ser l'obra orquestral de major escala que va tardar diversos anys en completar-se.



França, gener de 1913.

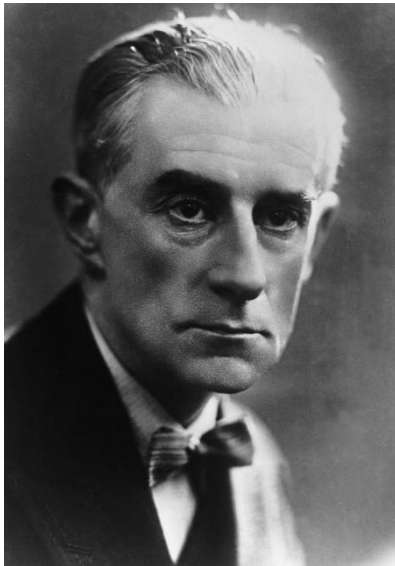
Ravel va compondre poc durant 1913, però juntament amb Debussy, va ser un dels músics presents en l'assaig general de *La consagració de la primavera*. Stravinsky va dir més tard que Ravel era l'única persona que va comprendre immediatament la música. També va col·laborar en la realització de la inacabada òpera *Khovanshchina*.

Quan Alemanya va envair França el 1914, Ravel va tractar d'unir-se a la Força Aèria francesa. Després de diversos intents fallits d'allistar-se, finalment es va unir al Tretzè Regiment

d'Artilleria com a camioner, el març 1915.

Durant la guerra, la *Ligue Nationale pour la Defensa de la Musique Française* va ser formada per Saint-Saëns, Dubois, d'Indy i altres, fent campanya per a la prohibició de la interpretació de la música contemporània alemanya. Ravel es va negar a unir-se. La lliga va respondre prohibint la música de Ravel dels seus concerts.

La mare de Ravel va morir al gener de 1917 i ell va caure en una desesperació terrible, que agreujà l'angoixa que sentia pel patiment de la gent del seu país durant la guerra. Va compondre algunes obres en els anys de guerra. El trio de piano estava gairebé complet quan va començar el conflicte. L'obra més important d'aquesta etapa, *Le Tombeau de Couperin*, composta entre 1914 i 1917, estava formada per diferents moviments, cadascun dedicat a un amic de Ravel mort en la guerra.



Després de la guerra, les persones properes a Ravel van reconèixer que havia perdut gran part de la seva resistència física i mental. A Ravel se li va oferir la Legió d'Honor el 1920, però va rebutjar-la.

El 1920 es van completar *La valse*, en resposta a un encàrrec. Havia treballat en ell de forma intermitent des de feia alguns anys, però va ser rebutjat per Diaghilev, que va dir: "És una obra mestra, però no és un ballet. És el retrat d'un

ballet". Ravel va assentir el veredict de Diaghilev sense protestar.

En l'era de la postguerra hi va haver una reacció en contra de la música a gran escala de compositors com Gustav Mahler i Richard Strauss. Algunes influències sobre ell en aquest període van ser el jazz i l'atonalitat. Ravel va comentar que preferia el jazz a la gran òpera i la seva influència s'escolta en la seva música. Arnold Schönberg també va influenciar la música de Ravel, com la *Chansons madécasses* (1926). Altres obres importants de la dècada de 1920 inclouen l'arranjament orquestral de la suite *Quadres d'una exposició* de Mussorgsky (1922), l'òpera *El nen i els sortilegis a un llibret de Colette* (1926), *Tzigane* (1924) i la Sonata per a violí (1927).



Ravel amb l'uniforme de l'exèrcit

Al maig de 1921, Ravel es va instal·lar a *Le Belvédère*, una petita casa a la perifèria de Montfort-l'Amaury, a 88 quilòmetres a l'oest de París. Atès per una mestressa de casa devota, hi va viure per la resta de la seva vida. A *Le Belvédère*, Ravel componia si no realitzava cap viatge a París o a l'estranger. El seu calendari de



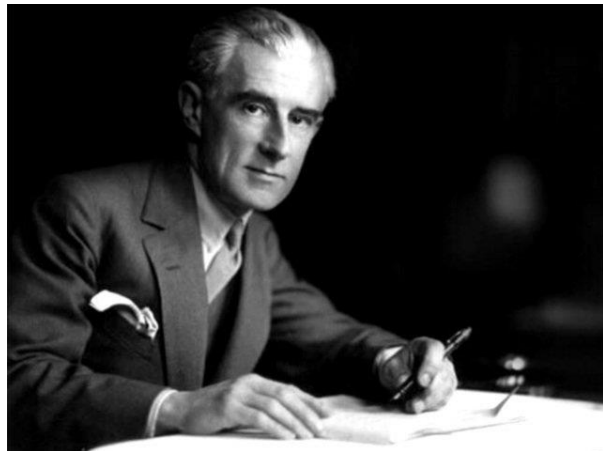
gira va augmentar considerablement en la dècada de 1920, amb concerts a Gran Bretanya, Itàlia, Suècia, Dinamarca, els EUA, Canadà, Espanya i Àustria.



Després de dos mesos de planificació, Ravel va realitzar una gira de quatre mesos per Amèrica del Nord el 1928. La seva tarifa era un mínim garantit de \$ 10.000 i un subministrament constant de cigarrets *Gauloises*. Va tocar amb la majoria de les principals

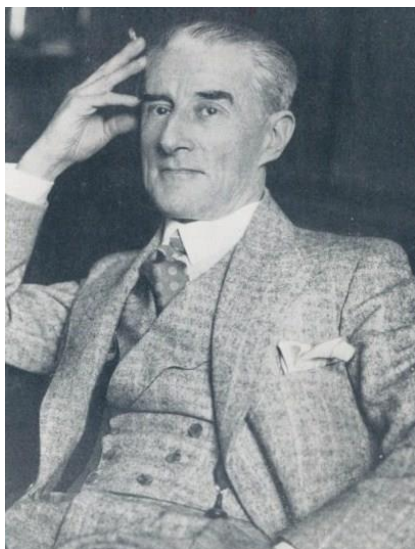
orquestrades de Canadà i els EUA i va visitar més de vint ciutats. En un programa de música de Ravel a Nova York, tot el públic es va posar dempeus i va aplaudir quan el compositor va aixecar-se del seu seient. Ravel va observar: “Saps, això no em passa a París”.

L'últim treball realitzat en la dècada de 1920 es va convertir en la seva obra més famosa: el *Boléro*. Ravel va continuar dient que el treball era “un llarg crescendo, molt gradual. No hi ha contrastos, i pràcticament no hi ha invenció, excepte el pla i la forma de l'execució. Els temes són totalment impersonals”. Es va



sorprendre, però no de satisfacció, en veure que aquella obra es convertia en la més famosa i aclamada per les masses. L'obra va ser popularitzada pel director Arturo Toscanini i ha estat gravada diversos centenars de vegades. Ravel va comentar: “He escrit només una obra mestra (*Boléro*); malauradament no hi ha música en ella”.

A principis de la dècada de 1930 Ravel va treballar en dos concerts per a piano. Va completar el primer Concert per a piano en Re major per a la mà esquerra. Va ser encarregat pel pianista austríac Paul Wittgenstein, que havia perdut el seu braç dret durant la guerra. Wittgenstein estava decebut inicialment per la



peça, però després d'un llarg estudi va quedar fascinat i la va classificar com una gran obra. Al gener de 1932 es va estrenar a Viena amb un èxit instantani i ho va fer l'any següent a París amb Ravel com director.

El Concert per a piano en Sol major va ser acabat l'any següent. Després de l'estrena al gener de 1932, hi va haver un gran elogi per a la solista, Marguerite Long i per la partitura de Ravel, però no pel director.

Els seus últims anys van ser cruels perquè estava perdent gradualment la seva memòria i alguns dels seus poders de coordinació i ell n'era, per descomptat, molt conscient.

L'octubre de 1932 Ravel va patir un cop al cap en un accident de taxi. La lesió no semblava transcendental en el moment, però en un estudi pel *British Medical Journal* el 1988 el neuròleg R.A. Henson conclou que pot haver exacerbat una condició cerebral ja existent. El 1927 amics propers s'havien preocupat per la creixent distracció de Ravel i al cap d'un any de l'accident va començar a experimentar els símptomes que suggereix l'afàsia¹⁹. Abans de l'accident, havia començat a treballar en la música per a una pel·lícula, *Don Quichotte*, però va ser incapaç de complir amb la producció i Jacques Ibert va escriure la major part de l'obra. Ravel va completar tres cançons per a baríton i orquestra destinada a la pel·lícula, que es van publicar com *Don Quichotte à Dulcinée*. La partitura orquestral manuscrita està escrita de pròpia mà per Ravel, però Lucien Garban i Manuel Rosenthal van ajudar en la transcripció. Ravel no va compondre més després d'això. La naturalesa exacta de la seva malaltia és desconeguda. Encara que ja no fos capaç d'escriure música, Ravel es va mantenir físicament i socialment actiu fins als seus últims mesos.

El 1937 Ravel va començar a patir el dolor de la seva condició, i va ser examinat per Clovis Vicente, un reconegut neurocirurgià de París. Vicente va aconsellar tractament quirúrgic. Va pensar que era poc probable trobar un tumor i esperava

¹⁹ Totes les referències en **vermell** d'aquest treball van dirigides a l'Annex I.



trobar dilatació ventricular, la qual podia ser curada amb cirurgia. El germà d'Edouard Ravel va acceptar la proposta (va ser el germà qui va decidir perquè el pacient no estava en condicions d'expressar una opinió). Després de l'operació no semblava haver-hi una millora en el seu estat i aviat va entrar en coma.

Va morir el 28 de desembre, a l'edat de 62 anys.



El 30 de desembre 1937 Ravel va ser enterrat al costat dels seus pares en una tomba de granit al cementiri de Levallois-Perret, un suburbi al nord-oest de París. Ravel era ateu i en el seu enterrament no hi va haver cap cerimònia religiosa.



Com era Ravel?

Quan tenia només 20 anys, Ravel era, segons el biògraf Burnett James, “amo de si mateix, una mica distant, intel·lectualment esbiaixat, donat a bromes lleus”. L’últim retrat (1935) mostra un home atractiu amb els ossos frontals facials prominents, tot i que no més enllà dels límits normals. Alguns investigadors van pensar que la mida del cap era anormal i van concloure que això era el resultat de la hidrocefàlia. Tot i això, no s’ha demostrat i en els retrats no s’aprecien aquests signes.

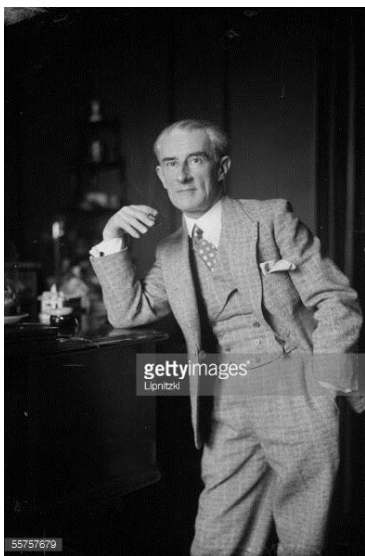


Maurice Ravel amb barba el 1906.

Seguint amb la seva aparença, podem dir que a la fi de la dècada de 1890 i en els primers anys del segle vinent, Ravel portava barba a la moda de l’època.

Passats els seus trenta anys, va començar a anar sempre ben afaitat.

Les fotografies i els testimonis ens diuen que el compositor vestia com un dandi i era meticulós amb la seva aparença i comportament. Tenia una baixa estatura i un posat perfectament metòdic; semblava convenientment adaptat al seu formidable intel·lecte.



Ara que ja podem fer-nos una idea de com era físicament Maurice Ravel, podem passar a conèixer-lo una mica més interiorment.

Era un treballador lent i laboriós i era conegut per la seva indiferència als assumptes financers. Respecte a la seva personalitat, se sap que era força irònic, i els seus amics han deixat escrit una vegada i una altra sobre la seva generositat i calidesa d’esperit. Tot i això, va ser expulsat del Conservatori de Paris perquè els seus professors pensaven que era poc flexible com a alumne i que era difícil ensenyar-lo perquè tot volia fer-ho a la seva manera.



De totes maneres, la personalitat de Ravel, les seves motivacions i les seves preocupacions es mantenen força amagades. Els col·legues del seu cercle artístic poques vegades es van oblidar d'esmentar el seu caràcter inusual. El pianista Ricard Viñes, el diari personal del qual és la millor prova existent de la joventut i carrera primerenca de Ravel, el va anomenar “reservat sobre els mínims detalls de la seva existència”. Dècades més tard, el poeta Paul Valéry va observar que l'hàbit amb el tabac de Ravel “va servir per augmentar la cortina de fum entre ell i els ximplers d'aquest món”.

Durant la seva vida Ravel també va exercir de professor i en va ser un de molt exigent, sobretot quan pensava que un alumne tenia talent. El seu professor Fauré sempre deia que els seus alumnes havien de trobar la seva pròpia veu individual i no ser excessivament influenciats pels mestres establerts. Ravel, però, pensava força diferent i es centrava bàsicament en els bons alumnes. En una ocasió va dir-li a Rosenthal, un alumne seu, que no intentés tocar una peça de Debussy perquè no podria fer-ho mai bé, ja que “només Debussy pot haver escrit això i només Debussy pot tocar-ho com ha de sonar “. El compositor més conegut que va estudiar amb Ravel va ser probablement Ralph Vaughan Williams. Vaughan Williams va recordar que Ravel va ajudar-lo a escapar de “la forma teutònica¹⁷ contrapuntística pesada...”. *Complexe mais pais compliqué*¹⁸ era el seu lema.

Per altra banda, també es diu de Ravel que era tendre i comprensiu amb un grau inusual; Era molt compassiu i no podia suportar veure qualsevol criatura (humana o animal) patint. A causa de la seva amabilitat i actitud sense prejudicis, les persones que patien de mal o confusió se sentien atretes per ell, a la recerca d'ajuda.

Tenia una ànima poètica i un gran amor i afinitat per la música. Molts dels seus sentiments eren vagues i no podia verbalitzar-los fàcilment, per tant, la música suposava una drecera per poder expressar-los. Era emocionalment expressiu i sovint dramatitzava els seus sentiments, que acostumaven a ser molt profunds. La relació amb la seva mare i amb altres dones en la seva vida tendien a ser

¹⁷ Relatiu o pertanyent als teutons, individus d'un antic poble germànic.

¹⁸ Complexe però no complicat.

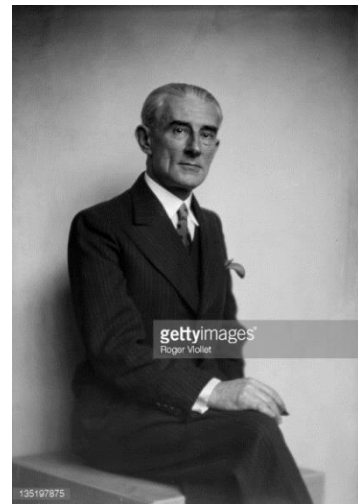


molt estretes i intenses. Segons han explicat algunes persones que el van conèixer, Ravel es bolcava molt en les relacions (d'amistat) i això va provocar, alguna vegada, que fos víctima de manipulacions.

Alhora, tendia a inhibir-se davant els grups molt grans de persones i semblava, per tant, bastant distant. S'inclinava a fugir de les multituds, tot i que gaudia de la socialització amb coneguts, reunia a gent i tenia amics de tots dos sexes. Valorava molt l'amistat i estava obert a relacions d'amor, romanç i sexe. Els tradicionals papers de "marit" i "dona" no atreien Ravel i avorria la gelosia i la possessivitat, ja que sentia que cap persona veritablement "pertany" a un altra. Apreciava les relacions en les quals la seva parella li permetia molta llibertat i no era exigent emocionalment.

Al seu torn, però, tenia una visió de les relacions força romàntica i podia desil·lusionar-se fàcilment. Mostrava una naturalesa apassionada i una forta expressió de la seva sexualitat.

Respecte a la sexualitat, no està molt clara la seva orientació. L'investigador Benjamin Ivry afirma que era homosexual. En suport de la seva tesi, Ivry presenta un conjunt de proves: Ravel va romandre solter tota la vida, vestia com un dandi i va incloure en el seu cercle d'amics gais i lesbianes. Fins aquí res molt significatiu. Ivry diu també que Maurice Ravel mai va superar el seu complex d'Èdip²⁰; les proves romanen en les freqüents referències al món dels nens en la seva obra i en la desesperació en què es va sumir després de la mort de la seva mare.



Ivry justifica la seva afirmació posant altres exemples de situacions en les quals Ravel es transvestia per rebre convidats a casa seva. Tot i això, gràcies als testimonis escrits que van deixar amics seus com Viñes, se sap que també va estar enamorat d'alguna noia, a les quals va deixar missatges dins la seva música, segons diuen, en forma de notes o codis secrets.

Així doncs, no està clar si Ravel va ser heterosexual, homosexual, bisexual o tenia alguna altra orientació, cosa que tampoc influeix en el treball i que, per tant, deixarem en incògnita.



Podem resumir-ho dient que Maurice Ravel va ser una persona brillant, intel·ligent, irònica, tímida i tranquil·la, revelant també trets de personalitat obsessius – esforç constant per l'ordre i el perfeccionisme – com es confirma en les seves cartes. Sabem que tots aquests trets li venien donats per la seva mare, que va arribar a ser el gran amor de la seva vida.

Fet i fet, Ravel era una persona que sembla complicada i veurem que la seva vida va tornar-s'ho més quan van començar a aparèixer les malalties mentals, que van fer que deixés de compondre. Ens adonarem del veritable amor que sentia per la seva feina, la música, que era la seva passió; i què va suposar per ell perdre la capacitat per seguir-la component.



Cròniques mèdiques

Els primers signes clars de malestar neurològic van aparèixer el 1927. Pel que sembla, el Dr. Valery-Radot (el seu metge) ja li havia recomanat repòs per un any (les raons d'aquest consell no s'han descobert), però la senyora Jourdain-Morhange va telefonar al metge perquè havia trobat Ravel "perdut". També, segons ella, feia "errors en l'escriptura, línies irregulars i esborrats (havent admirat sempre d'ell el fet de tenir una presentació clara) i li tremolava la mà".

No obstant això la seva escriptura "es va estabilitzar" de nou el 1928. De totes maneres, sembla que tant Valery-Radot com Ravel ja temien que hi havia alguna cosa greu. El novembre de 1928 Ravel va perdre's quan tocava la seva Sonatine a Madrid (va saltar de l'exposició del primer moviment a la coda de la final). Independentment d'aquest esdeveniment, la seva memòria començava a ser defectuosa i els seus processos mentals es van desaccelerar.

El curs de la malaltia des de l'any 1929 al 1931 no està ben documentat, per tant és difícil determinar el punt exacte de l'aparició de la malaltia cerebral progressiva si els símptomes inicials es troben totalment dins de l'esfera mental. Però, malgrat el restabliment temporal de la capacitat d'escriure, 1927 sembla ser la data corresponent, ja que va ser quan Jourdain-Morhange va donar la veu d'alarma. Més tard va escriure: "[...] al començament de la seva malaltia, Ravel volava en una passió quan no podíem trobar la paraula que buscava", un signe que l'afàsia s'estava desenvolupant.

El 20 de novembre 1931 es va descriure a si mateix com "gairebé acabat" i va dir que estava sent tractat amb injeccions de sèrum i repòs absolut.

Com hem pogut llegir a la biografia, Ravel va patir un accident de taxi a París el 9 d'octubre de 1932. Es va trencar algunes dents, va patir molts cops i va masegar-se el pit i el cap. No hi ha evidència de cap dany neurològic resultant, però és de coneixement comú que una lesió al cap ostensiblement menor pot estar vinculada amb el deteriorament de la malaltia ja present en el cervell. Aquest, probablement, és el cas de Ravel.

El 1933 va escriure l'última obra, l'orquestració de *Ronsard a son Ame*. Al llarg d'aquell any tot va empitjorar. Al juny va intentar tirar una pedra al mar a St Jean



de Luz, però només va aconseguir colpejar al seu amic de la infància, Marie Gaudin, a la boca. Les dificultats per escriure van augmentar i no podia ni signar documents. En més d'una ocasió havia dit: "No puc, no puc signar. El meu germà li enviarà la meva signatura demà". La seva última carta publicada, escrita amb gran dificultat, data de febrer de 1934.

Ravel, naturalment, es va alarmar per la malaltia que l'havia deixat sense la seva capacitat per compondre. Al novembre de 1933 es va fer la seva última aparició pública. La pràctica del piano va cessar poc després. Els quatre anys restants conformen una imatge trista de decadència progressiva, tot i que Ravel va quedar físicament i socialment actiu. La seva imatgeria auditiva es mantenia igual; això significava que encara podia sentir la música al seu cap. Això va encoratjar la ja existent creença que hi havia una esperança o que sorgiria una cura, idea que Ravel va conservar fins al moment de la seva mort.

Ara ja sabem com van ocórrer els últims anys de la seva vida i tots els fets relacionats amb el problema mental, però quin va ser aquest problema mental? L'absència d'una necròpsia¹⁹, però, significa que el diagnòstic mai serà del tot segur.

El neuròleg francès Alajouanine (neuròleg de Ravel) va publicar el 1948 un article en què parlava de l'afàsia¹⁹ que va patir Ravel. Inicialment va pensar que Ravel havia patit algun tipus d'accident vascular cerebral²¹, però més tard va arribar a la conclusió que era una atròfia o degeneració cerebral²². Tant Valery Radot com Alajouanine havien exclòs del diagnòstic una malaltia sistèmica²⁰.

La causa més comuna de la degeneració cerebral progressiva a l'edat a la qual se l'associa a Ravel és la malaltia d'Alzheimer²³, que pot ser hereditària. Malgrat els temors de Ravel, l'evidència que el seu pare patia de la malaltia és, en l'actualitat, poc convincent. En uns pocs casos, la malaltia es presenta amb trastorn del llenguatge, que pot seguir sent la característica única o dominant en alguns pacients per alguns anys. Tenint en compte la durada de la malaltia de

¹⁹ Examen i dissecció d'un cadàver per determinar la causa de la mort o els canvis produïts per una malaltia.

²⁰ Que afecta a tot el cos, en comptes d'una part o un òrgan.



Ravel i la continuació dels símptomes (completament focals) durant tant de temps, l'Alzheimer no sembla la malaltia que va patir.

La malaltia de Pick²⁴ és una resposta alternativa, diferenciada de l'Alzheimer per l'examen histològic del cervell. Una altra diferència és que en la malaltia de Pick, un canvi de personalitat es produeix abans que qualsevol altra forma de pèrdua de memòria, a diferència de la malaltia d'Alzheimer, on la pèrdua de memòria en general es presenta en primer lloc. Això s'utilitza clínicament per determinar si el pacient està patint d'Alzheimer o de Pick.

Una de les primeres publicacions que afirmen que Ravel patia d'aquesta malaltia és la del neuròleg Kerner, de 1975. En aquesta també diu que Maurice va patir una malaltia crònica els seus últims cinc anys de vida. Els símptomes que va patir són apràxia²⁵, després dificultat per trobar paraules, agrafia²⁶ i alèxia²⁷, tots ells relacionats amb la pèrdua de capacitats en el llenguatge.

El 1976 Cytowic, neuròleg, fa un estudi sobre l'afàsia en Ravel i afirma que aquesta és resultat de lesions cerebrals de l'hemisferi esquerre.

Després d'aquest estudi n'apareixen dos més que afirmen que Ravel tenia Alzheimer (1984 i 1985) i un altre que afirma que tenia Pick (1987).

Altres investigacions apareixen que justifiquen unes o unes altres afirmacions. El 1999 n'apareix una dels neuròlegs Alonso i Pascuzzi que alerta de la probabilitat d'un trastorn degeneratiu progressiu, com ara la demència frontotemporal²⁸.

Un altre estudi d'Amaducci, Grassi i Boller, de 2002, proposen l'existència d'una degeneració corticobasal²⁹, observable en les seves últimes obres i que té una influència en la part esquerra del cervell.

Moltes hipòtesis han estat proposades pels investigadors, però el diagnòstic complet segueix sent un enigma, ja que no es va fer cap autòpsia. La perspectiva més actualitzada sembla apuntar a la comorbiditat d'elements superposats, el que podria remuntar-se a la fràgil joventut del compositor.

Així doncs, és possible que Ravel patís d'afàsia, com han dit quasi tots els investigadors que han estudiat l'historial mèdic de Ravel i, a la vegada, malaltia de Pick.



Com ja hem dit, no és segur, ja que en el moment de la seva mort no es va fer una necròpsia per saber què havia patit.



PART PRÀCTICA

La part pràctica es basarà, igual que en els anteriors compositors, en l'anàlisi d'una obra en la qual puguem intuir la influència d'alguna malaltia.

En aquest cas, com ja hem dit, les malalties no permetien a Ravel escriure les obres. De totes maneres, hi ha algunes obres, les últimes, que es troben en l'etapa de malaltia de Ravel però no en l'etapa en què va deixar d'escriure, és a dir, es troben en el punt en què la malaltia no era prou crítica per a impedir-li escriure.

La malaltia es manifesta per primera vegada el 1927 i el *Boléro* és escrit el 1928, per la qual cosa, és una obra que es troba en el període del qual parlàvem i que serà la que analitzarem i relacionarem amb la malaltia o malalties que va patir Ravel.

En aquesta ocasió, els tres apartats en els quals es divideix la part pràctica (justificació de la tria de l'obra, anàlisi i relació obra-malaltia) possiblement s'encavalcaran, ja que tenen punts en comú.



L'obra

(Veure Annex VII: partitura del Boléro de Ravel)



Justificació de la tria de l'obra

Les raons per les quals hem triat el *Boléro* com a peça clau per relacionar els trastorns de Ravel amb la seva manera d'escriure són tres:

- En primer lloc, perquè es troba entre les últimes obres de Ravel; de fet, és la número 81. Va ser escrita el 1928, és a dir, nou anys abans de morir. A més d'estar entre les últimes, està finalitzada.
- En segon lloc, és una peça que presenta dues clares particularitats, les quals podem percebre escoltant-la un sol cop: l'obra està basada en només dos temes i, a més, un ritme obstinat produït per la caixa persisteix durant tota la peça.
- En tercer lloc (molt lligat amb el segon), aquestes dues característiques descrites en el punt anterior fan que l'obra sigui repetitiva i, fins i tot, obsessiva. Això fa que es pugui relacionar amb les malalties que Ravel va patir.

Aquests tres punts, sabent les malalties que va poder patir i els efectes que li van causar, converteixen l'obra en l'escollida. A més, no hi ha cap altra obra del compositor que els compleixi.

Per altra banda, hi ha una gran controvèrsia al voltant d'aquesta obra, al voltant de la influència que van tenir les malalties en la seva creació. Hi ha opinions a favor d'aquesta tesi i opinions en contra. Això ens pot facilitar la feina, ja que ja hi ha estudis realitzats, però el fet que hi hagi una discussió al respecte també dificulta l'extracció d'unes conclusions clares.

Ens trobem davant d'una de les obres més tocades, gravades i analitzades. Què tindrà aquesta obra? Aquesta és una pregunta que ens pot sorgir en adonar-nos de la gran quantitat d'estudis que hi ha sobre la qual. Diversos/es investigadors/es, neuròlegs/es i científics/es, s'han fixat en les seves peculiaritats per relacionar-la amb les patologies de Ravel. Siguin o no vàlids els resultats, és, si més no, interessant el núvol de curiositat que té al voltant.

L'obra no només crida l'atenció, doncs, per ella mateixa sinó també per tot el que té al voltant.



De tota manera, procedirem a l'anàlisi per entendre millor que la complexitat d'aquesta obra es basa en la simplicitat. Dins de l'anàlisi, també podrem estudiar els diferents significats que se li ha donat, que podrien ajudar-nos (o no) a relacionar-la amb la presumpta malaltia.



Anàlisi

Boléro

Compositor: Maurice Ravel

Any de composició: 1928

Lloc de composició: St Jean de Luz, Montfort-l'Amaury (París)

Tonalitat: Do major

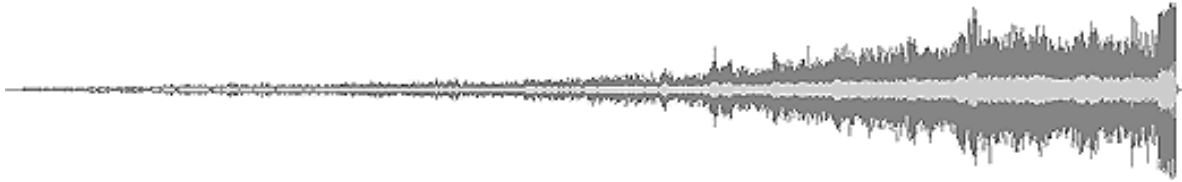
Instrumentació: (2+1), (2+1), (1+2+1), (2+1) – 4, (1+3), 3, 1 – 3 – 3 timbales, 2 caixes, plats, tam- tam, celesta, arpa – corda ²⁰

El *Boléro* és una obra musical creada pel compositor francès Maurice Ravel el 1928 i estrenada a l'Òpera Garnier de París el 28 de novembre d'aquell mateix any. Compost i dedicat a la ballarina Ida Rubinstein, el seu immediat èxit i ràpida difusió universal el van convertir no només en una de les més famoses obres del compositor, sinó també en un dels exponents de la música del segle XX.

Com ja hem dit, es caracteritza per un ritme i un tempo invariables (marcats per l'obstinat de la caixa) i una melodia obsessiva. Així doncs, el *Bólero* és a successió de dues melodies 18 vegades, diferenciades unes de les altres pels instruments que les interpreten i per la base harmònica sobre la qual es toquen.

Al seu torn, el *Boléro* és un gran *crescendo*; de fet, aquesta és la representació gràfica del volum (decibels) de l'obra, de principi a fi:

²¹ 2 flutes travesseres, 1 piccolo, 1 oboè, 1 oboè d'amore, 1 corn anglès, 1 clarinet en Mib, 2 clarinets en Sib, 1 clarinet baix en Sib, 2 fagots, 1 contrafagot, 4 trompes en Fa, 1 trompeta en Re, 3 trompetes en Do, 3 trombons, 1 tuba, 3 saxòfons (sopranino en Fa, sopranino en Sib, tenor en Sib), 3 timbales, 2 caixes, 1 plats, 1 tam- tam, 1 celesta, 1 arpa, violins primers, violins segons, violes, violoncelles, contrabaixos.



Ravel's Bolero. A Mechanical Dance. Favourite Classical Composers.

L'únic element de diversitat, segons el mateix Ravel és aportat per aquest crescendo.

El tempo de l'obra és aquest: **Tempo di Bolero, moderato assai.** ♩ = 72

En aquesta peça hi ha dos trets principals per analitzar: el ritme i la melodia, els quals analitzarem per separat.

El ritme

El primer tret que crida l'atenció del *Boléro* és el ritme obstinat produït per una caixa. Comença amb la caixa sola, però al llarg de la peça és acompanyat per altres instruments afinats com la flauta, la trompa, la trompeta, etc. Aquest és l'esquema del ritme que apareix durant tota l'obra:

Reproducció de l'existent a l'article: "Formal Music Representation; a Case Study: the Model of Ravel's Bolero by Petri Nets", de Goffredo Haus i Antonio Rodriguez.



L'A representa el ritme de la caixa, la cèl·lula rítmica, que persisteix durant tota l'obra. L'obra comença amb una caixa i acaba amb dos, que toquen fins a l'antepenúltim compàs seguint el susdit *crescendo*.

Segons diuen, Ravel es va inspirar per escriure aquest ritme mecànic en una fàbrica que va visitar quan era nen, tot i que molts boleros tenen un ritme similar.

L'A1, l'A2, l'A3 i l'A4 presenten acompanyaments que rep la caixa durant la peça, interpretats, com hem dit, per instruments afinats. Com es pot veure, els tres primers són el mateix ritme que el de la caixa però amb diferents notes (que canvien depenent de l'instrument que els toca) i el quart el complementa.

Els dos compassos de la caixa són repetits cent seixanta-nou vegades.

La melodia

Per altra banda, tenim la melodia, que està basada en temes hispano-àrabs. Ravel la va descriure com simple i artificial. Sobre aquesta també va dir:

“L'home del carrer es dóna la satisfacció de xiular els primers compassos del Boléro, però molt pocs músics professionals són capaços de reproduir de memòria, sense una sola falta de solfeig, la frase sencera que obeeix a hipòcrites i sàvies coqueteries.”

El teixit melòdic comporta un tema A, major, i un tema B, menor.

El tema A és aquest, que en els primers compassos és interpretat per la flauta i, seguidament, per un clarinet:



Aquest tema està en Do Major, té setze compassos i té un petit àmbit d'una novena major (de do3 a re4 per a la flauta); començant amb la tònica aguda, la melodia molt conjuntada descendeix de seguida en arabesc cap a la dominant, després, reprèn més alt cap a la supertònica, i de nou descendeix cap a la tònica greu.

A continuació, apareix el tema B:



Evidentment, és una derivació del tema A, per la qual cosa quasi se'l podria anomenar A'. Aquest, però, és més patètic i passional perquè es troba en to menor. Tot i que en l'exemple està escrit en Clau de Sol, el tema és interpretat per primera vegada en la peça per un fagot.

Ambdós temes tenen 16 compassos i són interpretats 9 vegades cadascun pels següents instruments i amb l'ordre en què estan escrits:

- **Tema A:** Flauta – clarinet – oboè d'*amore* – trompeta amb sordina (+ flauta) – flautins, trompa, celesta – oboè, oboè d'*amore*, corn anglès, clarinet, requinto – vent fusta, violins – vent fusta, saxòfon tenor, violins – flutes, trompetes, saxòfons, violins primers.
- **Tema B:** Fagot – requinto – saxòfon tenor – saxòfon sopranino, saxòfon soprano – trombó – vent fusta, saxòfon tenor – flauta, flautí, oboè, corn anglès, violins – vent fusta, saxòfon soprano, corda – flutes, trompetes, saxòfons, violins primers.

L'esquema de la melodia és el següent:

	A	A	B	B	A	A	B	B	A	A	B	B	A	A	B	B	A	B	C	
	Bucle 1				Bucle 2				Bucle 3				Bucle 4							
Intro																			Acord final	

Amb aquest esquema podem fer-nos una idea de com és de repetitiu el *Boléro*.

La "intro" representa els 4 primers compassos, on toca la caixa acompanyada d'uns *pizzicatos pianíssimos* de la corda. La C representa un tema basat en els dos anteriors que dura 8 compassos i és seguit d'un acord final, un esclat final.

Entre els temes hi ha una cèl·lula de dos compassos que els enllaça.

Així doncs, l'ordre d'aparició dels instruments durant tota la peça és el següent:

Flauta – clarinet – saxòfon tenor – saxòfon sopranino, saxòfon soprano – oboè d'*amore* – trompeta amb sordina (+ flauta) – saxòfon tenor – saxòfon sopranino, saxòfon soprano – flautins, trompa, celesta – oboè, oboè d'*amore*, corn anglès,



clarinet, requinto – trombó – vent fusta, saxòfon tenor – vent fusta, violins – vent fusta, saxòfon tenor, violins – flauta, flautí, oboè, corn anglès, violins – vent fusta, saxòfon soprano, corda – flutes, trompetes, saxòfons, violins primers – flutes, trompetes, saxòfons, violins primers – flutes, trompetes, violins primers.

Fins aquí l'anàlisi, que ens permet fer-nos un idea de l'estructura formal que té el *Boléro*. Com podem veure, és una estructura força senzilla, amb només dos temes que s'intercalen, formant 4 seccions que presenten un bucle.

La "varietat" de la peça rau en el timbre de cada tema cada vegada que apareix i en el crescendo progressiu durant tota la peça.

Respecte al significat de l'obra, del qual s'ha parlat molt, Ravel va aclarir:

"Desitjo vivament que no hi hagi cap malentès respecte al tema d'aquesta obra. Representa una experiència en una direcció molt especial i limitada i no cal pensar que la peça busca aconseguir una altra cosa diferent a la que s'espera. Abans de la primera execució, vaig fer aparèixer un anunci en el qual es deia que jo havia escrit una peça que durava 17 minuts i que consistia enterament en un entreteixit orquestral sense música -en un llarg crescendo molt progressiu. No hi ha contrast i no hi ha pràcticament invenció excepte en la manera d'execució. Els temes són impersonals -melodies populars àrab-espanyoles típiques. I (encara que s'hagi pretès el contrari) l'escriptura orquestral és simple i directa, sense cap mena de virtuosisme. [...] Aquesta pot ser la raó que no hi hagi un sol compositor a qui no li agradi el Boléro -i des del seu punt de vista tenen raó. He fet exactament el que volia, i depèn dels oients prendre-ho o deixar-ho".



Relació obra-malaltia

Després de l'anàlisi de l'obra i sabent les peculiaritats que té, podem passar a relacionar-la amb les malalties que va patir Ravel. Recordem que les diferents investigacions fetes sobre el tema porten a la conclusió que Maurice va patir Malaltia de Pick i afàsia, a més d'algun trastorn obsessiu compulsiu.

Tant la malaltia de Pick com l'afàsia, produeixen per un deteriorament en algunes parts del cervell que es troben a la part esquerra. Això ens porta per dos camins:

Segons els neuròlegs i les neuròlogues especialitzades en la relació entre la música i el cervell, els termes musicals "ritme" i "melodia" estan vinculats a la part esquerra del cervell, mentre que el terme "timbre" està associat a la part dreta. Això voldria dir que Ravel tenia més involucrats en la malaltia el ritme i la melodia d'una peça, mentre que el timbre estava "fora de l'abast" de la malaltia. Això és degut a la correspondència dels hemisferis del cervell amb l'activitat humana: el costat dret "pertany" a la creativitat i el costat esquerre al raonament, en termes generals. Aquest és un dels arguments que utilitzen els investigadors i les investigadores per vincular el *Boléro* amb les malalties. Com ja sabem, la varietat en ritme i melodia és pràcticament nul·la, mentre que la varietat en el timbre és l'única cosa que varia en la peça.



Unraveling Bolero, d'Anne Adams

El segon camí al qual ens porta el coneixement del cervell és el de la relació de casos. Hi ha una pintora, Anne Adams, nascuda a mitjans del s. XX, que va patir malalties molt semblants a les de Ravel i que afectaven també a la part esquerra del cervell. Això li feia realitzar unes pintures basades en patrons repetits una vegada i una altra. Pintures

"mosaiques". El cas d'aquesta pintora, més actual que el de Ravel, ha estat més estudiat que el del compositor. S'ha arribat a la conclusió que el deteriorament



de la part esquerra del cervell ha produït un desenvolupament de la dreta, que ha realitzat noves connexions neuronals poc usuals. A més de la pèrdua del llenguatge, els pacients amb afàsia progressiva poden desenvolupar conductes repetitives. Aquest seria un exemple de les connexions. Aquestes conductes repetitives van portar a Anne Adams a pintar aquest tipus de quadres i potser a Maurice Ravel a compondre el *Boléro*.

A més de les conductes repetitives que l'afàsia podria causar, els trastorns obsessius que va poder tenir Ravel podrien incrementar la raó de la justificació. Ja hem dit abans que la cèl·lula rítmica obstinada que escoltem durant tota la peça, igual que la melodia, són signes d'obsessibilitat.

Alguns neuròlegs relacionen aquests signes amb l'Alzheimer, malaltia que ja hem descartat, o amb la Malaltia del Pick, la qual hauria pogut ser patida per Ravel.

Així doncs, tenint la informació que tenim, podíem concloure que les característiques que té el *Boléro* concorden perfectament amb els símptomes de les malalties que va tenir, sobretot amb l'afàsia.

Ara bé, per sobre de tota interpretació, tenim l'opinió directa del mateix Maurice Ravel. Un dels escrits que va deixar sobre el *Boléro* és el que hem pogut veure en l'apartat d'anàlisi de l'obra. En aquest, ell deixa molt clar que la peça és un simple exercici d'orquestració. La finalitat de l'escrit és aclarir que la peça està composta sense cap altre sentit que l'anomenat anteriorment i avançar-se als possibles malentesos o interpretacions que poguessin sorgir.

Podríem contrarestar-lo dient que, si realment patia d'algun trastorn, seria normal negar que el tingués (molts malalts no en són conscients o intenten amagar-los). Tot i això, sabem que Ravel era prou conscient de la seva pèrdua de capacitats i, a més, els comentaris sobre el seu *Boléro*, dient que l'obra era un "simple" exercici d'orquestració, va repetir-los en diverses ocasions.

Així doncs, creurem en les declaracions de Ravel sobre el *Boléro*.



CONCLUSIONS

Després de l'estudi sobre Ravel, procedim a treure unes conclusions d'acord amb les primeres hipòtesis.

A diferència dels altres dos casos estudiats, en Ravel no observem una influència de les malalties en l'obra escollida. Això no vol dir, en principi, que cap obra del compositor pateixi la influència de les seves patologies, però tot sembla indicar que sigui així.

El fet que l'obra que semblava reunir tots els requisits no demostrï la vinculació obra-malaltia ens porta a pensar que cap ho farà.

Per tant, la primera de les conclusions és que el *Boléro* de Ravel NO sembla influenciada per cap tipus de trastorn. Més ben dit, pot semblar-ho, però davant de l'escrit que va deixar Ravel, podem considerar qualsevol hipòtesi nul·la, ja que el compositor va compondre aquesta obra totalment conscient del que feia.

Per altra banda, la resta de les obres tampoc semblen estar influïdes, ja que no tenen una particularitat tan notable com aquesta. Per tant, Ravel NO va ser influït per les seves pròpies.

Així doncs, sembla que la sospita inicial podria ser certa: podria ser que quan veritablement la malaltia va començar a afectar a Ravel, quan realment podria haver influït en la seva manera de compondre, la mateixa malaltia va impedir-li fer-ho i per això no hi ha cap obra de Ravel en què puguem apreciar aquesta afectació.

Per acabar la secció referent a aquest gran músic i enigmàtic personatge, ens quedarem amb una frase que ell mateix va dir: "*L'única història d'amor que he tingut va ser amb la música*".



CONCLUSIONS GENERALS

Com ja hem dit en la introducció, és impossible treure unes conclusions generals pels tres músics, ja que, com diferents persones que són, cadascú d'ells viu la música i els trastorns que va patir a la seva manera.

Així doncs, les conclusions generals seran la reunió i el resum dels tres casos.

En el cas de **Mozart**, les conclusions han estat les següents:

- Influència del trastorn en la peça escollida: **SÍ**
Pel fet que la va escriure en un període tranquil de la seva vida i degut a les pròpies característiques de l'obra, inusuals per l'època.
- Influència del trastorn en la totalitat de l'obra: **NO**
A causa de l'existència d'una sola obra que ens cridi l'atenció dins del catàleg de més de 600.

En el cas de **Schumann**:

- Influència del trastorn en la peça escollida: **SÍ**
A causa de l'estranya situació en què va ser escrita, que no s'hagués produït sense el trastorn que Robert patia.
- Influència del trastorn en la totalitat de l'obra: **SÍ**
Un sí matisable. Els trastorns feien que baixés la producció (aquesta ja és una forma d'afectació) però hi ha obres de Schumann en els períodes amb baixa producció, algunes amb un rerefons molt dolorós.

En el cas de **Ravel**:

- Influència del trastorn en la peça escollida: **NO**
Discussible. Ell mateix va dir que es tractava d'un exercici d'orquestració, sense cap intenció fora de la pròpia d'una pràctica
- Influència del trastorn en la totalitat de l'obra: **NO**



La malaltia va aparèixer en els últims anys de la seva vida, on hi ha registrades unes poques obres, cap amb uns trets que cridin l'atenció.

Aquests han estat els resultats d'aquest Treball de Recerca, com ja hem dit i repetit, molt incerts, fruits d'una feina intensa i sincera.



Bibliografia i Webgrafia

SACKS, Oliver. (2009). Musicofilia. La Magrana. ISBN 978-84-9867-458-3

MOZART

ANDERSON, E. “*Mozart's letters*”. London: Barnie & Jenkins Ltd, 1990.

ANDERSON, E. “*The letters of Mozart and his family*”. 3rd Edn. London: Macmillan, 1985.

ASHOORI, Aidin; JANKOVIC, Joseph. “*Mozart's movements and behaviour: a case of Tourette's syndrome?*”. US National Library of Medicine. National Institutes of Health. Novembre 2007. [Consulta: abril de 2015].
<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2117611/>>

BARRAUD, J. “*A quelle maladie a sucombé Mozart?*”. La Chronique Médicate, 12 (1905): 737.

CLEIN, G.P. “*Mozart: A study in renal pathology*”. London University King's College Hospital Gazette (1959). P. 42.

DAVIES, P.J. “*Mozart in person: his character and health*”. New York: Greenwood Press Inc, 1989.

DAVIES, P.J. “*Mozart's illness and Death*”. Journal of the Royal Society of Medicine, 76 (1973): 776 – 785.

DAVIES, P.J. “*Mozart's illness and Death - 2*”. Musical Times, 125 (1984): 55 – 56.

FLUKER, J. “*Mozart: His health and death*”. Practitioner, 209 (1972): 841 – 843.

GARCÍA ALONSO, Almudena. “*El síndrome y el efecto Mozart*”. Filomúsica, 85. Octubre 2007. [Consulta: maig de 2015].
<<http://www.filomusica.com/filo85/sindrome.html>>

GREITHER, A. “*Mozart und die Arzie: Seine Krankheit un Seintj Tod*”. Deutsche Medicinische Wockenschrift, 81 (1956): 165 – 169.

HILSON, D. “*Malformation of ears as a sign og malformation of urinary tract*”. British Medical Journal, 2 (1957): 785 – 789.



HOERMANN, Simone. “*Wolfgang Amadeus Mozart: Personality Disorder or Bipolar Disorder?*”. Mental help. Agost 2009. [Consulta: juny 2015].
<<https://www.mentalhelp.net/blogs/wolfgang-amadeus-mozart-personality-disorder-or-bipolar-disorder/>>

HUGUELET, Philippe; PERROUD, Nader. “*Wolfgang Amadeus Mozart's Psychopathology in Light of the Current Conceptualization of Psychiatric Disorders*”. Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes. (2005). Vol. 68, No. 2, pp. 130-139.

KEYNES, M. “*The personality and illnesses of Wolfgang Amadeus Mozart*”. J Med Biogr 19942217–232.232.

National Institution of Mental Health. [Consulta: agost de 2015].
<<http://www.nimh.nih.gov>>

SADIE, Stanley. “*Wolfgang Amadeus Mozart*”. Encyclopaedia Britannica. [Consulta: abril 2015] <<http://global.britannica.com/biography/Wolfgang-Amadeus-Mozart>>

SCARLEN, E. “*The illnesses and death of Mozart*”. Archives of Internal Medicine, 114 (1964): 311 – 314.

STEPTOE, A. “*Mozart as an individual*”, dins de “*The Mozart Compendium*”. H.C. Robbins Landon (Thames and Hudson Ltd. London, 1990).

Wikipedia. Wolfgang Amadeus Mozart. [Consulta: maig de 2015]. <https://en.wikipedia.org/wiki/Wolfgang_Amadeus_Mozart>

SCHUMANN

ALTENMÜLLER E. “*Robert Schumann's focal dystonia*”. Neurological disorders in Famous Artists, vol 19: 1-10. Basel, Karger, 2005. [Consulta: agost de 2015].
<http://www.immm.hmtmhannover.de/uploads/media/Altenmueller_Schumanns_Dystonia.pdf>



BRAUNSCHWEIG, Yael. *"To listen to Schumann, bring a couch"*. The New York Times: 26 de Novembre de 2010. [Consulta: agost de 2015].

<<http://www.nytimes.com/2010/11/28/arts/music/28schumann.html>>

BREA, José Manuel. *"Robert Schumann, el poeta de la música"*. Medicina y melodía. Junio 2010. [Consulta: setembre de 2015].

<<http://medymel.blogspot.com.es/2010/06/robert-schumann-el-poeta-de-la-musica.html>>

DOMSCHKE, Katharina. *"Robert Schumann's contribution to the genetics of psychosis"*. The British Journal of Psychiatry: 2010. [Consulta: agost de 2015].

<<http://bjp.rcpsych.org/content/196/4/325.full>>

GARRISON, G.H. *"The medical history of Robert Schumann and his family"*. Bulletin of the New York Academy of Medicine: 1934; 10: 523-538. [Consulta: setembre de 2015].

<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1965670/?tool=pmcentrez&page=1>>

Biblioteca Nacional de Medicina de EE.UU. Parálisis supranuclear progresiva. MedlinePlus: Maig 2012. [Consulta: setembre 2015].

<<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000767.htm>>

Flute for thought. *"Robert Schumann: Alter Egos"*. Març 2013. [Consulta: setembre 2015]. < <https://fluteforthought.wordpress.com/2013/03/24/robert-schumann-alter-egos/>>

G. Henle Verlag. *"Farewell in E flat"*. Schumann-Forum 2010. Desembre 2010. [Consulta: agost 2015] <<http://www.henle.de/en/schumann-anniversary-2010/schumann-forum/index.html>>

Hágase la música. *"Robert Schumann. Locura y muerte"*. Hágase la música. [Consulta: setembre de 2015]. <<http://www.hagaselamusica.com/clasica-y-opera/historia/robert-schumann-locura-y-muerte/>>

KERNER, Dieter. *"Robert Schumann"*. Grandes músicos: sus vidas y sus enfermedades. Traducció: BITTERLICH, Helga. Barcelona: Mayo, cop. 2003. ISBN: 8-48-998087-X



Look and Learn. “*Robert and Clara Schumann briefly shared a creative life of intense happiness*”. Look and Learn. Agost 2013. [Consulta: setembre de 2015]. <<http://www.lookandlearn.com/blog/26853/robert-and-clara-schumann-briefly-shared-a-creative-life-of-intense-happiness/>>

OSTWALD, Peter. “*Schumann: The inner voices of a musical genius*”. USA: Northeastern University Press, 2010. ISBN: 0-930350-57-X

PyDesalud. Depresión. PyDesalud: 06 de 2013. [Consulta: setembre de 2015]. <<http://www.pydesalud.com/index.php/depresion>>

RETAMAL, Pedro. “*Schumann y las Enfermedades del Ánimo*”. Psiquiatría Chile. [Consulta: agost de 2015]. <<http://www.elmundo.es/elmundosalud/2011/11/11/neurociencia/1321010026.html>>

SMITH, Tim. “*Peerings into the troubled mind of Robert Schumann*”. The Baltimore Sun: 12 de Mayo de 2011. [Consulta: setembre de 2015]. <<http://articles.baltimoresun.com>>

Trastorno bipolar. National Institution of Mental Health: 2009. [Consulta: agost de 2015]. <<http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastorno-bipolar-facil-deleer/index.shtml>>

WERNER, Jackie. “*Historical Presentations of Robert Schumann’s Mental Illness*”. Swarthmore College: 2007. [Consulta: agost de 2015]. <http://www.pages.drexel.edu/~jkw32/eport/artifacts/Jackie_Werner_Senior_Thesis.pdf>

Wikipedia. Robert Schumann. [Consulta: juliol de 2015]. <https://en.wikipedia.org/wiki/Robert_Schumann>

RAVEL

ALDHOUS, Peter. “Boléro: ‘Beautiful symptom of a terrible disease’”. (Abril 2008). New Scientists. [Consulta: octubre de 2015]. <<https://www.newscientist.com/article/dn13599-bolero-beautiful-symptom-of-a-terrible-disease/>>



BLAKESLEE, Sandra. "A Disease That Allowed Torrents of Creativity" (Abril 2008). New York Times. [Consulta: octubre de 2015].

<http://www.nytimes.com/2008/04/08/health/08brai.html?_r=0>

CAVALLERA, Guido M; GIUDICI, Simonetta; TOMMASI, Luca. "*Shadows and darkness in the brain of a genius: Aspects of the neuropsychological literature about the final illness of Maurice Ravel*". (Octubre 2012) US National Library of Medicine. National Institutes of Health.

CYBULSKA, E. "*Bolero unravelled. A case of musical perseverance.*"

Psychiatric Bull 1997;21: 576-7

Favorite classical composers. "Ravel's Bolero. A Mechanical Dance" [Consulta: octubre de 2015]. <<http://www.favorite-classical-composers.com/ravel-bolero.html>>

Frontispice. "*Bibliography of literature about Ravel's health*". Maurice Ravel.

[Consulta: octubre de 2015]. <<http://www.maurice-ravel.net/bibliogmed.htm>>

Frontispice. "*Health*", dins de "*Personalia*". Maurice Ravel. [Consulta: octubre de 2015]. <<http://www.maurice-ravel.net/health.htm>>

HAUS, Goffredo; RODRIGUEZ, Antonio. "*Formal Music Representation; a Case Study: the Model of Ravel's Bolero by Petri Nets*". Laboratorio di Informatica Musicale Dipartimento di Scienze dell'Informazione Università degli Studi di Milano via Moretto da Brescia, 9 I-20133 Milano.

HENSON, R.A. (1998), "*Maurice Ravel's illness: a tragedy of lost creativity*".

British Medical Journal. Núm. 296: 1585 – 1588.

Mesulam M-M. "*Slowly progressive aphasia without generalized dementia*". Ann Neurol 1982;11: 592-8.

National Institution of Mental Health. [Consulta: setembre de 2015].

<<http://www.nimh.nih.gov>>

Wikipedia. *Maurice Ravel*. [Consulta: setembre de 2015].

<https://en.wikipedia.org/wiki/Maurice_Ravel>



Annexos



Annex I: Els trastorns

1. Episodi depressiu – Depressió.

La depressió és el diagnòstic psiquiàtric que descriu un trastorn de l'estat d'ànim, transitori o permanent, caracteritzat per sentiments d'abatiment, infelicitat i culpabilitat, entre d'altres. També causa una incapacitat total o parcial per gaudir de les coses i dels esdeveniments de la vida quotidiana. Els trastorns depressius poden estar acompanyats, en major o menor grau, d'ansietat.

El terme mèdic fa referència a una síndrome o conjunt de símptomes que afecten principalment a l'esfera afectiva: la tristesa constant, decaïment, irritabilitat, frustració en la vida, sensació de malestar, impotència i pot disminuir el rendiment i limitar l'activitat vital habitual.

L'origen de la depressió és multifactorial. En la seva aparició influeixen factors biològics, genètics i psicosocials. Evidentment, els factors ambientals poden augmentar el risc de patir depressió.

El tractament dependrà del resultat d'una avaluació que es farà al/a la pacient. Existeix una gran varietat de medicaments antidepressius i psicoteràpies que es poden utilitzar per tractar aquesta mena de trastorns.

2. Psicosi maníaco depressiu / Trastorn bipolar.

El trastorn bipolar, també conegut com trastorn afectiu bipolar (TAB) i antigament com psicosi maníaca-depressiva, és el diagnòstic psiquiàtric que descriu un trastorn de l'estat d'ànim caracteritzat per la presència d'un o més episodis amb nivells anormalment elevats d'energia, cognició i de l'estat d'ànim.

Clínicament, es reflecteix en estats de mania o hipomania juntament amb episodis alternants de depressió, de tal manera que l'afectat/da sol oscil·lar entre l'alegria i la tristesa d'una manera molt més extrema que les persones que no pateixen aquesta patologia.

Generalment, l'origen es troba en un desequilibri electroquímic en els neurotransmissors cerebrals.

L'element bàsic pel tractament del trastorn bipolar és l'acceptació del problema, el coneixement per part de l'afectat/da i de les persones més



propres mitjançant una psicoeducació adequada que els permeti fer front a les crisis sense por i amb les eines més vàlides., així com prevenir les recaigudes. També existeixen teràpies farmacològiques, com les benzodiazepines, els antipsicòtics i els estabilitzadors de l'estat d'ànim. En alguns casos també se subministren antidepressius.

3. Hipomania.

La hipomania és un estat afectiu caracteritzat per un ànim persistentment expansiu, hiperactiu i/o irritable, com també per pensaments i comportaments conseqüents a aquest ànim que es distingeix d'un estat d'ànim normal. Els individus en estat hipomaniac tenen menys necessitat de dormir i descansar, poden ser hiperempàtics i tenen una enorme quantitat d'energia. Aquest estat d'ànim patològic constitueix una de les fases del trastorn bipolar tipus II i de la ciclotímia.

La hipomania es diferencia de la mania per l'absència de símptomes psicòtics i pel menor grau d'impacte en la funcionalitat. Les persones hipomaniàques acostumen a ser més funcionals que les maníacques.

L'origen, igual que en el trastorn bipolar, es troba en un desequilibri electroquímic en els neurotransmissors cerebrals.

Per superar aquest trastorn, l'equip de tractament ha de ser interdisciplinari. Alguns psiquiatres ho comparen amb la superació d'una depressió extrema.

4. Trastorn de l'espectre bipolar.

L'espectre bipolar fa referència a una classe de trastorns de l'humor que mostren un estat d'ànim tant anormalment elevat (mania o hipomania) com molt baix (depressió). El concepte de l'espectre bipolar s'assembla al concepte original de psicosis maníac-depressiva d'Emil Kraepelin.

5. Trastorn de la personalitat.

Els trastorns de personalitat són un conjunt de perturbacions o anormalitats que es donen en les dimensions emocionals, afectives, motivacionals i de relació social dels individus.



Els trastorns de personalitat s'inclouen com a trastorns mentals de l'Eix II en el Manual diagnòstic i estadístic dels trastorns mentals de l'Associació Americana de Psiquiatria, i en la secció de trastorns mentals i del comportament en el manual CIE de l'Organització Mundial de la Salut.

Personalitat, es defineix psicològicament, com els trets mentals i de comportament permanents que distingeixen als éssers humans. Un trastorn de personalitat es defineix com experiències i comportaments que difereixen de les normes socials i expectatives. Les persones diagnosticades amb un trastorn de la personalitat poden tenir alteracions en la cognició, emotivitat, funcionament interpersonal o en el control d'impulsos. En general, els trastorns de personalitat es diagnostiquen al 40-60% per cent dels pacients psiquiàtrics, i representa el diagnòstic psiquiàtric més freqüent.

Les causes del trastorn no estan clares, però fins ara s'han limitat a problemes emocionals, afectius o socials.

6. Trastorn de personalitat dependent.

El trastorn de personalitat dependent o el trastorn dependent de la personalitat és un tipus de trastorn de la personalitat del grup C (desordres ansiosos o temorosos). Aquests individus tenen una necessitat general i excessiva que s'ocupin d'ells (comportament de submissió o adhesió), a més d'un gran temor de separació.

Les persones afectades necessiten sempre el recolzament de les que tenen al voltant, no poden estar soles en cap situació i tenen por a l'abandonament, entre altres coses.

7. Trastorn límit de la personalitat.

El trastorn límit de la personalitat és definit per DSM-IV com "un trastorn de la personalitat que es caracteritza per la inestabilitat emocional, pensaments extremadament polaritzats i dicotòmics i relacions interpersonals caòtiques". El perfil global del trastorn també inclou típicament una inestabilitat generalitzada de l'estat d'ànim, de l'autoimatge i de la conducta, així com del sentit de la identitat, que pot portar períodes de dissociació. S'inclou dins del grup B de trastorns de la personalitat



(dramàtic-emocionals). És un dels trastorns de la personalitat més freqüents.

8. Trastorns neuroconductuals.

Alguns exemples són la síndrome de Tourette, el trastorn autista, la síndrome d'Asperger, trastorn d'hiperactivitat amb dèficit d'atenció, el trastorn obsessiu-compulsiu i trastorns neuropsiquiàtrics autoimmunes pediàtrics associats amb la infecció per estreptococs.

9. Síndrome Tourette.

La síndrome de Tourette és un trastorn neuropsiquiàtric heretat amb inici en la infància, caracteritzat per múltiples tics físics (motors) i vocals (fònics). Aquests tics característicament augmenten i disminueixen; es poden suprimir temporalment, i són precedits per un impuls premonitori. La síndrome de Tourette es defineix com a part d'un espectre de trastorns per tics, que inclou tics transitoris i crònics. Acostuma a ser associada amb l'exclamació de paraules obscenes o comentaris socialment inapropiats i despectius.

No hi ha un sol medicament útil per a tota persona amb Síndrome de Tourette. Així mateix, no hi ha un medicament que elimini tots els símptomes i tots els medicaments tenen efectes secundaris. A més, els medicaments disponibles només poden reduir símptomes específics.

10. Trastorn obsessiu compulsiu.

El trastorn obsessivocompulsiu (TOC) és un trastorn pertanyent al grup dels trastorns d'ansietat.

Els símptomes més comuns en les persones afectades són els següents: tenen pensaments o imatges repetides sobre moltes coses diferents, realitzen els mateixos rituals una vegada i una altra, tenen pensaments i comportaments indesitjats que no poden controlar, no obtenen plaer de tals comportaments o rituals, però senten un lleu alleujament de l'ansietat que aquests pensaments causen.



Hi ha alguns medicaments per tractar aquest tipus de trastorn i també ajuda la psicoteràpia.

11. Trastorn per dèficit d'atenció amb hiperactivitat.

El trastorn per dèficit d'atenció amb hiperactivitat (TDH) és una síndrome conductual d'origen neuronal que s'inicia a l'edat infantil.

Les persones que ho pateixen solen presentar les següents característiques en l'àmbit conductual, emocional i escolar: hiperactivitat, dèficit d'atenció i control, impulsivitat, irritabilitat, autoestima insuficient i dificultat per relacionar-se.

El tractament del TDH és un tractament multidisciplinari que ha de comptar amb la col·laboració de totes aquelles persones que formen part de l'educació del nen/a. Un cop el/la nen/a ho té assimilat, l'ajuda psicopedagògica i la medicació són la millor forma per tal que el TDH afecti el mínim en la seva vida. També, en molts/es nens/es, l'estimulació propioceptiva els ajuda a millorar la seva consciència corporal i presenten canvis de conducta positius. Sigui com sigui, els nens amb TDH necessiten rebre reforç i ànims per aprendre a organitzar-se, i adquirir habilitats socials i de vida.

12. Síndrome Williams.

La síndrome de Williams o Williams- Beuren, coneguda també com a síndrome de Mozart, és una malaltia genètica "rara" en què hi ha una petita pèrdua del material genètic en el cromosoma 7. És un trastorn d'origen genètic i no té caràcter hereditari. La síndrome de Williams es caracteritza per alguns trets facials com són: llavis gruixuts, nas petit i arremangat amb el pont nasal enfonsat, el front petit i altres.

També té algunes característiques clíniques, la més greu de totes és l'estrenyiment de l'artèria aòrtica, ja que produeix problemes cardíacs i dels vasos sanguinis. Les persones amb aquesta síndrome presenten un retard en el desenvolupament psicomotor i hipersensibilitat auditiva.

Pel que fa al llenguatge, els nens/es amb síndrome de Williams tenen un retard inicial en el desenvolupament del llenguatge, mostren dificultats gramaticals i d'evocació de paraules. En canvi, el seu lèxic està molt



desenvolupat i solen usar paraules molt cultes, tenen una tendència a aprendre i a usar paraules poc freqüents i mostren un vocabulari peculiar. Gràcies al seu lèxic i a la seva sociabilitat, aquestes persones tendeixen a comunicar-se més. Són persones amb unes característiques afectives i unes expressions emocionals molt desenvolupades. Tenen una personalitat molt extravertida i amigable, arribant a ser excessivament sociables.

13. Paràlisi supranuclear progressiva.

La paràlisi supranuclear progressiva implica dany en múltiples cèl·lules del cervell. Moltes àrees resulten afectades, inclosa la part del tronc de l'encèfal on estan localitzades les cèl·lules que controlen el moviment dels ulls. Igualment resulta afectada una àrea del cervell que controla l'estabilitat en caminar. Els lòbuls frontals del cervell també resulten afectats, la qual cosa porta al fet que es presentin canvis de personalitat. No se sap la causa de la paràlisi, encara que hi ha teories. Una possibilitat és que un agent no convencional similar a un virus infecta al cos i passen anys o dècades per a començar a produir efectes visibles. Una altra possibilitat és la de les mutacions genètiques fortuïtes. Els primer símptomes són la pèrdua de l'equilibri al caminar i els canvis de personalitat. A mesura que la malaltia avança, els/les pacients comencen a notar visió borrosa i problemes en la mobilitat dels ulls.

De moment no té tractament. Les dificultats al parlar, a l'empassar i de la visió no responen comunament a cap tractament a força de medicaments.

14. Esquizofrènia.

L'esquizofrènia (del grec, "schizo": divisió i "phrenos": ment) és una malaltia mental caracteritzada per una pèrdua del judici de la realitat i una àmplia desorganització de la personalitat amb impossibilitat de motivar una conducta i establir positivitat vital adequada. Es classifica entre les denominades "Psicosis Endògenes", caracteritzades per una pèrdua del judici de la realitat, detenció o interrupció biogràfica, absència de consciència de malaltia, símptomes egosintònics, angoixa primària i presència de fenòmens psíquics impropis (deliris, al·lucinacions). Amb el



terme "endògena" es vol posar de manifest el fet fonamental que els processos psicopatològics essencials es desenvolupen a l'interior de l'ésser psíquic individual.

És causada, probablement, per un defecte bioquímic o microestructural cerebral que a hores d'ara encara no està aclarit del tot. Existeix una gran varietat de símptomes indicadors d'esquizofrènia. Entre aquests es troben alteracions del pensament, al·lucinacions, moviments anormals i alteracions de la motivació. Cap d'aquests símptomes, però, és patognomònic²² de la malaltia, la qual cosa genera moltes dificultats per a emetre un diagnòstic. Tot i ser una malaltia crònica, té un tractament farmacològic.

15. Sífilis

La sífilis o trepanomatosi és una malaltia infecciosa de transmissió sexual que és causada per un bacteri espiroquet *Treponema pallidum* del qual, des del 1998, se'n coneix la seqüència del genoma.

La sífilis es pot contraure per contacte físic amb una persona infectada durant les relacions sexuals, siguin orals, vaginals o anals. La transmissió només apareix si es té contacte amb les lesions cutànies i les mucoses de la sífilis en les fases primària i secundària.

Consta de tres episodis. En el primer s'incuba, sense símptomes. En el segon poden aparèixer símptomes com erupcions cutànies en diverses parts del cos que apareixen des d'uns dos mesos després de la infecció primària, mal de cap, anorèxia, meningitis i altres. En el tercer episodi creixen unes formes similars a tumors en qualsevol part del cos, també a l'esquelet. Si avança la malaltia, es presenten deformitats en les articulacions i afecta els nervis i el cor. Pot acabar en demència.

El tractament actual és una injecció de penicil·lina, però abans es feia amb mercuri.

²² L'adjectiu patognomònic s'utilitza en el diagnòstic mèdic o psicològic per a qualificar aquells signes clínics o símptomes que, si estan presents, asseguren que el subjecte pateix un determinat trastorn.



16. Neurosífilis

La neurosífilis és causada pel *Treponema pallidum*. Aquesta és el bacteri que causa la sífilis. Regularment passa al voltant de 10 a 20 anys després que una persona resulta infectada amb sífilis per primera vegada. No totes les persones que pateixen sífilis presenten aquesta complicació.

Els símptomes normalment afecten el sistema nerviós: Caminar anormal (marxa) o incapacitat de caminar, entumiment en els dits dels peus, els peus o les cames, problemes per pensar, com confusió o poca concentració, problemes mentals, com depressió o irritabilitat, mal de cap, convulsions o coll rígid incontinència, tremolors, debilitat, alteracions visuals i fins i tot ceguesa. Tot i això, algunes persones no presenten símptomes.

Pel seu tractament també s'utilitza la penicil·lina.

17. Tinnitus

Tinnitus és el terme mèdic pel fet d'"escoltar" sorolls quan no hi ha una font sonora externa. Els sons que un escolta poden ser suaus o forts i poden sonar com xiulet, buf, rugit, brunzit, sibilància, murmuri o grinyol. Un fins i tot pot pensar que està escoltant la fuita de l'aire, aigua corrent, l'interior d'una petxina marina o notes musicals.

No se sap amb certesa la causa del tinnitus. No obstant això, el tinnitus pot ser un símptoma de gairebé qualsevol problema auditiu.

El tractament depèn del problema al qual s'associï.

18. Trastorn bipolar tipus II.

El trastorn bipolar tipus II es caracteritza per episodis de depressió major així com almenys un episodi hipomaniac. Els episodis de hipomania no arriben als extrems de la mania (és a dir, que no provoquen alteracions socials o ocupacionals i manquen de trets psicòtics).

Aquest tipus del trastorn bipolar és molt més difícil de diagnosticar, ja que els episodis d'hipomania poden aparèixer simplement com un període d'èxit amb alta productivitat i sol relatar això amb menys freqüència que quan es pateix una depressió. Poden aparèixer símptomes psicòtics durant els episodis de depressió major, però mai en episodis



hipomaníacs. Per a tots dos trastorns hi ha un cert nombre d'especificadors que indiquen la presentació i el curs del trastorn, entre altres el de "crònic", "cicle ràpid" (quan apareixen 4 o més episodis en el transcurs d'un any), "catatònic" i "malenconiós".

19. Afàsia.

L'afàsia és una afectació en la capacitat de produir i/o comprendre el llenguatge, malgrat la persistència d'un grau suficient d'intel·ligència i la integritat de les vies motores o sensorials i dels òrgans de la fonació o de l'audició, a causa d'una lesió cerebral.

20. Complex d'Èdip.

En la teoria psicoanalítica, el complex d'Èdip planteja la idea que, durant l'etapa genital del desenvolupament del nen (una de les etapes psicosexuals), que té lloc dels 3 als 6 anys, aquest comença a sentir atracció sexual envers el progenitor del sexe oposat. El nen se sent atret per la mare i comença a odiar el pare, perquè voldria ocupar la seva posició respecte la mare. Aleshores es desenvolupa un sentiment de culpa, ja que el nen sap que no està bé odiar el pare. Aquest conflicte es resol mitjançant la identificació, en què el nen adopta característiques del pare. En ocasions, el nen ha intentat matar el pare per fer-se amb el seu lloc. El concepte va ser desenvolupat per Sigmund Freud, basant-se en la figura mitològica d'Èdip. Es pot anomenar complex d'Electra l'etapa de desenvolupament psicosexual corresponent per a la nena.

21. Accident vascular cerebral.

Un accident vascular cerebral (AVC) o accident cerebrovascular, popularment anomenat atac de feridura, vessament cerebral o ictus cerebral, és un episodi agut d'afectació de la circulació cerebral. Es produeix una lesió irreversible en un territori cerebral a causa de la pèrdua de flux sanguini al cervell, que produeix una sèrie de símptomes i/o signes variables en funció de l'àrea cerebral afectada.



L'únic tractament és la prevenció.

22. Atròfia o degeneració cerebral.

El terme atròfia cerebral es refereix a la pèrdua de les cèl·lules del cervell amb el pas del temps. Pot ocórrer en tot el cervell o només en una part d'aquest i pot conduir a la disminució de la massa cerebral i la pèrdua de la funció neurològica.

Els símptomes de l'atròfia cerebral inclouen la demència, convulsions, pèrdua del control motor i dificultat en la parla, la comprensió o la lectura. La demència, que es caracteritza per la pèrdua de memòria i incapacitat per a realitzar les activitats diàries, pot ser lleu o severa i pot empitjorar amb l'augment de l'atròfia. Els atacs poden anar des de les crisis d'absència (pèrdua sobtada de la capacitat de resposta) fins les crisis convulsives.

L'atròfia cerebral és mortal i no hi ha cura coneguda. El tractament se centra en cadascun dels símptomes i complicacions de la malaltia. En els casos en què l'atròfia cerebral es deu a una infecció, el tractament de la infecció pot aturar que els símptomes d'atròfia empitjorin.

23. Alzheimer.

L'alzheimer és la demència més comuna actualment entre la població de 3a edat. És incurable, degenerativa i terminal. Malgrat que la causa d'aquesta malaltia és diferent per a cada cas, hi ha força símptomes comuns. Els primers a manifestar-se solen ser confosos per simples efectes de l'edat o causes de l'estrès. En aquestes primeres etapes, el símptoma més comú que es detecta és la pèrdua de memòria, així com la dificultat per recordar coses apreses recentment. A mesura que la malaltia avança, apareixen símptomes com la confusió, la irritabilitat i l'agressivitat, canvis d'humor, pèrdua de memòria a llarg termini i de sensibilitat.

No hi ha cura per aquesta malaltia.



24. Malaltia de Pick.

És una forma rara i permanent de demència similar a l'Alzheimer, excepte perquè tendeix a afectar únicament certes àrees del cervell.

Les persones que pateixen la malaltia de Pick tenen substàncies anormals (anomenades cossos de Pick i cèl·lules de Pick) dins de les neurones en les àrees danyades del cervell. Aquests cossos i cèl·lules de Pick contenen una forma anormal d'una proteïna anomenada tau, que es troba en totes les neurones. No obstant això, algunes persones amb la malaltia de Pick tenen una quantitat o tipus anormal d'aquesta proteïna. La causa exacta de la forma anormal de la proteïna es desconeix.

Els símptomes són canvis de comportament (problemes amb la higiene personal, comportament repetitiu, aïllament de la interacció social), canvis emocionals (no manifestar empatia, preocupació, empatia o calidesa emocional, tenir un estat anímic "inadequat"), canvis en el llenguatge (Incapacitat per parlar, disminució de la capacitat per llegir o escriure, dificultat per trobar una paraula) i problemes neurològics (pèrdua de la memòria, dificultats amb la coordinació i el moviment, debilitat).

No existeix un tractament, els medicaments receptats a persones afectades només ajuden a regular els estats anímics.

25. Apràxia.

L'apràxia és un trastorn de l'activitat motriu voluntària caracteritzat per la incapacitat d'executar intencionalment i d'una manera apropiada determinats gests o moviments anteriorment apresos, sense que existeixi paràlisi, atàxia o coreoatetosi, ni demència que impedeixi la comprensió de l'acte gestual ni la percepció dels seus elements.

26. Agrafia.

L'agrafia o agràfia és la pèrdua de la destresa en l'escriptura degut a causes traumàtiques, independentment de qualsevol pertorbació motora. També es diu així a la disgrafia, que és el dèficit en la destresa per escriure, i és considerada una varietat de dislèxia.



27. Alèxia.

L'alèxia és la pèrdua de la capacitat de llegir, quan ja va ser adquirida prèviament. Generalment va acompanyada per la pèrdua de la destresa en l'escriptura (agrafia), encara que la persona pot parlar i entendre la llengua parlada.

28. Demència frontotemporal.

La demència frontotemporal (DFT) és una síndrome clínica causada per la degeneració del lòbul frontal del cervell humà, que es pot estendre al lòbul temporal. És un de les tres síndromes provocades per la degeneració lobular frontotemporal i la segona causa més comuna de la demència d'inici primerenc després de la malaltia de Alzheimer.

Els símptomes conductuals inclouen apatia o letargia, agressivitat i desinhibició. És habitual en els pacients apàtics manifestar símptomes de retraïment social, com romandre tot el dia al llit i no preocupar-se de si mateixos. Per la seva banda, els pacients desinhibits poden realitzar comentaris o comportaments inapropiats, en ocasions de contingut sexual.

No existeix un tractament definitiu.

29. Degeneració corticobasal.

La degeneració corticobasal (DCB) és un procés neurodegeneratiu lentament progressiu, d'inici en l'edat adulta que es presenta típicament amb parkinsonisme asimètric i disfunció cognitiva. Actualment, es classifica com una taupatia.

El trastorn cognitiu pot ser una forma habitual de presentació. Típicament, es caracteritza per marcada rigidesa i hipocinèsia, distonia de predomini en una extremitat, mioclònies corticals reflexes, piramidalisme i tremolor groller postural o d'acció. També destaquen els dèficits apràxics, el dèficit sensitiu cortical i l'anomenat fenomen del membre aliè, encara que menys habitualment.

No existeix tractament ni cura.



Annex II: Emociones y salud

Anuario de Psicología
1994, n° 61, 25-32
© 1994, Facultat de Psicologia
Universitat de Barcelona

Emociones y salud*

Jordi Fernández Castro
Silvia Edo
Universitat Autònoma de Barcelona

En este artículo se plantea la relación entre las emociones humanas y la salud. Se explica que las emociones no influyen en la salud a través de un único mecanismo, sino que pueden ejercer esta influencia de varias maneras distintas que, además, inciden en diferentes momentos del proceso de enfermar. De esta manera se muestra que: a) las emociones negativas constituyen un riesgo para la salud; b) los estados emocionales crónicos afectan a los hábitos de salud; c) los episodios emocionales agudos pueden agravar ciertas enfermedades; y d) las emociones pueden distorsionar la conducta de los enfermos. Finalmente, se expone la necesidad de la investigación sistemática sobre los procesos psicológicos de las emociones y se propone un modelo de laboratorio basado en el concepto de interrupción de conducta para el estudio de los cambios en potenciales evocados cerebrales, expectativas, respuestas vegetativas y conducta que configuran los estados emocionales.

Palabras clave: *Emociones, salud, estrés.*

This article examines the relationship between human emotions and health. It is argued that emotions do not influence health in a single way but in many different ways. What is more, this health-emotion connection can occur in different moments along the illness process. Four points are mentioned: a) negative emotions can be an important health risk; b) chronic emotional states change health practices; c) acute emotions could affect illness' severity and chronicity; and d) emotions, specially anxiety, can alter sick people behaviour. Finally we claim the need of progress in research on psychological processes of emotions and suggest a laboratory model based on behaviour break-in to study changes in brain evoked potentials, expectations, vegetative responses and behaviour which form emotional states.

Key words: *Emotions, Health, Stress.*

* Este trabajo ha sido realizado gracias a la ayuda PB89-0312 de la Dirección General de Investigación Científica y Técnica del Ministerio de Educación y Ciencia.

Dirección de los autores: Jordi Fernández Castro, Silvia Edo. Universitat Autònoma de Barcelona, Unitat de Psicologia Bàsica. Apartat postal 29. 08193 Bellaterra (Barcelona) España.



Este trabajo trata de la íntima relación existente entre las emociones humanas y la salud. Creemos que esta idea está suficientemente demostrada pero que, también, tiene aún que superar algunos escollos importantes antes de dar todos los frutos prácticos que entraña.

Muy posiblemente, la principal dificultad para el desarrollo práctico de esta idea reside en el gran contraste entre lo tangible y concreto de un diagnóstico médico y lo subjetivo, cambiante e inaprensible con que aparecen las emociones humanas para las personas no familiarizadas con las técnicas psicológicas. De esta manera, la relación entre emociones y salud aflora en forma de observaciones casuales y anecdóticas, pero de las que es muy difícil extraer conclusiones claras para poder intervenir de manera sistemática en las emociones con el fin de conseguir mejoras sustanciales en la salud.

Richard Lazarus (1985) ha plasmado certeramente otra dificultad para el progreso del estudio de las emociones y su impacto en la salud con la expresión *la frivolidad de la angustia*. Lazarus se queja de que, demasiado a menudo, se supone que la aflicción y la tristeza que producen los avatares graves de la vida, especialmente las enfermedades, son un producto de un fallo personal, de una falta de entereza ante las dificultades o sencillamente de una debilidad de carácter. La consecuencia de este punto de vista es que se coloca a los afligidos la etiqueta de débiles o, como máximo, dignos de compasión, y se desdeña la posibilidad de tratar la aflicción y la angustia como objetivo prioritario dentro de un tratamiento integral del enfermo.

Finalmente, hay una tercera dificultad que proviene de la propia práctica médica que asume, no sin razón, que hay que actuar buscando el beneficio mayor para el enfermo, el cual no sería otro que curar y, en último término, salvar la vida, aunque para ello fuera necesario infringir, como mal menor, dolor, sufrimiento y zozobra en los enfermos.

Respecto a esta tercera dificultad, habría que puntualizar que también es cierto que, a igualdad de expectativas de curación desde un punto de vista biomédico, sería preferible aquella actuación que infrinja menos sufrimiento y quebranto de la calidad de vida. Pero lo que nos interesa realmente es hacernos la siguiente pregunta: *¿Hasta qué punto ocuparse de las emociones de los enfermos incrementa, además, sus perspectivas de curación?*

El objetivo de este trabajo es demostrar que se está avanzando mucho en la investigación dirigida a determinar el impacto de las emociones en la salud. El conocimiento obtenido hasta ahora ofrece unas bases, quizás reducidas pero indiscutiblemente sólidas, para poder desarrollar intervenciones psicológicas que influyan en las emociones humanas y conseguir, así, mejorar significativamente la salud.

¿Cómo influyen las emociones en la salud?

Las emociones no influyen en la salud a través de un único mecanismo, sino que pueden ejercer esta influencia de varias maneras distintas que, además,



inciden en diferentes momentos del proceso de enfermar. Vamos a exponer, ahora, algunas de estas vías de influencia que han pasado de ser meras suposiciones a hechos comprobados, dando preferencia a las investigaciones realizadas en nuestro medio cultural más inmediato.

Las emociones negativas constituyen un riesgo para la salud

Posiblemente, la vía de acción de las emociones sobre la salud más conocida es el Síndrome General de Adaptación, descubierto por Hans Selyé (1936, 1956), normalmente conocido como estrés. A partir de los trabajos pioneros de Selyé, se han ido descubriendo los mecanismos neuroendocrinos que se ponen en funcionamiento ante diversos tipos de agresiones y amenazas para el individuo, tanto físicas como psicológicas. El desarrollo de este síndrome, cuando se convierte en crónico, representa un aumento de la vulnerabilidad, entendida de una manera inespecífica, ante las enfermedades.

El estrés debido a hechos vitales como la muerte del cónyuge, quedarse sin trabajo o tener que cambiar de lugar de residencia (González de Rivera y Morena, 1983) o las pequeñas dificultades cotidianas acumuladas (Raich, Fernández Castro, Crespo y Colmenero, 1990) pueden llegar, pues, a representar un factor a tener en cuenta para prevenir la aparición de diversas enfermedades.

La aparición, a principios de la pasada década, de la psiconeuroinmunología ha aportado nuevos datos que confirman que las situaciones ambientales y sociales capaces de inducir estrés tienen un impacto apreciable en la competencia del sistema inmune de las personas que experimenten estados emocionales crónicos de carácter negativo (Bayés, 1991; Borrás, Casas, Roldán, Bayés y Cuchillo, 1988).

Los efectos neuroendocrinos e inmunitarios del estrés no constituyen un agente patógeno concreto, sino que representan un riesgo inespecífico que hace a las personas más vulnerables ante las enfermedades en general.

Por el contrario, algunas tendencias emocionales permanentes pueden llegar a ser factores específicos de riesgo para enfermedades concretas. La hipótesis de una relación específica entre un tipo de emoción y un tipo de enfermedad halló su primera comprobación empírica con el trabajo de Rosenman y sus colaboradores acerca del denominado patrón A de conducta y el riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares (Rosenman, Brand, Scholtz y Friedman, 1976; Pérez y Martínez, 1984; Valdés y de Flores, 1985). El patrón A de conducta consiste en una tendencia a actuar caracterizada por la impaciencia, la actividad intensa, la ambición, la hostilidad y la competitividad. Las personas que muestran este tipo de conducta tienen el doble de posibilidades de padecer una enfermedad coronaria que el resto de personas.

Los estados emocionales crónicos afectan a los hábitos de salud

Los efectos orgánicos de las emociones no agotan las vías por las que pue-



de verse afectada la salud. Por ejemplo, se ha demostrado que parte de los efectos negativos que tiene el estrés sobre la salud proviene del hecho de que las personas sometidas a estrés, especialmente de tipo laboral, tienen unos hábitos de salud peores que las personas que no sufren estrés (Wiebe y McCallum, 1986).

En un estudio reciente (Fernández Castro, Doval, Edo y Santiago, 1993) hemos podido corroborar este efecto. En una muestra de 1346 maestros, se observó que los más afectados por el estrés docente tenían unas puntuaciones significativamente inferiores en hábitos de salud. En el cuestionario utilizado se contemplaron cuatro factores principales: *a*) ejercicio físico, *b*) precauciones (ante contagios, enfriamientos, accidentes, etc.); *c*) condiciones generales (evitar realizar ciertas actividades cuando no se está en condiciones para ello: no dormir por trabajar u otra razón, comer rápido si se tiene prisa, conducir mientras se está pendiente de los problemas del día, etc.); y *d*) hábitos alimentarios. Esta relación no se da tan sólo en su aspecto negativo, o sea que las personas que padecen estrés se cuidan menos; sino también en el positivo, es decir que aquellos maestros que se mostraban significativamente menos agobiados por el estrés docente tenían mejores hábitos de salud que el promedio de la muestra.

Los episodios emocionales agudos pueden agravar ciertas enfermedades

Aparte del riesgo en la aparición de enfermedades, las emociones también inciden en su curso, tal y como se ha podido observar en, por ejemplo, las cefaleas (Planes, 1992; Köhler y Haimerl, 1990), el asma (De Pablo, Picado, Martín y Subirá, 1988) o la diabetes (Lázaro, De Pablo, Goday, Raimon y Pujolar, 1991), entre otras. Las convulsiones emocionales, en estos casos, pueden precipitar el inicio de una crisis o el agravamiento de la condición patológica. En este caso las emociones afectan al desarrollo de la enfermedad, y no a su inicio, pero de una manera que puede llegar a ser decisiva, bien para determinar el grado de incapacitación y deterioro de la calidad de vida producida por este tipo de enfermedades, bien para producir que algunas crisis esporádicas o ciertas alteraciones temporales se conviertan en verdaderas enfermedades crónicas (Penzo, 1990).

Las emociones pueden distorsionar la conducta de los enfermos

Para poder prestar una atención integral a la salud, es necesario añadir al aspecto fisiopatológico del enfermar su dimensión psicológica y social; por esta razón la conducta del enfermo es una parte integrante de la propia enfermedad. El grado de información acerca de la salud, el apoyo y protección familiar, la relación con el médico y el personal sanitario, y el cumplimiento de las prescripciones configuran unas pautas de actuación inseparables de la propia enfermedad. En este caso las emociones pueden distorsionar la conducta del paciente y hacer que tome decisiones o adopte actitudes que, en realidad, dificultan el proceso de curación.

Un caso paradigmático, que puede servir de ejemplo de muchos otros, es



el de los enfermos oncológicos sometidos a quimioterapia (Blasco, 1992; Font, 1990). La aversión y la angustia producidas por los efectos secundarios de este tipo de terapia pueden llegar a hacer que los pacientes la abandonen, con lo que se evita un daño inmediato —por ejemplo, las náuseas y la angustia producidas por la propia terapia—, para exponerse a un daño seguro pero menos perceptible y más lejano en el tiempo —el progreso de la enfermedad—.

Las emociones pueden ser estudiadas de forma sistemática

Realmente, se puede llegar a la conclusión de que sabemos mucho más acerca de cómo las emociones *perjudican* a la salud, que sobre cómo las emociones pueden llegar a beneficiarla. De todas maneras, no deja de ser un buen punto de partida que la reducción de las emociones negativas tenga efectos muy positivos. Valga para ello un ejemplo: una corta entrevista previa a una intervención quirúrgica puede llegar a reducir el tiempo de hospitalización posterior a la intervención (Moix, Casas, López, Quintana, Ribera y Gil, 1993).

Nuestra opinión es que se necesita saber más acerca de los orígenes y la naturaleza de las emociones humanas y, sobre todo, de cómo las personas manejan sus propios afectos. Estamos convencidos de que para alcanzar este objetivo es imprescindible la conjunción del progreso de la investigación sistemática de laboratorio con el perfeccionamiento de las teorías psicológicas de las emociones. De esta manera, se podría pasar de la mera constatación de las diferentes formas en las que las emociones afectan a la salud, a poder ayudar a las personas a controlar sus emociones para mejorar su salud.

El progreso de la investigación sobre las emociones depende en gran medida de las ideas generales que se tengan sobre éstas como hechos psicológicos. Durante mucho tiempo, se ha considerado a las emociones bien como reacciones puntuales a situaciones externas, bien como rasgos internos de la personalidad. Actualmente, se ha abierto el panorama de la investigación psicológica sobre las emociones gracias a verlas como el producto de la interacción continua entre las personas y su entorno físico y social (Lazarus y Folkman, 1986; Fernández Castro, 1986). Por ejemplo, la ansiedad depende tanto o más de los recursos de las personas para hacer frente a situaciones de amenaza, que de los estímulos amenazadores exclusivamente (Fernández Castro, Torrubia, Carasa y Tobeña; 1988).

Nuestra manera de enfocar esta cuestión se basa, precisamente, en el concepto de interacción continua con el entorno. Pensamos que los estados emocionales son originados por la interrupción de este flujo continuo de interacción; de esta manera las emociones dependen tanto de la naturaleza de esta condición disruptora como de la conducta que es interrumpida.

La interrupción de la conducta estable no presupone que sea un hecho necesariamente negativo, la alegría producida por una buena noticia inesperada es, también, un estado emocional producido por la interrupción. Creemos que la interrupción produce estrés y emociones negativas cuando impide cumplir con



los criterios personales de ajuste, que son los criterios de efectividad que, de hecho, siempre acompañan de manera implícita cualquier conducta y definen, de forma particular para cada individuo, las características que ha de reunir el entorno para ser satisfactorio (Fernández Castro; 1988; 1990).

Aplicando nuestro análisis al estrés producido por una enfermedad, diríamos que la cuestión no está únicamente en la gravedad de la enfermedad o en el dolor que se puede sufrir, sino en la manera en que la enfermedad distorsiona la vida de quien la padece y hasta qué punto es un impedimento para su desarrollo personal, familiar, laboral, etc.

A partir de estas ideas hemos desarrollado un modelo de laboratorio que permite estudiar las emociones y el estrés, que puede ser especialmente interesante para analizar su impacto sobre la salud (Fernández Castro, Doval y Edo, 1991; Edo, 1991; Edo, en prensa). Este modelo se basa en una tarea de memoria presentada automáticamente por ordenador. Los sujetos, que eran jóvenes voluntarios y sanos, debían reconocer palabras y dibujos y decir si los habían visto en una lista que se había presentado previamente. Durante la realización de esta tarea se registraba tanto los potenciales evocados cerebrales como la frecuencia cardíaca. Asimismo, se registraba la expectativa de éxito antes de cada ensayo así como si el reconocimiento había sido correcto.

A los sujetos se les indicaba la puntuación que supuestamente habían conseguido junto con una puntuación que se hacía pasar como estándar o de referencia. En realidad estas puntuaciones eran falsas e iguales para todos los individuos. Este procedimiento experimental permite mostrar el gran impacto en el sistema nervioso central (potenciales evocados) y vegetativo (aceleración de la frecuencia cardíaca), subjetivo (expectativas de fracaso) y conductual (rendimiento real) que tiene la discrepancia entre los resultados propios percibidos y los que se supone que se deben conseguir (criterios personales de ajuste).

Las conclusiones generales de estos trabajos son: en primer lugar, que se pueden reproducir en el laboratorio estados emocionales a partir de los cambios inducidos en la comparación entre la conducta propia y los criterios de ajuste y, en segundo lugar, que los potenciales evocados cerebrales (cambios en la onda P300) pueden ser unos indicadores válidos y objetivos de estos estados emocionales, ya que están relacionados tanto con la apreciación subjetiva de fracaso, como con la activación vegetativa y los esfuerzos realizados para superar el fracaso inducido experimentalmente.

Conclusiones

Para acabar, vamos a destacar seis beneficios, de entre otros muchos posibles, que creemos que está demostrado que se derivarían de prestar una pequeña atención a las emociones de las personas enfermas:

- Evitar el rechazo a la información acerca de la salud.
- Evitar parte de los efectos nocivos del estrés.



- Evitar el rechazo a las terapéuticas invasivas o cruentas.
- Favorecer los mecanismos curativos naturales propios.
- Favorecer los hábitos saludables.
- Favorecer la búsqueda de información sobre salud.

En todo caso, parece justificado seguir explorando la posibilidad de estudiar, de manera sistemática, las posibilidades de las emociones positivas del propio enfermo como factores curativos. Los beneficios que se derivarían de su confirmación son tan grandes que vale la pena dejarse llevar por lo que en algunas ocasiones puede parecer, tan solo, una vana ilusión bienintencionada.

Las maneras de seguir investigando en este campo apuntan en dos direcciones diferentes, pero que deberían estar interrelacionadas: la primera la observación de las emociones cotidianas de las personas, sanas o enfermas, y su relación con los cambios en su salud. La segunda el estudio experimental de las emociones donde se puedan generar de manera controlada análogos de estados emocionales para estudiar su impacto físico y los factores que permiten a los sujetos manejarlas.

REFERENCIAS

- Bayés, R. (1991). Psiconeuroinmunología. En J.L. González de Rivera (Ed.), *Medicina Psicosomática* (pp. 41-46). *Monografías de Psiquiatría*, 3 (3). Madrid: JARPYO.
- Borrás, F.X., Casas, J.M., Roldán, R.M., Bayés, R. y Cuchillo, C.M. (1988). Estrés y estimulabilidad linfocitaria. *Psiquis*, 10, 360-365.
- Blasco, T. (1992). Tratamientos psicológicos de la náusea y el vómito inducidos por la QT en pacientes de cáncer. *Revista de Psicología de la Salud*, 4 (1), 41-61.
- De Pablo, J., Picado, C., Martín, M.J. y Subirá, S. (1988). Asma bronquial y medicina conductual. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Sexología*, 8, 35-39.
- Edo, S. (1991). *Efectos de una situación de interrupción sobre las respuestas biológicas y psicológicas: Un modelo experimental del estrés humano*. Tesis doctoral no publicada, Universitat Autònoma de Barcelona.
- Edo, S. (en prensa). El estrés humano desde un punto de vista relacional: Un modelo de laboratorio. *Revista Latinoamericana de Psicología*.
- Fernández Castro, J. (1986). Modelos de condicionamiento en la ansiedad. En A. Tobeña (Ed.), *Trastornos de Ansiedad. Orígenes y Tratamiento* (pp. 41-56). Barcelona: Alamex.
- Fernández Castro (1988). Afrontamiento del estrés y Salud: Una aportación para establecer definiciones, criterios de medida y estrategias de investigación. En J. Santacreu (Ed.), *Modificación de Conducta y Psicología de la Salud* (pp. 241-247). Valencia: Promolibro.
- Fernández Castro (1990). *Un análisis del afrontamiento al estrés*. En H. Carpintero y M. Carretero (Eds.), *II Congreso del COP. Área 6: Psicología Teórica* (pp. 243-246). Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos.
- Fernández Castro, J., Doval, E. y Edo, S. (1991). *Emociones y estrés*. Comunicación presentada al II Congreso Internacional «Latini Dies». Sitges (Barcelona), 2-4 de mayo.
- Fernández Castro, J., Doval, Edo, S. y Santiago, M. (1993). *L'estrés docent dels mestres de Catalunya*. Departament d'Ensenyament de la Generalitat. Barcelona.
- Fernández Castro, J., Torrubia, R., Carasa, P. & Tobeña, A. (1988). Comparison of Two Flooding Procedures in Reducing Avoidance and Skin Conductance Responses in Human Volunteers. *Behavior Therapy*, 19, 55-65.
- Font, A. (1990). Náuseas anticipatorias y condicionamiento clásico. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 43, 483-490.
- González de Rivera, J.L. y Morera, A. (1983). La valoración de sucesos vitales: La adaptación española de la escala de Holmes y Rahe. *Psiquis*, 4, 7-11.
- Köhler, Th. & Haimerl, C. (1990). Daily stress as a trigger of migraine attacks: Results of thirteen single-subjects studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 870-872.
- Lázaro, L., De Pablo, J., Goday, A., Raimon, J.L. y Pujolar D. (1991). *Diabetes y parámetros psicológi-*



- cos. Comunicació presentada al II Congrés Internacional «Latini Dies». Sitges (Barcelona), 2-4 de mayo.
- Lazarus, R.S. (1985) The Trivialization of Distress. In J.C. Rosen & L.J. Solomon, *Prevention in Health Psychology* (pp. 279-298). Hanover (USA): University Press of New England.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca. (Original 1984.)
- Moix, J., Casas, J.M., López, E., Quintana, C., Ribera, C. y Gil, A. (1993). Facilitación de la recuperación postquirúrgica a través del suministro de información y del apoyo psicológico. *Control de la Calidad Asistencial*, 8, 13-17.
- Penzo, W. (1990). *Psicología Médica*. Barcelona: Salvat.
- Pérez, M. y Martínez, J.R. (1984). El tipo A de personalidad: un factor de riesgo en la enfermedad coronaria. *Medicina Clínica*, 82 (17), 759-763.
- Planes, M. (1992). Influencia del estrés en el padecimiento de la migraña. *Anuario de Psicología*, 54, 97-108.
- Raich, R.M., Fernández Castro, J., Crespo, P. y Colmenero, J. (1990). *Estrés cotidiano: evaluación e impacto en la salud*. En J. Rodríguez Marín (Ed.), II Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos. Comunicaciones. Área 5: Psicología y Salud (pp. 76-78). Madrid: COP.
- Rosenman, R.H., Brand, R.J., Sholtz, R.I. & Friedman, M. (1976). Multivariate Prediction of Coronary Heart Disease During 8.5 Year Follow-Up in the Western Collaborative Group Study. *The American Journal of Cardiology*, 37, 903-910.
- Selyé, H. (1936). A Syndrome Produced by Diverse Noxious Agents. *Nature*, 138, 32.
- Selyé, H. (1956). *The Stress of Life*. New York: McGraw-Hill.
- Valdés, M. y Flores, T. de (1985). *Psicobiología del Estrés*. Barcelona: Martínez Roca.
- Wiebe, D.J. & McCallum, D.M. (1986). Health Practices and Hardiness as Mediators in the Stress-Illness Relationship. *Health Psychology*, 5 (5), 425-438.



Annex III: Anàlisi sobre partitura de Sonata n.º 12 de Mozart (K. 332)

2 (130)

SONATE N.º 12

für das Pianoforte
von

Serie 20. N.º 12.

Mozarts Werke.

EXPOSICIÓN

W. A. MOZART.

Köch. Verz. N.º 332.

(A)

Fa 04

Allegro.

teledia
frica

no Albert

Baix
Alberti

Baix
Alberti

Baix
Alberti

* CANON

Fa. H.



Variacions del tema post.

(133) 3

Musical notation system 1 (measures 46-52). Includes treble and bass staves with various notes and rests.

Musical notation system 2 (measures 53-59). Includes treble and bass staves. Dynamic marking 'p' is present.

Musical notation system 3 (measures 60-66). Includes treble and bass staves. Dynamic marking 'sf' is present. An arrow points to the right with the text 'Progressió de des desc.' and '(30-31-32-33-34-35-36-37-38-39-40)'. The word 'ritmo' is written in the bass staff.

Musical notation system 4 (measures 67-75). Includes treble and bass staves. The word 'ritmo' is written in the bass staff. Chord symbols (IV, I, V, VII, II, V) are written below the bass staff.

Musical notation system 5 (measures 76-83). Includes treble and bass staves. Chord symbols (I, IV, I, V, V, II, V, I) are written below the bass staff.

Musical notation system 6 (measures 84-87). Includes treble and bass staves. A red vertical line is drawn between measures 83 and 84, with the word 'CODA' written in red above it. The word 'ritmo' is written in the bass staff. The text 'cad. post.' is written below the bass staff.

Musical notation system 7 (measures 88-94). Includes treble and bass staves. The word 'ritmo' is written in the bass staff.

ritmo de
trueny



1 (32) **DESENVOLUPAMENT**

94 **Do M.**

105 **Do m**

113 **Sol m** **Re m**

119

125 **Fa M**

REEXPOSICIÓ

133 **(A) Fa M** (Igual que a l'exposició)



(133) 5

142

150

Re m

158

Do m

163

Fa M

168

Fa m

173

B Fa M (Igual que a l'exposició però en Fa M)

179



0 (134)

185

191

197

204

212

220

CODA

224



Annex IV: Cartes de Robert i Clara

Schumann

Per poder tenir una idea de la relació amorosa que van tenir Robert i Clara en la seva joventut, el més fidel que podem trobar són les cartes que van enviar-se entre ells abans de casar-se.

Aquesta va ser enviada per Robert el 1839. La passió amb què està escrita (com la majoria de les cartes entre Robert i Clara) desvela el gran sentiment que hi havia entre els dos amants.

“15 de gener de 1839

La meva nena més estimada,

Gairebé no puc dir-te com la teva carta em va inspirar. Com puc ser digne de tu! Vaig pensar que havia assolit la tasca més difícil al sortir de Leipzig; i ara, una noia jove i tendre, desafia els perills del gran món per culpa meva. És la cosa més noble que has fet per mi. Sento que significa el final de les nostres dificultats, també. Tu has posat una nova força dins meu. Algun dia el teu coratge i independència tindran la seva recompensa. Ets realment una noia meravellosa; cap lloança podria ser massa gran per a tu. I, però, quan em desperto a la nit, per escoltar la pluja colpejant a la meva finestra, t'imagino a tu en el teu camí, un camí en què et trobes sola, només amb el teu art i l'esperança d'un futur millor; llavors, una onada de tendresa m'omple i em pregunto què he fet per merèixer tanta estima. Tu m'has transformat, com he dit abans. Ha de ser patent als ulls de tots... Em dóna molta força veure a la meva estimada nena tan valenta. Jo he fet tanta feina en aquests pocs dies com faria en setmanes. [...] Veure el que fas a mi, Clara! Però és natural que una donzella heroica com tu ha de fer el seu amant un petit heroi en el seu torn... Desitjaria poder seguir-te invisible (si no és visible!), albergant tu sota la meva ala, com un àngel de la guarda, contra tots mal. Ah, Clara, com infinitament el nostre amor guanya amb treball i sacrifici...!”



Robert també va escriure-li versos com aquest a Clara, separats en quatre papers, lligats i decorats amb dissenys delicats:

“Viena, 1838

*Una dama de vint anys i encara no és una dona,
un home de trenta anys, que no és més que un amant,
estan perdent ràpidament, i mai no poden recuperar-se,
la primavera de la vida.”*

Al seu torn, Clara també li enviava cartes a Robert. La primera de les següents cartes la va enviar Robert demanant-li que expliqués al seu pare la seva història amb ell per poder demanar-li la mà. La segona és la resposta de Clara, dient-li que ho farà.

“3 d’agost de 1837

Ets lleial i fidel com sempre? La meva confiança en tu és de fet inqüestionable, però el cor més valent seria desconcertat quan es deixa sense dir una paraula d’allò més estimat al món, que és el que tu ets per a mi. Ho he pensat una i mil vegades, i tot el que sé és que passarà si ens mentalitzem perquè passi. Dóna'm només una paraula, 'sí', si estàs disposada a lliurar al teu pare una carta de mi en el teu aniversari (13 de setembre). Ell és amable amb mi ara mateix i no em rebutjarà si et declares per mi també. [...] Tant de bo només hi hagués una sola sortida de sol més per separar-nos! Recorda, sobretot, que passarà si ens conscienciem.

No diguis res d'aquesta carta a ningú, podria espatllar-ho tot. I no us oblideu del 'sí'. He de tenir aquesta seguretat abans que pugui pensar en res més. Tot això ve directament del meu cor, paraula per paraula, i aquí ho signo -



Robert Schumann.”

Aquesta és la resposta de Clara:

“Leipzig, 15 ago 1837.

Així que una mica de "sí" és tot el que vols? Quina important parauleta que és! Segurament un cor tan ple d'amor inefable com el meu pot emetre-la lliurement. De fet puc dir-ho. La meva ànima més íntima murmura sense parar per tu.

Podria posar en paraules l'angoixa del meu cor, les meves moltes llàgrimes? No, és més enllà del meu abast. Però el destí ens pot permetre trobar-nos abans d'hora, [...] i una altra vegada dic 'sí'.

Segurament Déu no convertirà el meu divuitè aniversari en un dia d'angoixa. No podria ser tan cruel. Durant molt temps he compartit la teva convicció: ha d'arribar a passar, passarà. Res em farà flaquejar. Vaig a demostrar-li a mon pare que un cor jove pot ser ferm.

La teva

Clara”

Després d'això, Schumann va enviar-li al pare de Clara, F. Wieck, una carta per demanar-li la mà de la seva filla. La carta és aquesta:

“13 setembre 1837

Per F. Wieck

El que he de dir-li és tan simple, i no obstant això, les paraules adequades poden fallar-me. És difícil de controlar una ploma amb tan tremolosa mà. Per tant, he de demanar-li la seva indulgència per a qualsevol possible negligència en l'estil o expressió.



Avui és l'aniversari de Clara, el dia en què l'objecte més estimat del meu món va veure la llum, [...]. Confesso que dia a dia sóc capaç d'afrontar el futur amb més calma que mai. [...] Vostè, feliç pare, coneix prou bé aquesta noia incomparable. Llegeixi a la seva cara la veritat de les meves paraules.

M'ha posat a prova durant els últims divuit mesos de forma severa com la mà del destí en si. Però, com et puc suportar aquest hostil sentiment! L'he ofès profundament, però la meva penitència ha estat pesada també. [...] El meu sentiment cap a Clara, que emociona a cada fibra del meu ésser, no hi ha desig de passar, no violenta emoció, cap cosa superficial, però l'arrelada convicció que tot és un bon auguri per a la felicitat de la nostra unió. [...] No hauria d'estar la seva noble naturalesa a l'abast de tots? Si reconeixeu això, segurament em prometen no organitzar res definit pel que fa al futur de Clara. I, per la meva banda, li dono la meva paraula de no comunicar-me amb ella sense el seu permís. Jo només demano que se'ns permeti escriure'ns quan estem absents en viatges llargs.

Jo poso el meu futur amb confiança en les seves mans. [...] Els moments que passin entre ara i llavors, es carregaran amb la mateixa emoció que té escoltar el tro després del llampec, i tremolar per saber si presagia l'aniquilació o una benedicció. Que la seva decisió porti una benedicció! T'imploro, amb un cor que batega per amor i per por, per renovar la seva amistat amb un dels seus amics més antics. [...]

Robert Schumann”

Aquesta carta tenia un afegit dirigit a Clara, el qual ella no va arribar a llegir perquè el seu pare li va amagar.

“Després de la nostra separació més dolorosa, estimada Clara, sé que em donaràs suport amb amor a tot el que he dit als seus pares, i aixecaràs la veu on les meves paraules semblin inadequades.

Teu, R.S.”



Tot i la negativa del pare de Clara, l'amor va sobreviure i van aconseguir casar-se un any després.

Llegint aquestes poques cartes queda retratat l'amor entre els dos amants. Com ja hem dit, la correspondència és la manera més clara i propera de conèixer les persones i en aquest cas tenim la sort de tenir-la a l'abast. El fet que reproduïxi tan exactament com van ocórrer les coses fa que no siguin necessaris més comentaris al respecte.



Annex V: Partitura de Gesänge der Frühe, Op.133 de Schumann

2 (114)

Gesänge der Frühe

Fünf Stücke für das Pianoforte

von

ROBERT SCHUMANN.

Op. 133.

Der hohen Dichterin Bettina zugeeignet.

Schumann's Werke.

Serie 7. N^o 38.

I.

Componirt 1853.

Im ruhigen Tempo. ♩ = 73.

PIANO. *pp*

cresc. *dim.*

i. H. *ten.*

zurückhaltend. *pp*



II.

Belebt, nicht zu rasch. ♩ = 190.

The musical score is written for piano and consists of six systems of staves. The key signature is one sharp (F#) and the time signature is 3/4. The tempo is marked 'Belebt, nicht zu rasch. ♩ = 190.' The score begins with a piano (*p*) dynamic. The right hand (r.H.) plays a melodic line with eighth and sixteenth notes, while the left hand (l.H.) provides a harmonic accompaniment with chords and moving bass lines. The score includes dynamic markings such as *p*, *ff*, and *cresc.*, as well as performance instructions like 'I.H.' and 'r.H.'. The piece concludes with a final cadence.

R. S. 76.



4 (116)

The musical score consists of six systems of staves. Each system contains a treble and bass clef staff. The key signature is G major (one sharp) and the time signature is 3/4. The score includes various musical notations such as slurs, accents, and dynamic markings like *sp* (sforzando) and *p* (piano). The piece concludes with a double bar line and repeat signs.

R. S. 76.



(117) 5

III.

Lebhaft. $\text{♩} = 93.$

p *f*

f *p* *cresc.* *f* *p*

cresc. *f*

R. S. 76.



6 (118)

The musical score consists of six systems of staves. Each system has a treble and bass clef staff. The key signature is G major (one sharp). The time signature is 3/4. The score is characterized by dense harmonic textures, often with multiple chords and arpeggiated patterns. Dynamics include *sf* (sforzando), *p* (piano), and *cresc.* (crescendo). There are also markings for "I. H." and "r. H." (likely indicating first and right hand parts).

R. S. 76.



(119) 7

The musical score consists of six systems of staves. Each system contains a grand staff with a treble and bass clef. The key signature has one sharp (F#) and the time signature is 3/4. The music is characterized by dense chordal textures and some chromatic movement. Dynamics include *sf* (sforzando), *f* (forte), and *p* (piano). The piece ends with a *dim.* (diminuendo) and *p* marking.

R. S. 76.



8 (120)

IV.

Bewegt. $\text{♩} = 72.$

R. S. 76.



(121) 9

R. S. 76.



10 (122)

A musical score for piano, consisting of five systems of staves. Each system has a treble clef on the top staff and a bass clef on the bottom staff. The key signature is two sharps (F# and C#). The music is written in a style characteristic of the 19th century, with complex rhythmic patterns and dynamic markings such as *sf* (sforzando) and *f* (forte). The score is divided into measures by vertical bar lines, and some measures contain slurs or phrasing marks.

R. S. 76.



(123) 11

R. S. 76.



12 (124)

V.

Im Anfange ruhiges, im Verlauf bewegtes Tempo. ♩ = 68.

R. S. 76.



(125) 13

cresc.

p

cresc.

Verhallend

nach und nach

pp

R. S. 76.



Annex VI: Anàlisi harmònica sobre partitura de Gesänge der Frühe, Op.133 de Schumann (1r mov.)

Morning Songs
(Gesänge Der Frühe)
Op. 133

ReM I — II — V⁷ I. Sim

Im ruhigen Tempo. ♩ = 73. VI ||⁶ V — VI I^c II⁶ V — I IV VII

PIANO. pp

8 V — I III || VII V I || III VI ||⁶ V — VI III ||⁷ V⁷ — I NP

16 IV V⁹ I V⁷ VII V I || V⁷ VI⁷ || V — VII I^c V⁷ op.

24 V⁷ I^c III⁶ I || G⁶ V⁷ I^c IV || III⁶ V⁷ I³ — IV⁹ ten. "pedal"

32 V — I⁷ IV — I⁶ — VI⁷ V VI⁷ V — I⁷ IV I IV⁶ ||⁶ G⁶ II⁶ V⁷ I⁷ — VI V⁷ — I zurückhaltend. pp (sus)

744



Comentari de l'anàlisi:

Com es pot veure i com ja hem dit abans, tots els acords i totes les combinacions de notes tenen una explicació harmònica o altra. En molts casos, però, és rebuscada.

Un d'aquests casos és, per exemple, el compàs 8. En el primer acord trobem dues notes estranyes (una nota de pas i un retardament) que el fan confós. Això passa moltes vegades en aquest primer moviment. És un recurs que s'ha utilitzat al llarg de la història de la música, bàsicament als períodes més propers als nostres dies. Un dels casos més famosos és el del preludi de Tristany i Isolda, de Wagner. S'ha especulat molt sobre el primer acord de l'obra, l'anomenat acord de Tristany, per la seva raresa i intriga. Aquest acord, però, no és més que un acord de 6a augmentada de tipus francès amb un *appoggiatura* que retarda la nota real de l'acord. Casualment (o segurament, intencionadament) la combinació resultant sona com un acord i podria ser entès, enharmònicament, com un acord. Aquesta audàcia, que ja va ser aplaudida en el cas de Wagner, és encara més sorprenent quan la trobem en una obra d' un compositor com Schumann.

Un altre fenomen que hem pogut observar en aquesta obra és el de les *appoggiaturas* absorbents. L'*appoggiatura* és una nota estranya que es recolza sobre una nota real, és a dir, una nota fora de la tonalitat, l'acord o el context, que es recolza sobre una altra. Això dóna uns moments de dissonància que ràpidament es resolen quan arriba la nota real. En el cas de les *appoggiaturas* absorbents, quan la segona nota arriba, l'acord ja ha canviat. És a dir, només percebem la dissonància. Això passa al compàs 35.

En un altre cas, al compàs 36, el baix sembla que no correspongui amb els acords que té a sobre. Les notes mi i si en el baix, sembla que hagin d'anar amb l'ordre invers, és a dir, si – mi.

Aquests són alguns dels fets que han fet que aquesta obra ens semblés digna d'estar en aquest treball.



Annex VII: partitura del *Boléro* de Ravel

NOMENCLATURE DES INSTRUMENTS

2 Grandes Flûtes
Petite Flûte
2 Hautbois { le 2^e prenant le
 { Hautbois d'amour.
Cor anglais
Petite Clarinette en Mi \flat
2 Clarinettes en Si \flat
Clarinette basse en Si \flat
2 Bassons
Contrebasson
4 Cors en Fa
Petite Trompette en Ré
3 Trompettes en Ut
3 Trombones
Tuba
3 Saxophones: (Sopranino en Fa,
 Soprano en Si \flat , Ténor en Si \flat .)
3 Timbales
2 Tambours
Cymbales & Tam-Tam
Célesta
Harpe
Quintette à cordes
