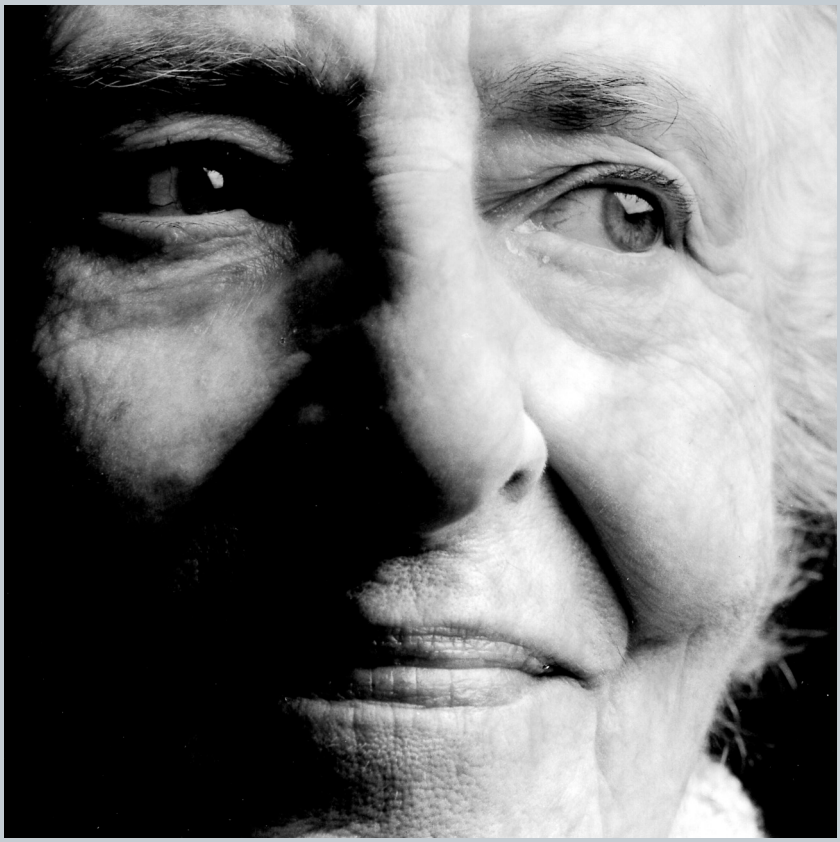
Arte

a cura di Alfredo Raglio, Gerardo Manarolo, Daniele Villani



Musicoterapia e malattia di Alzheimer

Proposte Applicative e Ipotesi di Ricerca

prefazione di ***Marco Trabucchi***

Edizioni Cosmopolis

Musicoterapia e malattia di Alzheimer

Proposte Applicative e Ipotesi di Ricerca

a cura di
Alfredo Raglio,
Gerardo Manarolo,
Daniele Villani

prefazione di
Marco Trabucchi

“ *Dove le parole finiscono*
inizia la musica ”

Heinrich Heine

Istituto Ospedaliero di Sospiro

QUESTO VOLUME È STATO PUBBLICATO
GRAZIE AL CONTRIBUTO DELL'**ISTITUTO OSPEDALIERO DI SOSPIRO** (CREMONA)

Prima edizione: dicembre 2001
ISBN 88-87947-12-0

Edizioni Cosmopolis
Corso Peschiera, 320 - 10139 Torino
telefono e fax +39-011710209
www.edizionicosmopolis.com

Immagine di copertina: *Ritratto di signora* di Alberto Terrile, Genova, 1997

Nessuna parte di questa pubblicazione può essere riprodotta o trasmessa con qualsiasi mezzo senza l'autorizzazione scritta dell'Editore e degli Autori. Tutti i diritti sono riservati.

Indice

Piccioni Riccardo
Presidente Istituto Ospedaliero di Sospiro 9

Villani Daniele
Direttore Sanitario Istituto Ospedaliero di Sospiro 11

Prefazione
M. Trabucchi 13

Introduzione
A. Raglio, G. Manarolo, D. Villani 15

Parte prima 19

La malattia di Alzheimer
D. Villani 21

I disturbi del comportamento nella demenza
M. C. Ubezio 27

Neuropsicologia della musica
P. De Bastiani 35

La valutazione dei risultati nella malattia di Alzheimer
A. Bianchetti, T. Metitieri 45

Parte seconda 55

Musicoterapia e involuzione senile: orientamenti teorici e applicativi
G. Manarolo 57

La ricerca in musicoterapia nel trattamento della malattia di Alzheimer
R. O. Benenzon 63

Un'ipotesi di intervento musicoterapico e di ricerca
A. Raglio 71

Musicoterapia e malattia di Alzheimer: una revisione della letteratura
A. Raglio, F. Puerari, M. C. Ubezio, D. Villani 87

Indice

Parte terza 95

Musicoterapia e Ricerca: alla ricerca di un metodo
G. Porzionato *97*

Aspetti cognitivi e relazionali nel trattamento
di pazienti con la malattia di Alzheimer
A. Raglio, F. Puerari, M.E. Galizzi, D. Villani *105*

Processo terapeutico e identità sonoro-musicale
in un trattamento musicoterapico individuale
F. Puerari, A. Raglio, M.E. Galizzi, M.C. Ubezio, D. Villani *113*

Osservazione del malato di Alzheimer e terapia musicale
C. Bonanomi, M.C. Gerosa *129*

Gli Autori 143

L'Istituto di Sospiro da diversi anni presta una particolare attenzione alla presenza ed allo sviluppo della musicoterapia, intesa come momento di comunicazione tra coloro che sono portatori di gravi deficit intellettivi ed il mondo esterno, quindi come tecnica riabilitativa dell'autismo.

Gennaio 1994, novembre 1994, febbraio 1996 sono stati momenti di verifica, di approfondimento e di arricchimento culturale e scientifico attraverso l'organizzazione di incontri e convegni.

Sono stati momenti iniziali per successive ricerche e sperimentazioni in un campo i cui orizzonti sono ancora completamente da esplorare. Si è voluto accertare, attraverso l'organizzazione di un Convegno (giugno 2000) il rapporto e l'impatto tra le demenze, in particolare il morbo di Alzheimer, e la musicoterapia. Si è agli inizi di una lunga ricerca che coinvolgerà momenti culturali, sanitari e scientifici; è importante che gli amministratori ed i dirigenti degli istituti siano pronti a cogliere tutte le positive novità che emergono.

L'Istituto di Sospiro intende continuare su questa impostazione ed essere in prima linea in questo affascinante settore dalle prospettive imprevedibili, con iniziative sempre più pregnanti. In un mondo che con la "multimedialità" ha rotto tutte le barriere dello spazio, vi sono persone che non riescono a comunicare; anche loro hanno diritto a stabilire relazioni e cercare momenti di scambio e far si che il suono diventi parola, il suono diventi messaggio, il suono diventi linguaggio.

E la classe dirigente ha il dovere di venire incontro alle esigenze silenziose ma cariche di dignità e umanità dei più deboli e dei meno protetti.

Riccardo Piccioni
Presidente Istituto Ospedaliero Sospiro

Più di vent'anni erano passati da quando, per l'ultima volta, avevo sentito le note della Pavane di Ravel. Per scelta non l'avevo più voluta riascoltare: troppo intensi quei momenti, troppo profondo e struggente sarebbe stato il ricordo evocato dalla musica.

Qualche tempo fa ho risentito la Pavane, e la magia è avvenuta. La musica ha riportato con sé i sentimenti, le situazioni, i profumi, i colori. Il milieu del ricordo si è ricostituito. Il puro cristallo del ricordo si è ricomposto, evocato da qualche nota nella giusta sequenza.

Musica e memoria. Chi di noi non ha sperimentato il potere evocativo della musica, la capacità straordinaria di ricreare - intorno a un'armonia, una melodia, talvolta al suono indifferente di uno strumento - un nucleo perfettamente costituito di ricordi? Solo l'olfatto e il gusto riescono forse a pareggiare l'energia evocativa della musica (è quasi rituale, a questo punto, la citazione della madeleine proustiana, delicata miscela di profumi e sapori capace di innescare fiumi di ricordi).

Musica e memoria, e dunque musica e malattia di Alzheimer.

Se il potere mnestico della musica è così grande, dobbiamo credere che anche coloro che hanno perduto la memoria possano conservare, in un angolo ontogeneticamente profondo del loro cervello e nella devastazione della malattia, una traccia di quella musica, e quella musica possa evocare ricordi? Ma, e questa è la seconda, inquietante domanda: se la musica evoca un ricordo, quel ricordo sarà fedele o sarà qualcosa di non significante, o peggio, qualcosa di orrendamente distorto? Oppure ancora, l'ascolto di una musica sarà capace di evocare una traccia di memoria (fedele o distorta che sia) oppure sarà solo causa di tremenda frustrazione e angoscia, non potendo il malato collegare quei suoni a un ricordo, ma potendo solo vivere la disperazione di un "quasi ricordo"?

Ma quello di cui si è parlato sin ora è intrattenimento musicale, è ascolto musicale.

Più complesso è il compito della musicoterapia se, come ci insegnano gli specialisti, l'obiettivo è quello di trovare un canale di comunicazione arcaico, preverbale; allora non più ascolto, ma produzione spontanea di suoni alla ricerca di un modo per recuperare, almeno in parte, la capacità comunicativa. Obiettivo nobile, questo della musicoterapia, che mira al cuore del problema: al mantenimento della dignità dell'uomo e della sua possibilità di avere relazioni, anche quando la mente è segnata irrimediabilmente dalla malattia.

Gli interventi che seguiranno, scritti da medici e psicologi esperti della demenza, tenteranno di gettare un ponte fra una medicina sempre più tesa a dimostrare, quantificare, vagliare statisticamente (e tuttavia sempre più percorsa da dubbi) e la musicoterapia, una disciplina per noi lontana (per noi medici, intendo), forse perché, un po' snobisticamente, la sospettiamo di scarsa scientificità. Gli interventi della seconda e della terza parte del volume dimostreranno l'infondatezza del "sospetto". Anche perché, non dimentichiamolo, la musicoterapia afferisce alla musica: e la musica, quella musica rasserenante e consolatoria che amiamo ascoltare, poggia su basi matematiche molto, molto solide.

Daniele Villani
Direttore Sanitario
Istituto Ospedaliero di Sospiro

Prefazione

Marco Trabucchi

Presento volentieri questo volume curato da Daniele Villani perché riguarda un argomento di grande interesse culturale e clinico-assistenziale.

La demenza di Alzheimer è stata definita una malattia postmoderna; racchiude infatti in sé problematiche tipiche di questo nostro tempo pieno di ambiguità e di incertezze, ma anche di significativi progressi. Ogni persona oggi trova difficile capire il mondo che cambia, cogliendone con fatica le dinamiche e spesso non riuscendo a delineare neppure a se stesso l'evoluzione degli eventi. In questa comune prospettiva che ci rende interpreti precari della nostra vita dovremmo essere coscienti di un certo livello di affinità con persone che soffrono di condizioni cognitive che sono più gravi delle nostre. Anche l'accostamento tra la musica e la demenza è un tema attuale, perché cerca di porre una delle grandi arti umane al servizio di una malattia cronica, nel tentativo di trovare possibili punti di incontro, cioè una reale utilità. Qualcuno forse potrebbe ritenere azzardato piegare un'arte che per molti secoli ha contribuito in modo eccelso alla cultura umana ad un uso così strumentale; l'utilizzazione della musica a fini terapeutici non ne modifica però il valore intrinseco, quello assoluto di arte; ma, in alcuni casi - come testimoniato da molta importante letteratura - diventando un mezzo di cura, aggiunge valore a valore.

L'accostamento tra il grave disturbo di memoria, come quello che colpisce il paziente demente, e la musica richiama alla mente le complesse dinamiche che caratterizzano la memoria, tra ricordo e capacità di dimenticare. Perché ricordiamo e dimentichiamo, che cosa è immodificabile nella natura umana rispetto a quanto invece è plasmabile dall'esperienza? Sono temi che richiamano i misteri che ancora circondano il nostro cervello, e che coinvolgono anche il nostro modo di ascoltare, di capire, di amare e di ricordare la musica. Quindi ogni accostamento tra musica ed attività cognitive - prima ancora di riguardare aspetti potenzialmente terapeutici - ha a che fare con le dinamiche più profonde dell'uomo, la cui comprensione appartiene alla sfera della scienza, ma, almeno in parte, anche a quella della filosofia (e del mistero).

La musicoterapia delle demenze si presta a molte considerazioni, che non mi permetto certo di riassumere in poche righe; i miei quindi sono solo alcuni spunti stimolati dalla lettura dei testi così interessanti del volume, che ho il piacere di presentare.

La musica attrae i giovani, che hanno dimestichezza con questo genere di comunicazione; è quindi assolutamente positiva qualsiasi sperimentazione che vede coinvolto nella cura dei dementi il mondo giovanile, con la sua ricchezza di proposte, di generosità e di disponibilità. In questa prospettiva la musicoterapia ha un grande valore di per sé, perché attrae energie nuove e le coinvolge in sperimentazioni, anche se non sempre sono strettamente controllate nella metodologia e nella dimostrazione dei risultati. Nel mondo della malattia cronica e delle istituzioni di cura la presenza di iniziative innovative riveste sempre un ruolo utile, perché immette criteri che possono essere rivoluzionari rispetto a prassi sempre uguali, poco attente a creare atmosfere "gentili" in luoghi dove prevale la logica di un servizio ripetitivo, stanco, senza fantasia. Abbiamo spesso ripetuto che nella cura delle persone fragili manca talvolta la ri-

cerca del "senso" complessivo degli atti di assistenza; la musica - che si collega a quanto di più profondo vi è nell'esperienza della persona - potrebbe rappresentare un pezzo di significato sia per chi la suona (e ne organizza l'esecuzione) sia per chi l'ascolta, riportando un po' di "normalità" nella vita degli ammalati e di coloro che si dedicano alla loro assistenza. La musicoterapia deve però diventare anche una scienza; ben vengano quindi tutti gli sforzi per darle uno status di strumento del quale sono stati dimostrati l'efficacia nella cura di specifici gruppi di pazienti.

Molto deve ancora essere fatto per arrivare a definire quale espressione musicale deve essere utilizzata per quali gruppi di pazienti; però, mentre sul versante dell'espressione musicale non sono in grado di dare indicazioni, non vi è dubbio che le recenti scoperte della neuropsicologia hanno messo in luce specifici aspetti lesionali e quindi specifiche dinamiche patologiche che potrebbero essere più o meno sensibili all'ascolto della musica. È un mondo affascinante che ha bisogno di un metodo scientifico, la cui implementazione nulla toglie al significato sopra indicato della musicoterapia come oggi viene più largamente applicata. Anzi ne permette una più precisa caratterizzazione, che diverrebbe premessa per una diffusione più ampia delle relative metodologie, anche attraverso precise linee guida e protocolli, accompagnati da un'adeguata formazione degli operatori. Se la musicoterapia seguirà questa strada, avremo presto un nuovo valido strumento di cura, allo stesso tempo scientificamente validato nei suoi passaggi analitici e capace di rappresentare un approccio olistico al paziente ed al suo bisogno di assistenza. Un po' come avviene nella medicina più ufficiale, nella quale la cura delle persone affette da demenza deve essere costruita attraverso un bilanciamento equilibrato tra metodologie che si rifanno alla Evidence Based Medicine e alla cosiddetta medicina narrativa.

Infine l'approccio musicoterapico deve avvenire in una atmosfera di ottimismo; chi opera in questo campo deve adottare comportamenti personali indispensabili per l'efficacia dei propri interventi così, di fronte alle tentazioni del pessimismo (spesso le malattie croniche dell'anziano appaiono immodificabili), del tecnicismo (il ricorso alle macchine e alle tecnologie hard sembra l'unico lenimento alle ansie dell'operatore), della diffidenza (il timore di coinvolgimenti con storie di malattia difficilmente comprensibili) è necessario essere capaci di ottimismo, perché permette di veder i seppur piccoli risultati del lavoro di cura, di intimità e di fiducia, per accompagnare il paziente con attenzione e comprensione nei suoi difficili itinerari. L'operatore diviene una sorta di protesi vivente del paziente, un apparato sensoriale che sostituisce quello distrutto dalla malattia. In questa prospettiva la musicoterapia ha un ruolo importantissimo, perché è un mezzo comune al paziente ed all'operatore per legarsi alla realtà e fra di loro, creando un' atmosfera di cura unica ed irripetibile.

Forse, tra qualche anno (purtroppo non pochi) disporremo di cure risolutive delle demenze, prevenendo o interrompendo i devastanti processi neurodegenerativi; in questa attesa però abbiamo il dovere di non trascurare qualsiasi mezzo alternativo per migliorare la qualità della vita delle persone che si affidano alle nostre cure. In questa prospettiva molti si impegnano qui e ora con generosità nella messa a punto di mezzi di cura innovativi ed efficaci. Nelle difficoltà generali di tempi difficili, e specifiche riguardo alle possibilità di cura delle demenze, troviamo nel nostro personale senso del dovere - accompagnato da intelligenza e generosità - il significato del silenzioso impegno quotidiano a favore dei concittadini più fragili.

Introduzione

Alfredo Raglio – Gerardo Manarolo – Daniele Villani

L'idea di realizzare questo volume nasce dal notevole interesse suscitato dal convegno "Musicoterapia e Malattia di Alzheimer: nuove prospettive di cura", organizzato e promosso dall'Istituto Ospedaliero di Sospiro nel giugno del 2000.

L'appuntamento voleva essere un primo momento di confronto e approfondimento sull'applicazione della musicoterapia in questo specifico ambito patologico. Il livello di partecipazione e i contenuti emersi in quella sede ci hanno indotto a pensare che probabilmente era giunto il momento di ampliare il dibattito e di diffondere alcune idee emerse circa questo tema, ampliando i contenuti degli interventi e di coinvolgere nel progetto altre figure che potessero integrare e completare, da vari punti di vista, il corollario teorico-applicativo e di ricerca della musicoterapia in questo contesto.

La malattia di Alzheimer, priva a tutt'oggi della possibilità di un intervento farmacologico risolutivo, lascia spazio a una lunga serie di interventi che spaziano dalle strategie comportamentali, a quelle ambientali, alle diverse forme di riabilitazione, a certe modalità di approccio al malato. Queste diverse modalità di affrontare il problema della demenza hanno tutte, come è ovvio, un intento curativo (nel senso di "care"); non tutte però poggiano su basi scientifiche sufficientemente solide e non tutte reggono a una rigorosa verifica di efficacia.

Il volume si propone quindi di definire una possibile cornice scientifica per questo intervento terapeutico-riabilitativo non farmacologico.

All'interno delle diverse strategie riabilitative l'approccio musicoterapico può consentire una via d'accesso privilegiata al corpo del nostro paziente e alla sua mente (il suo mondo emotivo ed affettivo e le connesse strategie cognitive) facilitando così l'avvio di processi espressivi e relazionali tesi a migliorare la sua qualità di vita. Il suono, la musica permettono infatti di contattare il paziente Alzheimer e di attuarne una sorta di "rianimazione psicofisica" sottolineandone la sua unicità e irriducibilità.

I presupposti teorici di un tale operare si fondano sui rapporti che il "linguaggio" musicale mantiene con le primitive modalità comunicative, modalità in parte innate ed essenzialmente non verbali.

È proprio tale legame che consente di approcciare quadri clinici gravemente involuti sollecitando per l'appunto competenze relazionali primitive se non innate. La crescente diffusione di interventi a carattere musicoterapico nell'ambito delle demenze senili e presenili ha sollecitato l'edizione di questo volume nel tentativo di meglio precisare i possibili presupposti teorico-metodologici che possono fondarne l'applicazione.

La musicoterapia è una disciplina ancora giovane e non scevra da ambiguità; d'altra parte gli ambiti che la costituiscono, vale a dire l'aspetto sonoro/musicale congiuntamente alla dimensione relazionale e a quella terapeutica risultano di per sé estremamente complessi e ancor più in una reciproca integrazione; la materia inoltre sollecita una discussione relativa a quale modello epistemologico le sia più pertinente, se quello proprio delle scienze naturali o quello appartenente alle scienze umane.

Certamente il volume non si prefigge di rispondere a tali questioni né tantomeno vuole proporre un inquadramento della materia coerente e completo (né lo potreb-

be); i vari contributi offrono al lettore possibili approfondimenti e possibili modi d'intendere la musicoterapia in un contesto psicogeriatrico preoccupandosi di precisare "la filosofia" d'intervento che sottosta al trattamento, gli aspetti teorico-metodologici che la caratterizzano, i possibili criteri di verifica, le possibili linee di ricerca.

Contestualmente a ciò crediamo che attraverso la lettura di questo nostro lavoro gli operatori coinvolti nella cura e nell'assistenza delle persone con malattia di Alzheimer possano da un lato approfondire il concetto di "musicoterapia" e dall'altro cogliere le potenzialità del suono e della musica, pervenendo, nei loro diversi ambiti professionali, ad un uso più efficace e consapevole degli stessi pur senza dover necessariamente ricorrere al termine "musicoterapia" per definire un intervento che si avvale del mediatore sonoro-musicale.

Riteniamo infatti che dai contributi presenti nel volume si possa evincere che un intervento musicoterapico richiede un alto livello di formazione professionale e quindi la presenza di un operatore qualificato con elevate competenze.

Ciò non significa, però, che là dove non fosse presente tale figura non vi possa essere un utilizzo adeguato e opportuno dell'elemento sonoro-musicale.

Crediamo che tale utilizzo, pur non potendosi definire terapeutico in senso stretto, richieda attenzioni e competenze musicali e musicoterapiche che possono evitare situazioni di iperstimolazione e di impiego indiscriminato di musica.

Questa considerazione parte dal fatto che un intervento curativo, musicoterapico o non, debba essere principalmente non invasivo e come tale rivolto solo ad alcuni pazienti secondo criteri prestabiliti, finalità chiare e approcci coerenti e fondati su solide basi teorico-metodologiche.

Ci pare inoltre importante che il volume possa costituire un supporto informativo rivolto a coloro i quali, familiari e non, volessero considerare l'ipotesi di avvalersi dell'utilizzo della musica o di un intervento musicoterapico con lo scopo di valorizzare le potenzialità emotivo-affettive e cognitive che ogni persona con malattia di Alzheimer ha ancora integre e attraverso le quali può giungere a un miglioramento generale della qualità di vita, aprendo spiragli comunicativi e affettivi che possano alleviare le sofferenze del malato e di chi condivide con lui l'inesorabile incalzare della malattia.

Parte prima

Nella prima parte del volume sono raccolti quattro interventi medici, relativi ad alcuni aspetti della malattia di Alzheimer particolarmente significativi nell'ambito di un discorso di "musicoterapia", cioè di un intervento non farmacologico che aspira a un ruolo terapeutico (di cura) della malattia.
Dopo il primo contributo, che delinea lo scenario clinico e assistenziale della malattia, M. Chiara Ubezio, forte di una lunga consuetudine con questi malati, passa in rassegna i disturbi "non cognitivi". Sono affrontate le problematiche psichiatrico-comporta- mentali che, come sappiamo, sono fonte primaria di logorio per chi cura e frequente causa di istituzionalizzazione. L'aspettativa è che la musicoterapia possa attenuare questo tipo di disturbi, magari riducendo il ricorso ai farmaci.
Le domande in merito sono molte: oltre a quella principale di un possibile ruolo lenitivo sui problemi comportamentali, su quali sintomi o su quale cluster di sintomi la musicoterapia può essere efficace? Per quanto tempo va applicata? Quanto dura, se c'è, l'effetto "terapeutico"?
P. De Bastiani affronta la difficile tematica neuropsicologica. I rapporti fra cervello e mente, fra biologia e funzione - oggetto di studio della neuropsicologia - diventano particolarmente intriganti (e difficili) da esplorare in un contesto che mette a confronto una malattia complessa come è la malattia di Alzheimer e un'arte, la musica, che è paragonabile solo al linguaggio per universalità, ma incomparabilmente più affascinante del linguaggio stesso per le infinite potenzialità espressive e per il potere evocativo di emozioni, sentimenti (e naturalmente memoria).
Infine, il problema della valutazione dei risultati, trattato da A. Bianchetti e T. Metitieri. Argomento nodale questo, che riguarda tutti gli interventi fatti su questi malati: da quelli farmacologici a quelli riabilitativi.
Materia difficile, la valutazione dei risultati, in una patologia inevitabilmente peggiorativa e in un clima sanitario di aziendalizzazione un po' esasperata, per cui ogni intervento deve essere misurabile e misurato e, come ebbe a dire qualcuno, "...un risultato non misurabile non è un risultato".

La malattia di Alzheimer

di Daniele Villani

Quasi cento anni sono trascorsi da quando Alois Alzheimer descrisse, nel 1906, durante un convegno scientifico a Tubingen, il primo caso di una donna affetta da quella che poi sarebbe stata chiamata Malattia d'Alzheimer (AD, Alzheimer's Disease). Veniva per la prima volta delineata, nella persona della signora Auguste D. di 51 anni, una malattia caratterizzata da: complessità clinica, con l'intrecciarsi di sintomi psichiatrici, comportamentali, neurologici, internistici; specificità biologica, con alterazioni anatomo e istopatologiche peculiari. Una malattia contraddistinta dalla compromissione della memoria, con un'amnesia globale capace di portare, nella sua completa espressione, ad un totale isolamento del malato, alla perdita di qualsiasi aggancio con le precedenti esperienze, con le antiche e recenti tracce di memoria, con qualsiasi tipo d'apprendimento e progettualità futura. Già nel caso della signora Auguste si potevano intuire le ripercussioni familiari e sociali che una malattia di questo tipo poteva produrre, ribaltando sulla famiglia e sulla società la situazione di un adulto, sino allora autonomo, reso incapace di badare a se stesso, incapace di scelte coerenti e di comportamenti socialmente accettabili. Da allora ad oggi molte cose sono cambiate, in termini di mutamenti demografici e di attenzione al problema.

Si è chiarito che la malattia non è esclusiva dell'età presenile, come si pensava sino agli anni '60: anzi, con il progredire dell'età la possibilità di contrarre la malattia di Alzheimer aumenta e, in particolare, dopo i 65 anni si assiste a un raddoppio della frequenza ogni cinque anni, sino ad arrivare, negli ultra80enni, a una frequenza del 30%.

Si sono meglio definite le differenze cliniche delle altre demenze (da quelle cosiddette reversibili, a quelle vascolari, alle forme degenerative non-Alzheimer); anche i diversi fattori di rischio e gli approcci farmacologici sono oggetto di studio.

Le ricerche di biologia e genetica hanno contribuito alla comprensione dei meccanismi patogenetici dell'AD, delineando anche percorsi terapeutici (beta amiloide, vaccino) che fra qualche anno potranno forse contenere (o sconfiggere?) la malattia.

Nel frattempo, durante il novecento, l'assetto epidemiologico dei paesi sviluppati è mutato, la piramide delle età si è profondamente modificata: le persone sopra i 65 anni sono ormai il 20% e anche più della popolazione, e nel 2040 saranno il 44%; la fecondità ha raggiunto minimi storici; l'aspettativa di vita è passata dai 42 anni di inizio secolo ai quasi 80 (fra maschi e femmine) dei nostri giorni; se all'inizio del '900 c'erano sei bambini ogni anziano, ora c'è un bambino ogni sei anziani.

Da una parte una malattia (la demenza, e in particolare la m. di Alzheimer) che diventa sempre più frequente quanto più invecchia la popolazione; dall'altra una società sempre più popolata di anziani. Due fenomeni che, evidentemente, rendono la demenza un problema di portata sociale e sanitaria enorme.

La malattia di Alzheimer si presenta nella maggioranza dei casi in forma sporadica. Le cause non sono note: s'ipotizza l'interazione di una componente genetica, che predispone alla malattia, con fattori ambientali a tutt'oggi sconosciuti. Fattori di rischio accertati sono l'età, l'aggregazione familiare, l'ApoE allelee4, la sindrome di Down; fattori di rischio in studio sono il sesso femminile, la pressione arteriosa, il livello culturale, l'esposizione a certe sostanze; fattori protettivi, anch'essi in discussione: l'alto livello culturale, gli antiinfiammatori non steroidei, il trattamento antipertensivo, le caratteristiche delle relazioni sociali ("social network") e le attività piacevoli. La malattia è caratterizzata dalla progressiva e inarrestabile morte cellulare di neuroni appartenenti alle aree associative della corteccia cerebrale; nelle fasi avanzate è evidente (alle indagini neuroradiologiche, TAC e RMN) un'atrofia riguardante le aree associative parieto-temporo-occipitali e successivamente frontali, quelle aree che presiedono alle funzioni cognitive (memoria, linguaggio, attenzione, prassia, ecc.). Relativamente risparmiate, e coinvolte solo negli stadi evoluti di malattia, sono le aree proiettive. Questo particolare andamento dell'AD spiega, a livello clinico, una peculiarità dei malati di Alzheimer: la conservazione della capacità motoria (e quindi un aspetto fisicamente "sano", quella che è stata definita la "buona facciata" del malato di AD) in palese contrasto con il degrado cognitivo.

In una bassa percentuale di casi l'AD è familiare: queste forme (circa il 5% del totale) esordiscono prima dei 65 anni, hanno trasmissione autosomica dominante e sono provocate da alterazioni genetiche individuate su tre diversi cromosomi. Il gene che codifica l'apolipoproteina E è invece coinvolto in alcune forme ad esordio senile, nella sua variante allelica e4-e4.

L'esordio della malattia è insidioso, spesso caratterizzato da sintomi non cognitivi: depressione, ritiro sociale, appiattimento affettivo, calo degli interessi, trascuratezza della persona, ansia, idee deliranti di tipo per lo più persecutorio o di riferimento.

In generale, e spesso in associazione con i sintomi di cui sopra, si manifestano disturbi mnesici: difetti di apprendimento, difficoltà nel ricordare gli impegni e gli avvenimenti appena accaduti. La memoria a breve termine, strumento di lavoro necessario per apprendere nuove informazioni e recuperare tracce mnesiche, viene meno.

La memoria episodica (sistema che contiene informazioni concernenti episodi o eventi e le loro relazioni spaziali-temporali) è la prima a cedere: tutte le tracce di memoria legate a un preciso contesto situazionale vanno via via disperdendosi, cancellando i ricordi dei fatti appena trascorsi e di quelli più remoti. I mille episodi che hanno costruito la vita della persona e che ne fanno un'individualità irripetibile si sgretolano, privando il malato della biografia, dell'identità. Il malato diventa titubante, insicuro, smarrito in un mondo popolato di persone e oggetti che perdono - o modificano - il proprio significato.

La memoria semantica (patrimonio di conoscenze generali: parole, simboli, regole, formule, algoritmi) si perde anch'essa, con il progredire della malattia. Le acquisizioni faticosamente apprese nel corso della vita e che nel loro complesso costituiscono la "cultura" della persona se ne vanno, lasciando il malato in uno stato di "ignoranza" desolante. Le norme del comportamento sociale, le nozioni apprese a scuola, le differenze apparentemente intuitive fra caldo e freddo, prima e dopo, grande e piccolo, le tante

regole che improntano il comportamento quotidiano sono dimenticate. Il malato vede sfumare la sua cultura e con essa il controllo del mondo che lo circonda; diventa socialmente inadeguato.

Infine la memoria procedurale, la più solida e ontogeneticamente più antica, anch'essa svanisce. Le tante sequenze gestuali faticosamente apprese e ormai svolte in modo automatico, con basso o nullo contributo attentivo, diventano difficili e poi impossibili da eseguire. Guidare l'automobile, fare una doccia, indossare un abito, suonare uno strumento che si è sempre suonato, e così via.

Il malato di Alzheimer è sempre più incompetente, incapace di affrontare la vita in modo autonomo, sia negli aspetti più complessi sia in quelli più semplici e quotidiani. All'amnesia, costantemente presente, si associano altri sintomi cognitivi. Nel corso della malattia - ma talvolta anche all'esordio - si possono presentare disturbi del linguaggio (afasia) sia nel versante espressivo sia in quello sensoriale: la comprensione verbale può annullarsi, persistendo invece anche a lungo (fino alla fine?) la comprensione non-verbale, quella che avviene con i gesti, con le espressioni del viso e del corpo, con gli sguardi; disturbi gestuali (aprassia), che rendono difficile o impossibile l'esecuzione di sequenze gestuali consuete; alterazioni della percezione visuospaziale; disturbi dell'attenzione, della programmazione, della pianificazione, dell'astrazione, della critica e del giudizio.

Accanto ai sintomi cognitivi, che più sopra abbiamo elencato, l'AD si caratterizza anche per la contemporanea presenza di sintomi non cognitivi, in altre parole di disturbi psichiatrici e comportamentali che, variamente presenti lungo il decorso della malattia, rendono difficile la gestione del malato, mettendo a dura prova le capacità assistenziali di chi cura, logorando i familiari e, spesso, determinando l'istituzionalizzazione.

Deliri, allucinazioni, depressione, ansia, comportamenti motori aberranti, disinibizione, aggressività, bulimia, irrequietezza: è lungo l'elenco dei sintomi non cognitivi, e complesso il loro intersecarsi con quelli cognitivi. Il malato di Alzheimer, da persona autonoma che era, diventa con gradualità inarrestabile totalmente dipendente dal mondo che gli sta intorno, incapace di ogni tipo di scelta, dalle più semplici (quale abito indossare o quale cibo mangiare) a quelle più complesse (decidere da chi e dove farsi curare, ad esempio).

La malattia si snoda per molti anni (8-10 mediamente) e richiede interventi diversificati, integrati fra di loro, con una stretta collaborazione fra operatori sanitari, socio assistenziali, e famiglia del malato. Il percorso di malattia è lungo e difficile; la sintomatologia è complessa e mutevole; l'ambiente familiare e sociale nel quale la malattia si colloca è di volta in volta diverso; l'accettazione sociale della malattia oscilla fra un netto rifiuto e una competente gestione.

Di fronte a un problema così complesso, bisogna affermare che l'attenzione che il mondo sanitario ha rivolto alla demenza non è stata sicuramente molto tempestiva.

L'atteggiamento generale, per molti anni, è stato improntato alla rassegnata impotenza di fronte a una malattia per la quale non esisteva - e non esiste - una cura risolutiva. I malati di AD e delle altre demenze hanno così popolato gli ospedali e gli istituti geriatrici senza ricevere l'attenzione necessaria, spesso privati anche di una diagnosi

corretta. In Italia, in particolare, solo l'ultimo decennio ha visto una robusta crescita di interesse alla materia, con un proliferare di iniziative culturali, ricerche scientifiche, reparti speciali, programmi di intervento che hanno fatto uscire il malato di Alzheimer dallo stato di abbandono in cui drammaticamente si collocava.

Iniziative regionali, fra cui spicca per primogenitura e anche per spessore scientifico il Piano Alzheimer della Regione Lombardia '95 - '97, hanno disegnato piani di intervento specifici per le persone affette da demenza, affermando con chiarezza almeno due punti: da un lato l'assenza, nel panorama socio-assistenziale, di una progettualità rivolta a questi malati e al contempo la non-trasferibilità di modelli rivolti ad altre patologie; dall'altro la necessità di costruire una modalità di intervento specifico per la malattia di Alzheimer, in termini di approccio assistenziale, valutazione (assessment) del malato, definizione dei risultati (outcomes), formazione del personale, collaborazione con le famiglie, utilizzo degli ambienti, ecc.

Sulla spinta di programmi regionali e grazie alla determinazione di un gruppo non numeroso di operatori del settore le competenze si sono affinate e, quel che più conta, i malati e le famiglie possono ricevere oggi risposte competenti.

Le capacità di indagine si sono affinate, e la diagnostica differenziale con altre forme di demenza simili all'AD ha consentito di caratterizzare meglio le demenze degenerative non-Alzheimer (DDNA), in particolare le demenze fronto-temporali, la malattia da corpi di Lewy, le forme focali ad evoluzione dementigena; la gestione dei disturbi comportamentali è più attenta, con un uso più competente dei farmaci e di modelli gestionali appropriati; la valutazione del malato e il monitoraggio della malattia seguono percorsi sufficientemente codificati e basati su evidenze scientifiche; i farmaci inibitori delle colinesterasi offrono possibilità di intervento farmacologico sconosciute sino a qualche anno fa; gli aspetti etici sono oggetto di studio, così come le cosiddette decisioni di fine vita; i trattamenti riabilitativi sono oggetto di approfondimento (fra questi la Musicoterapia, oggetto di questo volume).

Si è passati, in molti ambiti specialistici, non dovunque, dal nichilismo terapeutico a una cura del malato di Alzheimer che ha le caratteristiche della presa in carico complessiva, della gestione del malato ("to care" piuttosto che "to cure"), con modalità di intervento che hanno riferimenti sempre più chiari alle cure palliative.

Il concetto che si tratta di malattia inguaribile ma "curabile" si sta facendo strada in maniera sempre più diffusa, con una crescente attenzione alla qualità di vita del malato e della famiglia ("la seconda vittima" dell'AD). L'obiettivo non è quello, a tutt'oggi non realistico, della guarigione, ma quello di occuparsi del malato attenuando la sofferenza, ottimizzando le risorse cognitive e relazionali, realizzando un ambiente (fisico e umano) sufficientemente flessibile e attento ai bisogni, nel pieno rispetto della dignità della persona.

In questa crescita collettiva della sensibilità, che purtroppo è raramente accompagnata da un'uguale crescita della volontà politica, stiamo assistendo a un notevole impegno (da parte della ricerca di base, della ricerca clinica, degli operatori "di trincea") nell'individuare strumenti operativi e metodologici con i quali affrontare il problema della demenza, mancando spesso nel bagaglio culturale della maggior parte di noi le risposte a certe domande. Talvolta si "inventano" soluzioni; talvolta, in nome della buona volontà e del desiderio di fare qualcosa, si applica il suffisso "terapia" a discipline di incerta consistenza scientifica.

La cura della persona affetta da demenza è un duro terreno di prova per tutti; si devono mettere in campo competenze professionali che abbracciano discipline non consuete per i medici (dalla psicologia, alla sociologia, all'architettura) e qualità umane che non tutti possiedono. Si deve imparare a rispettare la volontà e la dignità di persone che spesso non sanno comunicarci i loro bisogni, i loro desideri, la loro volontà, persone per le quali noi diventiamo i "difensori privilegiati" (M. Trabucchi).

La strada per una buona cura di questi malati è ancora lunga da percorrere: molto dobbiamo imparare ancora dalla ricerca, ma anche dai malati e dalle famiglie. La massima attenzione deve essere posta al loro benessere (a quella che con termine un po' abusato e di difficilissima applicazione in questo ambito, si definisce "qualità della vita"); senza forzature, senza interventi "terapeutici" che non portino un reale giovamento al malato ma che magari soddisfino solo il nostro desiderio di intervento; con una vera integrazione fra le risorse sanitarie e quelle sociali; con una perfetta commistione di professionalità e umanità.

Bibliografia

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - ***Diagnostic and statistical manual of mental disorders*** - IV ed., Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994.

MAURER K., VOLK S., GERBALDO H. - ***Auguste D and Alzheimer's Disease*** - Lancet, 349: 1546-1549, 1997.

TRABUCCHI M. - ***Le demenze*** - 2ª edizione, Ed. UTET, 2000.

SPINNLER H. - ***Il decadimento demenziale*** - Ed. Il Pensiero Scientifico, 1985.

I disturbi del comportamento nella demenza

di Maria Chiara Ubezio

Storicamente, il termine demenza ha assunto molteplici significati, in funzione della progressiva maggiore conoscenza dei disturbi prodotti dal deterioramento intellettivo. Il termine "demenza" deriva dal latino de (fuori da) + mens (mente) + ia (stato di), letteralmente significa "essere deprivato della propria mente". L'origine storica del termine non è stata tuttora chiarita: sembra che fu Celsus nel suo De Medicina il primo autore ad utilizzare tale termine, nel primo secolo A.D.

Nei giorni odierni, la demenza viene definita come una complessa modificazione comportamentale, di tipo quasi esclusivamente riduttivo, in cui si assommano difetti di natura cognitiva e psichiatrica, con andamento evolutivo sistematicamente peggiorativo configurandosi come una patologia cronica e progressiva.

La demenza si presenta con un'ampia variabilità di quadri clinici, infatti esiste eterogeneità anche all'interno della stessa condizione eziologica, come ad esempio nella malattia di Alzheimer, che rappresenta il 50-60% dei casi di demenza. Pertanto, la descrizione di un quadro clinico prototipale non rappresenta sempre un modello di ciò che si riscontra nella pratica clinica.

Nel 1907, Alois Alzheimer descrisse una donna di 51 anni che presentava disorientamento temporo-spaziale, disturbi della memoria, sintomi depressivi e deliri di persecuzione e di gelosia: la paziente accusava il marito di infedeltà, i vicini di casa di attentare alla sua vita e frequentemente presentava allucinazioni uditive.

Nella malattia di Alzheimer è frequente il riscontro di disturbi del comportamento che l'individuo non è in grado di controllare né di prevenire; questi non sono mai intenzionali e tanto meno provocatori. Sono dovuti al danno cerebrale correlato alla malattia che compromette sia la capacità di apprendere nuove conoscenze, che di compiere attività della vita quotidiana: ne derivano momenti di ansia, agitazione, con repentini cambiamenti d'umore, accompagnati da aggressività verbale e fisica.

Con il termine di "sintomi non-cognitivi" vengono usualmente considerati sintomi anche molto diversi che hanno il solo aspetto in comune di non appartenere alla sfera intellettiva in senso stretto. I sintomi comportamentali costituiscono un problema clinico di non sempre facile gestione ed una importante fonte di stress assistenziale per i familiari. La presenza di disturbi comportamentali, inoltre, contribuisce a peggiorare ulteriormente il livello di autonomia nelle attività della vita quotidiana, già peraltro compromesso a causa dei deficit cognitivi.

I sintomi non cognitivi sono riscontrabili nel 90% dei pazienti affetti da demenza; possono essere presenti già nelle prime fasi della malattia; sono eterogenei, fluttuanti ed influenzabili da variabili somatiche ed ambientali; rappresentano una delle maggiori cause di istituzionalizzazione per lo stress ed il carico assistenziale del *caregiver*; tuttavia

le singole manifestazioni hanno frequenza e gravità differenti, in rapporto alla gravità ed all'eziologia della demenza. Grande importanza nella definizione eziologica della demenza rivestono le modalità di esordio e di progressione dei sintomi cognitivi, non cognitivi e del declino funzionale, anche se esiste una certa variabilità. Deve essere stabilito se l'esordio è stato improvviso oppure lento ed insidioso e quali siano stati i sintomi precoci. È particolarmente importante inoltre determinare l'ordine temporale in cui si sono susseguiti i sintomi, se il deterioramento è stato rapido, con improvvisi peggioramenti oppure lento e graduale.

Tabella 1
Quadro sintomatologico della demenza

Sintomi cognitivi	
▸ Deficit mnesici	
▸ Disorientamento temporale e spaziale	
▸ Aprassia	
▸ Afasia, alessia, agrafia	
▸ Deficit di ragionamento astratto, di logica e di giudizio	
▸ Acalculia	
▸ Agnosia	
▸ Deficit visuo-spaziali	
Sintomi non cognitivi	
▸ Psicosi	▸ deliri di latrocinio
	▸ deliri paranoidei
	▸ allucinazioni (visive od uditive)
▸ Alterazioni dell'umore	▸ depressione
	▸ euforia
	▸ labilità emotiva
	▸ ansia
▸ Sintomi neurovegetativi	▸ alterazioni del ritmo sonno-veglia
	▸ alterazioni dell'appetito
	▸ alterazioni del comportamento sessuale
▸ Disturbi dell'attività psicomotoria	▸ vagabondaggio afinalistico
	▸ affaccendamento
	▸ acatisia
▸ Agitazione	▸ aggressività verbale e/o fisica
	▸ vocalizzazione persistente
▸ Alterazioni della personalità	▸ indifferenza
	▸ apatia
	▸ disinibizione
	▸ irritabilità

Fonte: Bianchetti e Trabucchi, Le Demenze, 2000

I sintomi psicotici sono frequenti e possono manifestarsi anche nelle fasi molto iniziali del quadro dementigeno. Nella maggior parte dei casi si tratta di deliri di tipo paranoideo (di persecuzione, di gelosia). Con il termine deliri si intende la presenza di convinzioni errate della realtà, non facilmente correggibili e che condizionano il comportamento della persona; ad esempio il paziente crede cose che non sono vere, insiste sul fatto che qualcuno sta cercando di fargli del male o di rubargli qualcosa.

Frequenti sono anche le misidentificazioni o falsi riconoscimenti, classificati da Burns e collaboratori (1990) in quattro categorie:

1. falsi riconoscimenti: il paziente crede che le immagini della televisione o le fotografie delle riviste siano realmente presenti in casa, cerca di interagire con esse;
2. falsi riconoscimenti relativi alla casa: il paziente crede che ospiti indesiderati vivano nella sua casa e che la propria abitazione non sia casa sua;
3. falsi riconoscimenti relativi alla propria immagine allo specchio: il paziente non si identifica nell'immagine riflessa nello specchio e reagisce come se fosse di fronte ad un estraneo;
4. falsi riconoscimenti relativi alle persone: il paziente crede che il proprio coniuge o familiari non siano in realtà chi dicono di essere; molto frequente è l'identificazione della moglie con la propria madre.

Le allucinazioni, soprattutto di tipo visivo, sono invece riscontrate in circa il 10% dei pazienti dementi.

Le alterazioni della personalità sono il sintomo non cognitivo più frequente: il 70% circa dei pazienti manifesta apatia, il 40% irritabilità, il 30% circa disinibizione. Il paziente appare apatico e/o indifferente; ha perso interesse verso il mondo che lo circonda, verso gli amici ed i familiari; è meno spontaneo o meno attivo del solito. Il paziente sembra agire impulsivamente senza pensarci; fa o dice cose che di solito non direbbe o non farebbe in pubblico. Il paziente si irrita o si arrabbia con facilità (ad esempio, "perde le staffe" per piccole cose), presenta rapidi cambiamenti di umore, passando dalla serenità alla rabbia. Questi sintomi sono particolarmente disturbanti per il *caregiver* e sono tra quelli più difficile da accettare; la percezione che il paziente "non è più lui" innesca meccanismi di difesa e di rifiuto, soprattutto a carico del coniuge, con conseguenti difficoltà di relazione ed una accentuazione della sintomatologia da parte del paziente.

Le modificazioni dell'umore sono frequenti: l'ansia è osservata nel 50% dei dementi, nel 30-50% dei pazienti sono riscontrati sintomi depressivi, nel 5-8% euforia e nel 40% labilità emotiva. L'ansia si manifesta con eccessiva preoccupazione per eventi prossimi oppure verso i propri familiari. Il paziente è molto nervoso e spaventato senza veri motivi, sembra essere molto teso, agitato od allarmato per le cose che succederanno nel futuro. L'esatto significato del sintomo depressivo che compare nelle fasi iniziali della demenza è tuttora incerto; variabili biologiche sono probabilmente coinvolte, anche se aspetti della personalità, consapevolezza della malattia, livello funzionale, variabili sociali ed ambientali sono associate alla comparsa di sintomi depressivi. I disturbi più frequentemente osservati sono la facilità al pianto, il senso di inutilità o di essere di peso agli altri e la tendenza all'isolamento.

L'agitazione, presente in circa il 60% dei casi, è un disturbo molto composito che va dalla vocalizzazione persistente all'aggressività. La vocalizzazione persistente è relativamente rara, anche se è uno dei sintomi maggiormente disturbanti e meno responsivi ai vari tipi di trattamento, sia farmacologico che non.

Con il termine agitazione si indica lo stato d'ansia, di tensione, d'irritabilità, l'aggressività fisica e verbale, la confusione e l'attività motoria ripetitiva.

Gli atteggiamenti aggressivi sono generalmente rappresentati da comportamenti reattivi a situazioni ambientali vissute come negative dal paziente, oppure rientrano nell'ambito di condizioni deliranti o sono epifenomeni di un disagio somatico. L'atteggiamento violento del paziente affetto da demenza può rappresentare sia una manifestazione clinica isolata, che l'espressione di una sintomatologia più complessa in cui altri disturbi, come deliri, allucinazioni od ansia, scatenano reazioni aggressive.

Le reazioni esagerate o distruttive si manifestano frequentemente in situazioni nuove e confuse (rumorosità, inadeguatezza dell'illuminazione, affollamento, esecuzione di compiti relativamente difficili). Anche le persone non dementi hanno, a volte, questo tipo di reazione quando sono "bombardate" da troppe cose nello stesso momento; chi è affetto da demenza può presentare la stessa reazione di fronte a semplici eventi quotidiani (ad esempio, individuare la propria stanza od il bagno).

Il comportamento motorio aberrante viene descritto nel 40% dei dementi.

I disturbi dell'attività motoria si manifestano con movimenti afinalistici e continui degli arti (affaccendamento afinalistico), difficoltà a stare seduti, perseverazione nel camminare senza meta.

Il paziente continua a camminare, continua a fare e rifare le stesse cose come aprire gli armadi od i cassetti, oppure sposta in continuazione gli oggetti; il paziente continua a mettere e togliersi i vestiti; tende a ripetere continuamente determinati gesti quali abbottonarsi, afferrare, slacciarsi le stringhe, ecc.

Il vagabondaggio afinalistico (per gli autori di lingua anglosassone: *wandering*) rappresenta un comportamento estremamente difficile da controllare farmacologicamente e frequentemente devono essere attuati adattamenti ambientali per permettere al paziente di esprimere tale comportamento senza procurarsi danni (cadute).

Girovagare senza meta può essere una conseguenza dell'essersi persi, il disorientamento spaziale è costante in questi pazienti e spesso aumenta quando la persona viene trasferita in un ambiente nuovo: il trasferimento dalla propria casa a quella dei figli oppure l'istituzionalizzazione. Inoltre, tale comportamento può esprimere la necessità di sottrarsi ad una sovrastimolazione ambientale. Altre volte non esiste una ragione apparente di questo comportamento.

I sintomi neurovegetativi sono anch'essi eterogenei, le alterazioni del ritmo sonno-veglia sono frequenti ed estremamente poco tollerate dal *caregiver*, infatti la presenza di insonnia rappresenta il principale predittore di istituzionalizzazione ad un anno. Le alterazioni del ritmo sonno-veglia più frequenti sono rappresentate dai risvegli precoci, talora il risveglio nelle ore notturne si accompagna a stati confusionali o agitazione.

Molte persone affette da demenza sono particolarmente attive e irrequiete durante

la notte: possono andare in bagno, confondersi e disorientarsi nel buio. Alcuni comportamenti notturni (affaccendamento, girovagare) possono essere ricondotti a sogni che il malato non riesce a distinguere dalla realtà, oppure alla terapia farmacologica (tranquillanti, sedativi) utilizzata per il controllo di alcuni sintomi comportamentali durante le ore diurne. L'impressione è che l'orologio interno del cervello sia danneggiato dalla demenza, comportando l'inversione del ritmo sonno-veglia (sonnolenza di giorno e risveglio nelle ore della notte).

Le alterazioni dell'appetito sono generalmente rappresentate dall'inappetenza (in alcuni casi si arriva a una vera e propria condizione di anoressia), mentre più raramente vi è bulimia. L'inappetenza può essere presente anche nelle fasi molto iniziali della demenza (il paziente dimentica di nutrirsi) e può costituire un problema assistenziale di grande importanza per il rischio di malnutrizione.

Nel paziente affetto da demenza, inoltre, è possibile riscontrare iperoralità, con la tendenza a portare tutto alla bocca.

Le alterazioni del comportamento sessuale sono a volte rappresentate da attività masturbatoria, atti stereotipati di esibizionismo e ricerca ossessiva di rapporti sessuali.

Spesso il paziente affetto da malattia di Alzheimer presenta un peggioramento serale (per gli autori di lingua anglosassone: *sundowning syndrome*), verso sera si ha una maggior frequenza dei disturbi comportamentali. L'ipotesi più accreditata adduce tale sintomatologia alla difficoltà del demente di vedere distintamente quando la luce è più bassa o interpreta male quello che vede, di conseguenza si agita ed aumenta il suo stato d'ansia. Inoltre, alla fine della giornata il paziente può essere stanco e può ridursi la sua capacità di sopportare lo stress.

I sintomi non cognitivi tendono a presentarsi in modo non completamente casuale nel singolo paziente ma, almeno in circa la metà dei casi, a raggrupparsi in cluster omogenei. L'osservazione di un cluster specifico di sintomi non cognitivi in un paziente demente ha ovvie ricadute dal punto di vista terapeutico. Ad esempio, la presenza nelle fasi iniziali della demenza di un comportamento socialmente inappropriato, associato ad irritabilità, euforia oppure apatia, disinibizione sessuale, bulimia, che preceda la comparsa del disturbo mnesico, è più comune nella demenza fronto-temporale e può costituire un elemento distintivo rispetto alla malattia di Alzheimer.

La presenza dei sintomi non cognitivi va valutata con particolare attenzione, sia per la rilevanza dal punto di vista diagnostico, che per l'impatto sulla qualità della vita del paziente e della famiglia, e anche perché costituiscono uno degli *outcome* primari dell'intervento terapeutico della demenza. Sono stati elaborati vari strumenti per la valutazione delle caratteristiche globali e specifiche dei sintomi comportamentali.

La NeuroPsychiatric Inventory (NPI), elaborata da Cummings e collaboratori (1994) è uno strumento molto usato nei settings clinici e negli ambiti di ricerca ed è in grado di valutare, sulla base delle informazioni ottenute dal *caregiver*, la frequenza e la gravità dei disturbi comportamentali attraverso l'uso di un questionario. L'NPI si è dimostrata uno strumento oggettivo ed efficace per la valutazione dei disturbi comportamentali nei pazienti affetti da vari tipi di demenza.

La scala permette di valutare una vasta gamma di disturbi comportamentali quali deliri, allucinazioni, agitazione-aggressività, disforia-depressione, ansia, euforia, apatia, disinibizione, irritabilità-labilità, comportamento motorio aberrante, disturbi del sonno e dell'alimentazione.

I disturbi comportamentali sono graduati con un punteggio differenziato per frequenza (mai, raramente, talvolta, frequentemente, quasi costantemente) e gravità (lieve, moderato, severo). Per ogni item è previsto un punteggio costituito dal prodotto dei due punteggi frequenza x gravità, che va da 0 = assenza del disturbo a 12 = presenza quotidiana del disturbo al suo massimo livello di gravità.

La scala inoltre prevede anche la registrazione del livello di stress emotivo o psicologico, vissuto dai *caregiver* in relazione al particolare tipo di disturbo riferito, (nessuno, minimo, lieve, moderato, severo, grave). La scala è stata validata negli Stati Uniti, è disponibile una versione validata in italiano.

Una scala studiata specificamente per misurare l'agitazione è la Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI).

Secondo l'autrice tutti i disturbi del comportamento possono essere ricondotti al termine "agitazione", definito come *"inappropriata attività verbale, vocale o motoria che non è spiegata da evidenti bisogni e dalla confusione di per sé"*.

In questa scala vengono elencati 30 sub items divisi per contenuto omogeneo in:

- <u>agitazione fisica aggressiva</u>
  sputare, colpire, tirare calci, aggrapparsi alle persone, spingere, lanciare oggetti, mordere, graffiare, ferire se stesso od altri, rompere o distruggere gli oggetti, fare proposte sessuali fisiche
- <u>agitazione fisica non aggressiva</u>
  camminare in modo compulsivo, vestirsi o spogliarsi in modo inappropriato, cercare di andare altrove, cadute intenzionali, mangiare o bere cose che non sono commestibili, toccare o maneggiare le cose irragionevolmente, nascondere od accumulare oggetti, compiere manierismi ripetitivi, irrequietezza generale, movimenti strani o boccacce
- <u>agitazione verbale</u>
  bestemmiare, richieste costanti ed irragionevoli di attenzione o aiuto, frasi o domande ripetitive, fare dei rumori strani, urlare, lamenti, negativismo, fare proposte sessuali verbali

Ogni comportamento elencato viene misurato in termini di frequenza, con un punteggio da 1 (mai) a 7 punti (diverse volte in un'ora).

La valutazione non può essere tuttavia solo ridotta alla compilazione delle scale, ma deve essere un modo differente di osservare la persona affetta da demenza: non "registrare" solo ciò che non funziona, ma anche le capacità, le preferenze e gli stati d'animo.

Bibliografia

BINETTI G., MAGNI E., ROZZINI L., BIANCHETTI A., TRABUCCHI M., CUMMINGS J.L. - ***Neuropsychiatric Inventory: validazione italiana di una scala per la valutazione psicopatologica della demenza*** - Giorn. Geront., 43: 864-5, 1995.

BURNS A., JACOLY R., LEVY R. - ***Psychiatric phenomena in Alzheimer's Disease*** - Brit J of Psych, 157: 72-95, 1990.

COHEN-MANSFIELD J. - ***Agitated behaviors in the elderly, II: preliminary results in the cognitively deteriorated*** - J Am Geriatr Soc, 34: 722-7, 1986.

CUMMINGS J.L., MEGA M., GRAY K., ROSEMBERG-THOMPSON S., CARUSI D.A., GORNBEIN J. - ***The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia*** - Neurology, 44: 2308-14, 1994.

CUMMINGS J.L. - ***Behavior as an efficacy outcome*** - Alzh Dis Assoc Disord, 11 (S4): v-vi, 1997.

TRABUCCHI M. - ***Le demenze*** - Ed. UTET, 2000.

Neuropsicologia della musica

di Pierluigi De Bastiani

Alcune note generali

La Neuropsicologia della musica rappresenta l'incontro di più interessi scientifici nella valutazione di questa universale capacità, che assieme al linguaggio caratterizza la nostra specie. Lo studio delle differenze emisferiche, la psicologia cognitiva, lo studio degli aspetti emozionali (e strutturali) della comunicazione, partecipano ad una ricerca che negli ultimi anni si è andata sempre più caratterizzando come disciplina specifica che copre più ambiti dell'approccio "psico-musicologico" in senso stretto (Deliege & Sloboda, 1997). Questo ha prodotto una massa di informazioni, di studi sperimentali e non, di pubblicazioni che richiedono una sempre maggiore specializzazione da parte degli "addetti ai lavori", per districarsi all'interno di uno scenario che si estende a quasi tutti gli ambiti della psicofisiologia (Peretz 1993, 1996). La "musica", o aspetti di questa, è divenuta oggetto e strumento di psicanalisi, e la musicoterapia, applicata nella pratica a qualsiasi aspetto della patologia psichiatrica o neurologica che coinvolga funzioni cognitive, sembra avviata ad un promettente futuro (ed una sua variante anche a diventare utile strumento per aumentare la produzione di latte in allevamenti modello).

In ambito strettamente Neuropsicologico sarà utile ricordare che i confini della disciplina (Basso 1966) si incentrano sullo studio delle relazioni fra aspetti "musicali", compresi i loro deficit (le cosidette "amusie"), e relazioni funzionali/strutturali con la capacità cognitiva intesa come espressione dell'integrità della struttura del Sistema Nervoso Centrale (SNC). Con la diretta conseguenza che un danno del SNC può rappresentare, quando coinvolga aspetti genericamente o specificamente pertinenti alle capacità musicali, una euristica che ci permette una visione sempre più approfondita della via per una migliore conoscenza di tali capacità. Vedremo in seguito come l'introduzione di nuove tecniche di esplorazione del SNC, (Krings et. Al., 2000) abbiano ulteriormente ampliato le possibilità di studio "in vivo" della neuropsicologia della musica (Halpern & Zatorre, 1999). Questo, all'interno delle scienze cognitive, rappresenta il fondamento per ipotizzare un legame funzionale (o anatomo-funzionale) con qualche modello della capacità in esame, attribuendo a quest'ultima la pertinenza di strutture "dedicate", o modulari nei modelli che prendono appunto questo nome (Peretz & Morais, 1989).

Vengono anche ipotizzate vie di elaborazione che implicano altre caratteristiche, specifiche per la singola funzione o condivise con altre capacità, (modelli "a cascata", o Processi Paralleli Distribuiti, o modelli di tipo semiotico, o altri ancora).

Alcune note specifiche

Pur se questo breve capitolo non ha titolo per entrare nello specifico di tutti i problemi tecnici connessi a questo tipo di ricerche sarà utile riportare in sintesi lo stato

dell'arte, dedotto dall'orientamento prevalente espresso dagli studiosi più accreditati. Aggiungerò inoltre alcune considerazioni basate sull'applicazione di tali opinioni, principi e modelli, rimarcando eventuali aspetti che non sempre concordano con i parametri che dovrebbero essere a garanzia di ogni valutazione scientifica.

Nel fare questo voglio premettere che il mio personale punto di vista è quello del Neuropsicologo in senso stretto, e non dell'esperto di musica (cosa che con mio grande dispiacere non sono, dovendomi limitare ad una aspecifica fruizione di quest'arte).

È interessante notare come questa stessa notazione basata sulla coscienza della limitazione delle competenze dei singoli ricercatori e sul limite dell'approccio neuropsicologico al problema, sia stata di recente sottolineata in un capitolo del Manuale di Neuropsicologia dedicato alla musica. Questo fatto dovrebbe rendere conto dell'eterogeneità dei casi riportati in letteratura.

Anna Basso (1966) infatti, scrive: *"I casi descritti sono estremamente eterogenei e le ragioni per cui sono state studiate le loro capacità musicali sono diverse da caso a caso. L'incontro fra un neuropsicologo e un musicista cerebroleso ha generalmente dato origine ad uno studio sulle capacità musicali del paziente, indipendentemente dall'interesse del ricercatore per questa specifica materia. Un gruppo di soggetti è stato studiato proprio a causa dell'interesse del ricercatore per l'amusia indipendentemente da una loro eventuale preparazione musicale. Un gruppo è stato studiato perché presentava una agnosia uditiva e, tra gli altri stimoli uditivi, sono stati analizzati anche stimoli musicali"*.

È evidente che questo tipo di problemi costituiscono una limitazione rilevante per l'approfondimento di aspetti specialistici delle competenze musicali (primo fra tutti la creazione di un modello di competenze ed abilità "modality specific").

La soluzione possibile, e cioè la competenza neuropsicologica e musicale nello stesso sperimentatore risulta infatti assai poco probabile. Altro problema di non facile soluzione è l'individuazione del livello di competenza musicale del soggetto studiato.

Ciò che rende difficile, se non impossibile, questo tipo di valutazione è la difficoltà a creare una "distribuzione normale" per quanto riguarda ciascuno degli aspetti legati all'esperienza musicale, compresi quelli più basilari.

Il rapporto del singolo con la musica infatti è del tutto individuale e difficilmente generalizzabile. In questo caso la comparabilità fra campione e controllo risulterà estremamente aleatoria ed i risultati in ogni caso di difficile interpretazione.

Il fatto di apprezzare Mozart, piuttosto che non Wagner mi rende differente da quelli che amano i Beatles, o Vasco Rossi o la Tecno-music o addirittura il Rap? E se passo sistematicamente la giornata canticchiando o fischiettando, ma sono contemporaneamente incapace di leggere le note sul rigo musicale ed ho qualche problema nel distinguere fra melodia, ritmo o fraseggio, potrò comunque diventare oggetto di studio, nella malaugurata eventualità di un accidente cerebrale? E se fossi decisamente stonato, eppure affascinato dalla musica potrei comunque contare su un qualche effetto "cognitivo", o sono solo..."Emozioni"? (cfr. Lucio Battisti!)

E che dire di quelli che hanno la fortuna di saper suonare uno strumento? (e il pianoforte produrrà a livello cerebrale gli stessi effetti del violoncello?).

E il compositore è paragonabile al grande tenore? E i cori di montagna quale effetto producono veramente sul cervello (e sulla vigilanza) dei cantanti e degli ascoltatori?

Fiati e percussioni non entrano mai nelle valutazioni cognitive sugli effetti specifici degli strumenti, e tanto meno i sintetizzatori. Ma gli strumenti a corda ed alcune sonate di Mozart risultano addirittura "speciali" nella produzione di dati, ipotesi, modelli, e nell'ampliamento di strutture cerebrali (e il povero Chopin?).

Come si vede i problemi sono molti, anche se in assoluto essi non sono limitativi per una interpretazione generale di processi musicali, quando questi siano intesi come espressione di competenze cognitive (specifiche o generali). Inoltre è pur sempre possibile una valutazione della scientificità delle ricerche prodotte e, fatto salvo questo assunto, una eventuale interpretazione di dati e ricerche nell'ambito della neuropsicologia cognitiva in senso stretto. Per una trattazione più approfondita degli aspetti generali dell'argomento trattato rimando anche ad alcune revisioni recenti di autori che più si sono occupati di questi problemi (Sloboda, 1996), (Peretz & Hébert, 2000), unendo una ottima competenza sia in ambito psicologico che musicale (oltre agli altri citati via via). In aggiunta a questo filone di ricerche vanno citati anche quegli autori che si sono specificamente occupati della valutazione delle modificazioni cerebrali in senso strutturale (Pantev et Al., 1998) che si accompagnerebbero all'utilizzo di un qualche strumento musicale (Elbert et Al., 1995) (Schlaug et Al., 1994, 1995).

Le opinioni correnti

Come ho ricordato riporterò in questo capitolo le opinioni correnti degli studiosi sul tema in esame, ma sarà utile prima fornire una sintetica e pragmatica definizione di ciò che si intende per "musica", almeno in una accezione comprensibile anche ai non addetti ai lavori (neuropsicologi compresi!).

Come il linguaggio, cui viene spesso paragonata, la musica e l'esperienza musicale sono universali ed appartengono a tutte le culture rappresentando sia l'uno che l'altra con le rispettive caratteristiche specifiche, un sistema unico di comunicazione uditivo-vocale (Sloboda, 1985).

Come il linguaggio la musica può essere studiata attraverso una gerarchia semiotica, e come questo può essere scritta e letta, interpretata attraverso una struttura grammaticale di tipo trasformativo, e come il linguaggio si basa sulla percezione categoriale di elementi basici.

Assieme alle somiglianze si possono però elencare altrettante differenze, come la partecipazione simultanea dei soggetti (in contrasto con l'alternanza dei parlanti) o il fatto che la musica sia solitamente letta o comunque memorizzata, o che necessiti dell'uso di scale, ritmi, strumenti e che la distribuzione delle competenze nella popolazione sia decisamente eterogenea, ed infine che il suo significato ultimo sia sostanzialmente di tipo emozionale.

I dati raccolti dalla neuropsicologia, infine, dimostrano come lesioni del SNC possano dissociare competenze musicali e linguistiche, suggerendo come la musica possa essere interpretata come competenza specifica con un processo funzionale in parte distinto da quello che regola le attività linguistiche (Marin and Perry, 1992).

Tale processo può essere ulteriormente frazionato al suo interno dando luogo a disordini selettivi della percezione, della performance, della lettura o della scrittura della musica stessa come risulta da numerosi lavori (Peretz and Kolinsky 1993). Recente-

mente Cappelletti et Al. (2000) hanno descritto in un musicista professionista la dissociazione fra la capacità di lettura e di scrittura della musica dopo un accidente cerebrale (encefalite acuta), con la conservazione di lettura e scrittura del linguaggio.

Come già ricordato (Peretz & Hébert, 2000) fino ad ora gli studi sulle capacità musicali si sono basati essenzialmente sulla analisi di casi affetti da una patologia cerebrale mancando la possibilità di un modello animale, come viene utilizzato ad esempio nello studio dei processi visivi. Non è infatti chiaro se i suoni emessi da animali, incluso il "canto" degli uccelli possano essere intesi come l'equivalente o un antecedente del linguaggio o della musica negli umani. Inoltre un altro ostacolo alla generalizzazione fra e attraverso le specie è quello della naturale inclinazione alla musica nella specie umana, che implica la possibilità di utilizzo di due distinte funzioni supportate dagli stessi canali uditivo/vocali, mentre questo non è per gli animali che ne utilizzano solo una. La mancanza di un modello animale, e l'obbligo di basarsi sulla patologia umana, ed in particolare sullo studio degli accidenti cerebrali (e sulla "funzione lesa") sembra ora finalmente superato dal consolidarsi delle nuove metodologie di "neuroimaging", come:

- la Tomografia ad emissione di Positroni (PET)
- la Risonanza Magnetica Nucleare funzionale (fMRI) (Nakada et.Al., 1998)
- i Potenziali Evento Correlati (ERPs)
- le Mappe Elettroencefalografiche (MEG).

Esiste anche la importante possibilità di stimolazione cerebrale attraverso la Stimolazione Magnetica Transcranica (TMS) che riproduce in via transitoria e del tutto reversibile gli effetti di un danno funzionale.

Queste metodologie ampiamente documentate (Sergent et. Al., 1992), (Perry et. Al., 1999), consentono infatti la selezione di popolazioni mirate nell'esplorazione delle funzioni da esaminare. Aspetto di grande rilevanza è, in questo caso, la possibilità di valutare "a priori" le eventuali competenze musicali oggetto di studio.

Questo può rappresentare la chiave di volta nello studio di una funzione come la musica, praticata da una minoranza della popolazione (ed ancora meno a livello professionale), ma consumata sicuramente dalla maggioranza e riconosciuta dalla totalità. Essendo poi la musica l'espressione di un insieme integrato di processi neurali queste tecniche di studio permetteranno probabilmente di analizzare i correlati degli specifici processi coinvolti, vale a dire l'organizzazione percettiva e le strutture interessate, la memoria, le associazioni letterali/semantiche, l'integrazione sensori-motoria, e più in generale la neurobiologia dell'apprendimento percettivo e la plasticità visuo-motoria (Peretz & Hébert, 2000). Tutti questi, infatti sono gli aspetti che il cervello deve organizzare e correlare (Platel et. Al., 1997) per raggiungere lo scopo finale che è la musica nei suoi due versanti di produzione ed acquisizione (che sono, peraltro, dissociabili).

Queste metodiche inoltre potranno essere completate da prove adeguate non solo per lo studio dei meccanismi che sottostanno a queste capacità, ma anche per la comprensione dell'effetto che la musica stessa produce nei suoi ascoltatori, indipendentemente da cultura, razza, età e quant'altro. Questo ultimo parametro, e cioè la evocazione di emozioni, rende la musica un linguaggio universale ed ubiquitario come la capacità di comunicazione linguistica o mimica (si pensi anche, come paragone, alla possibilità di manifestazione cross-culturale delle emozioni basiche rappresentate dalle

espressioni facciali). Rimane, come per le singole lingue, pur comprese all'interno di regole generali e comuni, la possibilità di adeguarsi a specifici aspetti culturali (e culturalmusicali). Questi, a loro volta, possono regolare "regionalmente" la manifestazione di aspetti sovrastrutturali del linguaggio (o della musica) come peraltro di quelle stesse emozioni, attraverso l'uso di strumenti o regole vincolate all'ambito culturale.

Lo studio neuropsicologico della musica come "linguaggio emozionale" ha trovato in recenti lavori (Peretz et Al., 1998), (Peretz & Gagnon, 1999), (Blood et Al., 1999), una singolare prospettiva di interesse che rappresenta un punto di vista nuovo e promettente nella comprensione di come il cervello umano risponde agli stimoli musicali.

Tale prospettiva, quando si siano stabiliti criteri di analisi che tengano in considerazione questo aspetto dell'esperienza emozionale evocata dalla musica ed i suoi risvolti in termini di psicobiologia, potrebbe anche fornire un supporto alla valutazione dell'utilità della musicoterapia, ad esempio nella malattia di Alzheimer (AD), o comunque delle demenze. Non è compito della Neuropsicologia entrare nel merito degli aspetti "scientifici" della musicoterapia in genere. Al momento, per quanto riguarda l'applicazione di questa nella AD, una valutazione dei parametri basici della scientificità delle ricerche che vengono proposte (scelta del campione/controllo, analisi dei risultati, variabili di "disturbo", possibilità di by-prodotti, ripetibilità dei risultati, ecc.) è sufficiente per rigettare come fantasiosi o quantomeno superficiali il 98% dei risultati riportati nella maggioranza degli studi pubblicati (cfr. The Cochrane Library-2001, Issue 2) senza dover nemmeno entrare nella sostanza del problema. Sostanza che, a mio parere, dovrebbe specificare quali siano i meccanismi che regolano l'effetto o gli effetti di una sessione di stimoli a probabile contenuto emozionale su una struttura cognitiva che deteriora parallelamente al substrato cerebrale.

Sarebbe inoltre fondamentale sapere perché (e soprattutto come) uno stimolo, auspicabilmente gradevole, debba alla sua specificità (musica) la capacità di migliorare aspetti del comportamento dei soggetti esposti (volontariamente?) al suo ascolto o partecipi della sua produzione. Da notare che ciò avviene il più delle volte in totale assenza di informazione sulle "attitudini" emotivo-musicali premorbose del soggetto stesso, e che al momento non esiste, se non in forma annedotica, una modalità condivisibile di valutazione che non sia la dichiarazione di effetti decisamente aspecifici.

Tali aspetti inoltre vengono solitamente rilevati dal Musicologo, che è spesso (come il Neuropsicologo lo è per la musica) assolutamente ignorante delle possibili manifestazioni cliniche e comportamentali che accompagnano le demenze in genere.

Essendo questo argomento trattato in altri capitoli ritengo che potremo avere dagli autori quei chiarimenti e quelle prove scientifiche che sole possono giustificare in termine di benefici (e costi) l'utilizzo "terapeutico" della musica, almeno nelle popolazioni di pazienti affetti da demenza, e quindi particolarmente "fragili" rispetto ai possibili interventi sviluppati con lo scopo di migliorare la loro infelice situazione.

Ulteriori note

Appare chiaro da quanto ho riportato che la Neuropsicologia della musica è passata dalle sue competenze "storiche", e cioè la descrizione di disordini delle abilità musicali (amusie) (vedi Basso, 1996) alla descrizione di specifici aspetti delle sue proprie

funzioni ulteriormente frazionabili in particolari. Una parte degli studi recenti sono quindi dedicati a queste ulteriori dissociazioni fra capacità musicali e linguistiche (cfr. Marin and Perry, 1992.), solitamente in riferimento alla capacità di leggere note, ma non lettere, o alla capacità di discriminare fra stimoli uguali/diversi.

Questo implicherebbe la presenza di sistemi cerebrali separati (moduli) per musica e linguaggio, anche se, per la loro stessa natura funzionale risulta difficile ipotizzarne una completa indipendenza.

E questo risulta più chiaro dal momento che la maggior parte degli aspetti mnesici ed esecutivi sembrano essere perfettamente sovrapponibili nell'esecuzione di compiti richiesti. Diventa inoltre antieconomico ipotizzare la separazione di competenze "generali", come appunto la memoria, in sottosistemi specifici a seconda della funzione.

Un altro filone (neuro-anatomico) di indagine lega l'apprendimento della musica (ma solo prima dei tre anni, o dei cinque, o dei nove, in altri lavori), a modificazioni dello spessore del corpo calloso (Sclaug et Al., 1994), o ad un aumento delle dimensioni del planum temporale dell'emisfero di sinistra (è peraltro noto che il planum temporale di sinistra è comunque più sviluppato nel 65% dei destrimani).

La rappresentazione corticale dell'area della mano (Elbert et Al., 1995) è decisamente maggiore nei suonatori di strumenti a corda (e mi chiedo come possa essere in un annodatore di tappeti, che oltretutto comincia questa attività molto giovane), e l'area della corteccia uditiva primaria, indipendentemente dallo strumento suonato è più grande del 25% nei musicisti rispetto ai non-musicisti (Pantev et Al., 1998).

La convinzione che le capacità musicali interagiscano con i processi cognitivi in genere ha poi portato ad ipotizzare una maggiore capacità di organizzare percezione e abilità spaziali in soggetti esposti alla musica entro i tre anni di età (Rauscher et Al., 1994, 1997). In questo caso si produrrebbe una variante del cosiddetto "effetto Mozart", dall'autore della musica (ma solo una sonata particolare) che si è rivelata efficace in questo tipo di prove (Rausch & Shaw, 1998). L'assunto per questo tipo di risultato è quello di ipotizzare una sovrapposizione di aree competenti per funzioni diverse, oppure una diffusione dell'attivazione in aree contigue a quelle direttamente stimolate.

Un training musicale, inoltre è in grado di migliorare non solo l'immagine mentale specifica per la melodia, ma anche quella spaziale (Aleman et Al., 2000). Infine le prove di ascolto dicotico dimostrano una variazione dell'asimmetria funzionale cerebrale per linguaggio e musica che sono dipendenti (e dissociabili) dalle varie fasi del ciclo mestruale (Sanders & Wenmoth, 1998).

Come si può intuire da questa caotica revisione (volutamente basata su riferimenti "accreditati") non solo negli ultimi cinque anni il numero dei lavori, e l'interesse dei cognitivisti, si è moltiplicato in maniera esponenziale, ma gli interessi ed i campi di intervento si sono frazionati nella valutazione di aspetti che richiedono competenze tali da renderli difficilmente apprezzabili all'interno di una visione generale, o di un modello, che cerchi di interpretare la competenza musicale.

Come per altri argomenti di studio delle scienze cognitive credo che sarà necessario, dopo un periodo di assestamento dei problemi specifici, ritornare al tentativo di una interpretazione globale (già tentato con un certo successo con l'assimilazione della musica al linguaggio) di questo aspetto così peculiare degli esseri umani. Probabilmente i

primi tentativi, già ricordati, di analisi della musica come "linguaggio emozionale" rappresentano l'inizio di quella visione unificante del problema che potrà permetterci una migliore conoscenza dei meccanismi che regolano questa funzione, e forse un'utilizzo terapeutico fondato, su presupposti non aneddotici ed estemporanei.

Per concludere questa brevissima sintesi di alcuni degli aspetti della Neuropsicologia della musica voglio riassumere i dati desunti dalla letteratura, che rappresentano in qualche modo non solo l'opinione corrente degli studiosi, ma una sorta di enunciato sul quale esiste una sostanziale concordanza. Tale concordanza, come abbiamo visto può fornire nella pratica motivo di analisi di aspetti del tutto diversi della funzione esaminata, dipendendo il tipo di obbiettivi di volta in volta sottolineati, dall'interesse, e dalla competenza (in questi casi soprattutto "musicale") degli studiosi.

Conclusioni

- La letteratura esaminata mette in luce come vi siano tipi diversi di attività musicali e che la maggior parte di queste possono essere utilmente portate a compimento attraverso numerose strategie o approcci ugualmente validi.
- I vari lavori esaminati suggeriscono la possibilità che le strutture cerebrali coinvolte in ciascuno degli aspetti particolari che caratterizzano la musica possano essere in relazione con la natura della prova, con le esperienze individuali dei soggetti, con diversi livelli di competenza ed abilità e con le eventuali strategie utilizzate.
- Una lesione cerebrale, dovunque situata, può produrre dei deficit a carico di una qualche abilità musicale. Di solito le modalità richiamano la tipicità degli effetti della lesione stessa in una determinata area (lesioni dell'emisfero sinistro producono una "afasia" musicale in soggetti competenti che interpretano meglio di altri la musica come linguaggio, lesioni dell'emisfero destro potrebbero interferire con la capacità di apprezzare la " prosodia" musicale).
- La lateralizzazione delle abilità musicali è abbastanza variabile (in alcune ricerche decisamente bimodale), e sembra dipendere dal tipo di abilità esaminata, dal training individuale, dalla competenza manuale e da variabili al momento ignote.
- Disordini acquisiti di specifiche abilità musicali come reliquati di un danno cerebrale, sono spesso dissociati da disordini del linguaggio e/o di altre capacità cognitive.
- Abilità musicali di tipo recettivo o espressivo possono essere dissociate da lesioni focali di aree variabili.
- Lesioni infero/posteriori del lobo frontale (e soprattutto del destro) spesso risultano in disordini nella abilità del canto, producendo un deficit del tono.
- Lesioni del lobo temporale (e soprattutto del destro) possono danneggiare la percezione e la memoria della musica.
- Alcuni aspetti dell'apprendimento della musica sembrano coinvolgere aspetti di memoria procedurale, e possono essere dissociate dalle amnesie anterograde per la memoria dichiarativa.
- Una eccezionale memoria musicale sembra essere altamente correlata con eccezionali abilità nello stesso ambito.

In sintesi, molte attività in ambito musicale sono eccezionalmente complesse ed im-

piegano per il loro svolgimento il massimo di capacità e la competenza di molte aree differenti del cervello, e sono quindi più esposte agli effetti, anche indiretti di un danno cerebrale. La grande varietà di strategie ed approcci disponibili suggeriscono che il musicista esperto possa trovare alternative o approcci compensatori con una certa facilità nella maggior parte delle prove musicali. Risulta quindi molto rischioso tentare di predire un disordine della sfera musicale sulla base di lesioni di aree specifiche o sulla base di una qualsiasi valutazione neuropsicologica di tipo standard.

Da questa sintetica presentazione di alcuni degli aspetti legati alla valutazione della "musica" in termini cognitivi è possibile vedere come le ricerche e l'interesse su questo argomento iniziano a produrre una massa di dati che seppure ancora disorganizzati lasciano sperare in una futura comprensione degli aspetti (quantomeno generali) che caratterizzano questa parte importante e poco conosciuta delle capacità umane.

Bibliografia

ALEMAN A., NIEUWENSTEIN M.R., BOEKER BEK. AND DE HAAN EHF. - *Musical training and mental imagery ability* - Nuropsychologia, 38: 1664-1668, 2000.

BASSO A. - *La neuropsicologia della musica* - In G. Denes & L. Pizzamiglio (Eds), "Manuale di Neuropsicologia", Zanichelli, pp. 542-553, 1996.

BLOOD A., ZATORRE R., BERMUDEZ P. AND EVANS A. - *Emotional responses to pleasant and unpleasant music correlate with activity in paralimbic brain regions* - Nature Neuroscience, 2: 382-387, 1999.

CAPPELLETTI M., WALEY-COHEN H., BUTTERWORTH B. and KOPELMAN M. - *A selective loss of the ability to read and write music* - Neurocase, 6: 332-341, 2000.

DELIEGE I. and SLOBODA J. (Eds) - *Perception and Cognition of Music* - Hove: Psychology Press, 1997.

ELBERT T., PANTEV C., WIENBRUCH C. et Al. - *Increased cortical representation of the fingers of the left hand in string players* - Science, 270: 305-307, 1995.

HALPERN A.R. and ZATORRE R.J. - *When that tune runs though your head: a PET investigation of auditory imagery for familiar melodies* - Cerebral Cortex, 9: 697-704, 1999.

KRINGS T., TOPPER R., FOLTYS H. et. Al. - *Cortical activation pattern during complex motor tasks in piano players and control subjects. A functional magnetic resonance imaging study* - Neuroscience Letters, 278: 189-193, 2000.

MARIN O.S.M. and PERRY D.W. - *Neurological aspects of musical processing* - In: Deutch D (Ed) "Psychology of Music", Academic Press, pp. 653-724, 1992.

NAKADA T., FUJII J., SUZUKI K. and KWEE - *IL: Musical brain revealed by high-field (3 Tesla) functional* - MRI., Neuroreport, 9: 3853-3856, 1998.

PANTEV C., OOSTENVELD R., ENGELLEN A. et Al. - *Increased cortical representation in musicians* - Nature, 392: 811-814, 1998.

PERRY D.W., ZATORRE R.J., PETRIDES M. et. Al. - *Localization of cerebral activity during simple singing, Neuroreport* - 10: 3453-3488, 1999.

PLATEL H., PRICE C., BARON J.C. et. Al. - *The structural components of music perception. A functional anatomical study* - Brain, 120: 2: 229-243, 1997.

PERETZ I. - *A Case of music agnosia in a nonmusician* - Journal of Cognitive, Neuroscience, 8: 481-496, 1996.

PERETZ I. - *Auditory agnosia: a functional analysis* - In S. Mc Adams and E. Bigand (Eds), "Thinking in Sound: The Cognitive Psychology of Human Audition", Oxford University Press, pp. 199-230, 1993

PERETZ I., GAGNON L. and BOUCHARD B. - *Music and emotion: Perceptual determinants, immediacy and isolation after brain damage* - Cognition, 68: 111-141, 1998.

PERETZ I., GAGNON L. - *Dissociation between reconition and emotional judgment for melodies* - Neurocase, 5: 21-30, 1999.

PERETZ I. and HÉBERT S. - *Toward a Biological Account of Music Experience* - Brain and Cognition, 42: 131-134, 2000.

PERETZ I. and MORAIS J. - *Music and Modularity* - Contemporary Music Review, 4: 279-293, 1989.

PERETZ I. and KOLINSKY R. - *Boundaries of separability between melody and rhythm in music disrimination: a neuropsychological perpective* - Quarterly Journal of Experimental Psychology, 46: 301-325, 1993.

RAUSCHER F.H. and SHAW G.L. - *Key components of the Mozart effect* - Perceptual and Motor Skills, 86: 835-841, 1998.

RAUSHER F.H. et Al. - *Music trainig causes long-term enhancement of pre-school children's spatial-temporal reasoning* - Neurological Research, 19(1): 1-8, 1997.

SANDERS G. and WENMOTH D. - *Verbal and music dichotic listening tasks reveal variations in functional cerebral asymmetry across the menstrual cycle that are phase and task dependent* - Neuropsychologia, 36: 869-874, 1998.

SERGENT J., ZUCK E., TERRIAH S., MACDONALD B. - *Distributed neural network underlying musical sight-reading and keyboard performance* - Science, 257: 106-109, 1992.

SCLAUG G. et Al. - *In vivo morphometry of interhemispheric asymmetry and connectivity in musicians* - In: Deliège, I. (Ed), "Proceedings of the 3rd international conference for music perception and cognition" (417-418), Liege, 1994.

SLAUG G. et Al. - *In vivo evidence of structural brain asymmetry in musicians* - Science, 267: 699-701, 1995.

SLOBODA J.A. - *Musical Perceptions* - Oxford University Press Neuroscience, 8: 481-496, 1996.

SLOBODA J.A. - *The musical mind: the cognitive psychology of music* - Oxford: Oxford University Press, 1985.

STEWART L. and WALSH V. - *Neuropsychology: Music of the hemispheres* - Current Biology, 11: 125-127, 2001.

La valutazione dei risultati nella malattia di Alzheimer

di Angelo Bianchetti – Tiziana Metitieri

Qualità delle cure e risultato nelle demenze

Gli sforzi crescenti per raggiungere da un lato una migliore qualità e dall'altro un contenimento dei costi dei servizi sanitari hanno determinato una drammatica espansione delle ricerche volte a definire i risultati ("outcome research") e l'efficacia degli interventi sanitari ("effectiveness research") (1, 2). La definizione degli *outcomes* di un servizio è parte integrante nel processo di valutazione della qualità oggettiva, del quale però fanno parte anche una altra serie di fattori, legati prevalentemente ai processi che caratterizzano le prestazioni (3).

Classicamente, la qualità delle cure può essere valutata sulla base della struttura, dei processi e dei risultati (outcome) (4). La struttura è relativa all'organizzazione di una istituzione, alle risorse utilizzate per la realizzazione di un progetto o per la gestione di un servizio (es.: agibilità, igiene, manutenzione della struttura, numero e professionalità del personale, organizzazione, funzionalità, sicurezza degli spazi); il processo definisce gli aspetti relativi alle modalità di erogazione di un intervento (es.: tecnica con cui vengono svolte le prestazioni, logica verso cui sono orientati gli interventi - es.: personalizzazione, rispetto dell'autonomia, ecc.); l'outcome si riferisce agli effetti prodotti dagli interventi (o dall'intervento) sulle condizioni della popolazione "bersaglio" (es.: guarigione dalla malattia, miglioramento dell'autonomia motoria, ritorno al domicilio, ecc.) (5).

L'outcome di un servizio è costituito dal valore differenziale di una serie di parametri complessi tra il momento della presa in carico dell'utente anziano ed il momento dell'osservazione a vari tempi; se manca una metodologia oggettiva la valutazione è affidata al caso o alla soggettività dell'operatore (6).

La qualità delle cure può essere definita sulla base dei criteri di struttura e di processo nella misura in cui può essere dimostrato che variazioni di queste variabili si traducono in modificazioni degli *outcomes*. Questa modalità di definizione è la più largamente utilizzata, soprattutto in presenza di patologie croniche, perché le variabili da esaminare sono più facilmente identificabili e misurabili. Molte critiche sono state però sollevate agli indicatori di qualità basati esclusivamente sui dati di struttura e processo, soprattutto quando non è chiaramente dimostrata una relazione con gli *outcomes*, cioè con miglioramenti dimostrabili nella salute dei pazienti. È certamente vero che la definizione di standard strutturali e di processi diagnostico-terapeutico-assistenziali ha permesso un decisivo miglioramento della qualità delle cure nei setting geriatrici, quali le case di riposo o le strutture riabilitative, in molti paesi occidentali, ma in questi sistemi la qualità è generalmente definita in termini di assenza di eventi negativi. Prevenire le piaghe da decubito o le cadute è certamente positivo, ma non indica

di per sè una buona qualità delle cure (7). Per questo motivo negli ultimi anni grande enfasi è stata data alla definizione della qualità delle cure basata su indicatori di risultato. In questo caso la qualità di un servizio si basa sulla dimostrata capacità di migliorare le condizioni di salute del paziente. La relazione fra gli *outcomes* ed il sistema della struttura-processo deve comunque essere dimostrata, ed i risultati in termini di miglioramento delle variabili cliniche devono essere corretti per una serie di variabili confondenti, quali le diverse caratteristiche del paziente (2).

La definizione di qualità delle cure in geriatria differisce dalla medicina per acuti. In quest'ultimo caso, infatti, il decorso generalmente breve della patologia permette di osservare le modificazioni indotte dagli interventi; inoltre le variazioni dello stato di salute ed il passaggio dalla malattia alla guarigione sono generalmente chiaramente evidenziabili. Nella cura del paziente anziano il decorso generalmente lento delle patologie croniche rende meno evidenti gli effetti delle cure. Una chiara definizione degli obiettivi delle cure e dell'assistenza è pertanto essenziale per definire la qualità dei servizi per la salute degli anziani. Il superamento di una visione riduttiva degli obiettivi, legata prevalentemente all'assenza di eventi negativi, ha portato ad una definizione positiva e realistica dei risultati ottenibili in geriatria, sebbene questi possano anche non contemplare necessariamente il miglioramento, ma anche solamente il rallentamento dell'evoluzione della condizione di malattia.

Le misure di *outcome* possono essere suddivise in due grandi categorie: quelle globali e quelle specifiche (vedi Tab. 1). Le prime indicano variabili che sono il risultato di un approccio multidimensionale e non la risultante di un unico problema clinico, quali lo stato funzionale, la qualità della vita, la mortalità. Le seconde si riferiscono a singoli ben definiti problemi clinci, quali i livelli di glicemia nel diabetico (7).

Le modalità con le quali viene valutata la qualità dei servizi sanitari si basa non solo su scelte di tipo tecnico, ma anche su aspetti culturali e sociali. Per lungo tempo la società si è affidata alla regolazione degli input e delle strutture più che ai risultati, per evitare di confrontarsi con problemi di grande complessità etica e politica, quali l'allocazione delle risorse, il rapporto costo/beneficio dei servizi sanitari, il limite del diritto alle cure (8). I servizi alle persone anziane o ai segmenti più deboli della popolazione, in particolare, sono sfuggiti alla logica della valutazione dei risultati perché visti comunque come "socialmente necessari" e modi indispensabili per difendere chi non può da solo badare a se stesso (7). Al contrario, la disponibilità di indicatori di efficacia e di efficienza basati sugli *outcomes* è, in questo momento storico, un'arma efficacissima per difendere gli interessi dei più deboli e, per la geriatria, rappresenta un'occasione per riaffermare il valore dei modelli culturali e scientifici alla base delle scelte terapeutiche ed assistenziali.

È possibile il raggiungimento di risultati "positivi" nella cura delle demenze?

La demenza costituisce una condizione nella quale la definizione dei risultati delle cure (outcomes) presenta notevoli difficoltà concettuali e pratiche. Innanzitutto, la demenza è una condizione clinica caratterizzata, nella maggior parte dei casi, da una progressione inarrestabile del quadro sindromico. L'indisponibilità di efficaci strumenti farmacologici in grado di arrestarne o di modificarne in modo significativo la

storia clinica ha determinato il diffondersi fra gli operatori di un atteggiamento di sostanziale nihilismo verso qualsiasi tentativo di intervento "curativo" sul paziente. Questo si è tradotto in un sostanziale "abbandono" del paziente da parte dei sistemi sanitari per affidarlo alla rete dei servizi "sociali". La definizione di *outcome* nella demenza richiede dapprima l'analisi di ciò che è realisticamente modificabile e dell'evoluzione attesa del quadro clinico (9). In questo caso una buona qualità delle cure sarà definita da un rallentamento dell'evoluzione del quadro clinico e da uno spostamento nella curva attesa del decadimento. La demenza, inoltre, determina un grande impatto sulla salute psico-fisica dei *caregiver*, che deve essere tenuta in considerazione nella definizione degli outcome delle cure (10). Molte variabili possono essere quindi utilizzate come misura di *outcome* nella demenza (vedi Tab. 2). Naturalmente la definizione degli *outcomes* raggiungibili dipende in larga misura dalla gravità della demenza, dal setting e dalle modalità di cura (farmacologica o non farmacologica) attuata.

Qualsiasi considerazione sui problemi della qualità nei servizi per l'anziano affetto da demenza non può prescindere da una rilevazione realistica del bisogno e da una lettura critica del livello di elaborazione culturale raggiunto dai moderni sistemi sanitari ed assistenziali su questo tema. A fronte di un aumento della prevalenza dei casi di demenza (come conseguenza dell'aumento della vita media, ma anche di una maggiore sopravvivenza dei pazienti affetti dalla malattia) vi è la constatazione che gli avanzamenti della "care", sia in senso strettamente clinico-terapeutico sia in senso assistenziale più ampio, non hanno completamente soddisfatto le attese dei ricercatori e della società in generale.

Il grande sforzo della medicina si è indirizzato soprattutto alla definizione delle procedure diagnostiche, che hanno indotto il significativo risultato di far uscire le demenze dall'indistinto ambito di ciò che non può essere nemmeno classificato. Sul piano terapeutico, l'introduzione dei nuovi farmaci attivi sul sistema colinergico risponde ad una linea di pensiero non certo recente; nonostante l'enfasi che ha accompagnato la commercializzaione di tali molecole, non può sfuggire che si tratta comunque di trattamenti sintomatici, che permettono di ottenere una risposta significativa in una percentuale modesta di casi (30-40%) e, comunque, non sembrano in grado di incidere sulla storia naturale della malattia (Geroldi, 1997). La pressione sociale ha indotto a ricorrere allo sviluppo di questi farmaci, senza aspettare i frutti del grande sforzo di ricerca che viene condotto in tutto il mondo sui meccanismi patogenetici delle demenze. È possibile pensare che nei prossimi anni saranno disponibili molecole che, agendo sui meccanismi patogenetici della malattia, potranno incidere sulla storia naturale, rallentando in modo significativo il declino cognitivo e funzionale.

I servizi diagnostici

Frequentemente il paziente anziano con disturbo cognitivo non riceve la giusta attenzione diagnostica e quindi non viene sottoposto all'iter per arrivare ad una definizione del quadro patologico. La diffusione sul territorio nazionale delle Unità di Valutazione Alzheimer nell'ambito del Progetto Cronos rende cruciale la definizione di procedure diagnostiche standardizzate; queste, infatti, costituiscono il miglior riferimento ad uno standard di qualità.

Una procedura diagnostica corretta costituisce la base indispensabile per i diversi percorsi all'interno della rete dei servizi che il paziente deve compiere.

Accanto alla diagnosi, un ulteriore elemento fondamentale per il raggiungimento degli *outcomes* e il processo di *assessement*. Il processo di valutazione del paziente demente è essenziale in qualsiasi setting clinico, anche se le finalità possono essere differenti. Oltre allo scopo specifico, la gravità della demenza è l'altro elemento che condiziona la scelta degli strumenti di valutazione. Non è, infatti, possibile utilizzare un set di strumenti uguali in ambiti diversi e con pazienti con livelli di severità di malattia differenti. Naturalmente, in relazione agli scopi ed al setting, potranno variare anche gli operatori coinvolti nel processo valutativo.

Gli obiettivi del processo valutativo possono essere così schematizzati:

1. screening
2. diagnosi
3. valutazione del carico assistenziale
4. valutazione efficacia di terapie/programmi riabilitativi
5. pianificazione dell'utilizzo di servizi e risorse

In ogni caso, qualsiasi siano gli scopi ed i setting, la valutazione deve rispettare il principio della muldimensionalità che, nello specifico del paziente demente, significa la valutazione dei seguenti domini:

1. funzioni cognitive
2. stato funzionale
3. sintomi non cognitivi e depressione
4. comorbidità somatica
5. stress dei caregivers

A questi domini specifici del demente si aggiunge, come in ogni valutazione multidimensionale dell'anziano, la valutazione del network e dei problemi di tipo sociale ed economico. Naturalmente, in base alle finalità, ai setting ed alla tipologia dei pazienti si potranno definire gli strumenti più idonei alla valutazione del risultato.

La valutazione dei vari domini può essere fatta attraverso il colloquio clinico con il paziente e con i familiari, ma è molto raccomandato l'utilizzo di strumenti di raccolta dei dati standardizzati che non solo assicura la copertura di tutte le aree di interesse, ma assicura altresì la valutazione oggettiva del paziente, permettendo il follow-up e la comparazione fra pazienti o gruppi di pazienti in setting simili, così come la pianificazione delle risorse e dell'utilizzo dei servizi.

Il continuing care

Un aspetto importante della rete assistenziale per le demenze è costituito dalla presenza di strutture in grado di ricoverare periodicamente il paziente per una valutazione accurata e per una analisi dei possibili spazi terapeutico-riabilitativi ancora attivabili. In questo settore la qualità è strutturalmente rapportata all'outcome primario, cioè la possibilità di mantenere il demente al proprio domicilio. Questo si raggiunge con una organizzazione del lavoro che prevede:

- forte cultura clinica, per evitare all'ammalato ogni ulteriore limite all'autosufficienza, oltre a quella attribuibile al deficit cognitivo. La qualità si raggiunge quindi attraverso la disponibilità di medici con cultura internistica, in grado di cogliere ogni seppur lieve modificazione dello stato di salute anche in persone con difficile (o impossibile) livello di comunicazione;
- una cultura riabilitativa sia a livello cognitivo che motorio, per impostare cicli di intervento che possono essere continuati anche a domicilio. Le tecniche di riabilitazione cognitiva hanno dimostrato un discreto livello di successo, ma richiedono una preparazione specifica degli operatori;
- una cultura organizzativa per la quale il reparto diviene il centro di processi di formazione-informazione-supporto rivolti ai famigliari, alle figure professionali presenti nel territorio, agli eventuali gruppi di volontariato. La qualità consiste nella capacità di creare una rete di competenza che accompagni con ruoli diversi il demente nella sua difficile storia clinica. Da questo punto di vista è importante garantire un ricovero urgente (cioè senza il rispetto delle liste d'attesa) per i pazienti le cui famiglie si sono assunte l'onere del mantenimento a casa, anche in situazioni difficili.

Le unità speciali per dementi (SCU) nelle Case di Riposo

La decisione di ricoverare una persona affetta da demenza in una casa di riposo è quasi invariabilmente dettata dalla presenza di elevati livelli di disabilità e di disturbi comportamentali rilevanti. L'80% circa delle persone con demenza vive al proprio domicilio, ma quelli ricoverati in casa di riposo rappresentano certamente un campione di coloro che sono nelle fasi avanzate della malattia.

La tradizione custodialistica delle case di riposo si esprime in modo ancora più marcato nell'assistenza alle persone dementi. In questi casi parlare di qualità delle cure e di outcome è estremamente difficile. Un avanzamento culturale ed organizzativo è stato ottenuto dalla seconda metà degli anni 80 quando, a partire dagli USA, si sono diffuse in molti paesi le Unità Speciali per Dementi (SCU) nelle case di riposo, come modello assistenziale che ha alla base la ricerca di outcome positivi anche nella gestione ed assistenza delle persone con demenza nelle fasi più avanzate e difficili della loro malattia.

La gestione delle SCU richiede soprattutto una specifica attenzione alla formazione del personale, che dovrà essere in grado sul piano dei contenuti operativi e della capacità psicologica di affrontare la gestione di pazienti gravemente disturbanti. La cultura tradizionale delle istituzioni - volta al contenimento forzato dei comportamenti patologici - deve essere completamente modificata, perché non in grado di permettere la gestione del paziente demente (si instaurano infatti meccanismi autorinforzantisi di aggressività reciproca tra operatori e pazienti).

La qualità nelle SCU sarà quindi determinata sulla base dei seguenti parametri:

- riduzione della frequenza e dell'intensità dei disturbi comportamentali, misurate utilizzando le più comuni scale di valutazione. L'ambiente di vita delle SCU deve essere in grado di esercitare una funzione "terapeutica" nei riguardi di comportamenti che sono soprattutto risposte abnormi a stimoli esterni;

- riduzione dell'uso dei farmaci psicotropi (numero e dosaggi);
- riduzione e abolizione delle contenzioni fisiche.

Questi due ultimi aspetti costituiscono una sorta di condizione aprioristica per il buon funzionamento delle unità per dementi, ma sono anche la conseguenza delle procedure adottate e delle modificazioni strutturali. La qualità permette la rottura del circolo vizioso contenzione-aggressività (auto ed etero - ulteriore contenzione.

La Tabella 3 presenta i risultati ottenuti riguardo ai parametri sopraindicati in una unità per dementi afferente al Piano Alzheimer della Regione Lombardia (14). Come si può vedere i pazienti ricoverati nelle SCU presentano un notevole miglioramento complessivo della condizione clinica dei pazienti.

Conclusioni

Sebbene solo recentemente si sia affrontato il problema degli *outcomes* della cura delle demenze, pur in presenza di una condizione comunque destinata a progredire, è possibile dimostrare che la storia naturale della malattia può essere modificata, sia sul versante del paziente che del *caregiver*. Il differenziale fra l'evoluzione attesa e quella osservata costituisce un indicatore di buona qualità delle cure. Il superamento dell'assioma "assenza di eventi negativi = buone cure" permetterà un miglioramento della qualità complessiva dei servizi per la cura delle demenze ed una loro maggiore difendibilità in un'epoca di riduzione delle risorse disponibili (14, 15). Inoltre, lo studio degli outcome permetterà di definire "profili" di pazienti che meglio si giovano dei servizi e delle cure, ottimizzando ulteriormente le risorse umane e tecnologiche.

Tabella 1
Le aree che definiscono gli outcomes in geriatria (mod. da 7)

- Funzioni fisiologiche (riferite a specifiche condizioni cliniche)
- Stato funzionale
- Dolore e disagio
- Funzione cognitiva
- Umore
- Attività e relazioni sociali
- Soddisfazione

Tabella 2
I possibili outcomes nella cura della demenza

Per il paziente
- guarigione (nelle forme reversibili)
- modificazione della storia naturale della malattia
- miglioramento del quadro sintomatologico
  - funzioni cognitive
  - stato funzionale
  - sintomi non cognitivi
- salute fisica (sintomi e segni somatici)
- soddisfazione e qualità della vita
- riduzione del ricorso all'istituzionalizzazione

Per il caregiver
- salute fisica
- depressione ed ansia, senso di colpa
- interazioni sociali
- miglioramento della qualità della vita

Tabella 3
Funzioni cognitive, stato funzionale, disturbi comportamentali, uso di psicofarmaci e di contenzioni fisiche alla baseline e dopo 6 mesi dall'ammissione in un Nucleo Alzheimer (i valori rappresentano i punteggi medi ±SD)

	Baseline	6 mesi dopo	p
MMSE	3.1 ± 4.9	3.7 ± 5.6	n.s. *
CDR	2.6 ± 0.5	2.8 ± 0.5	n.s. *
ADL (*)	4.6 ± 1.4	4.5 ± 1.4	n.s. *
CMAI	56.4 ± 17.5	44.3 ± 9.8	< 0.004 *
Pazienti che utilizzano psicofarmaci (n)	11/16	6/16	= 0.06 ^
Psicofarmaci (media ± SD)	1.4 ± 1.1	0.7 ± 0.9	< 0.03 *
Pazienti sottoposti a cotenzione fisica	9/16	8/16	n.s. ^
Uso di contenzioni fisiche (numero medio di ore/die±SD)	2.5 ± 3.2	1.4 ± 2.1	< 0.01 *

* = t-test per campioni appiati
^ = McNemar test
MMSE = Mini Mental State Examination
CDR = Clinical Dementia Rating Scale
ADL = Activity of Daily Living
(*) = numero di funzioni perse
CMAI = Cohen-Mansfield Agitation Inventory

Bibliografia

GEROLDI C., BIANCHETTI A., TRABUCCHI M. - *Manipulation of cholinergic system* - Funct Neurol, 1997.

1) EPSTEIN R.S., SHERWOOD L.M. - *From outcomes research to disease management: a guide for the perplexed* - Ann Int. Med. 124, 832, 1996.

2) HAMMERMEISTER K.E., SHROYER A.L., SETHI G.K., GROVNER F.L. - *Why is important to demenstrate linkages between outcomes of care and processes and structures of care* - Med. Care, 10, OS5, 1995.

3) KANE R.L., CHEN Q., BLEWETT L.A., SANGL J. - *Do rehabilitative nursing homes improve the outcomes of care?* - J. Am. Geriatr. Soc., 44, 545, 1996.

4) DONEBEDIAN A. - *Explorations in quality assessment and monitoring* - Vol.1, "The definition of quality and approaches to its assessment", Ann Abor Mich.: Health Administration Press, 1980.

5) BROOK R.H., MCGLYNN E.A., CLEARY P.D. - *Maeasuring quality of care* - N Engl J Med 335: 966-970, 1996.

6) KILGORE K.M. - *Measuring outcomes in the postacute continuum* - Arch. Phys. Med. Rehabil., 76(12 suppl), SC21, 1995.

7) KANE R.L. - *Improving the quality of long-term care* - J. Am. Med. Ass., 273,1376, 1995.

8) VLADECK B.G. - *Unloving care: the nursing home tragedy* - New York, NY, Basic Books, 1980.

9) RAMSAY M., WINGET C., HIGGINSON I. - *Review: measures to determine the outcome of community services for people with dementia* - Age Aging, 24: 73-83, 1995.

10) ZANETTI O., MAGNI E., SANDRI C., FRISONI G.B., BIANCHETTI A., TRABUCCHI M. - *Determinats of burden in an italian sample of Alzheimer's patient caregivers* - J. Cross. Cult. Gerontol., 11, 17, 1996.

11) BIANCHETTI A., ZANETTI O., BINETTI G., FRISONI G.B., TRABUCCHI M. - *An Italian dementia care unit: a report of the first six months of activity* - Neurobiol Aging, 13(S1): S10, 1992.

12) ZANI L., CANCLINI M., ERCOLI C., MAZZINI F., VALENT S., VERZELLETTI C., BIANCHETTI A. - *L'assistenza al paziente demente: l' esperienza del primo centro Alzheimer italiano* - In: Zanetti E., Trabucchi M. (ed.) "Aspetti cruciali del nursing geriatrico", Gnocchi Ed., Napoli, pp. 61-70, 1995.

13) TRABUCCHI M., BIANCHETTI A., ZANETTI O. - *An italian network for the care of demented patients Gerontologist* - 1995, 35 (S1): 90.

14) BIANCHETTI A., BENVENUTI P., GHISLA K.M., FRISONI G.B., TRABUCCHI M. - *An Italian model of dementia Special Care Unit: results of a pilot study* - Alzheimer's Disease and Related Disorders, 11: 53-56, 1997.

15) ZANETTI O., BIANCHETTI A., TRABUCCHI M. - *Il geriatra e la gestione del paziente demente* - Giorn. Geront., 43, 343, 1995.

Parte seconda

L'approccio musicoterapico in ambito psicogeriatrico si inserisce all'interno di una "filosofia" curativa ed assistenziale tesa a ridefinire e a qualificare la peculiarità individuale (Manarolo).
Se il degradare involutivo determina un progressivo depauperamento del patrimonio simbolico, l'intervento musicoterapico si prefigge di "dare voce" alla "persona" che sopravvive anche in quadri clinici profondamente deteriorati.
Rolando Benenzon ricorda come "gli ISO universale, gestaltico e culturale mantengono la loro forza energetica fino all'interno dei sistemi vitali più rudimentali proprio per il fatto che sono i più primitivi nella loro comparsa iniziale e nella loro strutturazione"; l'iso, "l'identità sonora che caratterizza ogni individuo e che forma parte della sua personalità" consente quindi di avviare processi espressivi e relazionali.
Alfredo Raglio ribadisce tale concetto (il legame che l'elemento sonoro/musicale mantiene con le modalità espressive e relazionali più arcaiche) citando Daniel Stern e l'elaborazione teorica derivata dalle sue ricerche. Il suo contributo si sposta poi su di un piano applicativo descrivendo precise linee metodologiche.
Il primo capitolo si conclude con un'approfondita revisione bibliografica che completando le citazioni apparse nel contributo di Gerardo Manarolo offre un rapido sguardo sullo stato dell'arte in ambito internazionale.

Musicoterapia e involuzione senile: orientamenti teorici e applicativi

di Gerardo Manarolo

Il paziente anziano, sofferente per una patologia involutiva che può essere di diverso grado e di diversa intensità, sollecita l'azione del prendersi cura e dell'accudire. Curare è condividere un dolore, un disagio, un limite; in tale condivisione si propone un superamento, una trasfigurazione simbolica della sofferenza che viene inserita in un rapporto, in una relazione, in una rete di significati che delinea prospettive e percorsi.

"Nella demenza avanzata tace la parola che costantemente ci impegna nella costruzione o ricostruzione della nostra identità. Quando non ci sono né ricordi né parole significanti non c'è desiderio e l'anziano demente entra in una dimensione a lui stesso estranea, è straniero a sé e agli altri" (Alberto Spagnoli, Maria Pierri, "Psicoterapie a indirizzo psicodinamico", in Manuale di Psicoterapia dell'Anziano, a cura di Paolo Scocco, Diego De Leo, Luigi Pavan, Boringhieri, 2001). Per i dementi è quindi necessario un trattamento che preveda *"...accoglienza, rispetto dell'apatia, protezione, una relazione più orientata a un codice materno che non infantilizzi (l'infantilizzazione forse non ferisce il paziente, sicuramente ferisce molti di noi che assistono) e che non riduca ulteriormente la dignità"* (A. Spagnoli, M. Pierri, 2001). Le funzioni che G. Le Gouès ("La Psicoanalisi e la vecchiaia", Borla, 1995) attribuisce all'analista impegnato nel trattamento di tali pazienti possono in parte riguardarci: *"...l'analista può funzionare ed essere utilizzato dal paziente come oggetto ausiliario in particolare nei momenti di crisi, allorquando i sintomi sono rivolti a reagire a una situazione interna di perdita oggettuale. Le Gouès considera le perdite oggettuali collegate con la demenza e con il processo psicotico come esperienze sostanzialmente diverse, e le differenzia proprio in base a queste caratteristiche di plasticità. Vi sarebbe dunque nella demenza una diversa e pronta potenzialità a ristabilire la relazione oggettuale attraverso il trattamento: è indispensabile che la cura si caratterizzi per una particolare attenzione al clima dell'accoglimento, e possa condurre a ricreare uno spazio di comprensione e di gioco, con la valorizzazione del transfert positivo. È inoltre importante proteggere il paziente da situazioni relazionali che possano farlo sentire sotto esame"* (A. Spagnoli, M. Pierri, 2001).

Alla base di ogni nostro intervento più o meno sofisticato, più o meno tecnico, dobbiamo porre allora una capacità di comunione, la capacità di incontrare nell'altro una persona a cui e con cui ricostruire una progettualità (è questo il motore del nostro lavoro, senza questa premessa rischiamo di costruire artifizi teorici e metodologici privi di una reale potenzialità "curativa"); questa attitudine nel lavoro con il paziente Alzheimer si fa particolarmente urgente in quanto incontriamo soggetti che tragicamente hanno perso o stanno perdendo, nell'evolversi della malattia, la loro individualità, soggetti che spesso presentano il riemergere di comportamenti arcaici e che nei casi più gravi conservano la loro "specificità", il loro essere unici, solo nella loro storia e nel corpo, nelle tracce che si

sono sedimentate su di esso. Il nostro lavoro in questi casi si fa complesso e temerario proprio perché è nostra aspirazione, in quanto professionisti dell'espressione e della relazione, ridare voce alla soggettività che ancora sopravvive, operare una sorta di rianimazione della soggetività psicocorporea che ancora permane dentro corpi talvolta assistiti ma non "curati" (corpi quindi privati della loro valenza simbolica e ridotti ad "oggetti" da mantenere in buono stato). È nostro intento voler ridare voce ad esistenze "dimenticate" ma dobbiamo altresì essere pronti a confrontarci con la perdita, con il lutto, con la morte di persone che ci saranno divenute "care". Tali aspetti evidenziano con prepotenza il rapporto che ognuno di noi intrattiene con la morte, con la separazione, con i propri genitori. Dobbiamo costruire un legame ma anche accettarne la fine; il costo psicologico di tale percorso non è indifferente. L'anziano, ancor più se malato e sofferente, rappresenta difficilmente un oggetto d'identificazione; la vecchiaia, la demenza è uno specchio in cui nessuno vuole riflettersi. *"Divenire anziani rappresenta sempre meno l'acquisizione di uno 'status' degno di rispetto e carico di valenze simboliche; i vecchi hanno perso il loro significato personale e collettivo e sono diventati una categoria clinica e sociale, un problema concreto da gestire. In realtà la vecchiaia e la malattia così vicine alla morte possiedono valore e sacralità. L'uomo contemporaneo ha però smarrito gli strumenti simbolici per gestire tali aspetti e si ritrova così a negarli o a viverli con terrore e angoscia.*

Possiamo solo volgere lo sguardo altrove, negando il divenire del tempo e il compiersi del nostro ciclo vitale, o dispiacerci di fronte alle continue perdite che il tempo ci impone, di fronte al progressivo scollamento fra la dimensione corporea e la dimensione psicologica (il nostro corpo invecchia, ma si può dire lo stesso della nostra mente, dei suoi desideri, delle sue passioni?). Solo il recupero di una dimensione simbolica e rituale, che attribuisca senso al nostro divenire, solo la maturazione di una visione esistenziale che includa e non escluda la vecchiaia e la morte può consentire il superamento di una psicologia angusta che conosce unicamente l'angoscia o la negazione" (A. Spagnoli "E divento sempre più vecchio", Boringhieri, 1995). Tuttavia tali tematiche nelle cure prestate al paziente anziano non appaiono sempre presenti, esiste anzi il rischio che la risposta a necessità e bisogni sia esclusivamente tecnica e assistenziale, non includendo aspetti relazionali e psicologici (e negando di fatto il rapporto con la malattia e la morte).

Il rinnovato interesse per gli interventi mediati dalle terapie espressive, qual è appunto la musicoterapia, può offrirci allora l'occasione di recuperare attraverso altre vie il rapporto con la persona che vive in ogni nostro paziente, con il suo corpo, con i suoi ricordi e i suoi desideri, elementi che possono permetterci di sottolineare il senso di un percorso esistenziale. La musica in virtù della sua articolazione fra mente e corpo, in ragione del suo essere uno stimolo sensoriale, capace però di dispiegare le sue valenze simboliche, rappresenta uno strumento particolarmente adeguato al lavoro con pazienti, come i pazienti Alzheimer, che soffrono per un progressivo decadimento delle competenze simboliche e cognitive. La musica infatti pur potendo parlare con intensità minore alla loro mente e al loro cuore, parlerà sempre con forza al loro corpo e alle competenze comunicative di base che costituiscono il fondamento biologico del musicale (il sistema centrale regolatore della comunicazione,...), competenze che come sappiamo permangono anche in contesti non evoluti (come nell'autismo infantile e nelle gravi forme di cerebropatia dell'età evolutiva) e in contesti involutivi (come per l'appunto l'Alzheimer).

L'ancoraggio corporeo del musicale (basti pensare al ritmo) e il suo rapporto con forme innate di espressione e di comunicazione (basti pensare al grido, al lamento, al pianto) ci consentono di individuare un'area di incontro, di contatto e di scambio anche in situazioni gravemente regredite. In questi casi il "musicale" ci permette di mobilizzare il nostro paziente ad un livello senso-motorio (ad es. con la proposta di attività corporee scandite e regolate da specifiche figurazioni ritmiche), di focalizzare la sua attenzione e di attivare la sua memoria (ad es. con l'ascolto di melodie per lui significative) di riattivare competenze relazionali (ad es. nelle attività di gruppo che impiegano il canto e il ritmo come strumenti di condivisione).

Il nostro intervento in questi casi configura, come abbiamo detto, una sorta di rianimazione psicofisica dove il suono, la musica svolgono il ruolo di attivatori (in quanto "stimolo"), di organizzatori psicocorporei (in quanto forma) e di mediatori relazionali (in quanto espressione). Quando i nostri pazienti conservano sufficienti potenzialità cognitive, incontriamo l'area del simbolo, del vissuto psicologico, dell'emotività, incontriamo la dimensione nostalgica che peculiarmente viene rappresentata ed espressa dal musicale. La musica allora consente di presentificare quasi concretamente il passato (questa musica mi fa rivivere); si riconquista così a livello simbolico ciò che si è perso concretamente; questa operazione mentale, sempre che non diventi un'illusione, si accompagna al sentimento doloroso della separazione, alla consapevolezza della perdita. La musica può allora aiutarci nella ricostruzione di un presente proprio evocando ciò che è stato ma che ancora sopravvive dentro di noi; noi siamo il nostro passato e l'evocazione nostalgica può vivificare presenze interne dimenticate. Nella revisione del passato inoltre c'è *"l'espressione simbolica che rappresenta, per anticipazione, un elemento di un futuro sviluppo psicologico"* (Jung C.G., "Tipi Psicologici", 1921, in "Opere", vol. 6, Boringhieri, citato da A. Spagnoli, M. Pierri, 2001). *"La polisemia del simbolo e i vari piani di comprensione delle produzioni inconscie sciolgono così la dicotomia passato/presente"* (A. Spagnoli, M. Pierri).

Passiamo ora ad esaminare gli aspetti applicativi che caratterizzano l'intervento musicoterapico con il paziente Alzheimer. Le varie esperienze riportate dalla letteratura italiana e straniera sembrano concordare sui principali obiettivi propri di un approccio musicoterapico rivolto a pazienti Alzheimer e sulle metodiche più appropriate a tale casistica.

L'attivazione globale, il senso d'identità, la memoria a breve termine, l'orientamento spazio-temporale, il tono dell'umore, le competenze espressive e relazionali sembrano beneficiare di tale approccio. Emerge altresì con evidenza come le proposte sonoro/musicali più efficaci siano vocali e ritmiche, caratterizzate inoltre da regolarità, chiarezza formale e da significativi rimandi biografici.

Una recente rassegna delle pubblicazioni in merito conferma in parte queste considerazioni. Lo studio, pubblicato sulla rivista Nord Americana di Musicoterapica (J.M. Koger, K. Chapin, M. Brotons, "Is musictherapy an effective intervention for Dementia? A meta-analytic review of literature", Journal of Music therapy, vol. XXXVI, n. 1, Spring, 1999) ha preso in esame ventuno articoli, per un totale di 336 soggetti, apparsi su varie riviste scientifiche dal 1985 al 1997. La meta analisi dei differenti lavori evidenzia come la musicoterapia possa favorire il mantenimento e l'accrescimento delle capacità sociali, emozionali e cognitive. I sintomi che rispondono al trattamento sono apparentemente diversi. La partecipazione a gruppi di canto migliora il comportamento sociale; l'ascolto

musicale può ridurre l'agitazione psicomotoria e la confabulazione; le attività musicali in genere migliorano il tono dell'umore, l'orientamento spazio-temporale e rendono i pazienti meno irritabili. Gli autori della ricerca sottolineano come sia ancora difficile correlare gli aspetti metodologici e tecnici con i differenti risultati ottenuti. I vari parametri presi in considerazione (musicoterapia attiva, musicoterapia recettiva, musica dal vivo, registrata, durata del trattamento, livello di professionalità del musicoterapista) non sono apparsi in diretto rapporto con l'efficacia dell'intervento.

Alcuni articoli, apparsi sempre sulla rivista Nord Americana di Musicoterapia, comprovano ulteriormente l'efficacia dell'intervento musicoterapico con il paziente Alzheimer, sia nelle fasi iniziali che in quelle avanzate della malattia.

Un interessante studio riguarda l'impiego della musica per stimolare la memoria a breve termine (J. J. Liebman, A. Maclaren, "The use of music to aid memory of Alzheimer patients", Journal of Music therapy, vol. XXVIII, n. 2, Summer 1991). I ricercatori si sono posti i seguenti quesiti:

1) Il canto influenza positivamente il ricordo di parole familiari e di nuove parole?
2) Il materiale musicale è ricordato più facilmente rispetto al materiale verbale?

La ricerca ha coinvolto dieci pazienti; questi si sono dimostrati capaci di ricordare meglio il materiale cantato rispetto al semplice parlato, incluso il parlato ritmico; la prestazione migliore è stata relativa al ricordo di canzoni familiari. Sembra inoltre che il contesto musicale faciliti in genere la possibilità di ricordare le parole.

Si può quindi presumere, secondo gli autori, che il paziente Alzheimer, affetto da iniziali disturbi del linguaggio, possa essere agevolato se la produzione linguistica è accompagnata dalla melodia (il canto), soprattutto se il materiale è familiare. Il paziente appare anche in grado di imparare materiale nuovo. Il canto inoltre apre una via alle relazioni interpersonali quando l'assenza di un linguaggio fluente non la consente più. Una seconda ricerca (A. A. Clair, Journal of Music therapy, "The effect of singing on alert responses in persons with late stage dementia", vol. XXXIII, n. 4, Winter 1996) ha analizzato l'effetto del canto sulle risposte vigili di pazienti ad uno stadio avanzato di demenza. Questo studio è nato dalla difficoltà di coinvolgere in attività terapeutiche interattive pazienti allettati. Le risposte vigili sollecitate dal canto sono state confrontate con quelle osservate durante la lettura del giornale (al letto del paziente) e durante il silenzio del musicoterapista (sempre al letto del paziente).

Si è voluto così verificare se il canto rivestisse una qualche specificità nell'attivazione del paziente Alzheimer. Sono stati coinvolti 26 pazienti di età compresa fra 62 e 83 anni, di cui 22 di sesso femminile e 4 di sesso maschile (il livello di deterioramento di questi pazienti corrisponde al punteggio 7 della scala di deterioramento globale).

Gli indici utilizzati per evidenziare le risposte attentive sono stati i seguenti:

a) rotazione del capo per individuare la provenienza del suono;
b) rotazione del capo per localizzare lo sperimentatore;
c) capertura degli occhi;
d) movimento degli occhi in direzione dello sperimentatore;
e) movimento di braccia, mani e gambe;
f) produzioni vocali;
g) mutamento della mimica facciale.

Le sedute sono state videoregistrate. Inizialmente i pazienti hanno risposto positivamente al canto, soprattutto se si trattava di canzoni conosciute. Successivamente si sono osservate risposte vigili anche durante la lettura. Si è notato inoltre che i soggetti poco reattivi alla prima sessione miglioravano in seguito la loro risposta, suggerendo l'esistenza, in alcuni casi di un tempo di latenza e la necessità di programmare interventi per un periodo prolungato. Gli autori ipotizzano che la voce umana rappresenti in questi casi uno stimolo in grado di favorire una sensazione di familiarità che può rilassare i pazienti promuovendo il contatto interpersonale.

Un ulteriore contributo si occupa nuovamente di pazienti Alzheimer gravemente regrediti (A. A. Clair, B. Bernstein, G. Johnson, "Rhythm playing characteristics in persons with severe dementia including those with probable alzheimer'type", Journal of Music therapy, vol. XXXII, n. 2, Summer 1995). Questi pazienti non sono più in grado di partecipare ad attività musicali tradizionali (come il canto), tuttavia continuano a partecipare ad attività ritmiche che prevedono la percussione. Questi pazienti suonano con maggiore costanza strumenti a percussione tenuti in grembo, forse per via della stimolazione vibrotattile che anche pazienti così gravi possono percepire.

Per gli autori il ritmo è intrinseco alla vita ed è alla base di attività quotidiane, per questi motivi non necessità di processi cognitivi raffinati. Infatti anche il paziente grave appare capace di riprodurre i modelli ritmici che gli vengono proposti; è in grado di mantenere un tempo all'interno di un gruppo; tende a suonare nell'ambito di un determinato modello ritmico; risponde al terapista all'interno di una struttura domanda/risposta.

La prevedibilità dei modelli ritmici potrebbe fornire strutture per risposte ripetitive che richiedono poche competenze cognitive e che consentono anche a pazienti così gravi di attivare processi relazionali.

Bibliografia

CLAIR A.A. - *The effect of singing on alert responses in persons with late stage dementia* - Journal of Music therapy, vol. XXXIII, n. 4, Winter 1996.

CLAIR A.A., BERNSTEIN B., JOHNSON G. - *Rhythm playing characteristics in persons with severe dementia including those with probable Alzheimer'type* - Journal of Music therapy, vol. XXXII, n. 2, Summer 1995.

JUNG C.G. - *Tipi Psicologici* - in "Opere", vol. 6, Boringhieri, 1921.

KOGER J.M., CHAPIN K., BROTONS M. - *Is music therapy an effective intervention for Dementia? A meta-analytic review of literature* - Journal of Music therapy, vol. XXXVI, n. 1, Spring, 1999.

LE GOUÈS G. - *La Psicoanalisi e la vecchiaia* - Borla, 1995.

LIEBMAN J.J., MACLAREN A. - *The use of music to aid memory of Alzheimer patients* - Journal of Music therapy, vol. XXVIII, n. 2, Summer 1991.

SPAGNOLI A. - *E divento sempre più vecchio* - Boringhieri, 1995.

SPAGNOLI A., PIERRI M. - *Psicoterapie a indirizzo psicodinamico* - in "Manuale di Psicoterapia dell'Anziano", a cura di Paolo Scocco, Diego De Leo, Luigi Pavan, Boringhieri, 2001.

La ricerca in musicoterapia nel trattamento della malattia di Alzheimer

di Rolando Omar Benenzon

La musicoterapia può essere intesa come una relazione che si instaura tra il musicoterapista e il paziente e in cui interagiscono le personalità di entrambi.

L'applicazione della musicoterapia su pazienti con malattia di Alzheimer si basa su una serie di presupposti.

Ricordiamo insieme alcuni aspetti del mio modello teorico. Io ho considerato l'ISO come l'identità sonora che caratterizza ogni individuo e che, indubbiamente, forma parte della sua personalità. Questa identità è formata da infinite energie che si incontrano e che sono in continuo movimento. Queste energie le ho classificate rispetto al luogo dove si incontrano all'interno della struttura topografica della mente elaborata da Freud. Se le energie si incontrano all'interno dell'inconscio hanno il nome di ISO Universale e ISO Gestaltico. L'ISO Universale è strettamente legato all'eredità filo e ontogenetica. All'interno di esso possiamo collocare le energie prodotte dal suono e dal ritmo del battito cardiaco, i suoni prodotti dall'inspirazione e dall'espirazione (ovvero tutto quello che è collegato ai movimenti interni del nostro corpo) e i suoni naturali, quali il rumore del vento, dell'acqua e di alcune strutture che nel corso dei millenni sono state incorporate nell'eredità arcaica, come è il caso delle melodie infantili e delle ninne-nanne. In termini musicali potremmo leggerli come ritmi binari, intervalli di terza minore discendente, ecc. Nel paziente Alzheimer questo ISO dovrebbe essere completamente preservato. Però io suggerisco che questi avvenimenti legati a questo ISO siano utilizzati negli ultimi stadi.

Se parliamo dell'ISO Gestaltico, possiamo affermare che questo è maggiormente legato a tutto ciò che si riferisce alla storia della gestazione intrauterina. Ed è con la comparsa dell'ISO Gestaltico che emerge il concetto di ISO in Interazione. Questo ISO si sviluppa ogni volta che si stabilisce una relazione. È un ISO che caratterizza solo ed esclusivamente quella relazione e nessun'altra.

In questo primo avviamento dell'ISO in Interazione si costruisce la matrice sopra la quale si svilupperanno le ulteriori interazioni di quell'individuo.

Nell'ISO Gestaltico si incontrano energie provenienti dal legame materno-fetale. Queste energie provengono dal corpo della madre, dal mezzo ambientale che circonda questa madre attraverso il liquido amniotico e l'incoscio della madre, ovvero dalle energie che derivano dall'ISO Gestaltico e Universale della madre.

Le energie sono in movimento perpetuo, come una dinamo.

Alcuni autori concepiscono la personalità come un sistema energetico il cui obiettivo principale è quello di ridurre la tensione.

Si tratta di ciò che Freud chiamò "il principio di piacere" e che descrive in realtà il passaggio delle energie dall'inconscio al preconscio e, in seguito, al conscio.

È ciò che più tardi alcuni autori hanno descritto nel comportamento dell'individuo come una matrice di rinforzo. Il termine rinforzo è stato utilizzato come sinonimo di ricompensa, soddisfazione e piacere. La liberazione di energia secondo il principio di piacere dovrebbe essere uno degli obiettivi teorici della musicoterapia.

Nel passare al preconscio le energie si strutturano in ciò che io ho chiamato ISO Culturale. Qui si incontrano le sonorità, i movimenti e i comportamenti analogici che rappresentano la cultura che circonda l'individuo. L'ISO Culturale, è immerso nelle fonti arcaiche, archetipiche e familiari a partire dalla nascita.

Gli ISO Universale, Gestaltico e Culturale mantengono la loro forza energetica fino all'interno dei sistemi vitali più rudimentali, proprio per il fatto che sono i più primitivi nella loro comparsa iniziale e nella loro strutturazione.

È per questa ragione che da un punto di vista tecnico il musicoterapista deve riconoscere gli ISO del paziente con cui si relazionerà.

È necessario operare un'analisi minuziosa di tutta la storia familiare al fine di scoprire la sua eredità, i suoi trascorsi corporei, sonori e musicali sia in relazione al passato sia al presente. Per fare tutto ciò non basta incontrarsi con i familiari. Si tratta di un lavoro attivo che non può risolversi semplicemente con un incontro.

Il musicoterapista deve interagire con il nucleo familiare più diretto del paziente.

La famiglia occupa un lato molto importante della struttura holding che si forma attorno al paziente. Il musicoterapista deve aiutare questa famiglia affinché non solo porti dei dati sugli ISO del paziente ma anche affinchè ciascuno riconosca i suoi propri. Poiché attraverso il riconoscimento del proprio ogni elemento della famiglia riconoscerà e ricorderà molti aspetti dell'ISO del paziente. In quel modo staremo alimentando l'ISO in Interazione tra tutti i soggetti coinvolti.

Al fine di ottenere ciò è tecnicamente utile che il musicoterapista abbia alcune sessioni attive con la famiglia e che in seguito interagisca con il paziente.

Dobbiamo preparare i familiari a supportare e proseguire la terapia.

Un altro aspetto che il musicoterapista deve conoscere è quello che riguarda l'istituzione in cui il paziente vive o passa la maggior parte della propria vita.

L'obiettivo è simile. Riconoscere le sonorità e i fenomeni comunicativi analogici che l'istituzione crea attorno al paziente. La ricerca dei fenomeni corporeo-sonoro-musicali dell'istituzione in quanto tale.

Sappiamo che ogni istituzione ha, per così dire, alcune caratteristiche di suoni, rituali gestuali e di movimento che sono il risultato della somma delle persone dell'équipe medica e dell'infrastruttura che la compongono, attraverso l'edificio con le proprie produzioni e attraverso la natura che circonda il luogo. Senza andare troppo lontano, abbiamo l'esempio dell'Istituto di Sospiro (Cremona) dove il tubare delle tortore è parte dell'idiosincrasia sonora del luogo (*"mi hanno raccontato di un paziente autistico che imitava le rondini e ciò è stato individuato dal musicoterapista"*).

È importante chiarire che lavorare sull'ambiente non significa che si sta parlando di un'applicazione della musicoterapia, anche se chi ha realizzato la ricerca è stato un musicoterapista.

Questo vale per tutti gli altri usi della musica che hanno come finalità l'integrazione della comunità, come può essere l'ascolto della musica o l'organizzazione di un'attività di ballo o danza o di qualche festa con uso della musica.

L'agire sull'istituzione non solo serve per l'identificazione di tutti quegli stimoli che caratterizzano l'ambiente, ma indica anche ai componenti dell'équipe, soprattutto a quelli che operano più vicini al paziente, le sonorità, i gesti, i movimenti che dovrebbero incorporare per comunicare con quel paziente.

Lavorare con i malati di Alzheimer provoca una sensibilizzazione al Burn-out, si tende a produrre una sorta di inerzia terapeutica e questo può condurre alla perversione terapeutica.

Il paziente affetto da Alzheimer è per il musicoterapista una sfida alla sua capacità di non-frustrazione, al suo narcisismo, e alla non identificazione con la passività.

Questi tre processi necessitano di un'holding (struttura contenitiva) per lo stesso musicoterapista.

Lavorare in coppia terapeutica permette di affrontare con maggiore facilità ciò di cui si è parlato in precedenza, inoltre, favorisce la riflessione sulle sensazioni accumulate e ha il vantaggio di fornire un'osservazione più controllata di quello che accade, producendo protocolli più completi.

L'inerzia prodotta dalla frustrazione causata da un paziente che non solo non migliora ma peggiora o si deteriora, può trasformarsi in una fonte di scuse per l'immaginare qualsiasi tipo di esperimento perverso o per smettere di fare ciò che in realtà era il vero processo di comunicazione, poiché lo si considera ripetitivo o monotono.

È per tutte queste ragioni che anche i due terapisti hanno bisogno di sottoporsi a un procedimento di supervisione. Comunque il paziente ha la possibilità di creare un ISO in Interazione più complesso. Cosa significa?

Essendo due le persone che cercano di relazionarsi si dà al paziente la possibilità di percepire e scegliere gli ISO di quella che risulta più compatibile con lui.

In questo modo l'ISO in Interazione sarà differente rispetto all'uno o all'altro musicoterapista. Desidero portare l'attenzione su due premesse che credo siano basilari nel trattamento dei malati di Alzheimer, e che trovano molte resistenze da parte delle istituzioni.

La prima è che la frequenza di lavoro con il paziente non deve essere minore di tre volte in una settimana. Le stimolazioni devono essere costanti. Ogni assenza, ogni situazione di passività e di non stimolazione è un disastro rispetto al deterioramento costante del paziente. Dobbiamo aiutare il paziente affinchè contenga o rallenti la progressiva diminuzione delle sue capacità. Il processo deve essere continuativo. Perseguire nella mentalità di prescrizioni settimanali significa mantenere uno stato di identificazione passiva e cronica.

La seconda è che il musicoterapista deve porre il proprio corpo in interazione permanente con il paziente. Non dimentichiamo che dal punto di vista teorico la mia base è la necessità che il musicoterapista riconosca la propria identità sonoro-musicale, perchè solo in questo modo potrà riconoscere quelli del paziente. Un punto cieco nel riconoscere il proprio ISO nel terapista coinciderà con un punto cieco nel riconoscere l'ISO nel paziente. Per questo l'importanza della musicoterapia didattica nella forma-

zione del musicoterapista: ovvero la possibilità di sottoporsi alla stesse esperienze che verranno proposte al paziente. Ogni persona che si trovi a lavorare con gli anziani o con pazienti caratterizzati da malattia di Alzheimer si chiede come differenziare l'animazione musicale dalla musicoterapia.

Un paziente affetto da Alzheimer può partecipare ad un gruppo di animazione musicale arrivando a ballare un tango ma lo stesso paziente può ballare un tango anche con un musicoterapista.

Qual è la differenza?

Sicuramente se il paziente ballerà per la prima volta un tango in una seduta di musicoterapia, questo gli permetterà in una seconda occasione di farlo in un momento di divertimento. Possiamo affermare che la musicoterapia ha favorito l'apertura del canale di comunicazione attraverso il corpo.

In una seduta di musicoterapia ballare il tango appartiene ad una sequenza.

Questo tango sarà cantato, suonato, ritmato dallo stesso musicoterapista e possibilmente cantato e canticchiato dal paziente. Per cui il musicoterapista adatterà il ritmo alle possibilità del paziente, anche se non dovesse essere il ritmo corretto, né rispecchiare le battute dell'originale. Nel caso di un ascolto passivo di un'incisione questa potrebbe molte volte provocare la frustrazione del paziente. In una seduta di musicoterapia questo tango si aggancerà alla sequenza successiva permettendo di aprire un nuovo canale di comunicazione. Questo tango potrà ripetersi più volte, come rituale di iniziazione o di inizio di seduta o di saluto finale o anello di congiungimento per altre alternative.

L'ascolto di frammenti musicali in termini passivi non è una tecnica musicoterapica, può invece essere un momento di convivenza istituzionale o familiare. Non si può però verificare in una terapia musicoterapica dove tutto deve essere azione e interazione. Con gli anziani c'è la tendenza ad una terapia basata sull'ascolto, e questo rappresenta un'identificazione pericolosa che può portare all'immobilità. È il principio dell'allattare e del far dormire. Lo stimolo arriva attraverso il corpo, la memoria si sollecita attraverso il movimento.

Ricordiamo che la sequenza energetica musicoterapica è la seguente:

a) il musicoterapista, attraverso le sue espressioni non verbali e la propria personalità aiuta a liberare le tensioni energetiche degli ISO del paziente.
b) queste scariche energetiche del paziente penetrano nel musicoterapista ed hanno un impatto con i suoi ISO.
c) questo stimolo mette in movimento gli ISO del musicoterapista che elabora una risposta in funzione delle sue associazioni corporee, sonore e musicali.

Il musicoterapista, quindi, ha un impatto con il paziente, dato non solo da quello che deriva dalle energie scaricate dagli ISO dello stesso, ma anche da ciò che si è potuto percepire dal suo nucleo familiare e dalla sua cultura.

Questa liberazione, manifestatasi attraverso i canali di comunicazione analogica, rappresenta la scarica energetica, producendo quel passaggio che porta dallo stato di eccitazione a quello di riposo.

Il fenomeno ripetitivo di quest'equazione collegato attraverso gli ISO del musicoterapista e del paziente, crea il legame tra queste due entità.

Questo è il momento in cui si crea il sistema omeostatico.

All'interno dell'holding musicoterapica si trova il setting e il suo svolgimento.

La successione tecnica precisa del mio modello produce un'holding musicoterapica che libera la relazione tra il paziente e il musicoterapista.

I passaggi di questa holding in ogni sessione, sono i seguenti:

1) preparare il setting (20 minuti prima dell'inizio della seduta);
2) compilare i protocolli che riguardano i momenti che precedono la seduta;
3) stare per qualche minuto nel setting;
4) ricevere il paziente;
5) realizzare la seduta;
6) congedare il paziente;
7) stare nel setting per qualche minuto, in silenzio e osservando;
8) compilare i protocolli relativi alla seduta e ai momenti successivi;
9) effettuare la supervisione.

Ognuno di questi elementi possiede un suo sviluppo specifico che è legato alle caratteristiche del paziente.

Il lavoro è maggiormente efficace se avviene in forma individuale. C'è, infatti, la tendenza ad organizzare gruppi di pazienti con Alzheimer con l'illusione che questo stimoli la socializzazione.

La socializzazione si ottiene con la maggior apertura dei canali di comunicazione e ciò si realizza lavorando individualmente e in maniera continuativa.

I gruppi servono soprattutto per la ricreazione e l'integrazione sociale.

Il musicoterapista deve prepararsi in modo specifico per lavorare con pazienti con malattia di Alzheimer. Proprio perchè, più che con altri tipi di pazienti, devono attivare al massimo la creatività.

La creatività rompe i pregiudizi del "questo non si può fare" ed è il miglior antidoto contro l'inerzia terapeutica.

È opportuno che un paziente con malattia di Alzheimer non sia posto di fronte ai propri deficit, cioè alla perdita di memoria o a qualsiasi altra funzione motoria o sensoriale.

Dal punto di vista funzionale il paziente in una sessione di musicoterapia deve smettere di essere un malato di Alzheimer per trasformarsi in una persona con svariate alternative.

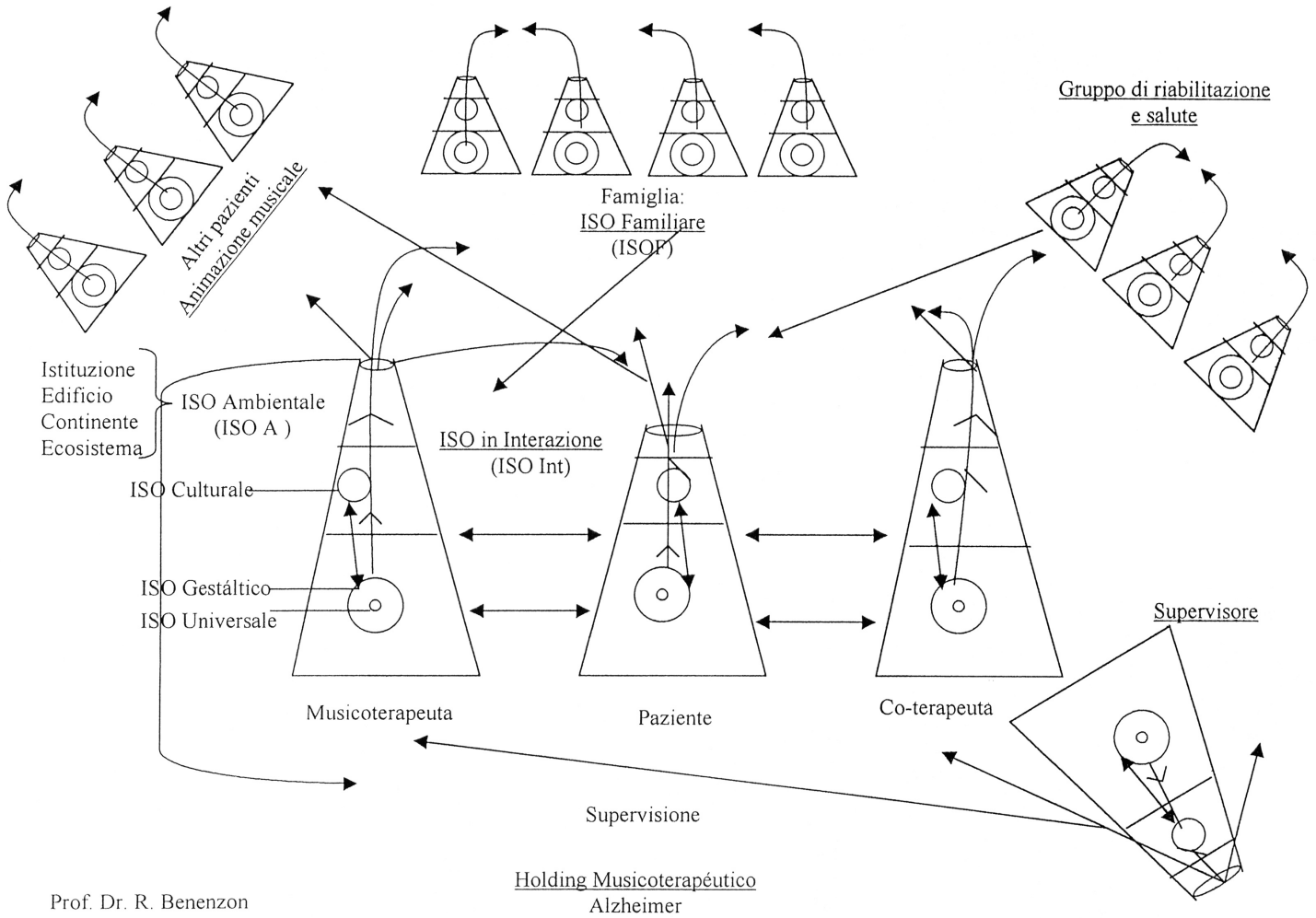
Qualsiasi associazione prodotta dall'ISO in Interazione (l'Identità sonoro-musicale che nasce dalla relazione) può essere espressa attraverso una parte del corpo, un movimento, un canto, un sibilo, un colpo di piede, una percussione, un grido, un sussurro, un mormorio.

Qualsiasi elemento può essere valido per creare uno strumento relazionale.

Al musicoterapista, di fronte ad una persona con malattia di Alzheimer, non interessa tanto la diagnosi quanto la valutazione delle attuali possibilità del paziente nel potersi relazionare con l'altro.

Il paziente in una seduta di musicoterapia deve dimenticare di essere un malato di Alzheimer per trasformarsi in una persona con molte alternative.

Con queste premesse credo che la musicoterapia possa, nel paziente con malattia di Alzheimer, contribuire a riorganizzare parti della personalità dimenticate o sconosciute.


Altri pazienti
Animazione musicale
Famiglia:
ISO Familiare
(ISOF)
Gruppo di riabilitazione
e salute
Istituzione
Edificio
Continente
Ecosistema
ISO Ambientale
(ISO A)
ISO Culturale
ISO Gestáltico
ISO Universale
ISO in Interazione
(ISO Int)
Musicoterapeuta
Paziente
Co-terapeuta
Supervisore
Supervisione
Prof. Dr. R. Benenzon
Holding Musicoterapéutico
Alzheimer

Un'ipotesi di intervento musicoterapico e di ricerca

di Alfredo Raglio

Attualmente la musica e l'elemento sonoro-musicale in geriatria vengono utilizzati con finalità e modalità molto diversificate definite impropriamente e genericamente "terapeutiche". Credo oggi possibile circoscrivere con maggiore precisione e attendibilità ciò che potenzialmente costituisce l'ambito di intervento musicoterapico.

In geriatria numerose sono le esperienze di animazione musicale. Esse hanno come obiettivo fondamentale la ricerca di una situazione di benessere in contesto di socializzazione; nell'animazione musicale l'operatore formula proposte, generalmente pensate a priori, che costituiscono il contenuto dell'intervento.

Frequenti sono anche le esperienze di ascolto musicale che possono avere varie finalità: evocative, induttive di nessi spazio-temporali o contenitive.

Nel primo caso si cerca di sollecitare ricordi o stati d'animo con lo scopo di attivare momenti di verbalizzazione gruppale volti a far emergere tali contenuti; nel secondo caso la musica viene utilizzata in modo funzionale e, ad esempio, nelle demenze, ha lo scopo di facilitare il riconoscimento di ambienti o di momenti strutturati della giornata. Nel terzo caso la musica assume una valenza maggiormente aspecifica.

Al proposito si ritiene, infatti, che l'ascolto musicale genericamente definito (musica classica, musica preferita, ecc.) possa agire con qualche efficacia riducendo, soprattutto nelle Demenze e nella malattia di Alzheimer, i disturbi comportamentali, migliorando il tono dell'umore o incrementando la socializzazione. Questa modalità di utilizzo della musica costituisce un'area di contatto più vicina alla musicoterapia pur non potendosi definire tale per le ragioni che di seguito esporrò.

Rimane comunque importante, come premessa all'intervento musicoterapico, che numerose esperienze documentino le potenzialità curative e benefiche della musica.

La definizione più aggiornata di musicoterapia è quella approvata e condivisa dalla comunità internazionale in occasione dell'VIII Congresso Mondiale di Musicoterapia della World Federation of Music Therapy: *"La musicoterapia è l'uso della musica e/o dei suoi elementi (suono, ritmo, melodia e armonia) per opera di un musicoterapista qualificato, in rapporto individuale o di gruppo, all'interno di un processo definito per facilitare e promuovere la comunicazione, le relazioni, l'apprendimento, la mobilizzazione, l'espressione, la organizzazione e altri obiettivi terapeutici degni di rilievo nella prospettiva di assolvere i bisogni fisici, emotivi, mentali, sociali e cognitivi.*

La musicoterapia si pone come scopo di sviluppare potenziali e/o riabilitare funzioni dell'individuo in modo che egli possa ottenere una migliore integrazione sul piano intrapersonale e/o interpersonale e, conseguentemente, una migliore qualità della vita attraverso la prevenzione, la riabilitazione o la terapia".

Questa definizione rimanda ad alcuni elementi da ritenersi imprescindibili al fine

di poter considerare potenzialmente terapeutico un intervento che preveda l'impiego dell'elemento sonoro-musicale:

- la presenza di un operatore qualificato (il musicoterapista);
- un modello musicoterapico di riferimento fondato su presupposti teorici e metodologici;
- la presenza di un setting strutturato;
- obiettivi legati a cambiamenti (stabili e duraturi) della persona o di alcune sue parti o funzioni;
- il riferimento costante, nell'azione terapeutica, a un piano intrapersonale e/o interpersonale.

Per quanto riguarda la formazione del musicoterapista, in Italia, ci si riferisce a competenze musicali e/o psicologiche e/o mediche che contraddistinguono chi opera in questo ambito, a cui si devono aggiungere una formazione (triennale o quadriennale) specifica che ormai segue un consolidato criterio di strutturazione ampiamente condiviso. La scelta di un modello musicoterapico si riconduce alle ormai numerose esperienze musicoterapiche che fanno riferimento alle pionieristiche applicazioni della disciplina in vari ambiti patologici.

Nel 1999 in occasione del IX Congresso Mondiale di Musicoterapia la World Federation of Music Therapy ha enucleato e accreditato i modelli musicoterapici più diffusi e consolidati:

- approccio Nordoff-Robbins basato sull'improvvisazione creativa;
- approccio comportamentista di Madsen;
- approccio psicoterapico ricettivo di H. Bonny;
- approccio junghiano di M. Priestley di impostazione psicoterapica;
- approccio attivo relazionale, psicodinamico di R.O. Benenzon.

Una cornice spazio-temporale e un insieme di regole che tecnicamente vengono definite come setting terapeutico e che anche in musicoterapia si riconoscono come fondamentali e imprescindibili elementi facilitanti l'azione terapeutica quindi il cambiamento.

Per quanto riguarda il concetto di terapia credo che l'intervento musicoterapico agisca o possa agire sull'attenuazione dei sintomi e sulla prevenzione o stabilizzazione delle complicanze determinate dal deficit. Nella malattia di Alzheimer la musicoterapia, come di seguito riportato, può incidere sui disturbi psichici e comportamentali e probabilmente favorire anche nuove strategie di apprendimento, migliorando le competenze relazionali e sociali e il livello generale di qualità di vita della persona.

La musicoterapia fa costantemente riferimento a un processo relazionale, a un incontro tra identità sonoro-musicali, nonché all'ascolto dell'altro da cui deriva il contenuto terapeutico dell'intervento, qualsiasi sia il contenuto della proposta e il modello di riferimento.

Appare quindi chiaro che un intervento che prevede l'ascolto di musica, magari con la mediazione di un riproduttore sonoro, su base empirica o in riferimento a categorie culturali e/o psicologiche generali non si può ritenere di per sé terapeutico.

In musicoterapia si ricorre all'ascolto come modalità di intervento non prescindendo, però, da processi di osservazione, valutazione e relazione riferiti alla persona o al gruppo di persone a cui si propone il trattamento terapeutico.

Da quanto detto si evince che non basta la semplice associazione dei termini "musica" e "Malattia di Alzheimer" per poter definire terapeutico l'intervento effettuato, così come non è scontato che un intervento musicoterapico adeguatamente impostato produca sempre effetti terapeutici. Credo che in ambito musicoterapico sia importante fare riferimento a una distinzione tra interventi musicoterapici con "finalità terapeutiche" e altri con "finalità riabilitative". In questo senso per "terapia" si intende quella strategia che, "dal di dentro", facilita i processi di consapevolezza di sé, di regolazione delle emozioni e delle capacità comunicative. Per "riabilitazione" si intende, invece, quella strategia che, "dal di fuori", favorisce lo sviluppo dei processi cognitivi, relazionali e di socializzazione (Postacchini, 1997). Ciò non vuole tracciare una linea di demarcazione tra due paradigmi di intervento, ma semplicemente accostare due approcci che presentano alcune differenze legate essenzialmente a obiettivi e metodi.

La musicoterapia che ha finalità terapeutiche pone come punto centrale dell'intervento la relazione con l'obiettivo di giungere a cambiamenti interni riferibili ad alcune funzioni del Sé e precisamente quelle legate agli aspetti di "comunicazione-relazione" e "affettività".

La musicoterapia che ha finalità riabilitative pone come punto centrale dell'intervento la stimolazione sonoro-musicale, che ha l'obiettivo di mantenere e/o potenziare abilità cognitive (la memoria, l'attenzione, la coordinazione senso-motoria, la capacità di discriminazione, ecc.) e di incidere su un piano comportamentale.

Le esperienze musicoterapiche presentate di seguito in questo volume si riferiscono a una matrice marcatamente relazionale che si ispira alla teoria psicologica di D. Stern e a quella musicoterapica di R.O. Benenzon.

I risultati emersi dall'attività clinica e di ricerca hanno indotto a pensare, per le ragioni che verranno di seguito esposte, che anche in questo ambito patologico, la musicoterapia può trovare uno spazio terapeutico scientificamente coerente e plausibile.

Un breve richiamo agli aspetti teorico-metodologici.

Nella teoria psicologica di D. Stern si fa riferimento a un "universo affettivo primario" che si colloca nel periodo pre-verbale dello sviluppo, ma che permane in tutta la vita dell'individuo. Tale universo è caratterizzato da fattori quali: la "percezione amodale", una sorta di a-specificità percettiva per cui la sensazione tende a globalizzarsi; le "sinestesie", fenomeno per il quale uno stimolo attiva contemporaneamente più canali sensoriali; gli "affetti vitali", definiti come qualità dinamiche e cinetiche degli stati d'animo (crescere, decrescere, fluttuare, svanire…).

Il suono e la musica si collocano nell'ambito di queste esperienze arcaiche facilitando quelle che Stern definisce "sintonizzazioni affettive".

Per sintonizzazione si intende quel processo inconsapevole attraverso il quale è possibile stabilire una relazione fortemente empatica, una profonda risonanza, basata sulla condivisione degli stati d'animo e delle loro qualità.

Attraverso i momenti di sintonizzazione si giunge alla "relazione intersoggettiva" espressa attraverso la "compartecipazione dell'attenzione", la "compartecipazione delle intenzioni" e la "compartecipazione degli stati affettivi".

La teoria musicoterapica di Benenzon implica i riferimenti ai concetti di "ISO" (identità sonoro-musicale) e di "oggetto intermediario".

L'identità sonoro-musicale entra in gioco nel trattamento musicoterapico poiché la relazione si sviluppa attraverso il rispecchiamento e la successiva elaborazione del materiale sonoro-musicale. Tale materiale emerge spontaneamente dalla persona attraverso la relazione sonoro-musicale, diviene caratterizzante e ricorrente e, quindi, presumibilmente, fa riferimento all'ISO dello stesso.

Il suono, la musica e con essi gli strumenti musicali possono divenire mediatori nella relazione, cioè "oggetti intermediari".

Da ciò deriva un modello di intervento contestualizzabile prevalentemente nell'ambito non verbale in cui attraverso l'improvvisazione sonoro-musicale, si ricercano momenti di dialogo sonoro attraverso un atteggiamento di osservazione/ascolto e di non direttività. Per ulteriori approfondimenti delle tematiche facenti riferimento ai presupposti teorici (che ci allontanerebbero dall'argomento in oggetto) è possibile fare riferimento alle note bibliografiche.

Perché, dunque, la musicoterapia nella malattia di Alzheimer?

Con queste premesse teoriche è possibile ipotizzare che il suono e la musica attivino modalità espressive e relazionali arcaiche, probabilmente ancora presenti nella persona con malattia di Alzheimer, recuperate attraverso una regressione terapeutica condivisa e guidata dal musicoterapista. Ciò significa by-passare le funzioni cognitive, la capacità elaborativa e di simbolizzazione per attingere a quel mondo di emozioni e sensazioni non ancora ben strutturate e consapevoli, benchè colte ed espresse attraverso i primitivi canali prima menzionati.

Il suono e la musica che emergono dall'improvvisazione nel contesto musicoterapico sono più facilmente correlabili all'espressione dell'identità sonoro-musicale personale piuttosto che al culturalmente appreso.

Ecco allora che la musicoterapia può facilitare anche quei processi di sintonizzazione che D. Stern definisce per lo più come momenti inconsapevoli in analogia con quanto R.O. Benenzon afferma a proposito dell'ISO Gestaltico.

L'utilizzo della musicoterapia con l'obiettivo di agire sugli aspetti di "comunicazione-relazione" e di "affettività" favorisce anche il mantenimento del senso di identità consentendo il riconoscimento del mondo esterno. Ne deriva un processo di armonizzazione/integrazione rispetto ai deficit prodotti dal danno neurologico, nonché una migliore organizzazione delle componenti emotive della personalità.

L'applicazione della musicoterapia nella malattia di Alzheimer recupera anche il ruolo di stimolo che il suono ha intrinsecamente, incidendo sulle funzioni cognitive. Appare chiara, facendo riferimento al modello musicoterapico sopra menzionato, la necessità di adattare le modalità di intervento alla specificità dell'ambito applicativo.

Proverò ora a riportare alcune considerazioni derivanti dall'esperienza musicoterapica con pazienti con malattia di Alzheimer.

Tali considerazioni saranno contestualizzate nell'ambito di "linee metodologiche" che accomunano gli interventi musicoterapici facenti riferimento al modello indicato.

1. Indicazione di trattamento

L'intervento musicoterapico costruito sulle premesse già enunciate si pone come trattamento terapeutico non invasivo e per questo motivo non esistono specifiche

controindicazioni. Tuttavia questo modello operativo, di chiara impostazione psicodinamica e di matrice benenzoniana (soprattutto per quanto riguarda gli aspetti metodologici), si rivolge principalmente a persone in cui vi sono scarse capacità relazionali, sia di natura organica che di natura psicogena.

Nel caso specifico della malattia di Alzheimer le prescrizioni di trattamento sembrano supporre una indicazione particolare per persone con CDR da 1 a 3, anche con gravi disturbi psichici e/o comportamentali.

In relazione alla gravità è possibile proporre un intervento individuale o di gruppo.

Questi concetti generali non escludono comunque la necessità di valutare ulteriori elementi fondamentali e imprescindibili per poter attuare un intervento musicoterapico: la disponibilità e l'idoneità del paziente al trattamento.

2. Disponibilità e idoneità del paziente al trattamento

Si tratta, dopo l'invio di un paziente che avviene generalmente da parte di un referente clinico, di valutare la reale disponibilità del paziente stesso a sottoporsi all'intervento musicoterapico e, al tempo stesso, di accertare la sua idoneità al trattamento.

Accertare la disponibilità del paziente con malattia di Alzheimer è particolarmente importante, soprattutto da un punto di vista etico, data la difficoltà o impossibilità dello stesso a esprimere la sua volontà con chiarezza e determinazione. Ciò avviene attraverso un numero limitato di sedute, generalmente da 2 a 5, precedute, se possibile, da un breve colloquio in cui la persona viene informata circa gli obiettivi dell'intervento.

In queste sedute viene anche valutata l'idoneità del paziente al trattamento attraverso la rilevazione dei presunti segnali "comunicativi" sonoro-musicali e non colti attraverso l'osservazione che viene attuata contestualmente.

Per osservazione in questo caso si intende la disponibilità all'attenzione e all'ascolto dell'altro, che si rivolge alla globalità espressiva della persona, consentendo di cogliere sintonizzazioni da cui può scaturire la relazione. Si tratta anche di cogliere la sensibilità e le potenzialità evolutive espresse dalla persona rispetto all'elemento sonoro-musicale.

Come avviene per il trattamento effettivo anche in queste prime sedute di valutazione ci si avvale della stesura e dell'elaborazione (al termine di ogni seduta) di Protocolli di Osservazione e di una Scheda Musicoterapica di cui si forniranno esempi nelle pagine successive.

3. Il contratto terapeutico

Il contratto terapeutico consiste, là dove è possibile, in un colloquio con il paziente al di fuori del setting musicoterapico, in cui vengono definite le modalità con cui avverrà il trattamento (luogo, tempi, durata, contenuti dell'intervento,...) e le finalità e motivazioni dello stesso.

Questa fase si realizza generalmente se il paziente indicato per il trattamento si colloca in una fase iniziale di malattia e quindi ha una adeguata capacità di comprensione ed elaborazione: è importante sottolineare la valenza e l'impostazione terapeutica dell'intervento poiché questo può incidere positivamente sulla motivazione e quindi facilitare il consenso oltre che far percepire il senso della presa in carico.

Tutto questo è estremamente importante poiché oltre a divenire parte integrante dell'intervento terapeutico dà la possibilità alla persona a cui si rivolge il trattamento di configurare l'attività specifica non in senso esclusivamente musicale e ricreativo ma anche in senso curativo.

Dopo aver ottenuto il definitivo consenso inizia il trattamento musicoterapico.

4. Le sedute

Le sedute si svolgono in una stanza che preferibilmente dovrebbe avere i seguenti requisiti di base:

- dimensioni equilibrate
- isolamento acustico
- assenza di eventuali stimolazioni potenzialmente interferenti.

Per la persona con malattia di Alzheimer è importante che l'ubicazione della stanza di musicoterapia sia nelle immediate vicinanze o all'interno del luogo di degenza.

Questo agevola la presenza di persone con difficoltà di deambulazione e facilita lo svolgimento delle sedute anche in condizioni climatiche sfavorevoli (maltempo e/o temperature rigide o troppo elevate).

La presenza di stimoli estranei al setting musicoterapico (colori, oggetti superflui, finestre sprovviste di tende, ecc.) risulta essere disturbante e talvolta interferente nel trattamento. Rilevanti sono anche alcuni aspetti logistico-organizzativi come l'accompagnamento delle persone da parte di altri operatori con lo scopo di non creare confusione di ruoli e di non interferire nel processo terapeutico.

Per evitare momenti di tensione e affaticamento dati da una eccessiva stimolazione psico-fisica è inoltre necessaria una equilibrata distribuzione degli interventi terapeutico-riabilitativi. Inoltre anche la cura della persona induce uno stato di benessere che predispone all'intervento. Dalle esperienze effettuate emerge la necessità di una cadenza bi o tri-settimanale delle sedute.

Per quanto riguarda la durata delle sedute si stabilisce un limite massimo che, generalmente, per le persone con malattia di Alzheimer non supera i 30 minuti sia per le sedute individuali che per quelle di gruppo.

Il setting strumentale deve essere essenziale e facilmente accessibile: può prevedere la presenza di tutte le famiglie strumentali (membranofoni, idiofoni, aerofoni, cordofoni ed elettrofoni) disposti in modo non confusivo e in numero ridotto, tenendo conto di supporti che facilitino la presa degli strumenti nonché la mobilità dei pazienti.

Nelle prime sedute il paziente viene messo nelle condizioni di poter esplorare e interagire con una vasta gamma di stimoli sonoro-musicali.

Nel prosieguo dell'intervento si perverrà alla graduale definizione di un setting calibrato, adeguato al paziente, che riflette maggiormente l'identità sonoro-musicale dello stesso e in cui emerge la funzione di "oggetto intermediario" assolta da alcuni strumenti.

Le consegne che il musicoterapista dà al paziente possono essere verbali o non verbali e assumere una connotazione di direttività, semi-direttività e non direttività.

Le consegne verbali e in generale le verbalizzazioni, solitamente assenti nel trattamento musicoterapico secondo questo orientamento teorico-metodologico, sembrano avere in alcuni casi, nei trattamenti di persone con malattia di Alzheimer, una importante valenza contenitiva, tranquillizzante oltre che contribuire a orientare i pazienti nel setting musicoterapico.

Nella fase operativa quanto evocato e suscitato dal paziente viene evidenziato, elaborato e restituito dal musicoterapista dal punto di vista emotivo e sonoro-musicale con il fine di instaurare una relazione.

Il musicoterapista potrà:

a) stimolare il paziente nel caso in cui questo non interagisca attraverso l'impiego di materiale sonoro-musicale;
b) riprendere, elaborare e rimandare le produzioni sonoro-musicali spontanee emergenti dal contesto musicoterapico, nel caso in cui il paziente sia propositivo.

Nel primo caso, a), il musicoterapista può proporre stimoli sonoro-musicali anticipando il disagio, l'ansia o il disorientamento che si potrebbero creare durante silenzi o attese troppo prolungate: tali momenti che in generale nel trattamento musicoterapico vengono valorizzati e assumono spesso una valenza relazionale e terapeutica carica di significati, nei trattamenti di persone con malattia di Alzheimer possono assumere una connotazione molto negativa. Infatti potrebbero accentuare stati di frustrazione e impotenza che i pazienti non sono in grado di elaborare.

Diventa quindi fondamentale la capacità di ascolto del musicoterapista al fine di prevenire tali momenti. Ma lo stimolo proposto può anche determinare una embrionale forma di comunicazione oppure può facilitare una semplice forma di coinvolgimento attentivo ed emotivo senza che si arrivi ad una vera e propria interazione attraverso l'impiego condiviso del materiale sonoro-musicale.

Il secondo caso, b), si verifica quando il paziente fornisce direttamente spunti sonoro-musicali appartenenti al suo vissuto interno (produzioni ritmiche, melodiche, vocali, strumentali, convenzionali o non convenzionali, semplici o complesse).

Attraverso il rispecchiamento, che via via si allontana sempre più dall'imitazione per diventare condivisione parziale del messaggio sonoro-musicale e contemporaneamente introduzione di novità (tema con variazioni), si può giungere a un dialogo sonoro improntato sull'allargamento del progetto espressivo e sulla condivisione emotiva di uno stato d'animo.

Il musicoterapista può al proposito introdurre variazioni parametrali e/o strutturali che arricchiscono il dialogo sonoro consentendo un processo di crescita e cambiamento nel paziente e favorendo la condivisione qualitativa e quantitativa dello stato d'animo (si pensi, ad esempio, alla possibilità di modulare e calibrare il grado di attivazione e la dimensione quantitativa di un'emozione con l'impiego del parametro intensità o con variazioni agogiche). Si tratta in definitiva di rivestire di significato affettivo ed emozionale il messaggio sonoro che diventa così strutturante o ri-strutturante.

Molti degli atteggiamenti descritti, riferiti in particolare all'applicazione della musicoterapia nella malattia di Alzheimer, si possono ricondurre alla necessità sottolineata in ambito psicoterapeutico (ma a mio modo di vedere indispensabile anche in quello musicoterapico) di assumere *"un atteggiamento meno formale e più attivo da parte*

del terapista" che tenga conto di *"un'adeguata attenzione anche alle difficoltà concrete o alle disabilità del paziente"* e volta a *"dissolvere, in una fruttuosa alleanza di lavoro, le perplessità di fronte alla proposta di inziare un percorso..."* (Padoani, Marini, 2001).

5. La verifica

Il momento di Verifica del lavoro svolto è costituito dalla condivisione dei contenuti dei Protocolli di Osservazione (es. 1) stesi al termine di ogni seduta.

Le parti A) e B) dei Protocolli rilevano la quantità, la durata e le caratteristiche delle produzioni del paziente e del musicoterapista oltre che gli elementi e/o parametri sonoro-musicali ricorrenti o che compaiono per la prima volta nelle sedute; vengono inoltre rilevati la quantità di stimoli proposti dal musicoterapista e le produzioni spontanee del paziente.

La parte C) del Protocollo si basa sulla rilevazione di eventi manifesti direttamente estrapolabili dalla visione delle immagini relative alle sedute. Questo Protocollo di Osservazione è stato creato dall'équipe di musicoterapia dell'Istituto Ospedaliero di Sospiro (Cr) con lo scopo di rilevare quantitativamente e qualitativamente la "relazione intersoggettiva" nell'ambito di una seduta di musicoterapia.

Il Protocollo deriva dalla teoria psicologica del Sé di D. Stern il quale individua nella compartecipazione dell'attenzione, nella compartecipazione delle intenzioni e nella compartecipazione dell'affettività gli elementi caratterizzanti la sopracitata "relazione intersoggettiva".

La compartecipazione dell'attenzione si può considerare come un primo livello di intensità di relazione diretta con il terapista (T1) e/o mediante gli strumenti (S1): essa implica un contatto visivo del paziente con gli strumenti e/o con il musicoterapista; la compartecipazione delle intenzioni si pone come secondo livello di intensità (T2, S2) e implica un avvicinamento fisico al terapista e/o un ascolto-esplorazione degli strumenti; la compartecipazione degli affetti (unitamente alle sintonizzazioni) si considera come un terzo livello di intensità (T3, S3) e presuppone un'interazione con fine comunicativo con il terapista e/o un utilizzo con scopo comunicativo di strumenti o di materiale sonoro-musicale.

Attraverso la compilazione di questo Protocollo è quindi possibile rilevare la quantità e l'intensità dei momenti relazionali di tipo "T" e di tipo "S"; è inoltre possibile quantificare i momenti di allontanamento ("A") del paziente dal musicoterapista e/o dal setting strumentale, i movimenti afinalistici del paziente e i momenti di wandering.

I Protocolli divengono ancora più dettagliati se focalizzano meglio le risposte specifiche, caratterizzanti la patologia in esame, rispetto allo stimolo sonoro-musicale (es. 2).

Una valutazione periodica può essere effettuata attraverso la rilevazione di alcuni aspetti indicati sinteticamente nella Scheda Musicoterapica qui riportata (es. 3).

Altre importanti verifiche sono quelle che si effettuano all'esterno del setting musicoterapico che utilizzano strumenti valutativi già esistenti (ad esempio la Cohen Mansfield Agitation Inventory e la Neuropsychiatric Inventory) e altri che possono essere creati appositamente per effettuare osservazioni mirate su comportamenti specifici o per acquisire altri elementi di valutazione (interviste a familiari, interviste a operatori coinvolti nella cura della persona, ecc.).

Esempio 1A) - **PROTOCOLLO DI OSSERVAZIONE**

1) PRODUZIONI SONORO-MUSICALI DEL PAZIENTE

Produzioni	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Durata										
Strumento utilizzato										
Ritmo I, B, T										
Melodia										
Sensibilità armonica										
Convenzionali (C) - Non Convenzionali (NC)										
Dinamica (cresc./dim.)										
Agogica (acc./rall.)										

2) ELEMENTI E/O PARAMETRI SONORO-MUSICALI EMERGENTI

3) ELEMENTI E/O PARAMETRI SONORO-MUSICALI CHE COMPAIONO PER LA PRIMA VOLTA NELLE SEDUTE

4) N° PRODUZIONI SPONTANEE **N° PRODUZIONI INDOTTE**

NOTE

Esempio 1B) - **PROTOCOLLO DI OSSERVAZIONE**

1) PRODUZIONI SONORO-MUSICALI DEL MUSICOTERAPISTA

Produzioni	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Durata										
Strumento utilizzato										
Ritmo I, B, T										
Melodia										
Armonia Tonale (T) o Modale (M)										
Convenzionali (C) - Non Convenzionali (NC)										
Dinamica (cresc./dim.)										
Agogica (acc./rall.)										

2) ELEMENTI E/O PARAMETRI SONORO-MUSICALI EMERGENTI

3) ELEMENTI E/O PARAMETRI SONORO-MUSICALI CHE COMPAIONO PER LA PRIMA VOLTA NELLE SEDUTE

4) N° STIMOLAZIONI

NOTE

Esempio 1C) - **PROTOCOLLO DI OSSERVAZIONE**

3	S: T: S:	S: T: S:	S: T: S:	S: T: S:	S: T: S:	S: T: S:
2	T: S:	T: S:	T: S:	T: S:	T: S:	T: S:
1	T:	T:	T:	T:	T:	T:
	W: MA: A:	W: MA: A:	W: MA: A:	W: MA: A:	W: MA: A:	W: MA: A:

0 5 10 15 20 25 30

S = relazione mediante strumenti
S1 (BASSA) = contatto visivo con strumenti
S2 (MEDIA) = ascolto e/o esplorazione di strumenti
S3 (ALTA) = utilizzo di strumenti con fine comunicativo

T = relazione diretta con terapista
T1 (BASSA) = contatto visivo con terapista
T2 (MEDIA) = avvicinamento fisico (vicinanza, apertura posturale)
T3 (ALTA) = interazione con terapista con fine comunicativo

W = wandering
MA = movimenti afinalistici
A = allontanamento fisico

OSSERVAZIONI

Esempio 2

RISPOSTE DEL PAZIENTE RISPETTO AGLI STIMOLI SONORO-MUSICALI DEL MUSICOTERAPISTA

TIPO DI STIMOLO

TIPO DI RISPOSTA

- ❑ Allontanamento
- ❑ S1
- ❑ S2
- ❑ S3
- ❑ T1
- ❑ T2
- ❑ T3
- ❑ Sorriso
- ❑ Pianto
- ❑ Movimenti sintonici
- ❑ Alterazione mimica del volto
- ❑ Movimenti afinalistici
- ❑ Verbalizzazioni positive
- ❑ Verbalizzazioni negative
- ❑ Addormentamento

Esempio 3

SCHEDA MUSICOTERAPICA (si stende dopo alcune sedute e costituisce un materiale in evoluzione)

SINTESI CLINICA

RAPPORTO CON L'AMBIENTE (rifiuto, accettazione, esplorazione,...)

COMPORTAMENTO (adeguato, isolamento, chiusura, eteroaggressività,...)

MOTILITÀ (posture, deambulazione, tono muscolare, stereotipie,...)

COMUNICAZIONE (assente, diretta con il musicoterapista - sguardi, contatto fisico, espressione del volto,... - attraverso oggetti o strumenti - stereotipata, imitativa, propositiva,...)

STRUMENTI MUSICALI E/O OGGETTI SONORI SCELTI E LORO USO (convenzionale, non convenzionale, esplorativo, catartico, incistato, come oggetto intermediario,...)

EMISSIONI VOCALICHE E/O VERBALI

RAPPORTO CON IL MUSICOTERAPISTA (rifiuto, accettazione, ricerca,...)

PARAMETRI ED ELEMENTI MUSICALI RICORRENTI E LORO CARATTERISTICHE (durate, timbri, altezze, intensità, elementi ritmici, elementi melodici, elementi armonici, frammenti musicali, musica strutturata... → partitura)

6. La conclusione del trattamento musicoterapico

La conclusione del trattamento viene messa in evidenza da alcuni fattori relazionali tra cui la stabilizzazione dei cambiamenti, riscontrabile anche esternamente al setting musicoterapico, accompagnata talvolta da situazioni di disinvestimento nelle sedute. Queste situazioni implicano un minore coinvolgimento attentivo e relazionale, l'abbreviarsi della durata della seduta e, contestualmente, una caduta di interesse verso il setting musicoterapico. È importante accertare che questi eventi non siano l'espressione, in itinere, di una crisi della relazione nel trattamento. Ciò quindi richiede un'attenta autoanalisi da parte del musicoterapista oltre che un'approfondita valutazione da parte dell'équipe che ha in carico il paziente. L'intervento può essere circoscritto a un numero limitato di sedute oppure si conclude quando si valuta che gli obiettivi terapeutici sono stati raggiunti almeno in parte o totalmente, senza cogliere la possibilità di ulteriori evoluzioni nel trattamento musicoterapico. Per il paziente con malattia di Alzheimer il termine del trattamento coincide con l'aggravarsi dello stato generale di salute e dei deficit. Tale peggioramento pregiudica e frequentemente preclude al paziente la possibilità di partecipare alle sedute di musicoterapia. Uno dei punti fondamentali per la musicoterapia è rappresentato dalla necessità di acquisire dati che comprovino l'efficacia dei trattamenti e di analizzare i processi in essi implicati. Questo è primariamente importante soprattutto per quegli ambiti applicativi, come ad esempio quello della malattia di Alzheimer e delle demenze, in cui le esperienze effettuate non hanno ancora raggiunto un'adeguata significatività quantitativa e un'altrettanta credibilità sul piano scientifico.

La ricerca in musicoterapia è un ambito assai complesso e articolato nel quale convivono la necessità di "dimostrazioni" che avvalorino scientificamente i risultati clinici e la difficoltà di produrre le prove "oggettive", quantitative rispetto a quanto in realtà accade durante il trattamento e al termine dello stesso. Da qui la necessità di impostare la ricerca secondo parametri che ben si adattino all'ambito e alla tipologia dell'indagine a cui ci si riferisce. Al proposito si rileva la scarsità (in particolare in ambito nazionale) di esperienze di ricerca e in particolare di studi che abbiano come oggetto di indagine il processo musicoterapico. In aggiunta a tutto ciò sono ancor meno le esperienze musicoterapiche di ricerca fondate su modelli di musicoterapia relazionale.

La scarsità di esperienze, le difficoltà riscontrate nell'organizzazione della ricerca, nel tentativo di imprimere continuità al lavoro e nella selezione di campioni omogenei di persone, hanno indotto a progettare e realizzare studi qualitativi volti a comprendere e approfondire le risposte date (sul piano emotivo-affettivo e sonoro-musicale) rispetto alla strutturazione dell'intervento.

Si profilano sostanzialmente difficoltà specifiche legate ai seguenti fattori:

a) strumenti di valutazione: in assenza di strumenti di valutazione riferibili nello specifico al trattamento musicoterapico diventa essenziale impostare un rigoroso criterio metodologico di raccolta, elaborazione e lettura dei dati che emergono dalle esperienze; oltre a ciò anche gli strumenti di valutazione utilizzabili all'esterno del setting musicoterapico (le Scale abitualmente in uso in ambito geriatrico) da un lato spesso considerano aspetti non del tutto pertinenti e dall'altro non si prestano alla rilevazione/valutazione di cambiamenti assai importanti sul versante relazionale e comportamentale ma non sempre macroscopici o immediatamente visibili;

b) significatività numerica dei campioni: dato l'esiguo numero di esperienze e le caratteristiche del trattamento musicoterapico diventa complessa l'eventualità di impostare uno studio su un campione di pazienti statisticamente significativo;
c) omogeneità dei campioni selezionati: risulta essere particolarmente difficile poter rivolgere l'intervento a un gruppo di pazienti che presentino caratteristiche diagnostiche assimilabili e/o compatibili; a parità di livello di deterioramento cognitivo vi sono sono infatti numerose variabili legate ad aspetti psichici e/o comportamentali che rendono le persone veramente molto diverse tra loro; la stessa imprevidibilità dell'evoluzione della malattia rende difficile qualsiasi generalizzazione e confronto;
d) continuità: da alcune considerazioni preliminari emerge la necessità di una cadenza plurisettimanale delle sedute che talvolta un Servizio di musicoterapia non è in grado di garantire; a ciò vanno aggiunte difficoltà che nascono dallo stato di salute, spesso cagionevole, dei pazienti con Malattia di Alzheimer che vengono sottoposti al trattamento.

Le esperienze musicoterapiche e musicali documentate effettuate nell'ambito delle demenze e della malattia di Alzheimer pongono in evidenza risultati incoraggianti e significativi rispetto ad alcune sintomatologie (in particolare psichiche e comportamentali) già descritte in questo volume. Sembra anche importante sottolineare come a fronte di deficit cognitivi rilevanti e tendenti al peggioramento l'elemento sonoro-musicale possa costituire un materiale ancora fruibile sia nei suoi aspetti di recezione che di produzione rimanendo maggiormente integre alcune funzioni cognitive ad esso collegate.

Naturalmente questo non è che un inizio, seppur promettente, della ricerca in musicoterapia applicata a questo ambito patologico rilevante quanto complesso e articolato in tutti i suoi aspetti. Da un punto di vista strettamente musicoterapico credo sia estremamente importante soffermarsi sullo studio dei "processi" prima ancora che sugli "esiti" del trattamento. Quale musicoterapia per il malato con demenza di Alzheimer? Con quali obiettivi? E ancora: quali stimoli sonoro-musicali? Quali linee guida?

Questo contributo vuole porre in evidenza alcune ipotesi e riflessioni che derivano direttamente da esperienze musicoterapiche, cliniche e di ricerca, a contatto con persone affette da malattia di Alzheimer.

Bibliografia

AMMANITI M., DAZZI N. (a cura di) - ***Affetti. Natura e sviluppo delle relazioni interpersonali*** - Laterza, Roma-Bari, 1990.

BENENZON R.O. (a cura di) - ***Musicoterapia: esperienze di supervisione*** - Phoenix, Roma, 1998.

FERRARA C., RAGLIO A. (a cura di) - ***Musicoterapia e Ricerca*** - Phoenix, Roma, 2000.

POSTACCHINI P. L., RICCIOTTI A., BORGHESI M. - ***Lineamenti di musicoterapia*** - La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1997.

SCOCCO P., DE LEO D., PAVAN L., (a cura di) - ***Manuale di psicoterapia dell'anziano*** - Bollati Boringhieri, Torino, 2001.

STERN D.N. - ***Il mondo interpersonale del bambino*** - Bollati Boringhieri, Torino, 1987.

Musicoterapia e malattia di Alzheimer: una revisione della letteratura

Alfredo Raglio – Fiorenzo Puerari – M.Chiara Ubezio – Daniele Villani

Introduzione

I lavori presentati sinteticamente in questa review si riferiscono a esperienze con la musica e a esperienze più propriamente definibili come musicoterapiche.

Le prime riguardano le potenzialità curative della musica in relazione a proposte di ascolto, generalmente di brani preferiti o selezionati sulla base di evidenze strutturali simboliche o culturali. In questi casi gli autori riconoscono alla musica una intrinseca potenzialità terapeutica e l'ascolto non è necessariamente strutturato in senso musicoterapico. Mancano infatti i riferimenti imprescindibili al setting terapeutico, all'impostazione teorico-metodologica dell'intervento e al dato relazionale che in musicoterapia costituiscono i punti centrali dell'intervento.

Le esperienze mostrano, comunque, importanti effetti della musica sulla sintomatologia psichiatrica collegata alla malattia di Alzheimer e alle demenze in generale.

Altre esperienze si configurano, invece, come esperienze musicoterapiche poiché in esse si riscontrano quegli elementi prima menzionati (setting, riferimenti teorico-metodologici e componente relazionale) che definiscono e caratterizzano la terapia con la musica. Di seguito si riportano i lavori ritenuti maggiormente significativi nel panorama della letteratura musicoterapica internazionale riferita al tema in oggetto.

Revisione della letteratura

Odell-Miller (1999) relativamente alla musicoterapia con gli anziani: essa rileva che in questo ambito, in particolar modo in Europa, esiste meno letteratura in rapporto alle applicazioni in altre aree cliniche. Inoltre viene rilevato che in Europa è maggiormente diffuso, tra i musicoterapisti, un approccio psicodinamico, mentre, negli Stati Uniti si è sviluppato maggiormente un lavoro basato su attività strutturate piuttosto che sull'improvvisazione. Pare importante sottolineare inoltre come, rispetto alle problematiche dell'anziano, il settore con la più ampia area di ricerca sia quello delle demenze. Odell-Miller (1997) riconduce questo fatto all'importanza che il linguaggio musicale riveste quando sono presenti difficoltà di apprendimento.

Significativa è la presenza di precedenti revisioni relative all'impiego di musica e musicoterapia con persone affette da malattia di Alzheimer e demenze correlate (ADRD): Brotons et Al. (1997) nella loro prima revisione (1985-1996) rilevano che le persone affette da ADRD rispondono alle sollecitazioni musicali, potenziando le loro capacità comunicative e accedendo a memorie che sarebbero difficili da recuperare attraverso i classici mezzi verbali: sulle ragioni per cui questo accade si avanzano ipotesi neuropsicologiche piuttosto che relazionali sottolineando la scarsa chiarezza di queste motivazioni.

Koger et Al. (1999) in una seconda revisione (1996-1999) focalizzano l'attenzione sugli aspetti metodologici che potrebbero influenzare l'efficacia del trattamento ma anche rispetto all'utilizzo appropriato di metodi di ricerca quantitativa e/o qualitativa con persone affette da ADRD.

A tale proposito Koger e Brotons (2000) riscontrano l'assenza di studi e ricerche condotti con rigore scientifico circa l'efficacia della musicoterapia nelle demenze, nonostante gli stessi autori sottolineino però l'emergere di dati importanti e documentati sui potenziali effetti della terapia musicale, auspicandosi il proseguimento della ricerca in tal senso.

Di seguito sono elencati i principali studi sull'applicazione della musicoterapia nella demenza. Questi studi comprendono sia programmi di intervento in cui viene utilizzata la musica (spesso attraverso l'ausilio di un riproduttore sonoro) sia trattamenti musicoterapici in senso stretto (secondo i criteri esposti nell'introduzione).

Aldridge (1994) sottolinea gli esiti positivi dei trattamenti di musicoterapia attiva riferibili al miglioramento della qualità di vita, delle prestazioni sociali, del tono dell'umore, dell'organizzazione dei processi mentali e cognitivi. L'autore dichiara che la musicoterapia promuove la stimolazione sensoriale e l'integrazione motoria oltre che determinare una diminuzione delle prescrizioni farmacologiche.

Brotons e Pickett-Cooper (1996) rilevano una significativa diminuzione dell'agitazione durante e dopo la musicoterapia, nonché una maggiore consapevolezza e relazione dei movimenti e dei comportamenti con la parte sonoro-musicale.

Kumar et Al. (1999) rilevano un significativo aumento della melatonina dopo 4 settimane di trattamento musicoterapico con conseguente aumento di stati di calma e rilassamento nei pazienti con AD. Il livello di melatonina regredisce ai livelli rilevati prima del trattamento dopo 6 settimane dal termine dello stesso. Anche l'ascolto musicale si rivela efficace nella riduzione dell'agitazione e nei disturbi psichici e comportamentali: Gerdner e Swanson (1993) asseriscono che la musica "individualizzata" riduce l'agitazione nel paziente anziano. La misurazione di tale effetto è stata effettuata immediatamente e 1 ora dopo il trattamento attraverso la Cohen-Mansfield Agitation Inventory. Lo stesso autore in altri studi successivi (1997, 2000) dimostra che l'ascolto di musiche scelte dai pazienti (rispetto a musica classica generalmente ritenuta rilassante) determina una diminuzione più significativa dell'agitazione.

Goddaer e Abraham (1994) dimostrano come una musica di sottofondo durante il momento del pranzo riduca il rumore generale e quindi anche l'agitazione che da esso deriva.

Casby e Holm (1994) riportano uno studio in cui 3 soggetti vengono sottoposti a 3 condizioni di trattamento: nessuno stimolo, musica rilassante classica e musica preferita. Nel secondo e terzo caso si registra una diminuzione significativa di vocalizzazioni dirompenti e ripetitive.

Denney (1997) sperimenta l'ascolto di brani di musica classica, con un movimento lento, durante il pranzo e rileva effetti positivi per quanto riguarda la riduzione dell'agitazione. Alle esperienze di Denney si aggiungono quelle di Ragneskog et Al. (1997) e di Forbes (1998) il quale riscontra anche un aumento delle ore di sonno in relazione all'ascolto musicale.

Thomas et Al. (1997) propongono ai pazienti, durante il bagno, un nastro musicale preparato con l'aiuto della famiglia. I risultati mostrano una significativa diminuzione dei comportamenti aggressivi.

Anche Clark et Al. (1998) propongono l'ascolto di musica preferita durante il momento del bagno e rilevano una riduzione dei comportamenti aggressivi oltre alla comparsa di atteggiamenti quali il sorriso, il miglioramento dell'umore, la danza e il battere le mani.

Brotons e Koger (2000) mostrano come l'intervento di musicoterapia abbia ripercussioni sull'uso del linguaggio: si rileva un miglioramento della scorrevolezza e della spontaneità dello stesso, senza significative variazioni statistiche del Quoziente di Afasia.

Clair riporta lo studio di un caso clinico evidenziando chiaramente i contenuti e i criteri metodologici utilizzati nell'intervento. In particolare viene posta l'attenzione sul setting, sulle modalità di trattamento e sul metodo utilizzato per condurre la ricerca. Due musicoterapeuti effettuano un trattamento di gruppo per 15 mesi in sedute bisettimanali della durata di 30 minuti ciascuna. Il gruppo è costituito da 4 persone di sesso maschile. L'approccio utilizzato dai musicoterapeuti è caratterizzato da una spiccata attenzione all'elemento relazionale e le proposte consistono principalmente in attività di canto, movimento e ritmo. Particolarmente significative appaiono anche le modalità di verifica e valutazione dei dati raccolti. Si considerano alcune fondamentali categorie comportamentali: comunicare (anche a livello verbale); osservare (un membro del gruppo o un musicoterapista); cantare (da soli o col gruppo, spontaneamente o imitando); interagire con uno strumento (da soli o col gruppo, spontaneamente o imitando); restare seduti senza essere costretti. Le categorie suddette sono state rilevate da un osservatore indipendente. Le sedute sono state riprese da una telecamera e riviste in funzione della stesura dei protocolli di osservazione. Si è calcolata la durata di ogni categoria osservata e i dati sono stati controllati periodicamente per verificarne l'attendibilità chiedendo all'osservatore di riesaminare le sedute. I coefficienti di attendibilità andavano da 0,89 a 0,97, cioè ben entro i limiti accettabili. Al termine del trattamento a fronte di un peggioramento fisico e cognitivo le categorie osservate sono rimaste invariate: la musicoterapia ha rappresentato un importante e unico momento in cui il paziente ha attivato processi attentivi e interpersonali utilizzando il canale sonoro-musicale.

Hatfield e Kasayka (1996) hanno realizzato uno studio che nasce dall'osservazione degli stati depressivi, nel corso degli anni, al Corinne Dolan Alzheimer Center. Sono state rilevate tre caratteristiche comuni che indicavano la depressione tra i pazienti ricoverati: il pianto, la verbalizzazione della tristezza e/o di un senso di benessere diminuito e un'espressione facciale piatta o angosciata. È stato notato che spesso i soggetti raggiungevano un certo grado di benessere durante le sedute di musicoterapia. Lo studio ha voluto considerare quanto la partecipazione a programmi individuali di musicoterapia potesse influenzare gli indicatori dello stato depressivo negli stati iniziali e medi di un probabile AD. Il progetto ha coinvolto 7 persone che mostravano almeno uno dei 3 indicatori dello stato depressivo sopra descritto. Ciascuna delle persone ha preso parte a 2 sedute che implicavano un'abilità neutrale e generica (dividere in cesti vari oggetti di legno) e a 2 sedute di musicoterapia. Le sedute avevano una durata di 20 minuti ciascuna e prevedevano che i pazienti esprimessero il loro stato d'animo prima della seduta e dopo

la sua conclusione. Nel trattamento musicoterapico si sono rilevati importanti cambiamenti rispetto all'incremento di sorrisi, di contatti visivi e di momenti di partecipazione. Gli autori riferiscono anche di maggiori difficoltà di applicazione della musicoterapia con pazienti con deficit lievi, cioé con persone collocabili nei primi stadi della malattia. Al contrario pazienti con sintomi comportamentali (agitazione motoria, lamenti continui, richieste di attenzione, etc,) e deficit cognitivi più rilevanti sono stati più facilmente coinvolti nell'attività di musicoterapia.

Fitzgerald-Cloutier (1993) e Groene (1993) rilevano buoni risultati, nel setting musicoterapico, rispetto alla diminuzione del wandering in rapporto alla comparsa dello stesso comportamento in altre attività quali ad esempio la lettura.

Uno studio di Norberg et Al. (1986) pone a confronto 3 diverse stimolazioni proposte a 2 pazienti con AD in 16 sedute. Si tratta di ascolto musicale, stimolazione tattile e presentazione di oggetti. L'osservazione diretta, le registrazioni video e la rilevazione della frequenza respiratoria hanno evidenziato un maggior numero di risposte durante le proposte musicali.

Altri studi (Glynn, 1992; Lipe; York, 1999) riguardano la valutazione delle abilità musicali e il ruolo della musica nel funzionamento cognitivo in persone con AD e ne sottolineano le potenzialità.

Lipe rileva in particolare risposte significative rispetto al canto associato a elementi quotidiani (nome, cibo,...); Glynn suggerisce l'uso di musiche familiari per sviluppare la comunicazione e la socializzazione, musiche etniche ed evocative per stimolare il ricordo e melodie con modelli ritmici differenti per migliorare il movimento e gli aspetti comportamentali; York struttura, invece, un vero e proprio test di valutazione delle residue capacità musicali in pazienti con AD.

Nella loro revisione Brotons e Koger (1997) riportano studi (Geula, 1986; McCloskey, 1990; Aldridge et al., 1992; Braben, 1992) in cui, ad esempio, pazienti afasici e con rilevanti disturbi di memoria hanno continuato a cantare vecchie canzoni e a ballare al ritmo di vecchi motivi.

Altri studi (Swartz, Crummer, Walton, Frisina, 1989; Crystal, Grober, Masur, 1989; Beatty, 1988, 1994) rivelano che nei pazienti che furono musicisti le capacità musicali sono sembrate rimanere inalterate mentre il linguaggio e la memoria si sono deteriorate.

Le evidenze sperimentali sembrano inoltre dimostrare che i musicisti affetti da demenza abbiano una capacità motoria ben preservata per quanto concerne l'esecuzione musicale (Cohen, Squire, 1980) con implicazioni sul differente funzionamento della memoria dichiarativa rispetto a quella procedurale (Khachaturian, Radebaugh, 1996; Squire, 1987).

Polk e Kerstesz (1993), citati da Brotons, Koger (1997) ipotizzano una doppia dissociazione fra le capacità linguistiche e le capacità musicali nei pazienti affetti da demenza, dovuto a differenti degenerazioni emisferiche.

Nel 1992 Swartz, Walton, Crammer, Hantz e Frisina hanno condotto un'analisi biocomportamentale utilizzando tecniche topografiche di mappatura del cervello in pazienti affetti da demenza: lo studio ha suggerito che la capacità di elaborazione musicale di questi soggetti, rispetto alle capacità linguistiche, può mantenersi in più parti del cervello e che queste regioni possono essere le ultime a deteriorarsi nell'evoluzione della malattia.

Per quanto riguarda i contenuti delle sedute di musicoterapia e le risposte ad essi collegate Fitzgerald-Cloutier (1992), che considera la musicoterapia come un intervento che si è rivelato di successo nel facilitare l'aumento di partecipazione da parte dei malati con AD., realizza un importante studio. In esso si sono effettuate sedute con utilizzo di canti accompagnati da strumenti musicali e sedute con canti senza accompagnamento. Il trattamento ha avuto una durata di 12 settimane e ha coinvolto 12 pazienti del Corinne Dolan Alzheimer Center. Gli osservatori hanno registrato le risposte date da ogni paziente durante le sedute: le risposte positive hanno incluso qualsiasi forma di partecipazione o comunque di piacere (ballare, cantare, verbalizzazioni positive, fischiettare, borbottare, battere le mani, schioccare le dita, dare colpetti sulla spalla, battere i piedi, muovere la testa, sorridere, dondolarsi, muovere le braccia), mentre quelle negative hanno incluso comportamenti che indicano non piacere con o senza partecipazione all'attività (andare via, piangere, verbalizzazioni negative, imprecare, dormire, abbassare la testa, alzare gli occhi in senso di rifiuto, fare il broncio, aggrottare le ciglia, sospirare, ridere in modo inadeguato, abbandonare l'obiettivo, avere un comportamento inappropriato).

I risultati hanno indicato che il gruppo di controllo, che ha partecipato alle sedute con canto senza accompagnamento, ha avuto il maggior numero di risposte positive.

L'elemento vocale, senza accompagnamento strumentale, si rivela come uno stimolo semplice e diretto, quindi più adeguato alle abilità cognitive e relazionali delle persone con AD.

Kasayka e Hatfiled (1994) sottopongono persone allo stadio terminale di AD a 2 diverse stimolazioni musicali: musica poco ritmica con assenza di percussioni e canto modale monodico. Dai monitoraggi fisiologici non si rilevano differenze statisticamente significative, anche se studi descrittivi indicano un maggiore rilassamento durante l'ascolto di musica poco ritmica con assenza di percussioni. In entrambi i casi si rileva un maggior livello di comunicazione con la famiglia e lo staff curante.

Groene (1999) pone a confronto sedute di musicoterapia con l'utilizzo prevalente di esercizi rtimici e sedute con l'utilizzo prevalente di canto sovrapposto a melodie preregistrate. I pazienti con AD hanno dato risposte maggiormente significative nelle sedute di musicoterapia con uso prevalente del ritmo.

Conclusioni

Mancano ancora, purtroppo, molti elementi che possano validare scientificamente i risultati dell'applicazione della musicoterapia nella malattia di Alzheimer, sia in rapporto ai contenuti della disciplina che alla generalizzabilità dei suoi effetti, soprattutto al di fuori del setting musicoterapico.

Dalla selezione dei lavori riportati pare però significativo rilevare la positività e in alcuni casi la rilevanza dei risultati ottenuti dall'applicazione della musicoterapia e dall'uso di musica nei trattamenti di pazienti con AD.

A fronte di un deterioramento, a tutti i livelli, estremamente differenziato e variabile e di una impotenza quasi totale (da un punto di vista farmacologico e non) l'elemento sonoro-musicale si rivela un valido mediatore nella relazione e nella comunicazione, apportando benefici anche nella sintomatologia comportamentale e psichiatrica correlata al danno neurologico.

L'elemento sonoro-musicale è infatti un efficace stimolo verso il quale i pazienti con AD mostrano particolare sensibilità sia a livello percettivo che prassico.

Ci sembra anche significativo che il suono e la musica si possano ritenere utilizzabili nella cura della malattia di Alzheimer in relazione al fatto che a livello cognitivo le capacità musicali percettive, discriminatorie ed elaborative siano (anche in casi di particolare decadimento) ancora integre o parzialmente integre.

Bibliografia

ALDRIDGE D. - *Alzheimer's Disease: Rhythm, timing and music as therapy* - Biomed & Pharmacother., 1994.

ALDRIDGE D. - *Music Therapy with the Elderly* - Music Therapy Research and Practice in Medicine, 1996.

BROTONS M., PICKETT-COOPER P. - *The effects of music therapy intervention on agitation behaviors of Alzheimer's disease patients* - Journal of Music Therapy, 1996.

BROTONS M., KOGER S.M., PICKETT-COOPER P. - *Music and the dementias: a review of literature* - Journal of Music Therapy, 1997.

BROTONS M., KOGER S.M. - *The impact of music therapy on language functioning in dementia* - Journal of Music Therapy, 2000.

CASBY J.A., HOLM M.B. - *The effect of music on repetitive disruptive vocalization of persons with dementia* - Am. J. Occup. Ther., 1994.

CLAIR A.A., S.T., IN K. BRUSCIA - *Casi Clinici di Musicoterapia (Adulti)* - Gli Archetti, 1997.

CLAIR A., BERNSTEIN B. - *The effect of no music, stimulative background music and sedative background music on agitation behaviours in persons with severe dementia* - Activities, Adaption & Aging, 1994.

CLARK M., LIPE A.W., BILBREY M. - *Use of music to decrease aggressive behaviors in people with dementia* - Journal of Gerontological Nursing, 1998.

DENNEY A. - *Quiet music: an intervention for mealtime agitation?* - Journal of Gerontological Nursing, 1997.

FITZGERALD-CLOUTIER, M.L. - *The effects of different music instruments used for accompaniment on participation for persons diagnosed with Probable Alzheimer's Disease* - in "Music Therapy and Gerontology: an international forum for informing and sharing" - World Congres of Music Therapy, Washington, 1999.

FITZGERALD-CLOUTIER, M.L. - *The use of music therapy to decrease wandering: an alternative to restrains* - Music Therapy Perspectives, 1993.

FORBES D. - *Strategies for managing behavioral symptomatology associated with dementia of the Alzheimer type: a systematic overview* - Canadian Journal of Nursing Research, 1998.

GERDNER L.A., SWANSON E.A. - *Effects of individualized music on confused and agitated elderly patients* - Arch. Psychiatr. Nurs., 1993.

GENDNER L.A. - *An individualized music intervention for agitation* - J. of the Amer. Psych. Nurs. Ass., 1997.

GERDNER L.A. - *Effects of individualized versus classical relaxation music on the frequency of agitation in elderly persons with AD disease and related disorders* - Intern. Psychogeriatrics, 2000.

GEROLDI C., METITIERI T., BINETTI G., ZANETTI O., TRABUCCHI M., FRISONI G.B. - *Pop music and frontotemporal dementia* - Neurology, 2000.

GLYNN N.J. - *The music therapy assessment tool in Alzheimer's patients* - J. Gerontol Nurs., 1992.

GODDAER J., ABRAHAM I.L. - *Effects of relaxing music on agitation during meals among nursing home residents with severe cognitive impairment* - Archives of Psychiatric Nursing, 1994.

GROENE R. - *The Effects of Therapist and Activity Characteristics on the Purposeful Responses of Probable Alzheimer's Disease Participants* - J. of Music Therapy, 1999.

GROENE R.W. - *Effectiveness of music therapy 1:1 interventions with individuals having senile dementia of the Alzheimer's type* - J. of Music Therapy, 1993.

HATFIELD K., KASAYKA R.E. - *The Influence of Individualized Music Therapy Programs on Depressed Mood in Alzheimer's Disease: A Pilot Study* - in "Music Therapy and Gerontology: an international forum for informing and sharing", World Congres of Music Therapy, Washington, 1999.

KASAYKA R.E. - *The State of Music Therapy Research on Alzheimer's Disease and Related Dementias* - in "Music Therapy and Gerontology: an international forum for informing and sharing", World Congres of Music Therapy, Washington, 1999.

KASAYKA R.E., HATFIELD K. - *A Comparison of Sedative vs. Palliative Music In Treatment of Persons in End-Stage Alzheimer's Disease* - in "Music Therapy and Gerontology: an international forum for informing and sharing", World Congres of Music Therapy, Washington, 1999.

KOGER S.M., CHAPIN K., BROTONS M. - *Is Music Therapy an effective intervention for dementia? A meta-analytic review of literature* - Journal of Music Therapy, 1999.

KOGER S.M., BROTONS M. - *Music therapy for dementia symptoms* - Cochrane Database Syst. Rev., 2000.

KUMAR A.M. et Al. - *Music Therapy increases serum melatonin levels in patients with Alzheimer's disease* - Altern.Ther. Health Med., 1999.

LIPE A.W. - *The Music-Based Evaluation of Cognitive Functioning: Current Status of Revisions* - in "Proceedings of the Institute on Music Therapy Assessment", World Congres of Music Therapy, Washington, 1999.

NORBERG A., MELIN E., ASPLUND K. - *Reactions to music, touch and object presentation in the final stage of dementia. An exploratory study* - Int. J. Nurs. Stud., 1986.

ODELL-MILLER H. - *Music Therapy with Older People. An International Perspective* - in "Music Therapy and Gerontology: an international forum for informing and sharing", World Congres of Music Therapy, Washington, 1999.

RAGNESKOG H. et Coll. - *Dinner music for demented patients: analysis of video-recorded obsevartions* - Clinical Nursing Research, 1996.

THOMAS D. et Coll. - *The effects of music on bathing cooperation for residents with dementia* - J. of Music Therapy, 1997.

YORK E. - *A Test-Retest Reliability Study of the Residual Music Skills Test* - in "Proceedings of the Institute on Music Therapy Assessment", World Congres of Music Therapy, Washington, 1999.

Parte terza

Questa parte del volume raccoglie gli interventi che si riferiscono all'area della ricerca e che costituiscono alcune riflessioni circa le motivazioni, i fondamenti teorici, i metodi e le metodiche riportate nei lavori presentati.
In essi si trova traccia della necessità di produrre materiali che possano costituire spunti di analisi e approfondimento non solo nell'esito dell'intervento musicoterapico ma anche rispetto al processo terapeutico.
Pur rimanendo nella logica della ricerca qualitativa, che meglio si adatta alla disciplina musicoterapica, gli autori non rinunciano allo sforzo di produrre dati numerici che possono comprovare le affermazioni empiricamente fondate sulle esperienze applicative.
Con queste premesse i risultati possono costituire, in una logica di maggiore coerenza e credibilità, un punto di potenziale e possibile condivisione che mette in relazione la musicoterapia con il mondo scientifico altro.
Ci sembra che, soprattutto nella malattia di Alzheimer, la ricerca costituisca un punto imprescindibile e fondamentale anche alla luce di risultati positivi che si riscontrano negli interventi che si avvalgono in tale ambito del materiale sonoro-musicale.
G. Porzionato nel suo intervento illustra alcuni concetti chiave che si pongono come premessa alla ricerca, citando anche alcune esperienze realizzate nell'ambito della malattia di Alzheimer attraverso l'utilizzo di musica e strutturate sotto forma di ricerca.
Tali esperienze evidenziano una incidenza positiva della musica sulle abilità cognitive (in particolare sulla memoria) e sulle potenzialità evocative.
L'équipe dell'Istituto Ospedaliero di Sospiro ha elaborato due lavori nei quali espone una parte della ricerca effettuata all'interno del Nucleo Alzheimer presente nell'istituto stesso.
Il primo lavoro riguarda l'osservazione e le valutazioni cognitive e relazionali riconducibili al trattamento musicoterapico.
Il secondo considera il processo terapeutico e l'individuazione dell'identità sonoro-musicale in un trattamento musicoterapico individuale.
L'intervento di C. Bonanomi e M. C. Gerosa pone l'attenzione sull'osservazione e la valutazione effettuate, in rapporto all'elemento sonoro-musicale, nelle aree cognitiva, emotiva e corporea-sensoriale nell'ambito di trattamenti musicoterapici individuali.

Musicoterapia e Ricerca: alla ricerca di un metodo

di Giuseppe Porzionato

Premessa

Porsi il problema di quale possa essere il metodo più efficace per utilizzare al meglio la terapia musicale con i pazienti affetti dal morbo di Alzheimer significa prendersi la responsabilità di tenere in mano una patata più che bollente. Poco ancora si conosce sui meccanismi che provocano la malattia, e sei modelli di riferimento sembrano troppi per una patologia che mostra chiari segni di alterazioni di tipo anatomo-fisiologico (Porzionato, 2000), e si presenta quindi come una malattia di tipo neurologico con evidenti implicazioni di tipo psicologico. Parlare di ricerca in funzione terapeutica, significa, in questo contesto, guardare più allo sviluppo della ricerca neurobiologica e psicofarmacologia, anche se un consuntivo delle ricerche e delle applicazioni condotte in questi settori, che sembrano solidi, ne ha dimostrato soprattutto i limiti (Horgan, 1999). La musicoterapia deve quindi essere considerata un coadiuvante e non una panacea, come spesso si tende a pensare basandosi su una aneddotica che ha ben poco di scientifico e che spesso alimenta vane speranze e stimola la cialtroneria più demagogica.

Metodo scientifico e musicoterapia

Un metodo è un modo ordinato di procedere nella ricerca di qualcosa. Il metodo scientifico è il modo tipico di procedere degli scienziati nell'acquisizione delle conoscenze. Lo studio del metodo scientifico (la metodologia della ricerca) è dunque la ricostruzione di come lo scienziato procede nella sua ricerca. I ricercatori, in generale, tendono ad adottare questo procedimento: si pongono un problema (ad esempio: qual è il modo migliore di usare la musica con i pazienti Alzheimer, e perché?), prospettano una soluzione proponendo un modello esplicativo o una teoria esplicativa, analizzano i fatti alla luce del modello o della teoria, analizzano i dati, usando spesso un tipo di statistica ad hoc per vedere se essi collimano con il modello o la teoria, infine accettano le critiche che i colleghi rivolgono alle loro conclusioni una volta che la ricerca è stata pubblicizzata (di solito attraverso la pubblicazione su riviste specializzate).

Se il modo di procedere dei ricercatori è comune (il *metodo*), vi sono invece ampie differenze sugli strumenti che essi utilizzano per mettere alla prova una teoria. Un astronomo, ad esempio, userà preferibilmente il telescopio, oltre che modelli matematici dell'evoluzione dell'universo; un fisiologo, al contrario, utilizzerà soprattutto il microscopio e preparati chimici, un musicoterapista userà, evidentemente, la musica. Gli *specifici* modi di procedere e i relativi strumenti di indagine vengono definiti "metodiche"; esse, essendo "tecniche di prova della teoria" (Antiseri, 1981, p. 57), non si confondono né con il problema preso in esame né con la teoria proposta: non rimpiazzano il metodo, ma ne sono parte integrante.

Molti ricercatori spesso affermano: *"Per affrontare questo problema ho usato questo tipo di metodologia…"*. L'affermazione è scorretta, perché la *metodologia* è lo studio dei metodi e della loro applicazione. Si usa un metodo che è caratterizzato da un procedimento particolare non una metodologia! In questo senso il metodo è il contenitore logico delle metodiche, ovvero le metodiche sono il "braccio armato" del metodo.

L'applicazione corretta di un metodo non sempre porta al successo scientifico. La storia della scienza insegna che molte importanti scoperte sono state opera più del caso che non del metodo utilizzato. Il segreto del successo scientifico sta nell'avere un lampo di creatività, nell'avere una buona dose di fortuna, ma soprattutto nel conoscere profondamente il problema che si intende studiare: molte mele sono cadute sulla testa dei contadini, ma soltanto su quella di Newton una mela ha dato origine a una teoria rivoluzionaria!

Da questo punto di vista la ricerca scientifica ha molto in comune con l'arte, soprattutto con la musica: non esiste un metodo per comporre della bella musica, come non esiste un metodo per arrivare al successo scientifico. In entrambi i casi si tratta di avere una profonda padronanza dei mezzi (artistici e scientifici), ma poi è questione di intuizione, di creatività, di genialità. Non è questione di metodo. Medawar non aveva dubbi in proposito: *"Non esiste il metodo scientifico. Lo scienziato applica tutta una serie di strategie di ricerca: egli affronta sì i problemi in un certo modo - un modo, cioè, che lo porterà al successo con maggiori probabilità di un dilettante che procede alla cieca - ma non segue un procedimento logico e stabilito una volta per tutte. L'attività scientifica ordinaria consiste perlopiù nel fare osservazioni ed esperimenti intesi a verificare se il mondo immaginario delle ipotesi corrisponda o meno al mondo reale. Ecco da cosa muove ogni progresso nella conoscenza della natura: da un atto dell'immaginazione, da un'avventura del pensiero"* (Medawar, 1984, trad. it., p. 55).

Se fosse questione di metodo gli scienziati dovrebbero fare delle importanti scoperte ogni volta che lo applicano correttamente e i musicisti dovrebbero comporre esclusivamente della bella musica. Sia la storia della scienza che quella della musica confutano ampiamente questa convinzione.

Quale metodo con i malati di Alzheimer?

Ogni ricercatore ha ben presente i vari modelli di ricerca. Per lo scopo di questo lavoro si possono ricordare i quattro fondamentali (cfr. Porzionato, 1993).

Il primo è la rassegna. La rassegna, chiamata dagli studenti, con scoramento, tesi bibliografica, possiede un ruolo fondamentale nella ricerca scientifica. Essa consiste nel focalizzare un problema specifico e fare un'analisi della letteratura prodotta su quel tema. Non esiste un criterio univoco per stendere una rassegna: a volte può essere utile il criterio cronologico, a volte quello tematico. Compilare una buona rassegna è fondamentale per poter fare l'inventario dello "stato dell'arte" in un particolare settore di ricerca. Ogni lavoro di ricerca presuppone, al suo inizio, questo inventario, altrimenti si rischia di fare scoperte... già fatte.

Il secondo modello è la ricerca sul campo. Mentre una rassegna si compila frequentando le biblioteche e stando comodamente seduti a tavolino, la ricerca sul campo presuppone che il ricercatore agisca in un ambiente più o meno strutturato e osservi gli eventi. Possiamo distinguere tra una osservazione *naturalistica* e una osservazione *controllata*. L'osservazione naturalistica, a sua volta, può essere condotta seguendo due approcci: quello *etologico* e quello *etnografico*. Secondo l'approccio etologico, che ha avuto come pionieri Konrad Lorenz, Nikolaas Tinbergen e Karl von Frisch, è essenziale non soltanto osservare il comportamento nell'ambiente naturale in cui si manifesta spontaneamente, ma anche descriverlo nel modo più obiettivo e dettagliato possibile. L'approccio etnografico tenta di attenuare o di eliminare l'influenza dell'osservatore sui soggetti osservati rendendo l'osservatore *partecipante*; ciò significa che l'osservatore deve conquistarsi l'accesso al gruppo o alla comunità che intende studiare esibendo il massimo di disponibilità sociale e il minimo di autorità, in modo da non essere percepito come un elemento di disturbo. In molti casi si dimostra utile l'uso di entrambi gli approcci. L'osservazione in condizioni controllate si differenzia da quella naturalistica perché il ricercatore cerca di avere un certo controllo della variabile dipendente. Questo approccio si differenzia dalla sperimentazione vera e propria perché il ricercatore non manipola la variabile indipendente.

Il terzo modello è il case study che si configura come un tipo di ricerca a cavallo tra la ricerca storica e quella descrittiva. Lo studio approfondito di un caso è rivolto in genere a soggetti "eccezionali", nel senso che possiedono particolari abilità oppure manifestano un particolare tipo di patologia (è il caso dei pazienti Alzheimer). L'eccezionalità, e la specificità, diventano così una finestra che permette di penetrare nei meandri più reconditi del funzionamento del cervello, il quale è la matrice biologica di ogni atto mentale e comportamentale.

Il quarto tipo di approccio è quello sperimentale. A differenza degli approcci che abbiamo brevemente menzionato, lo scopo della ricerca sperimentale è quello di stabilire delle relazioni di causalità tra eventi. In una ricerca sperimentale il ricercatore tende ad avere il controllo delle variabili coinvolte nel fenomeno che deve studiare. Da una parte manipola certe variabili (le variabili *indipendenti*) dall'altra cerca di controllare sistematicamente tutti i fattori che possono influenzare, falsare o anche mascherare il fenomeno oggetto di studio (*validità interna*). In questo modo si può essere certi che è stata una particolare variabile (la variabile *indipendente*) a causare un particolare effetto su un'altra variabile (la variabile *dipendente*). Si potrà inoltre ritenere che se viene replicato l'esperimento, si dovrebbero ottenere gli stessi risultati (*validità esterna*).

Con i pazienti affetti da malattia di Alzheimer il primo tipo di approccio ha un senso puramente informativo e il secondo non ha alcuna utilità pratica. Il terzo e quarto tipo di approccio hanno invece un importante valore conoscitivo ai fini della stesura di un protocollo terapeutico.

Il rapporto tra studio di un caso e ricerca sperimentale trova il proprio fondamento storico nel dibattito sorto alla fine dell'Ottocento sui criteri per distinguere le scienze della natura dalle scienze umane. Windelband (1894) propose proprio una distinzione di metodo e suddivise le discipline in scienze *nomotetiche* e scienze *idiografiche*. Le scienze nomotetiche (dal greco *nomotheticos* = che dà o promulga le leggi) ricercano leggi generali all'interno dei fenomeni, mentre le scienze idiografiche (dal greco *idios* e *graphicós* = rappresentazione grafica di sé stesso, dunque "specifico di", "individualizzato") tendono a cogliere i processi nella loro individualità.

Il dibattito sul rapporto tra metodo nomotetico e metodo idiografico ha caratterizzato lo sviluppo della ricerca scientifica per tutto il corso del Novecento, soprattutto in ambito psicologico (Porzionato, 2001; vedi anche Lombardo e Foschi, 2000).

Il problema di fondo è: se classifico con la diagnosi F41.1 del DSM-IV (Disturbo d'Ansia Generalizzato) un gruppo di pazienti utilizzo un criterio nomotetico, affermo cioè che tutti i pazienti hanno lo stesso tipo di disturbo (faccio la stessa cosa quando diagnostico a dei pazienti un'infiammazione acuta di un organo o una malattia influenzale); ora, mentre nel caso di una malattia infettiva l'aspetto idiografico è, forse giustamente, poco considerato, nel caso di una malattia che riguarda la mente e il comportamento (cioè una malattia mentale) non posso non considerare anche l'aspetto idiografico. Dieci pazienti con disturbo di ansia generalizzato possiedono dieci diverse storie autobiografiche: anche se i sintomi sono comuni il percorso che portato alla patologia è parte integrante della patologia stessa. Lo stesso dicasi per i malati Alzheimer: i pazienti manifestano la stessa patologia anatomo-fisiologica, ma ognuno è una storia, e quando si ha a che fare con le funzioni cognitive la storia è importante per comprendere le disfunzioni e per pianificare un processo terapeutico.

Nel caso dei malati Alzheimer la ricerca sperimentale può darci molti dati sull'importanza di molte variabili, sia biologiche che psicologiche, a fini diagnostici e terapeutici; essa deve però essere integrata quanto più possibile dal metodo idiografico, il che significa approfondire il mondo mentale residuo del paziente e la sua costellazione familiare, in modo da possedere dati specifici sul suo universo psicologico.

Recentemente, una mia allieva (Binelli, 2001) ha svolto a Ferrara una ricerca con 18 pazienti Alzheimer (15 donne e 3 uomini). Dopo un'ampia indagine preliminare, ha scelto 5 canzoni degli anni 1930-1950 che sono risultate essere le più "gettonate" dal gruppo. Ogni canzone riguardava un tema particolare della vita: amore, famiglia, lavoro, svaghi, guerra. Oltre alle canzoni, ai soggetti sono state fatte ascoltare cinque brevi storie che raccontavano aspetti significativi della vita quotidiana a Ferrara negli anni 1930-1950. Lo scopo dell'esperimento era di mettere a confronto materiale musicale ("Musica e ricordi") e materiale verbale ("Racconti e ricordi") per sondarne il potere evocativo. Si è utilizzata la tecnica dell'*analisi del contenuto*, attraverso l'uso del programma ATLAS.ti, delle sedute audioregistrate. I risultati hanno dimostrato che la musica possiede un alto potere evocativo anche in persone in uno stadio avanzato di decadimento cognitivo. Le canzoni, unione di parole e musica, hanno rievocato un numero di ricordi significativamente maggiore rispetto alla sola modalità verbale. La memoria, notevolmente compromessa nei pazienti Alzheimer, è stata stimolata dalle canzoni significative del loro passato. La musica associata alle parole (ricordate molto bene dalla maggioranza dei soggetti) sembrava avesse il potere di risvegliare questi pazienti dallo stato di distacco con la realtà, anche se solo per il tempo dell'esperimento.

Questi dati mostrano un aspetto importante dell'uso del metodo sperimentale in musicoterapia. In effetti, gran parte dei lavori che vengono svolti in questo settore si affidano più al metodo ermeneutico che al metodo sperimentale. Ciò impedisce di avere una visione chiara dei rapporti di causa-effetto tra variabili.

Da tempo vado affermando che o la musicoterapia si dà una dignità sperimentale oppure è destinata a rimanere un sapere aneddotico. Per riprendere le parole di Galileo, i "discorsi" devono essere seguiti dalle "sensate esperienze", altrimenti sono destinati a rimanere tali.

In conclusione, il metodo sperimentale e il metodo idiografico possono benissimo convivere nella comprensione, la più ampia possibile, della funzione di particolari variabili nella gestione di quelli che sono i problemi più rilevanti, dal punto di vista cognitivo e comportamentale, del paziente con malattia di Alzheimer: l'aggressività, la depressione e il decadimento delle funzioni cognitive.

Quali obiettivi?

Allo stato attuale delle conoscenze, vi sono buone ragioni per utilizzare la musica a scopo terapeutico con soggetti affetti da malattia di Alzheimer. La ricerca neurobiologica ha ampiamente dimostrato come la morfologia sinaptica venga continuamente rimodellata dalle stimolazioni ambientali, e come questa capacità sia presente anche nel cervello senile e demente (Bertoni-Freddari, 2001).

Le strutture neuronali che sono più bersagliate dalle placche senili che caratterizzano la malattia di Alzheimer riguardano il sistema limbico, in particolare l'ippocampo, che svolge un ruolo fondamentale nel processo del ricordo. Il sistema limbico è anche coinvolto nelle emozioni più primitive, come la paura e l'aggressività. Il cervelletto, che è la parte filogeneticamente più antica del cervello, sembra essere invece indenne dallo sviluppo di placche senili. Questo dimostra che sono le strutture deputate all'elaborazione cognitiva quelle che subiscono i danni peggiori.

Nella terapia della malattia di Alzheimer è utile quindi utilizzare tutte quelle modalità che facilitano il mantenimento dell'identità personale e il ricordo di ciò che era noto. La costante attività mentale, che viene direttamente implicata quando si coltivano molteplici interessi, rallenta il deterioramento cerebrale e mantiene vigile l'attenzione e la coscienza. Le persone anziane hanno bisogno di ricatturare il proprio passato, ciò ha fatto sì che nel corso degli ultimi anni vi sia stata una fiorente offerta di "terapie della reminiscenza", come era già successo nell'ultima decade dell'Ottocento che ha visto affermarsi prima la terapia catartica, associata alla terapia ipnotica, e poi la psicoanalisi freudiana. Più si va lontano nel loro passato e più gli anziani ricordano sempre meno le esperienze della loro vita, con una sola eccezione: il periodo che riguarda la tarda adolescenza e i primi anni dell'età adulta. È in questo periodo, in effetti, che le persone studiano o esordiscono nel mondo del lavoro, frequentano discoteche, campi di calcio, chiese, si sposano o decidono di rimanere single. Se si considera come la musica accompagni costantemente questo periodo della vita si possono facilmente intuire tutte le potenzialità degli eventi musicali di intensificare, nel corso della vecchiaia, il potere della memoria.

In base a questi dati di ricerca, non sorprendono i risultati ottenuti dalla mia allieva. Essi fanno ipotizzare che l'ascolto musicale sia più utile di altre attività (ricordare attraverso il racconto di storie di vita, ricordare attraverso l'analisi di fotografie e di documenti) compresa quella nota come "pittura della memoria", trasferire cioè su tela le proprie rievocazioni del passato (cfr. Schacter, 1996, trad. it., p. 322 e segg.). Queste ipotesi hanno però bisogno di una dimostrazione empirica, per cui bisogna continuare a fare ricerca prima di enunciare verità.

Pensando al futuro

Ho in mente due tipi di considerazioni, uno ottimistico e uno meno.

Il primo consegue alle cose che ho appena detto a proposito degli obiettivi. Se un giorno dovessi diventare anch'io un paziente Alzheimer, rispetto ai pazienti attuali la tecnologia mi offre fin da ora la possibilità di avere a disposizione un ricchissimo archivio di musiche per stimolare le mie trasandate funzioni cognitive. Negli anni 1930-1950 non esisteva ancora il microsolco, né esistevano registratori digitali o compact disc, il serbatoio delle memorie era dunque carente e approssimativo. In futuro la tecnologia permetterà di ricordare le cose del nostro passato con meno difficoltà rispetto a ciò che possiamo ottenere oggigiorno.

Il secondo tipo di considerazioni riguarda la musica come evento terapeutico. Sembra quasi pleonastico affermare che la musica è terapeutica, si dovrebbe però tenere presente che esiste tutta una patologia connessa con l'ascolto musicale che è nota almeno dagli anni Venti del Novecento (l'epilessia musicogenica) e che di musica si può anche morire, come dimostra la triste vicenda del maestro Sinopoli (che non è la sola nella storia della musica "colta", e tantomeno in quella "leggera", del mondo occidentale).

Si tenga inoltre presente che la "psicologizzazione" dell'esperienza musicale è un fenomeno dell'Europa ottocentesca. Nel corso del periodo romantico gli psichiatri erano ben coscienti dello stretto rapporto che esisteva tra musica e pazzia. La musica romantica stessa da una parte era considerata una tossina, dall'altra un tonico. Liszt, oltre che mandare fuori di testa l'uditorio con le sue *performances* (funzione tossica) si è anche improvvisato musicoterapista (funzione tonica) se, come sembra, verso il 1830 girava per la Sâlpetrière, il famoso ospedale di Parigi che sarà qualche decennio dopo diretto da Charcot, per curare, attraverso quella che oggi definiremmo "improvvisazione musicoterapeutica", una donna demente di sessant'anni che era ricoverata fin dall'adolescenza (cfr. Kramer, 2000, pp. 342-343).

Io credo che la musica possieda soprattutto un effetto tonico, ma bisogna dimostrarlo sperimentalmente per evitare che ci vengano ulteriori dubbi in proposito!

Bibliografia

ANTISERI D. - ***Teoria unificata del metodo*** - Padova: Liviana, 1981.

BERTONI-FREDDARI C. - ***Plasticità sinaptica del cervello senile e demente*** - Le Scienze quaderni, n. 119, pp. 86-95, 2001.

BINELLI L. - ***Malattia di Alzheimer e musica: le canzoni dei ricordi*** - Tesi di laurea non pubblicata, Università degli studi di Padova, Facoltà di Psicologia, 2001.

HORGAN J. - ***The Undiscovered Mind. How the Brain Defies Explanation*** - London: Weidenfeld & Nicolson, 1999 (trad. it. ***La mente inviolata. La sfida alla psicologia e alle neuroscienze***, Milano: Raffaello Cortina, 2001).

KRAMER C. - ***Music as Cause and Cure of Illness in Nineteenth-Century Europe*** - In P. Horden (Editor) "Music and Medicine. The History of Music Therapy since Antiquity", Aldershot: Ashgate, pp. 338-352, 2000.

LOMBARDO G.P. e FOSCHI R. - ***I fondamenti storici della psicologia della personalità*** - Torino: Bollati Boringhieri, 2000.

MEDAWAR P.B. - ***The Limits of Science*** - New York: Harper & Row, 1984 (trad. it. ***I limiti della scienza***, Torino: Boringhieri, 1985).

PORZIONATO G. - ***Lineamenti di metodologia della ricerca scientifica in ambito musicale*** - In Imberty M., Baroni M. e Porzionato G., "Memoria musicale e valori sociali", Milano: Ricordi, pp. 72-94, 1993.

PORZIONATO G. - ***Malattia di Alzheimer e terapia musicale*** - Musica et terapia, 00, n. 1, pp. 2-9, 2000.

PORZIONATO G. - ***Prolegomeni allo studio della personalità*** - Padova: Edizioni Libreria Progetto, 2001.

SCHACTER D.L. - ***Searching for Memory*** - The Brain, the Mind, and the Past. By D.L. Schacter, 1996 (trad. it. ***Alla ricerca della memoria***, Torino: Einaudi, 2001).

WINDELBAND W. - ***Storia e scienza naturale*** - 1894 (trad. it. in P. Rossi, a cura di, ***Lo storicismo tedesco***, Torino: UTET, 1977).

Aspetti cognitivi e relazionali nel trattamento di pazienti con la malattia di Alzheimer

Alfredo Raglio - Fiorenzo Puerari - Maria Elisabetta Galizzi
Maria Chiara Ubezio - Daniele Villani

Introduzione

Le demenze e la malattia di Alzheimer in particolare vedono spesso il loro decorso complicato da disturbi psichici; l'espressione delle capacità cognitive residue può essere influenzata negativamente dalla presenza di tali disturbi. Sia che vengano considerati primari, cioè manifestazione diretta dell'evoluzione della malattia neurologica, o secondari, cioè conseguenza delle sue ripercussioni funzionali, i disturbi psichici in corso di demenza modificano e modellano l'espressione clinica della patologia neurologica sottostante. Ciò giustifica un approccio terapeutico, oltre che diagnostico, specifico e l'utilizzo di tecniche, anche non tradizionali, già ampiamente in uso in ambito strettamente psichiatrico. È in questa ottica, empirica e prevalentemente pragmatica per la malattia di Alzheimer, ma con il sostegno e le basi di una lunga esperienza di pratica e di ricerca musicoterapica nell'autismo e nella schizofrenia, che è stato avviato il trattamento musicoterapico di pazienti con malattia di Alzheimer.

La seduta di musicoterapia costituisce un contesto non verbale in cui il mediatore della relazione è l'elemento sonoro-musicale utilizzato nell'ambito dell'improvvisazione. Attraverso consegne non direttive, verbali e/o non verbali, si cerca di costruire un dialogo sonoro, utilizzando il materiale che spontaneamente viene prodotto dai pazienti all'interno del setting musicoterapico, dapprima attraverso il rispecchiamento poi attraverso l'elaborazione. I modelli teorici di riferimento sono la teoria musicoterapica di R. O. Benenzon e quella psicologica di D. Stern. In tale ottica la Musicoterapia come tecnica di comunicazione pre-verbale e non-verbale può prescindere dal simbolico, dalle capacità di astrazione e dal culturalmente appreso.

Anche per la malattia di Alzheimer (come per altre patologie in cui, seppure per motivi diversi, sono compromesse le funzioni comunicative più recenti nell'evoluzione ontogenetica) è ipotizzabile la possibilità di riattivare ed ampliare capacità espressive e relazionali arcaiche ma persistenti per tutta la vita dell'individuo come forme di esperienza interpersonale alternative a quella verbale. In particolare ci si riferisce al fatto che gli studi neuropsicologici sugli affetti (sentimenti ed emozioni) hanno messo in evidenza che l'emozione rappresenta il punto di integrazione più significativo tra fisiologia e psicologia. Essa risulta essere una risposta complessa che coinvolge componenti neurofisiologiche (cambiamenti di "arousal"), motorie (cambiamenti tonico-posturali e motori-espressivi) e psichiche (vissuti soggettivi consci), cosicchè l'intero organismo partecipa biologicamente e mentalmente al fatto emotivo.

All'origine delle emozioni, nello sviluppo dell'individuo, esiste però un universo affettivo primario non ancora strutturato in emozioni distinte. In esso operano modalità peculiari di elaborazione delle sensazioni e delle percezioni quali la percezione amodale, la sinestesia e gli affetti vitali.

Nell'individuo adulto rimane traccia di ciò, oltre che nell'esperienza emotiva, ad esempio nell'esperienza artistica: basti pensare che la sinestesia in linguistica è divenuta una figura retorica.

Ed è su questo terreno che gli elementi sonoro-musicali possono, a nostro avviso, tendere un ponte comunicativo per i malati di Alzheimer.

Scopo della ricerca

Lo studio preliminare ha lo scopo di indagare sulla reale possibilità e utilità di applicazione della musicoterapia per i malati di Alzheimer, verificando la funzionalità di questo tipo di tecnica attraverso la stesura e l'analisi di specifici protocolli di osservazione. Gli obiettivi di questa fase preliminare sono riconducibili a valutazioni di carattere cognitivo (capacità di discriminazione e apprendimento) e relazionale, per verificare la possibilità di intervenire con finalità di approfondimento, ricerca ed, eventualmente, terapeutiche.

Materiali e metodi

Lo studio si è avvalso di sedute di musicoterapia individuali e di gruppo.

Sono stati coinvolti 4 pazienti affetti da Demenza tipo Alzheimer "probabile" (criteri DSM IV, ICD 10 e NINCDS - ADRDA): 1 paziente è stato trattato con sedute individuali, 3 con sedute di gruppo.

La paziente trattata individualmente presenta il seguente quadro clinico:

- signora T., sesso femminile, età 82 anni, ospite dell'Istituto dall'ottobre 1998, con diagnosi di malattia di Alzheimer probabile (secondo i criteri NINCDS-ADRDA). Durata di malattia di circa 5 anni.

La paziente presenta disorientamento temporo-spaziale, gravi disturbi di memoria e di attenzione, disturbi del linguaggio (MMSE= 10/30).

La paziente è parzialmente dipendente per le attività di base della vita quotidiana. Sono presenti disturbi comportamentali quali deliri, agitazione, ansia, irritabilità ed attività motoria aberrante. *Clinical Dementia Rating (CDR) 3.*

Il quadro clinico dei 3 pazienti trattati con sedute di gruppo è il seguente:

- signora R., sesso femminile, età 72 anni, ospite dell'Istituto dal luglio 1998, con diagnosi di malattia di Alzheimer probabile (secondo i criteri NINCDS-ADRDA). Durata di malattia di circa 8 anni.

La paziente presenta disorientamento temporo-spaziale, gravi disturbi di memoria e di attenzione, disturbi del linguaggio (MMSE= 3/30).

La paziente è dipendente per tutte le attività di base della vita quotidiana.

Sono presenti disturbi comportamentali quali agitazione, ansia, irritabilità ed attività motoria aberrante. *Clinical Dementia Rating (CDR) 3.*

- signora A., sesso femminile, età 76 anni, ospite dell'Istituto dal novembre 1992, con diagnosi di Malattia di Alzheimer probabile (secondo i criteri NINCDS-ADRDA). Durata di malattia di circa 10 anni.

La paziente presenta disorientamento temporo-spaziale, gravi disturbi di memoria e di attenzione, disturbi del linguaggio (molte anomie e parafasie verbali, grave disturbo della comprensione verbale) (MMSE non eseguibile).

La paziente è dipendente per tutte le attività di base della vita quotidiana.

Sono presenti disturbi comportamentali quali agitazione, irritabilità ed attività motoria aberrante. *Clinical Dementia Rating (CDR) 3.*

- signora E., sesso femminile, età 80 anni, ospite dell'Istituto dall'ottobre 1996, con diagnosi di malattia di Alzheimer probabile (secondo i criteri NINCDS-ADRDA). Durata di malattia di circa 10 anni.

La paziente presenta disorientamento temporo-spaziale, gravi disturbi di memoria e di attenzione, disturbi del linguaggio (MMSE= 8/30).

La paziente è parzialmente dipendente per le attività di base della vita quotidiana. Sono presenti disturbi comportamentali quali deliri, tono dell'umore depresso, ansia, disinibizione, irritabilità ed attività motoria aberrante. *Clinical Dementia Rating (CDR) 3.*

Sono state realizzate 10 sedute a cadenza bisettimanale, della durata di 30 minuti ciascuna. Era presente, oltre al musicoterapista, un'educatrice con funzione di coterapista e per rassicurare il paziente, sia rispetto all'ambiente nuovo che alla specificità del setting.

Le sedute sono state seguite da un secondo musicoterapista, con ruolo di osservatore esterno al setting (dietro uno specchio unidirezionale) e riprese da una telecamera fissa.

Tutte le sedute sono state analizzate dall'équipe di musicoterapia mediante la visione dei filmati, seguita dalla stesura dei protocolli di osservazione derivati dai modelli teorici di riferimento.

Ogni seduta individuale è stata suddivisa in tre momenti della durata di 10 minuti ciascuno:

1) proposta di una melodia semplice (vedi fig. 1), da parte del musicoterapista, appositamente creata sulla scorta dell'esperienza sonoro-musicale universale (Iso Universale di Benenzon), con l'ausilio di uno strumento melodico (pianoforte). Tale melodia è simile ad una ninnananna, presenta i caratteristici intervalli di terza minore discendente, accompagnati da accordi con struttura armonica di carattere modale (per smorzare la direttività delle concatenazioni cadenzali del sistema tradizionale). In questo caso il musicoterapista ha utilizzato la voce per la parte melodica, rinforzata armonicamente dal pianoforte. Tale melodia, di breve durata, è rimasta invariata nel corso delle sedute... Il musicoterapista ha utilizzato una consegna verbale con cui invitava il paziente a interagire. Ne conseguiva una interazione del tipo: proposta - attesa - proposta - attesa. Questo momento ha voluto analizzare le capacità di decodificare ed elaborare il materiale melodico.

2) proposta ritmica (da parte del musicoterapista) di tipo binario, con l'ausilio delle mani o di uno strumento ritmico e con possibilità di sviluppo e articolazione gradualmente più complessi (vedi fig. 2).
   Anche in questo caso la consegna è stata di tipo verbale e l'interazione articolata come sopra: proposta - attesa - proposta - attesa...
3) proposta di ascolto (5 minuti) di una sequenza sonora preregistrata tripartita e conseguente verbalizzazione (5 minuti). In tal caso si è effettuata una valutazione delle capacità discriminatorie di parametri musicali (timbro, altezza, intensità, durata, ecc.) e delle implicazioni di carattere emotivo.

Nelle sedute di gruppo gli obiettivi vertevano su valutazioni principalmente di carattere relazionale, senza l'esclusione di eventuali rilevazioni di carattere cognitivo (come nelle sedute individuali).

La tecnica della musicoterapia di gruppo si è avvalsa del modello benenzoniano.

La durata stabilita per l'improvvisazione sonoro-musicale è stata di 20 minuti.

Dopo 2 sedute è stato modificato il setting strumentale iniziale per renderlo più funzionale alle caratteristiche psicomotorie dei pazienti: è risultata fondamentale una certa essenzialità, ottenuta limitando il numero di strumenti e ponendo questi in posizioni accessibili. Particolarmente efficaci si sono rivelati quegli strumenti di grande taglia che non implicavano una eccessiva mobilità corporea e non richiedevano di essere impugnati per l'uso.

L'ultima parte della seduta (10 minuti) ha riguardato la verbalizzazione di gruppo e ha avuto come scopo quello di valutare la congruenza dei contenuti verbali e la loro analogia con il materiale sonoro-musicale emerso nella fase di improvvisazione.

Risultati

Per quanto riguarda le sedute individuali il paziente, durante la prima fase, ha colto l'andamento melodico discendente, sulla base del quale ha adattato un brano a lui noto mantenendo invariato tale andamento melodico e modificando solo in parte la struttura ritmica.

La stessa melodia è stata più volte intonata con la voce dal paziente, mantenendo anche lo stesso ambito tonale (vedi fig. 3).

Il paziente ha colto inoltre la struttura formale delle proposte individuando e prevedendo la cadenza finale; durante la seconda fase delle sedute ha saputo riprodurre i ritmi proposti trasformandoli e rendendoli talvolta più complessi (vedi fig. 4).

Il livello di coinvolgimento emotivo-corporeo è aumentato durante i momenti nei quali vi è stata una interazione con strumenti a percussione del setting; nella terza fase delle sedute l'ascolto della prima sequenza (brano a contenuto regressivo - suono dell'acqua e melodie intonate da bambini) ha indotto un ricorrente stato d'ansia nel paziente sottolineato dalla sovrapposizione verbale durante l'ascolto e dal senso di sollievo espresso dopo la conclusione della sequenza; il paziente ha inoltre riconosciuto le timbriche principali caratterizzanti il brano (voci dei bambini e suono dell'acqua).

Durante la seconda sequenza (connotata da una forte componente ritmica) il paziente diveniva più sereno e accompagnava l'ascolto con movimenti raffinati del corpo

(che variavano rispetto alla connotazione timbrico/formale) oppure interagendo con alcuni strumenti a percussione.

L'ultima sequenza (caratterizzata da una spiccata prevalenza melodica) ha indotto il paziente a un ascolto "emotivo", sottolineato dall'espressione del viso e dalle verbalizzazioni effettuate al termine di ogni ascolto.

Il ruolo dell'educatrice all'interno del setting è stato quello di osservatore/partecipe.

Il setting musicoterapico si è mostrato da subito adeguato: i pazienti hanno considerato la stanza di musicoterapia un ambiente tranquillo e non ansiogeno.

Nelle sedute di gruppo i pazienti sono stati indotti a utilizzare gli strumenti con i quali però hanno potuto esprimersi in assenza di qualsiasi regola o norma direttiva.

All'interno del gruppo si sono individuati alcuni "oggetti integratori", elementi, cioè, intorno ai quali si è sviluppata la relazione gruppale (pianoforte, timpano, xilofono e metallofono). Anche la voce, utilizzata in modo spontaneo e non indotto, nell'ambito dell'improvvisazione sonoro-musicale, è parsa un importante "oggetto intermediario". Si è in questo modo valorizzata la produzione spontanea su cui si sono costruite le varie situazioni relazionali.

Si sono determinati eventi che hanno riguardato la relazione paziente/musicoterapista ma anche quella tra pazienti, grazie a sintonizzazioni determinatesi sulla base di condivisioni emotivo-affettive scaturite da momenti ritmico-melodici (vedi fig. 5).

L'impronta relazionale delle sedute non ha escluso la possibilità di porre l'attenzione sulle componenti cognitive e le conseguenti abilità riscontrate nei pazienti: capacità discriminatorie riferite al riconoscimento delle altezze dei suoni, delle intensità, dei timbri e alle capacità di intonazione per quanto riguarda le parti melodiche; capacità di percezione e riproduzione dell'andamento ritmico sia della pulsazione che di ritmi complessi; capacità di riconoscimento armonico e di prevedibilità dell'andamento tonale.

Discussione

Per la realizzazione delle sedute si sono rivelate particolarmente significative le consegne verbali semidirettive: queste hanno facilitato l'orientamento dei pazienti nel setting musicoterapico rispetto all'ansia del non sapere "cosa fare", nonostante la forte connotazione dello stesso.

Le consegne del musicoterapista hanno avuto una caratteristica maggiormente induttiva rispetto al trattamento di altre patologie e hanno implicato l'uso della verbalizzazione. Tale impiego ha avuto lo scopo di ridurre l'ansia che si può sviluppare in un setting non verbale, oltre a quello di introdurre e facilitare la comunicazione sonoro-musicale.

Nel corso del trattamento è risultato importante evitare riferimenti espliciti alle abilità mnesiche (per esempio rievocando melodie note) e richieste in qualche modo legate a "prestazioni".

In questo senso la tecnica benenzoniana dell'improvvisazione sonoro-musicale si è rivelata particolarmente efficace per le sue caratteristiche di non direttività e per l'obiettivo fondamentale che risulta essere lo sviluppo di relazione, sganciato da qualsiasi logica di prestazione o apprendimento diretto.

La parte melodica, ha costituito un elemento di fondamentale importanza facilitante la relazione sia nel gruppo che nel trattamento individuale. Le verbalizzazioni dei pazienti inducono a pensare che vi sia stata consapevolezza rispetto all'esperienza.

Conclusioni

Il contesto musicoterapico ha fornito indicazioni positive circa la possibilità di incidere sulle capacità relazionali, creative e rielaborative nonchè cognitive dei pazienti.

Unitamente a quanto detto l'aumento della relazione, le capacità adattive dei pazienti e l'aumento spontaneo del loro livello prestazionale portano a concludere che questo intervento può determinare esiti terapeutici significativi sul piano affettivo-relazionale, comportamentale e forse su quello cognitivo. In alcune condizioni di particolari funzionamenti regressivi (terapeuticamente indotti dall'elemento sonoro-musicale) possiamo ipotizzare che gli aspetti affettivi, cognitivi e comportamentali non siano facilmente scindibili ma strettamente correlati.

Figura 1

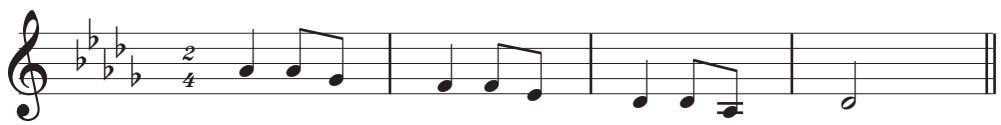



Figura 2 a / b / c

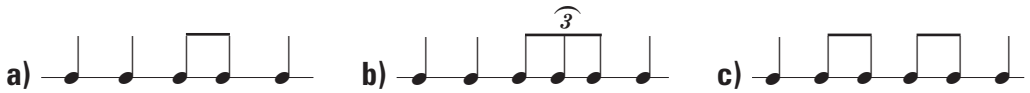



Figura 3 a

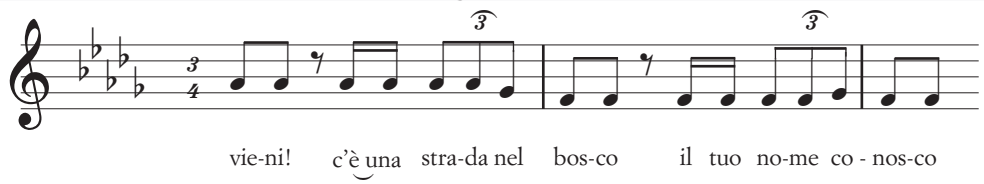


Figura 3 b

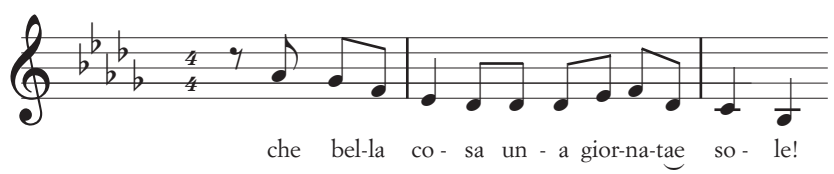



Figura 4

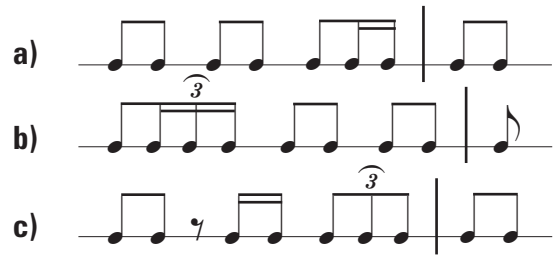
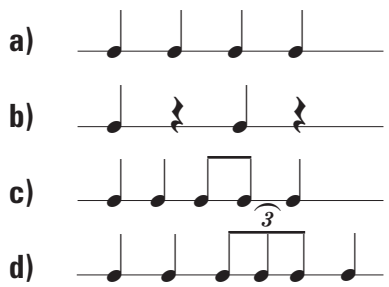


Figura 5



Bibliografia

Alridge D. - *Alzheimer's disease: rythm, timing and music as therapy* - Biomed Pharmacother, 48 (7): 275-281, 1994.

Basso A. - *La neuropsicologia della musica* - in "Manuale di Neuropsicologia", Zanichelli, Bologna, 1996.

Benenzon R.O. - *Manuale di musicoterapia* - Borla, Roma, 1994.

Benenzon R.O. - *La Nuova Musicoterapia* - Phoenix, Roma, 1997.

Ciompi L. - *The concept of affect-logic: an integrative psycho-socio-biological approach to understanding and treatment of schizophrenia* - Psychiatry 60:158-170, 1997.

Folstein M.F., Folstein S.E., McHugh P.R. - *Mini Mental State: a pratical method for grading the cognitive state of patients for the clinician* - J Psych Res, (12:189-98), 1975.

Hughes C.P., Berg L. e Danziger W.L. - *A new clinical scale for the staging of dementia* - Brit. Jour. Psychiat., (140:566-72), 1984.

McKhann G., Drachman D., Folstein M.F., Katzman R., Price D., Stadlan E. - *Clinical diagnosis of Alzheimer's Disease: report of the NINCDS-ADRDA Work Group under the auspices of Department of Health and Human Services Task Force on Alzheimer's Disease* - Neurology, (34:934-44), 1984.

Stern D.N. - *Il mondo interpersonale del bambino* - Bollati Boringhieri, Torino, 1987.

Processo terapeutico e identità sonoro-musicale in un trattamento musicoterapico individuale

F. Puerari - A. Raglio - M. E. Galizzi - M. C. Ubezio - D. Villani

Introduzione

L'esperienza di ricerca qui esposta si è proposta principalmente di approfondire le possibilità di utilizzo della musicoterapia con i malati di Alzheimer, attraverso l'analisi del trattamento di un caso clinico.

I modelli di riferimento sono stati, come già affermato precedentemente, la teoria musicoterapica di R.O. Benenzon e quella psicologica di D. Stern.

L'idea di effettuare uno studio centrato su un singolo caso nasce dalla necessità di pervenire a riflessioni approfondite che considerino il processo musicoterapico in tutti i suoi aspetti: teorici, metodologici e valutativi. In quest'ottica e in questa fase è parso importante tralasciare quegli aspetti di significatività numerica del campione che, seppur nella loro importanza, avrebbero potuto limitare le possibilità di analizzare a fondo gli elementi sopra menzionati.

Questo costituisce a nostro modo di vedere un modesto ma necessario punto di partenza per la ricerca in musicoterapia rivolta all'AD.

Scopi della ricerca

Lo studio si è posto degli obiettivi generali volti a produrre riflessioni e approfondimenti sull'opportunità di utilizzare un modello musicoterapico relazionale nel trattamento di pazienti con AD verificandone l'adattabilità, l'efficacia ma soprattutto analizzando il processo terapeutico e la sua evoluzione.

Altro obiettivo importante nella ricerca è stato mettere in evidenza l'eventuale permanenza, nel paziente con AD, di una identità sonoro-musicale e, quindi, di una possibile evoluzione della stessa nel corso dell'intervento musicoterapico.

Materiali e metodi

Lo studio ha preso in esame le prime 20 sedute del trattamento musicoterapico di un soggetto di sesso maschile, di anni 72, ospite dell'Istituto dal luglio 1999, con diagnosi "Malattia di Alzheimer probabile" (secondo i criteri NINCDS-ADRDA).

Durata di malattia di circa 5 anni.

Il paziente si presenta discretamente orientato secondo i parametri temporali e spaziali, presenta disturbi di memoria e di attenzione (MMSE 21/30).

Dal punto di vista funzionale, è indipendente per le attività di base della vita quotidiana. Il paziente presenta disturbi comportamentali quali deliri, aggressività verbale, ansia, irritabilità ed attività motoria aberrante. *Clinical Dementia Rating (CDR) 2.*

Le sedute si sono effettuate tra il mese di febbraio e il mese di marzo dell'anno 2000, hanno avuto una cadenza trisettimanale e una durata massima di 20 minuti ciascuna. In ogni seduta era presente un secondo musicoterapista con il ruolo di osservatore esterno al setting (dietro uno specchio unidirezionale); all'interno del setting è stata collocata una telecamera fissa. L'utilizzo di materiale audio e video, ha consentito la compilazione di una parte dei protocolli di osservazione.

Il setting strumentale, allestito in modo da non ostacolare gli eventuali spostamenti del paziente, era così composto:

- pianoforte
- xilofono diatonico
- metallofono cromatico
- chitarra
- timpano
- congas
- tamburello
- maracas
- legnetti
- flauto dolce
- armonica a bocca

Gli strumenti sono stati predisposti in modo da facilitarne l'utilizzo.

Per meglio definire il setting musicoterapico, si è deciso di affidare al personale di reparto il compito di accompagnare il paziente alla stanza di musicoterapia.

Prima dell'inizio della seduta il musicoterapista accoglieva il paziente con un saluto per poi recarsi insieme a lui verso il setting strumentale.

È stato previsto un tempo d'attesa di 3 minuti dall'inizio della seduta, prima di una eventuale stimolazione sonoro-musicale da parte del musicoterapista.

Tale stimolo, che non si è mai rivelato necessario, era composto da una breve pulsazione binaria effettuata con l'ausilio del timpano e seguita da un ritmo più articolato per poi sfociare in un breve frammento melodico semplice e neutro, vale a dire privo di elementi che intenzionalmente potessero indurre il paziente alla rievocazione di brani noti.

Infine si è stabilito di limitare eventuali verbalizzazioni del paziente attraverso risposte, da parte del musicoterapista, non verbali e/o sonoro-musicali.

Gli strumenti di valutazione sono stati i seguenti:

A) Una scheda musicoterapica anamnestica (vedi Tab. 1) che ha avuto lo scopo di raccogliere le informazioni relative alle esperienze sonoro-musicali remote del paziente, redatta attraverso un colloquio preliminare con un familiare.

Nella scheda si sono rilevati il luogo d'origine del paziente e dei genitori, la professione svolta, la conoscenza e/o pratica musicale, il rapporto con il suono e con il silenzio, gli "ambienti sonoro-musicali", in cui la persona è vissuta.

Tabella 1: **SCHEDA MUSICOTERAPICA ANAMNESTICA**

Cognome e nome

Età Professione svolta del paziente

Città d'origine del paziente:

della madre:

del padre:

Conoscenza (C) e/o pratica (P) musicale:

paziente	❑ SI	❑ NO
madre	❑ SI	❑ NO
padre	❑ SI	❑ NO
parenti	❑ SI	❑ NO
conviventi	❑ SI	❑ NO

Canta? ❑ SI ❑ NO

Quali canzoni?

Suona? ❑ SI ❑ NO

Quale strumento?

Ascolta musica? ❑ SI ❑ NO

Quale musica?

Quale musica rifiuta?

Strumenti che lo interessano

Suoni sgraditi/graditi

Gradisce il silenzio? ❑ SI ❑ NO

Rapporto paziente/musica (remoto)

Rapporto paziente/musica (recente)

Ambiente sonoro-musicale (remoto)

Ambiente sonoro-musicale (recente)

Altre osservazioni

B) Una scheda di osservazione (vedi Tab. 2) che ha raccolto le informazioni relative alla dimensione sonoro-musicale attuale del paziente nell'ambiente di reparto nei vari momenti della giornata; in essa sono descritte anche le produzioni sonoro-musicali effettuate dal paziente in reparto, oltre a informazioni, riferite a esperienze musicali del passato, fornite direttamente dallo stesso paziente.

Tabella 2: **SCHEDA DI OSSERVAZIONE E RACCOLTA DATI**

1) Descrizione nei vari momenti della giornata della dimensione sonoro-musicale in reparto (segnalare rumori, suoni e musica caratteristici)

2) Il paziente canta? Quali melodie e/o canzoni?

3) Il paziente produce suoni non definibili come canto? Quali?

4) Il paziente ascolta musica? Quale?

5) Il paziente effettua movimenti ritmici? Quali?

6) Nelle verbalizzazioni il paziente ha riferito di esperienze sonoro-musicali fatte in passato, o di particolari a esse riferibili (gusti musicali, pratica di uno strumento, suoni graditi o sgraditi, ecc.)?

7) Sono riscontrabili risposte al suono e alla musica? Quali?

8) Altre osservazioni

C) Protocolli di Osservazione relativi alle produzioni sonoro-musicali del paziente e del musicoterapista, alla relazione tra paziente e musicoterapista e tra paziente e strumenti, al tipo di consegne utilizzate dal musicoterapista e allo stato d'animo del musicoterapista e dell'osservatore prima, durante e dopo la seduta. Inoltre è stato introdotto un protocollo relativo all'ipotesi di identità sonoro-musicale del paziente (ISO benenzoniano).

Protocollo 1

Il primo protocollo è compilato dal musicoterapista prima dell'inizio della seduta, con l'intento di descrivere e codificare l'ipotesi di identità sonoro-musicale del paziente, sulla base degli elementi tratti dall'anamnesi preliminare (rispetto alla prima seduta) e delle produzioni emerse nel corso del trattamento (dalla seconda seduta in poi).

Protocollo 2

È rilevata la durata di ogni seduta e il primo atteggiamento del paziente di fronte agli strumenti (vedi Tab. 3).

Lungo l'asse del tempo (ascissa) si evidenziano le durate di ogni singola produzione del paziente e del musicoterapista.

Tabella 3: **PROTOCOLLO DI OSSERVAZIONE**

Paziente seduta n° data ora durata

Primo atteggiamento di fronte agli strumenti:
❑ indifferenza ❑ osservazione ❑ attenzione immediata ❑ utilizzo

PZ																				
MT																				
m	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Protocollo 3

Con questo protocollo (vedi Tab. 4) si analizzano le produzioni del paziente e del musicoterapista attraverso i parametri ritmici (binario, irregolare, ternario), di intensità (piano, mezzo forte, forte), dinamici (crescendo, diminuendo), agogici (accelerando, ritardando), oltre alla durata (espressa in minuti), al tipo di strumento utilizzato e al suo uso (convenzionale, non convenzionale).

Tabella 4: **PRODUZIONI DEL PAZIENTE E DEL MUSICOTERAPISTA**

produzioni	strumenti	uso	ritmo	intensità	agogica	dinamica	minuti
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

Totale _____

OSSERVAZIONI

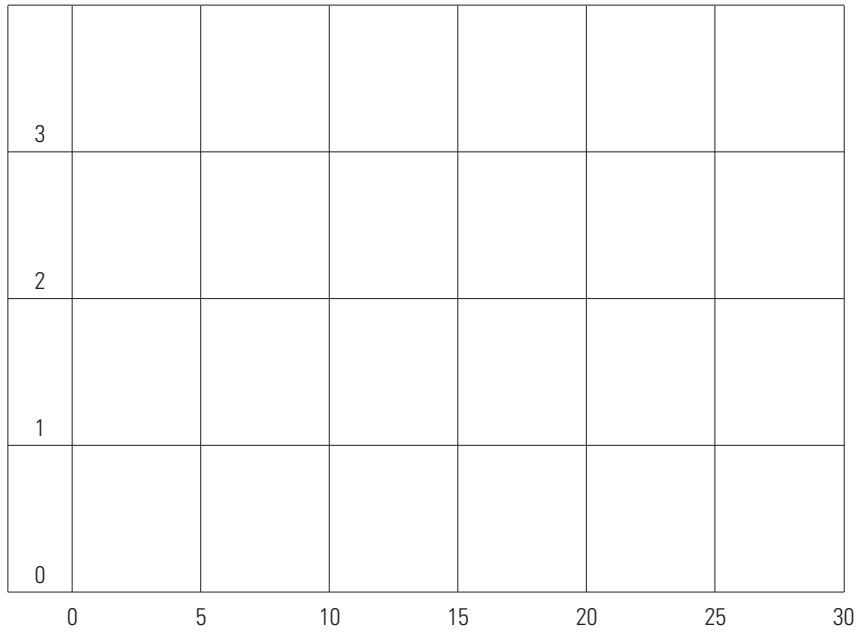
Protocollo 4

Il protocollo è concepito come una vera e propria partitura in cui si codificano le cellule ritmiche e melodiche più frequenti nelle produzioni del paziente e del musicoterapista nell'ambito di una stessa seduta.

Protocollo 5

Il protocollo si basa sulla rilevazione di eventi manifesti direttamente estrapolabili dalla visione delle immagini relative alle sedute (vedi Tab. 5). Questo protocollo di Osservazione è stato creato dall'équipe di musicoterapia dell'Istituto Ospedaliero di Sospiro, con lo scopo di rilevare quantitativamente e qualitativamente la "relazione intersoggettiva" nell'ambito di una seduta di musicoterapia. Il protocollo deriva dalla teoria psicologica del Sé di D.Stern il quale individua nella compartecipazione dell'attenzione, nella compartecipazione delle intenzioni e nella compartecipazione dell'affettività gli elementi caratterizzanti la sopracitata "relazione intersoggettiva".

Tabella 5: **PROTOCOLLO CHE RILEVA LA RELAZIONE CON IL TERAPISTA E QUELLA MEDIANTE GLI STRUMENTI**



LEGENDA

ascissa = tempo espresso in minuti
ordinata = intensità della relazione

T = relazione diretta con terapista
T1 (BASSA) = contatto visivo con terapista
T2 (MEDIA) = avvicinamento fisico (vicinanza, apertura posturale)
T3 (ALTA) = interazione con terapista con fine comunicativo

S = relazione mediante strumenti
S1 (BASSA) = contatto visivo con strumenti
S2 (MEDIA) = ascolto e/o esplorazione di strumenti
S3 (ALTA) = utilizzo di strumenti con fine comunicativo

A = allontanamento fisico dal musicoterapista e/o dal setting strumentale

Protocollo 6

Il protocollo analizza il tipo di consegne utilizzate dal musicoterapista durante le sedute. Tali consegne si distinguono in "verbali" o "non verbali", "direttive", "semidirettive" o "non direttive".

Protocollo 7

Attraverso questo protocollo è possibile rilevare gli stati d'animo del musicoterapista e dell'osservatore prima, durante e dopo la seduta. Tali rilevazioni, più marcatamente soggettive, sono comunque correlate a quanto è accaduto nella seduta, sia da un punto di vista sonoro-musicale che da un punto di vista relazionale.

Si sono considerati stati d'animo che hanno comunemente una connotazione positiva e altri che hanno una connotazione negativa, dal più intenso al meno intenso:

a) indifferenza, frustrazione, gratificazione (prima e dopo la seduta);
b) tenerezza, empatia, entusiasmo, piacere/divertimento (stati d'animo positivi durante la seduta);
c) repulsione, squalifica, paura/rifiuto, ansia/incertezza (stati d'animo negativi durante la seduta).

Questi stati d'animo sono stati scelti sulla base dell'esperienza clinica acquisita, riportando quelli che si sono ritenuti maggiormente ricorrenti.

Protocollo 8

L'ultimo protocollo musicoterapico, redatto al termine della seduta dallo stesso musicoterapista, conferma o smentisce quanto rilevato nel primo relativamente all'ipotesi di identità sonoro-musicale effettuata a priori per il paziente.

D) La somministrazione di un Assessment Multidimensionale comprendente:

1. **Valutazione cognitiva-comportamentale;**
2. **Valutazione funzionale;**
3. **Staging.**

RISULTATI

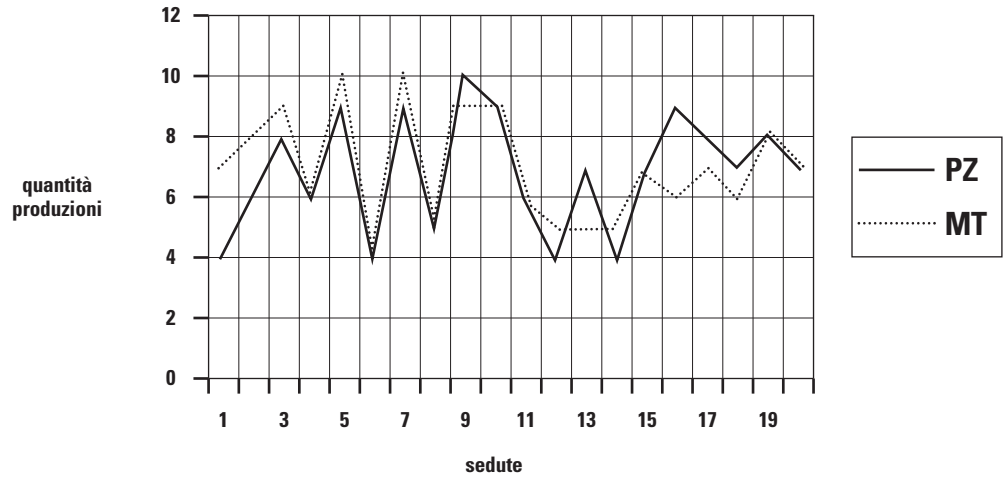
Produzioni

La quantità delle produzioni del paziente (137) risulta di poco inferiore alla quantità delle produzioni del musicoterapista (140), mentre la durata delle produzioni del paziente (161 minuti) supera di poco la durata delle produzioni del musicoterapista (140 minuti).

In sintesi all'inizio del trattamento la quantità di produzioni del paziente risulta inferiore a quella del musicoterapista, mentre alla fine le produzioni del paziente superano quelle del musicoterapista (vedi Grafico 1).

grafico 1

ANDAMENTO QUANTITATIVO DELLE PRODUZIONI DEL PZ. E DEL MT.



Strumenti utilizzati (vedi Tab. 6)

Tra gli strumenti utilizzati dal paziente prevale nettamente il timpano, mentre per il musicoterapista prevale l'uso del pianoforte: il paziente, infatti utilizza 71 volte il timpano e 14 volte il pianoforte mentre il musicoterapista utilizza 31 volte il timpano e 47 volte il pianoforte.

L'utilizzo degli strumenti melodici è più scarso per il paziente.

Scarso per entrambi è invece l'utilizzo di strumenti di piccole dimensioni.

La quantità d'impiego del corpo-voce e dell'armonica a bocca è maggiore nel paziente. Infine sia le congas che il tamburello non sono mai stati utilizzati dal paziente ma solo dal musicoterapista (congas 15, tamburello 6).

Tabella 6: **TABELLA RIASSUNTIVA DEGLI STRUMENTI UTILIZZATI**

	PZ	MT
timpano	71	31
metallofono	13	17
pianoforte	14	47
xilofono	17	28
chitarra	11	12
corpo-voce	7	4
maracas	3	6
legnetti	1	1
armonica	3	1
congas	0	15
tamburello	0	6

Modalità di utilizzo degli strumenti e tipologia dei ritmi

L'uso convenzionale degli strumenti prevale sull'uso non convenzionale sia per il paziente sia per il musicoterapista.

Il paziente effettua 131 produzioni convenzionali e 19 non convenzionali; il musicoterapista 134 produzioni convenzionali e 18 non convenzionali.

Per quanto riguarda i ritmi quello binario è il più utilizzato da entrambi, in particolare dal paziente (vedi Tab. 7).

Tabella 7

	PZ	MT
binario	130	123
irregolare	51	47
ternario	3	3

Profilo d'intensità, dinamica, agogica

Sono stati considerati tre piani sonori d'intensità: "piano" (p), "mezzo forte" (mf), "forte" (f).

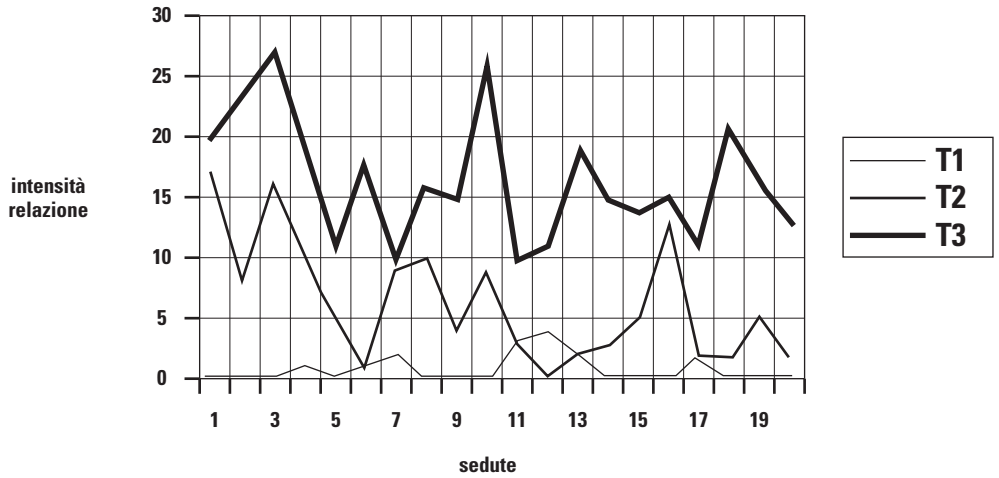
Vi è un utilizzo prevalente di "p" e "mf" sia per il paziente che per il musicoterapista. L'utilizzo del "f" è prevalente per il paziente (paziente 29, musicoterapista 22), così come il "crescendo" (paziente 74, musicoterapista 69) e l' "accelerando" (paziente 37, musicoterapista 27).

Relazione tra paziente e musicoterapista (T, vedi Grafico 2) e tra paziente e strumenti (S, vedi Grafico 3)

La relazione T1 (contatto visivo con il terapista) diminuisce nel corso del trattamento; la relazione T2 (avvicinamento, apertura posturale) rapprenta il valore più basso di relazione T e aumenta lievemente tra l'undicesima e la diciassettesima seduta; la relazione T3 (interazione con il terapista con fine comunicativo) mostra una lieve diminuzione dalla prima all'ultima seduta.

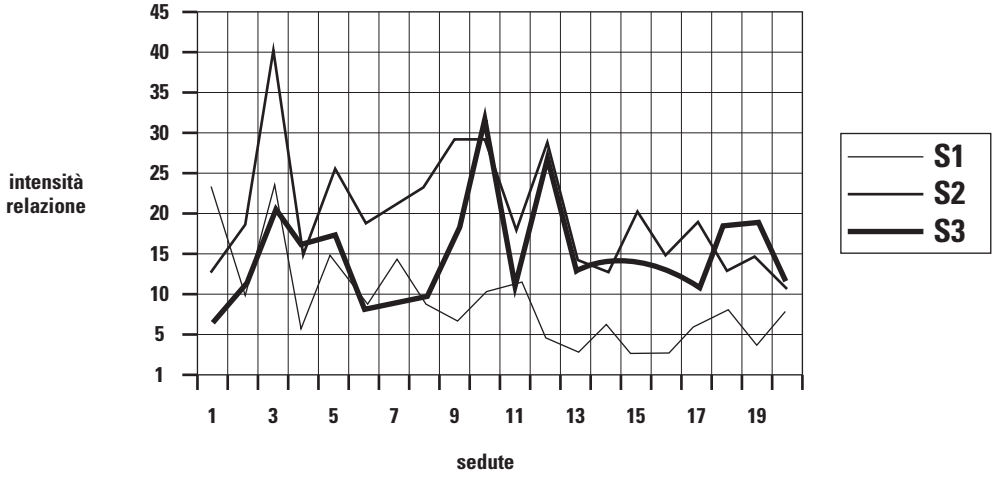
La relazione T3 è costituita prevalentemente da verbalizzazioni del paziente rivolte al musicoterapista e dall'ottava seduta anche da sorrisi.

grafico 2
ANDAMENTO DELLA RELAZIONE DI TIPO "T"



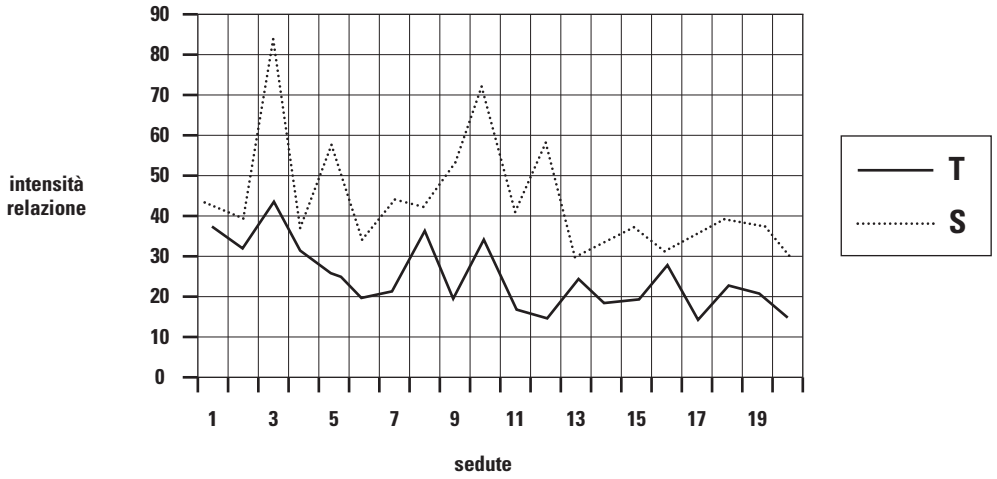
La relazione S1 (contatto visivo con gli strumenti) tende a diminuire nel corso del trattamento; la relazione S2 (ascolto e/o esplorazione di strumenti) presenta un notevole incremento durante le prime sedute e subisce in seguito una lieve diminuzione; la relazione S3 (utilizzo di strumenti con fine comunicativo) presenta invece un andamento opposto a S1 e a S2: all'inizio del trattamento è situata al livello più basso di intensità relazionale, verso la metà tende a combaciare con S2, mentre alla fine è al livello più alto.

grafico 3
ANDAMENTO DELLA RELAZIONE DI TIPO "S"



I momenti relazionali di tipo S sono più numerosi rispetto a quelli di tipo T (S = 862, T = 483, vedi Grafico 4).

grafico 4
ANDAMENTO DELLA RELAZIONE
DI TIPO "T" E DI TIPO "S"



Il movimento del paziente (A = allontanamento e T2 = avvicinamento, apertura posturale) è ridotto (A+T2 = 14) nel corso dell'intero trattamento, soprattutto nelle prime dieci sedute.

Identità sonoro-musicale del paziente (ISO benenzoniano)

L'ipotesi di identità sonoro-musicale del paziente si è notevolmente modificata (rispetto a quanto emerso nella scheda anamnestica) facendo emergere i seguenti elementi:

- elevato utilizzo degli strumenti
- suono di intensità medio-alta
- prevalenza di cellule ritmiche

L'ipotesi di identità sonoro-musicale del paziente, prima dell'inizio del trattamento, era invece fondata sui questi parametri:

- scarso utilizzo degli strumenti musicali
- suono di lieve intensità
- prevalenza di cellule melodiche

Assessment Multidimensionale

I dati maggiormente significativi si riferiscono a cambiamenti relativi a valutazioni comportamentali relative a: "stato di agitazione" (vedi Grafico 5), "attività motoria aberrante" (vedi Grafico 6), "stato depressivo" (vedi Grafico 7) e atteggiamenti aggressivi come il "colpire" (vedi Grafico 8). La valutazione si riferisce a 5 rilevazioni effettuate prima del trattamento e 5 effettuate durante il trattamento.

grafico 5
NEUROPSYCHIATRIC INVENTORY (NPI) - AGITAZIONE

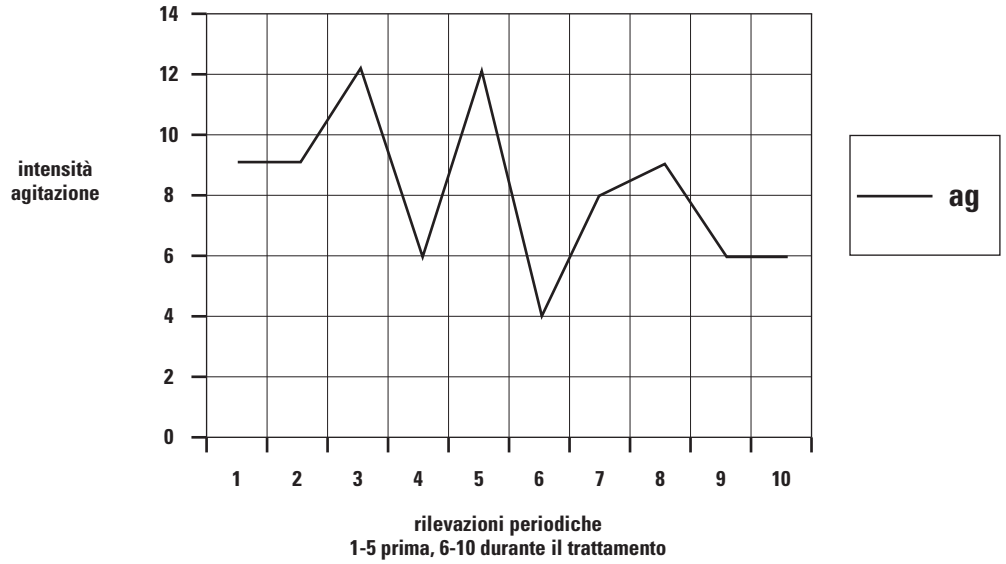


grafico 6
NEUROPSYCHIATRIC INVENTORY (NPI) - ATTIVITÀ MOTORIA ABERRANTE

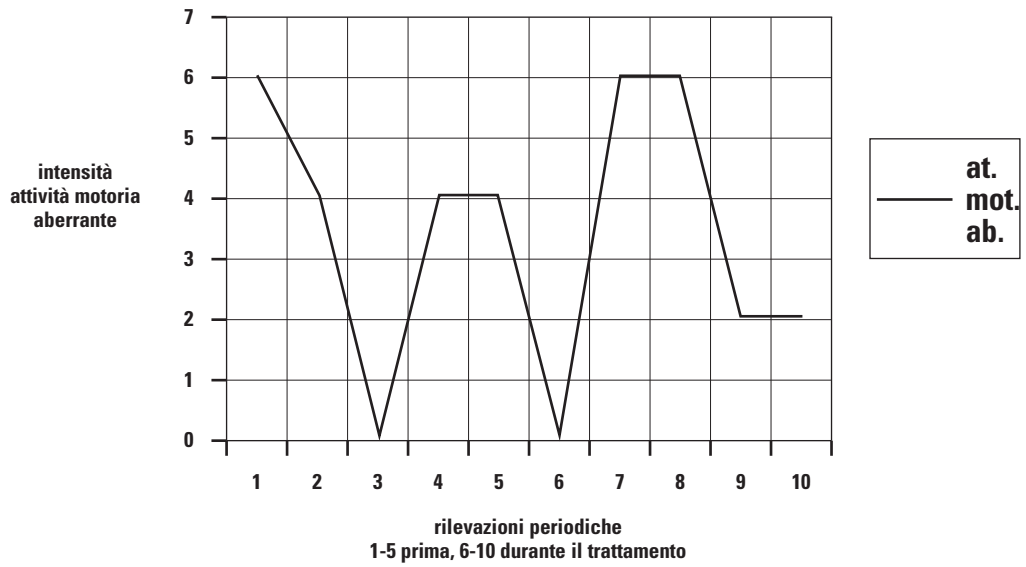


grafico 7
NEUROPSYCHIATRIC INVENTORY (NPI) - DEPRESSIONE

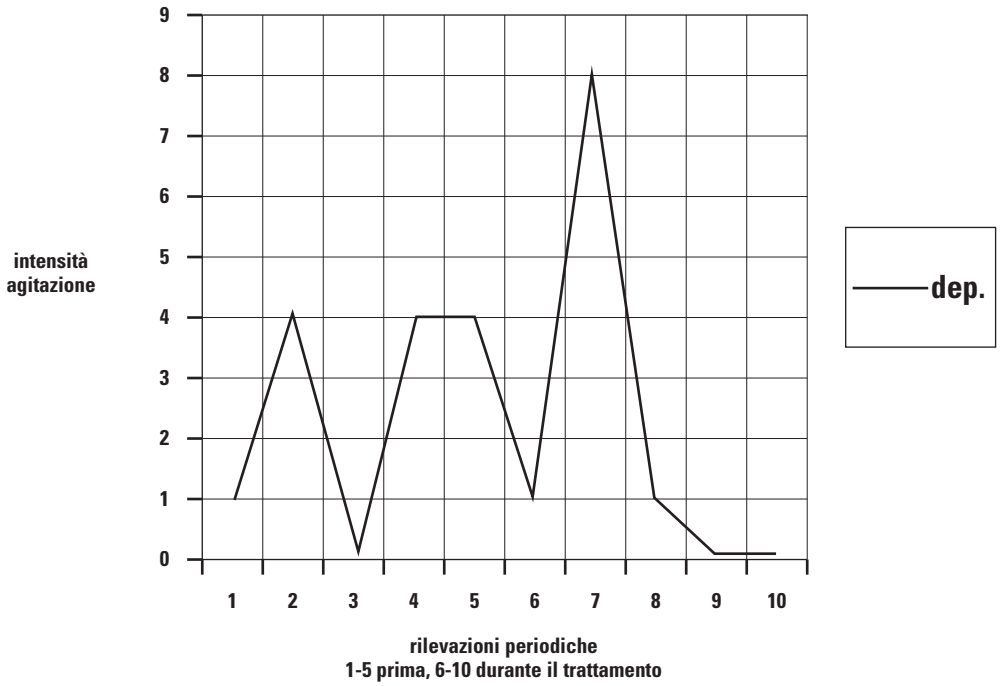
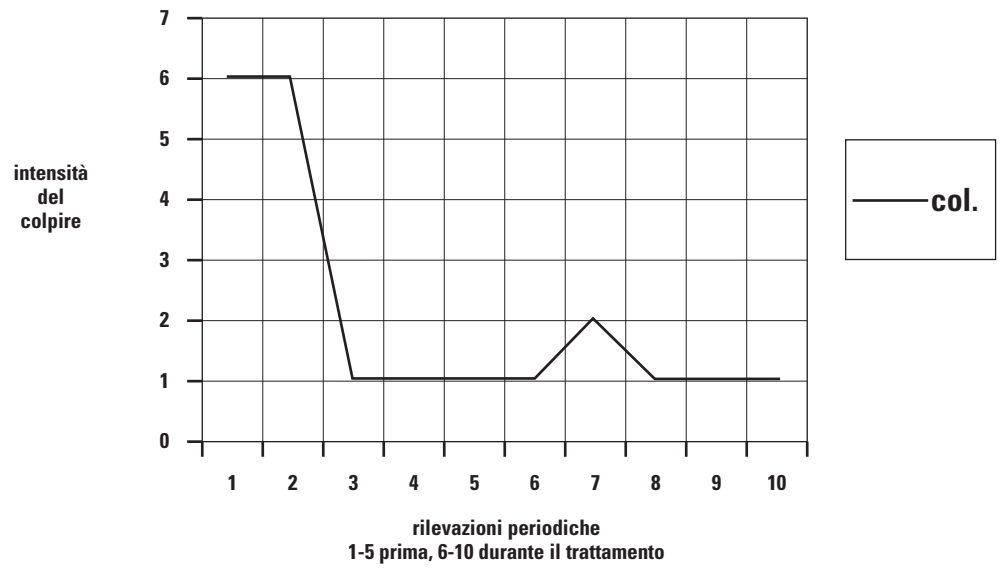


grafico 8
COHEN MANSFIELD AGITATION INVENTORY (CMAI) - COLPIRE



Discussione

Dai risultati sopra esposti emerge che fra la persona con Demenza di Alzheimer e il musicoterapista si crea da una parte un'interazione tendenzialmente speculare e dall'altra uno sviluppo prevalente, per il paziente, della relazione attraverso l'elemento sonoro-musicale.

La specularità delle produzioni è mostrata dall'analoga quantità e durata delle stesse evidenziate da paziente e musicoterapista, ma anche dal possibile accostamento di altri elementi monitorati: modalità convenzionale di utilizzo degli strumenti, tipologia di ritmi, profili di intensità e dinamiche di suono

La graduale diversificazione da parte del paziente relativa alle produzioni in generale, alla loro spontaneità e in particolare all'uso di strumenti rimanda a un incremento dell'autonomia relazionale e della creatività espressiva, nonché all'emergere dell'identità sonoro-musicale individuale.

Unitamente e coerentemente a ciò nella seconda parte del trattamento si verifica un significativo aumento di momenti con una elevata valenza comunicativo-relazionale riferibili alla relazione sonoro-musicale (S3) e una notevole presenza di relazione diretta con il musicoterapista (T3).

Anche le verbalizzazioni (spesso espressione di ansie e/o di difese) diminuiscono, mentre manifestazioni non verbali quali ad esempio i sorrisi aumentano sensibilmente.

Appare molto importante, anche in relazione agli obiettivi della ricerca, il delinearsi di una identità sonoro-musicale che emerge dal costante ricorso, da parte del paziente, ad alcuni elementi e/o parametri sonori: uso convenzionale del timpano, ritmo binario, suoni di intensità medio-alta, crescendo e accelerando.

Il rispecchiamento o l'elaborazione, da parte del musicoterapista, di questi elementi ha indubbiamente determinato momenti con una elevata valenza comunicativo-relazionale e affettiva. Inoltre rispetto ad alcune valutazioni comportamentali il paziente ha ridotto lo "stato di agitazione", l' "attività motoria aberrante", lo "stato depressivo" ed alcuni atteggiamenti aggressivi come il "colpire". Si può quindi ipotizzare che il trattamento musicoterapico abbia inciso positivamente anche questi aspetti problematici del comportamento dterminando certamente un cambiamento probabilmente favorito dall'instaurarsi di una proficua relazione musicoterapica.

Conclusioni

Questa fase di ricerca, che ha avuto come oggetto il trattamento musicoterapico di un caso clinico, non si è prefissata l'obiettivo di dimostrare la validità dei risultati ma di analizzare i contenuti dell'intervento musicoterapico, soprattutto rispetto alle linee metodologiche e ai riferimenti teorici.

Il risultato più importante consiste quindi nell'aver acquisito ulteriori elementi di conferma rispetto alla possibilità di raggiungere, con persone con malattia di Alzheimer, momenti di sintonizzazione attraverso l'utilizzo del mezzo sonoro-musicale e di tutti gli aspetti della comunicazione analogica e preverbale.

Ciò sembrerebbe essere favorito dal mantenimento, anche nelle persone con AD, dell'identità sonoro-musicale che emerge nell'interazione musicoterapica.

Proprio i momenti di sintonizzazione, oltre a divenire importanti eventi relazionali ed espressivo-comunicativi, costituiscono, a nostro parere, il punto centrale dell'intervento musicoterapico.

Bibliografia

BENENZON R.O. - *La nuova Musicoterapia* - Phoenix, Roma, 1998.

FERRARA C., RAGLIO A. (a cura di) - *Musicoterapia e Ricerca* - Phenix, Roma, 2000.

FOLSTEIN M.F., FOLSTEIN S.E., MCHUGH P.R. - *Mini Mental State: a pratical method for grading the cognitive state of patients for the clinician* - J Psych Res, (12: 189-98), 1975.

HUGHES C.P., BERG L. e DANZIGER W.L. - *A new clinical scale for the staging of dementia* - Brit. Jour, Psychiat., (140: 566-72), 1984.

MCKHANN G., DRACHMAN D., FOLSTEIN M.F., KATZMAN R., PRICE D., STADLAN E. - *Clinical diagnosis of Alzheimer's* - Disease: report of the NINCDS-ADRDA. Work Group under the auspices of Department of Health and Human Services Task Force on Alzheimer's Disease, Neurology, (34: 934-44), 1984.

STERN D.N. - *The Interpersonal World of the Infant* - Basic Books, New York, 1985 (trad. it. *Il mondo interpersonale del bambino*, Bollati Boringhieri, Torino, 1987).

Osservazione del malato di Alzheimer e terapia musicale

Claudio Bonanomi – M. Cristina Gerosa

1. Introduzione

La ricerca che presentiamo è tuttora in corso ed ha avuto in inizio presso gli Istituti Riuniti "Airoldi e Muzzi" di Lecco. È stata attuata dalla musicoterapista Cristina Gerosa con la supervisione di Claudio Bonanomi. Quanto viene qui riferito rappresenta il risultato iniziale dei dati ottenuti e il modello a cui si riferisce senza la pretesa di illustrare dati statisticamente validi poiché ancora troppo esiguo il numero dei pazienti. La ricerca è stata presentata al V Convegno Internazionale di musicoterapia tenutosi a Napoli nell'aprile 2001 e quanto di seguito riportato in materia di dati si riferisce a quella relazione che è stata qui ampliata nei contenuti descrittivi.

L'esigenza di creare uno strumento di valutazione che potesse integrarsi con altre valutazioni all'interno dell'équipe terapeutica del nucleo Alzheimer è stata la motivazione iniziale dalla quale è nata la ricerca. Con il tempo questo strumento si è rivelato utile per l'osservazione, la valutazione del paziente, soprattutto per quei casi medio gravi verso i quali la ricerca è principalmente rivolta.

Questo metodo di osservazione e trattamento è stato poi attuato anche nel Centro Diurno di Casa Prina di Erba e sono stati coinvolti dei tirocinanti della Scuola Triennale di Musicoterapia di Lecco.

2. I soggetti

I soggetti contattati sono stati 15 tutti ad uno stadio medio-grave della malattia e in riferimento alla "Global Deterioration Scale" (B. Reisberg, T.H. Ferris, T. Crook, 1982) si collocano al 6° stadio funzionale. Le considerazioni e le riflessioni che condurremo nella nostra presentazione, fanno riferimento a 5 di questi soggetti.

3. Obiettivi della ricerca

Verificare la pertinenza di un metodo di osservazione e di valutazione in funzione di:

- Indagare in che modo sia possibile aprire di canali di comunicazione e favorire la strutturazione di nuove modalità di interazione con la realtà, dei pazienti affetti da demenza di tipo Alzheimer, attraverso gli strumenti dell'intervento musicoterapico.
- Verificare quindi la validità del un trattamento musicoterapico con pazienti affetti da demenza di tipo Alzheimer anche agli stadi medio e gravi della malattia.

4. Gli strumenti di indagine

L'osservazione

L'iter osservativo prevede le seguenti tappe:

1. Raccolta dei dati anamnestici e biografici del singolo paziente:

- Lettura della cartella clinica
- Informazioni dall'équipe di riferimento
- Colloquio con i parenti e compilazione della relativa "Cartella sociale"
- Conoscenza diretta del paziente nel contesto esistenziale

2. Inizio dei trattamenti: periodo di osservazione
3. Continuazione del trattamento e stesura degli obiettivi terapeutici

La ricerca implica l'analisi di un processo che si svolge in un arco temporale definito e che corrisponde ad un progetto generale, le cui finalità sono state enunciate nella descrizione degli obiettivi della ricerca.

Le osservazioni, redatte attraverso "protocolli di osservazione" secondo il metodo dell' "Osservazione Diretta" (il cui modello teorico di riferimento è da vedersi nell'approccio psicodinamico), sono relative a un arco di tempo di un anno di lavoro con 5 pazienti scelti in riferimento ai punti 2 e 3.

Il metodo di osservazione indicato prevede la stesura, al termine di ogni seduta, di un protocollo di osservazione e di una scheda apposita di attribuzione dei punteggi. Le videoregistrazioni delle sedute, altro metodo per la rilevazione dei dati, integrano quanto scritto e sono state, assieme ai protocolli di osservazione, lo strumento per il lavoro di supervisione e di équipe.

5a. Campo di osservazione
L'elemento sonoro-musicale

Si è individuato quale campo di indagine quello sonoro-musicale all'interno di una proposta operativa e metodologica di tipo musicoterapico con le seguenti caratteristiche:

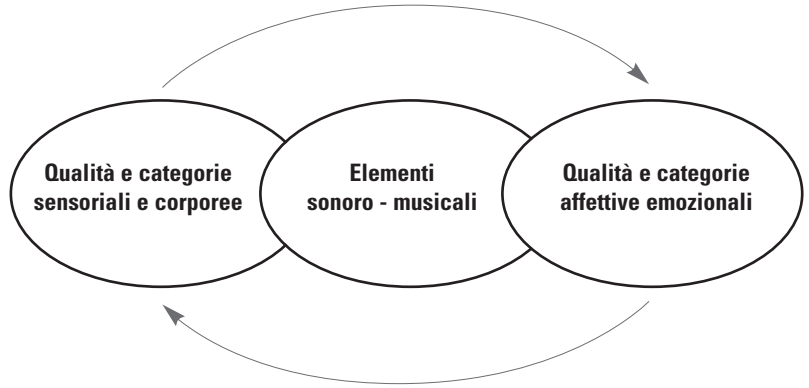
a) *Rapporto individuale*
Il trattamento può essere solo individuale in quanto la malattia di Alzheimer, soprattutto agli stadi medio e grave, non permette agli individui di riconoscersi all'interno di un gruppo. Inoltre l'accento posto all'importanza della relazione tra paziente e terapista privilegia l'utilizzo del rapporto individuale.

b) *Frequenza dei trattamenti*
I trattamenti devono attuarsi da un minimo di una volta alla settimana con il suggerimento di almeno 2 volte, fino ad un massimo di 4. La durata può variare e deve tenere conto dei bisogni e delle esigenze del paziente che deve essere libero di scegliere se vuole partecipare al trattamento. Tale indicazione non è sempre facile da seguire in quanto i pazienti non sono sempre in grado di manifestare esplicitamente la propria volontà, ed è la sensibilità del terapista a recepirne il bisogno. In linea generale si è osservato che i trattamenti possono avere la durata di 20 minuti fino ad un massimo di 1 ora.
Si è osservato che il periodo iniziale di "osservazione" può avere trattamenti anche molto brevi della durata di pochi minuti ma che con il tempo si ampliano fino ad arrivare ad una durata media di 30 minuti quasi sempre stabile. All'interno di questi tempi possono esserci delle variazioni momentanee derivate dalle condizioni contingenti inerenti alla situazione personale del paziente. Il rispetto per il paziente e per le sue esigenze è infatti la prima condizione per instaurare una relazione.

c) *Utilizzo di suono, strumenti sonoro-musicali e impianto Hi-fi*
L'osservazione e il tipo di trattamento che proponiamo è di natura prettamente relazionale e prevede l'utilizzo del suono e della musica come mediatori della relazione. Quest'ultima può essere di natura non-verbale e/o verbale e non si pongono limitazioni sull'utilizzo del linguaggio comunicativo. Il rispetto e l'osservazione delle modalità preferenziali di ciascun paziente sono infatti i presupposti per l'instaurarsi della relazione stessa.

Il **"sonoro - musicale"** è stato principalmente considerato e trattato secondo le sue qualità parametrali assimilabili alle categorie sensoriali (come ad es.: chiaro, scuro, liscio, ruvido, dolce, ecc.) e posto in relazione alle categorie affettivo-emozionali. Tale modo di considerare l'elemento sonoro musicale ci ha permesso l'osservazione del paziente secondo:

a) La qualità e la forma delle sue reazioni al dialogo sonoro
b) La qualità e la forma delle sue reazioni psicomotorie all'ascolto



5b. Aree dell'osservazione
L'osservazione generale tiene conto dei seguenti aspetti:

- *Comportamenti e caratteristiche personologiche del paziente*
osservazione delle aree: cognitiva, affettivo/emozionale, sensoriale.
- *Interazione con suoni e musica*
Utilizzo degli strumenti
Modalità di ascolto
Reazioni specifiche a stimolazioni sonore
Utilizzo del corpo e della voce
Preferenze all'ascolto e sonorità
- *Relazione con l'operatore*
Qualità dell'interazione con il terapista
Modalità di relazione: cognitiva/verbale, emotiva, sensoriale
Interazione del paziente nel setting e nello "spazio e tempo" della seduta

Ai fini della ricerca, le osservazioni sono state analizzate utilizzando una precisa

modalità di segmentazione e raggruppamento degli eventi, che hanno condotto alla definizione di unità o sequenze di comportamento. Esse sono state definite e descritte in modo da poter essere riconosciute e identificate nell'intero flusso comportamentale di un individuo. In questo modo è stato possibile passare da comportamenti descritti e video registrati a comportamenti catalogati in specifiche e ben definite categorie.

Attraverso la definizione di uno schema di codifica, formato da categorie comportamentali (codici), si è trasformato un evento narrativo e descrittivo in evento quantificabile. Attraverso l'applicazione di questo schema di codifica si è giunti a misurare il comportamento di un paziente e confrontarlo, sul piano quantitativo, con quello di altri pazienti.

Lo **schema di codifica** che si è considerato prevede l'individuazione di "**aree**" e "**categorie**" indicativi della riuscita della musicoterapia con il paziente.

Sono state individuate appunto **tre diverse aree**, ognuna delle quali è suddivisa a sua volta in **due categorie**.

AREE	CATEGORIE	
▸ COGNITIVA	Attenzione	Risposte cognitive
▸ EMOTIVA	Partecipazione emotiva	Manifestazioni affettive
▸ CORPOREA E SENSORIALE	Postura	Contatto sensoriale

Per l'**area cognitiva** sono state prese in considerazione come "categorie":

- l'*attenzione*, concepita come la principale funzione di controllo che sottende a tutta l'attività cognitiva
- le *risposte cognitive* che corrispondono alle facoltà di giudizio, valutazione, memoria e riconoscimento che il paziente ancora conserva.

Per l'**area emozionale** sono state prese in considerazione le "categorie":

- *partecipazione emotiva*
- *manifestazioni affettive*

Per l'**area sensoriale** e **corporea** sono state prese in considerazione come "categorie":

- la *postura*
- il *contatto sensoriale (visivo, tattile, uditivo, olfattivo e gustativo)*

Si è principalmente "dialogato" con la sfera corporeo-emozionale del paziente, considerata il terreno attraverso il quale è possibile recuperare funzioni e abilità compromesse, o non manifeste, o in via di estinzione. La relazione ha utilizzato il suono come protagonista e mediatore della stessa.

6. Valutazione e trattamento dei dati ottenuti

Le rilevazioni relative ad ogni **area** sono state collocate all'interno di due "**sotto-categorie**":

- *Lo stato*
  Quando la "presenza e la qualità" delle categorie considerate indicava la "presenza sensibile nel tempo" del paziente nella relazione.
- *I comportamenti*
  Quando le categorie considerate assumevano carattere di temporaneità ed eccezionalità.

Le due sotto-categorie sono osservabili indipendentemente, anche se, ai fini della ricerca, è stato considerato indicatore della riuscita della seduta la presenza di risultati in entrambe le sotto-categorie. Di questi risultati è stata fatta una media tra i valori ottenuti delle due sotto categorie. Ne è risultato un valore complessivo per ciascuna area.

AREE	STATI	COMPORTAMENTI
▸ COGNITIVA	Attenzione	Risposte cognitive
▸ EMOTIVA	Partecipazione emotiva	Manifestazioni affettive
▸ CORPOREA E SENSORIALE	Postura	Contatto sensoriale

- La valutazione dei risultati nelle categorie "**stati**" e "**comportamenti**" è stata realizzata secondo i seguenti indicatori:
  0 = NULLO
  1 = RARO
  2 = DISCONTINUO
  3 = PRESENTE
  4 = MOLTO PRESENTE

7. I risultati della ricerca

L'osservazione dei dati, visualizzati nei grafici inerenti all'andamento delle "risposte" date dai pazienti nelle aree indicate, consentono alcune riflessioni (vedi allegati). Anzitutto la significativa presenza di "risposte" nell'area sensoriale e nell'area emotiva mette in evidenza la funzione che, dette aree, possono svolgere nel mantenere o ristabilire canali di espressione e di comunicazione a fronte di una situazione complessiva di tipo degenerativo. Tale funzione è bene evidenziata nei grafici riferiti all'andamento degli incontri con i pazienti T. P. e G. M. In tali grafici infatti, si osserva come a fronte di un calo riguardante le "risposte" dell'area cognitiva vi sia una presenza significativa, a volte crescente, delle "risposte" relative all'area sensoriale ed emozionale.

Nei casi M. R. e F. P. vediamo come all'inizio dei trattamenti e per un lungo periodo si sono ottenute delle notevoli "risposte" in tutte le aree seguite da un declino inevitabile dato dallo stadio avanzato della malattia per entrambi i pazienti che presentavano i seguenti sintomi: afasia avanzata, deambulazione quasi impossibile, rigidità ecc…

Il caso C. G. , meno grave all'inizio del trattamento, ha avuto un crollo improvviso delle condizioni di salute generali.

Da queste osservazioni risultano evidenti 2 dati fondamentali:

- È possibile un trattamento musicoterapico con pazienti Alzheimer ad uno stadio medio grave della malattia se tale trattamento interagisce con l'area sensoriale emozionale. Vediamo infatti dai grafici come l'area emozionale e sensoriale siano state quelle maggiormente attivate per tutto il periodo di tempo e per tutti i pazienti.
- Gli obiettivi della musicoterapia con questi pazienti non possono avere come scopo principale la riabilitazione degli stessi, in quanto la malattia è progressiva e inarrestabile, ma l'obiettivo ultimo è quello di poter dare agli stessi pazienti la possibilità di continuare ad avere una relazione con la realtà circostante anche durante gli stadi avanzati della malattia, stadio nel quale questi pazienti, se lasciati a se stessi, sono costretti nell'impossibilità a comunicare e ad un'inevitabile precipitazione dell'aspetto degenerativo delle condizioni generali.

Ai risultati ottenuti attraverso la lettura numerica dei dati acquisiti, si affianca un'analisi qualitativa degli stessi.

La valutazione dei risultati è stata suddivisa in due ambiti: il primo più di ordine generale, utile alla maggior comprensione della patologia e delle strategie possibili per affrontarla; e il secondo inerente più allo specifico tema della ricerca.

Risultati generali

- La presenza di valori significativi nelle aree ha provato che è possibile un trattamento musicoterapico per pazienti affetti da demenza di tipo Alzheimer anche agli stadi medio-gravi della malattia.
- Tramite questa metodologia di osservazione è possibile avere una valutazione delle capacità residue e potenziali dei soggetti non più "testabili" attraverso i metodi attualmente noti (ad esempio come il Mini Mental State di Folstein).
- L'area corporeo emozionale può essere considerata il "contenitore", lo strumento di espressione del nucleo della personalità di questo tipo di pazienti e delle loro capacità e abilità residue; diviene inoltre lo strumento attraverso il quale è possibile l'attivazione di nuovi processi tesi a ricostituire nuove modalità di interazione con la realtà.
- Le "risposte" a questo tipo di trattamento sono state valutate eccezionali rispetto alla risposta globale dell'individuo osservato nel contesto esistenziale quotidiano.

Risultati specifici

- Interventi musicoterapici con questo tipo di pazienti necessitano un rapporto individuale e un'osservazione approfondita delle aree citate al fine di poter utilizzare strategie sonoro musicali efficaci.
- La relazione con il suono quale mediatore della relazione, risulta efficace quando si

esplicita attraverso l'attivazione e l'osservazione della sfera corporeo-emozionale.
- Abbiamo osservato come l'intreccio dinamico tra l'elemento sonoro-musicale e il vissuto emotivo e corporeo, all'interno del processo di proposte/risposte, ha favorito la nascita di un terreno, all'interno del quale si è resa possibile l'interazione con la personalità del paziente.
- Si è rilevato che la particolare attenzione posta ai parametri del suono e alle loro qualità sinestesiche consente l'apertura di nuovi canali di comunicazione, favoriti dal ruolo svolto dalla sfera corporeo emozionale.

8. Conclusioni

Abbiamo assunto come ipotesi di lavoro per la ricerca l'osservazione dell'area sensoriale e corporea considerate gli ambiti, all'interno dei quali possono riattivarsi funzioni e abilità residue del paziente nonché momenti di relazione con il terapista.

I risultati della nostra indagine hanno evidenziato la potenzialità espressiva del corpo di manifestare la memoria del vissuto dell'individuo.

Le qualità sinestesiche del suono, mediante le modalità di produzione e ascolto, sono stati gli strumenti attraverso i quali i pazienti hanno potuto esprimere contenuti della loro interiorità. Tali qualità ci hanno inoltre permesso di osservare come questo tipo di approccio abbia consentito ai pazienti l'accesso all'area cognitiva, veicolata dall'esperienza vissuta attraverso l'area corporeo-sensoriale.

I risultati dell'osservazione dell'area cognitiva, normalmente inattiva in questi pazienti, sono stati considerati eccezionali e comprovanti l'attivazione dei due campi sottostanti. Inoltre questo tipo di lavoro e ricerca ci ha portato ad alcune considerazioni inerenti la persona affetta da malattia di Alzheimer, riflessioni necessarie alla comprensione del singolo paziente e al tipo di intervento di volta in volta idoneo alla singola personalità. Il malato di Alzheimer presenta solitamente una situazione di difficile interazione con la realtà, data dal lento deteriorarsi delle funzioni superiori, che dissolvendosi, perdono il loro carattere mentale diventando sempre di più legate ad un funzionamento sensoriale rispetto ad una elaborazione mentale. Come questo avviene lo spiega la patologia che vede un graduale deterioramento della sostanza cerebrale, dei neuroni e delle sinapsi.

Ogni malato presenta la "propria situazione" che è sicuramente data, non solo dall'evoluzione patologica, ma che è anche influenzata da altri fattori quali: la propria storia personale, la cultura, e il grado di tolleranza alla sofferenza connessa all'assistere alla perdita quasi quotidiana di interazione con la realtà. Quello che infatti si osserva con più evidenza è la difficoltà di questi malati a "dialogare" con la realtà che li circonda, sia essa fatta di cose, oggetti o persone e/o situazioni sociali.

Ciò che emerge da subito è l'enorme sofferenza della persona, incapace di rapportarsi con le cose di sempre con la semplicità degli automatismi che appaiono ovvii a chi non presenta i problemi connessi alla malattia di Alzheimer.

E allora osserviamo, in questa patologia, come progressivamente il mondo di relazione del malato diventa sempre più povero, strano, colmo di bizzarrie e improntato ad una graduale incomunicabilità che porta la persona al completo ritiro su se stesso.

Quanto descritto ci ha portato ad enunciare subito l'obiettivo generale della tera-

pia che deve riuscire a gettare un ponte tra il mondo interno del paziente e quello esterno. Continuare a riuscire a trattare con cose e persone è senz'altro la cosa più importante per questi pazienti che si trovano soli con se stessi senza più punti di riferimento personali. Sappiamo come la perdita della memoria, e quindi del ricordo e dell'immagine della propria vita, ci priva del senso della nostra esistenza, e come il ritiro su se stessi, in questa situazione, possa essere accompagnato da sentimenti di perdita devastanti. Il malato in istituzione può "costruire" una nuova dimensione esistenziale tramite la ritmicità della vita quotidiana adatta ai suoi bisogni, e tramite un costante dialogo con quanto lo circonda. Ciò che rimane del suo passato è leggibile nella personalità dell'individuo, ma sappiamo bene come sia utopico pensare di porsi l'obiettivo di recuperare questa memoria, che comunque è in continuo disfacimento.

Agli stadi iniziali si può forse porsi un obiettivo legato al ricordo ma non bisogna dimenticare che è comunque impossibile fermare la malattia: è invece possibile e doveroso affrontarla conoscendola e agendo dall'interno delle sue caratteristiche.

Quindi perdita di memoria, linguaggio, prassie, orientamento spaziale e temporale compromessi (alcuni o più), sbalzi di umore, alterazione del comportamento sono tutti dati con i quali il malato e l'operatore devono imparare a convivere, accettare per poter trovare all'interno di questa realtà, che è per ogni individuo personale e unica, delle strategie per offrire una qualità di vita caratterizzata il più possibile da un benessere relativo alla situazione stessa.

Da un'analisi di quanto descritto dovrebbe risultare anche il tipo di relazione che il paziente è in grado di instaurare, anche se la disarmonicità del quadro rende difficoltoso comprendere fino in fondo quanto sia possibile comunicare e quali siano le esigenze, non sempre espresse, del paziente a causa, ad esempio, di una forte afasia. È quindi bene non fossilizzarsi su una diagnosi precisa ma lasciare fluttuante un giudizio sulle capacità residue osservabili. La relazione va ricercata su piani sempre meno strutturati e meno "mentali" e in questo senso una tale osservazione può far crescere un sensibilità diversa, necessaria per continuare a trovare un senso nella relazione con tali pazienti.

Possiamo concludere che l'osservazione, così come qui è stata intesa, diventa quindi lo strumento privilegiato, anche se non l'unico, per raggiungere, comprendere, e dialogare con il malato di Alzheimer; e che tale attitudine è quella che ci permette di accogliere, conoscere e rispettare i bisogni di queste persone.

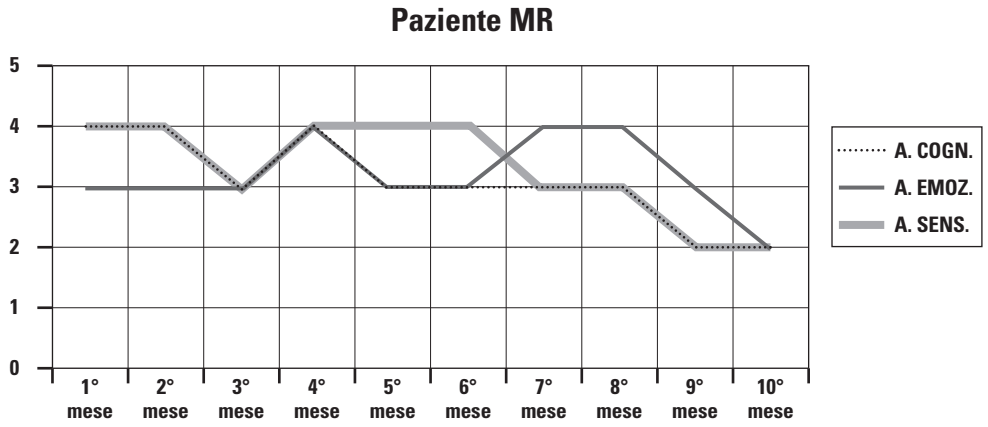
LEGENDA GRAFICI

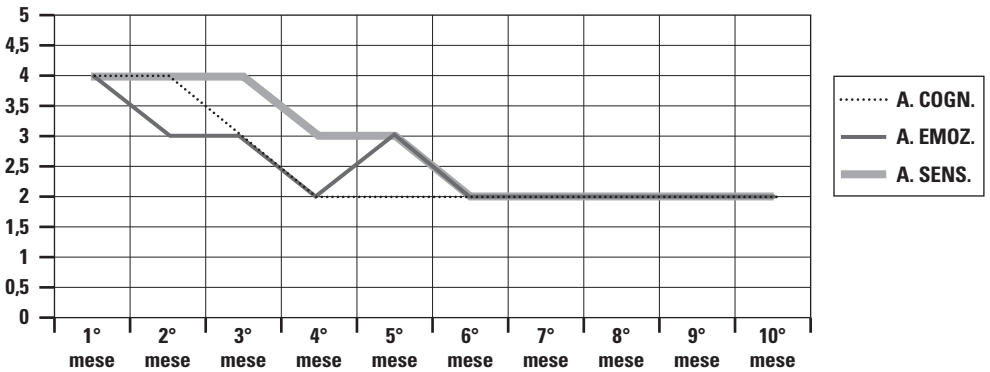
Pagine 137-138-139

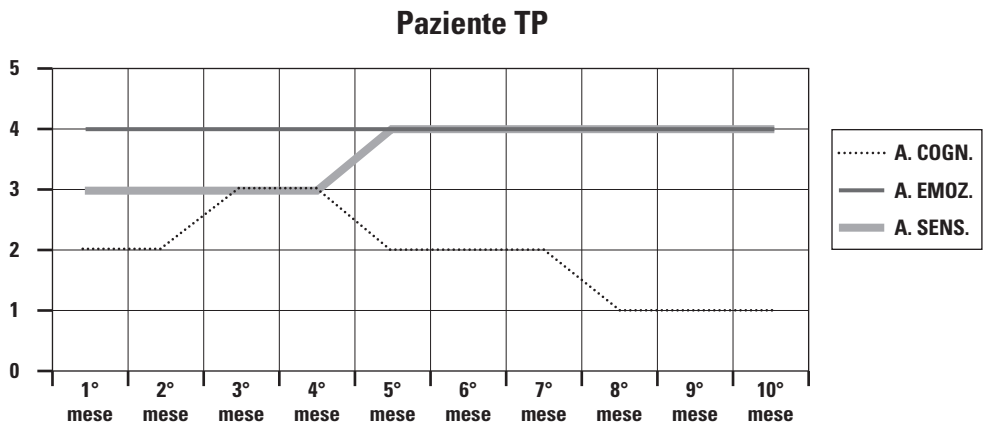
Sul piano delle ascisse sono indicati i punteggi, così come attribuiti durante ogni mese di trattamento (piano delle ordinate).

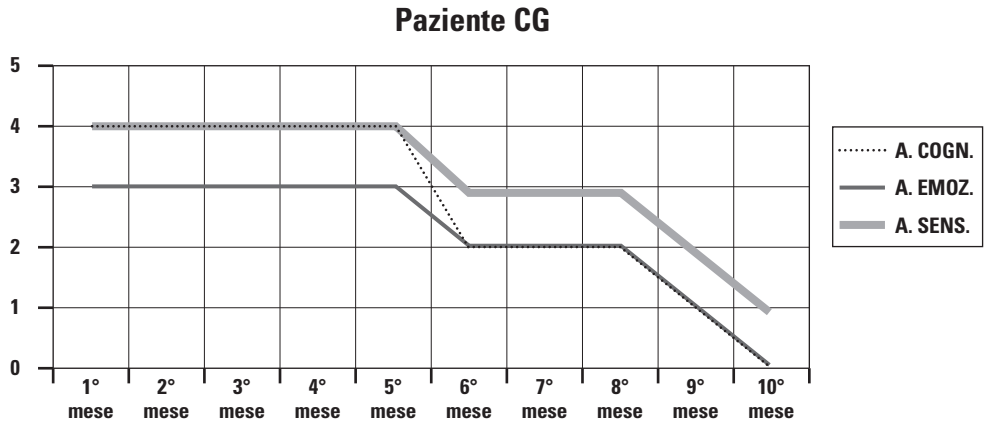
Pagina 140

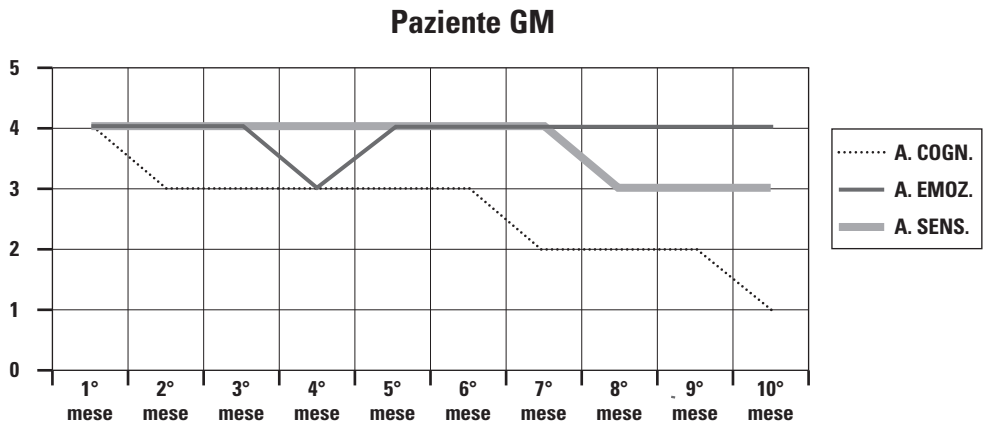
In entrambi i grafici sono indicate le tre aree osservate e i relativi punteggi in ogni paziente sommati in un unico valore per il totale del tempo del trattamento dei 10 mesi.

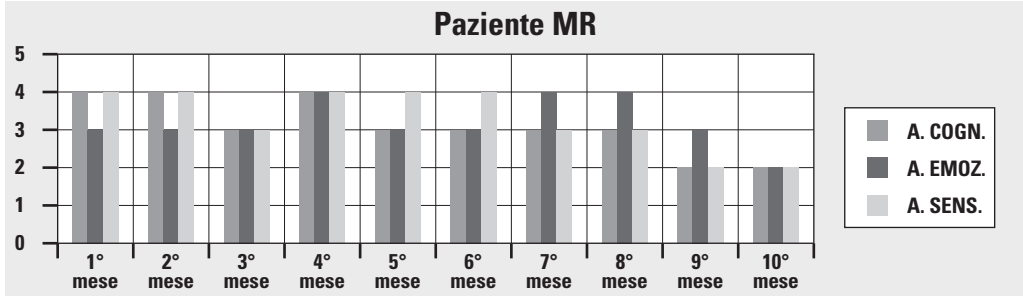


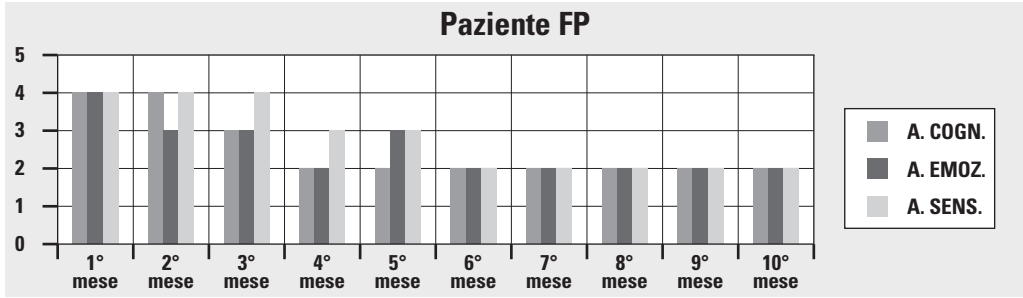


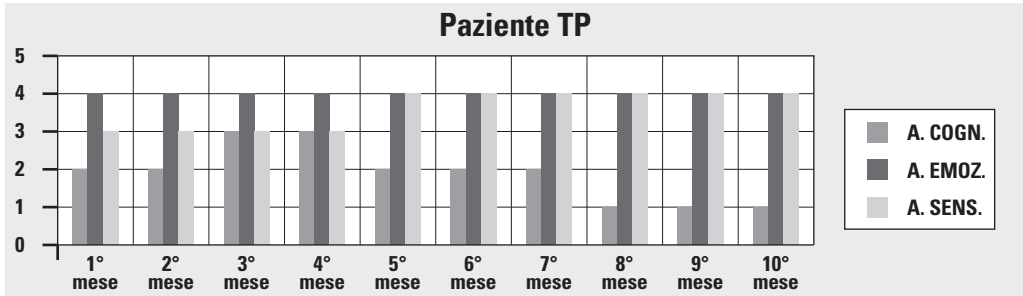


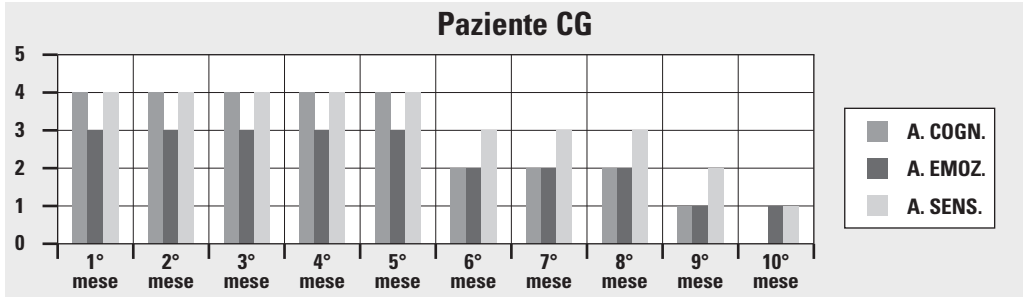

Paziente CG
5
4
3
2
1
0
1° mese
2° mese
3° mese
4° mese
5° mese
6° mese
7° mese
8° mese
9° mese
10° mese
A. COGN.
A. EMOZ.
A. SENS.

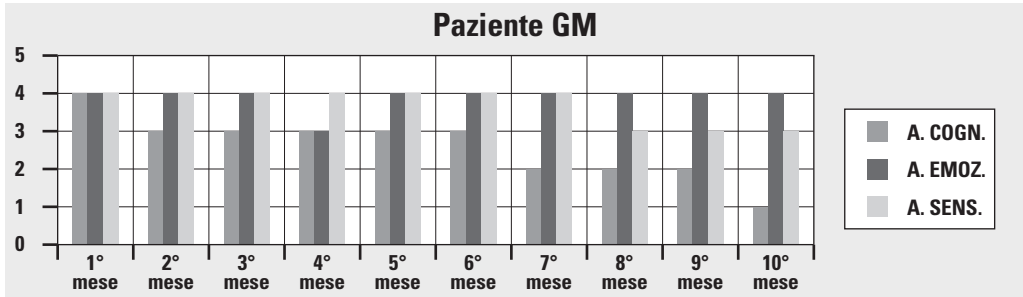

Paziente GM
5
4
3
2
1
0
1° mese
2° mese
3° mese
4° mese
5° mese
6° mese
7° mese
8° mese
9° mese
10° mese
A. COGN.
A. EMOZ.
A. SENS.

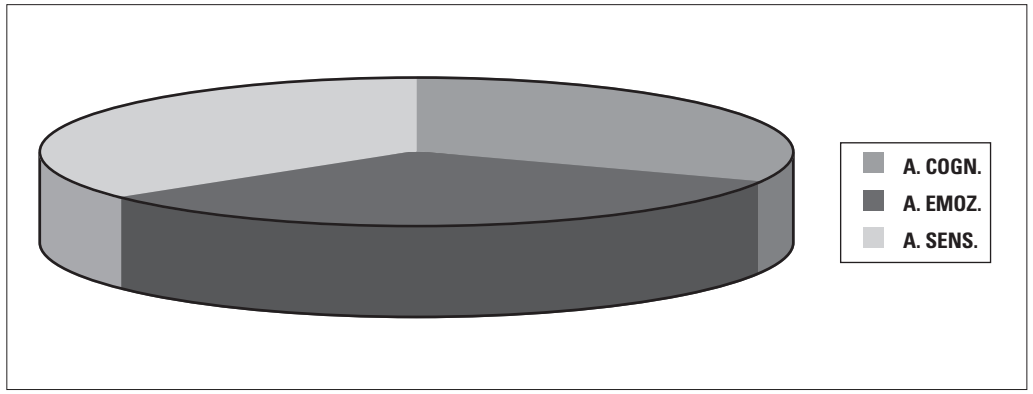

Paziente MR
5
4
3
2
1
0
1° mese
2° mese
3° mese
4° mese
5° mese
6° mese
7° mese
8° mese
9° mese
10° mese
A. COGN.
A. EMOZ.
A. SENS.

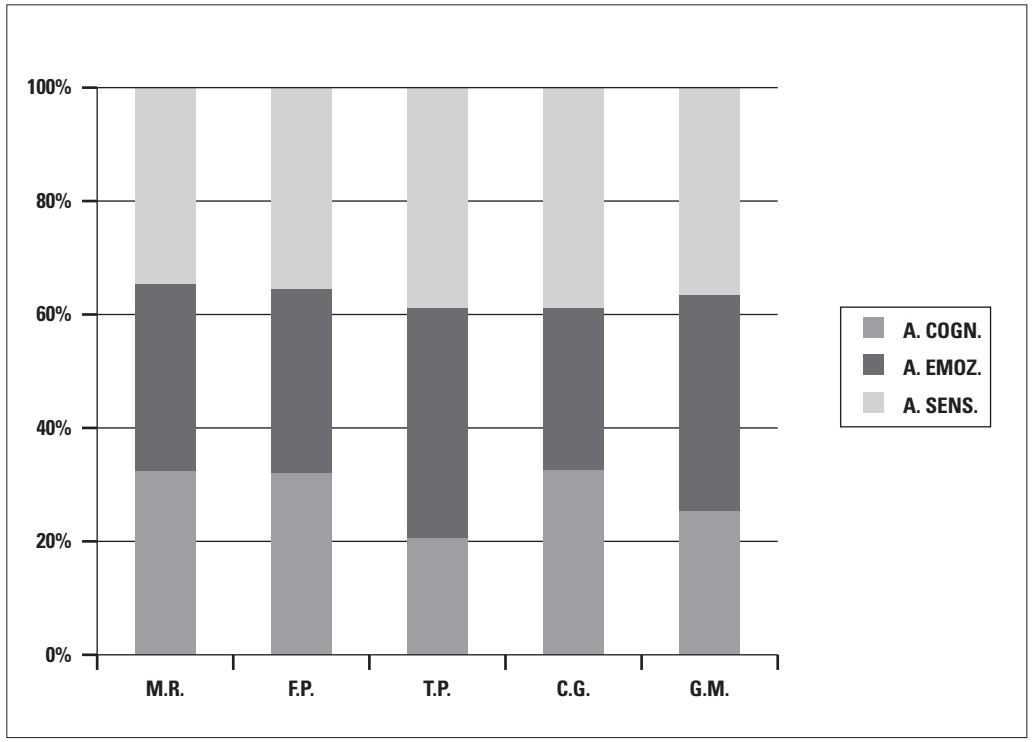

Paziente FP
5
4
3
2
1
0
1° mese
2° mese
3° mese
4° mese
5° mese
6° mese
7° mese
8° mese
9° mese
10° mese
A. COGN.
A. EMOZ.
A. SENS.


Paziente TP
5
4
3
2
1
0
1° mese
2° mese
3° mese
4° mese
5° mese
6° mese
7° mese
8° mese
9° mese
10° mese
A. COGN.
A. EMOZ.
A. SENS.


Paziente CG
5
4
3
2
1
0
1° mese
2° mese
3° mese
4° mese
5° mese
6° mese
7° mese
8° mese
9° mese
10° mese
A. COGN.
A. EMOZ.
A. SENS.


Paziente GM
5
4
3
2
1
0
1° mese
2° mese
3° mese
4° mese
5° mese
6° mese
7° mese
8° mese
9° mese
10° mese
A. COGN.
A. EMOZ.
A. SENS.





Bibliografia

A.A.V.V. - *Normal Aging Alzheimer's Disease and Senile Dementia. Aspects on etiology, pathogenesis, diagnosis and treatment* - Chief Editor C.G. GOTTFIRES, Edition de l'Universitè de Bruxelles, 1985.

BENENZON R. - *Manuale di musicoterapia* - Borla, Roma, 1984.

BONANOMI C., BALZAN A., ORIANI P.G., PECORARI G. - *Musica/Relazione/Integrazione* - C.L.U.E.B., Bologna, 1991.

BONANOMI C., GAIANI D., VITALI M. - *Il giallo e il grigio* - C.L.U.E.B., Bologna, 1992.

BONANOMI C. - *Il simbolismo sonoro* - in "Quaderni di musica applicata", Numero 21, Edizioni PCC, Assisi, 2000.

BORGHESI M. - *Studio sul potenziale terapeutico dell'ascolto creativo* - Manarolo G., Borghesi M., (a cura di) in "Musica & Terapia", Edizioni Cosmopolis, Torino, 1998.

BRUSCIA K. - *Definire la Musicoterapia* - Gli Archetti, I.S.M.E.Z, Roma, 1993.

IMBERTY M. - *Suoni Emozioni Significati* - C.L.U.E.B., Bologna, 1986.

MANAROLO G. - *L'angelo della musica* - Omega Edizioni, Genova, 1997.

POSTACCHINI P.L., RICCIOTTI A., BORGHESI M. - *Lineamenti di Musicoterapia* - Carocci, Roma, 1997.

SCARDOVELLI M. - *Il dialogo sonoro* - Nuova Casa Editrice Cappelli, Bologna, 1992.

THOMAS P., PESCE A., CASSUTO J.P. - *Malattia d'Alzheimer* - Masson, Milano, 1991.

STERN D.N. - *Il mondo interpersonale del bambino* - Boringhieri, Torino, 1987.

Gli Autori

BENENZON ROLANDO OMAR
psichiatra, psicoterapeuta, musicoterapeuta

BIANCHETTI ANGELO
Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia;
Responsabile UF Medicina, Clinica "Ancelle della Carità", Cremona

BONANOMI CLAUDIO
musicologo, psicologo, musicoterapista

DE BASTIANI PIERLUIGI
Responsabile Laboratorio di Neuropsicologia dell'Università di Ferrara

GALIZZI MARIA ELISABETTA
psichiatra, psicoterapeuta

GEROSA MARIA CRISTINA
musicoterapista

MANAROLO GERARDO
psichiatra, psicoterapeuta,
presidente Confederazione Italiana Associazioni di Musicoterapia

METITIERI TIZIANA
Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia;
Responsabile Servizio di Psicologia, Clinica "Ancelle della Carità", Cremona

PORZIONATO GIUSEPPE
Dipartimento di Psicologia Generale, Università di Padova.

PUERARI FIORENZO
consulente in musicoterapia, ricercatore in ambito musicoterapico

RAGLIO ALFREDO
consulente in musicoterapia, formatore,
supervisore e ricercatore in ambito musicoterapico

TRABUCCHI MARCO
Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia; Cattedra di Neuropsicofarmacologia,
Università di Tor Vergata, Roma; Presidente Associazione Italiana di Psicogeriatria

UBEZIO MARIA CHIARA
geriatra, Responsabile Nucleo Alzheimer Istituto Ospedaliero di Sospiro

VILLANI DANIELE
geriatra, Direttore Sanitario Istituto Ospedaliero di Sospiro

Finito di stampare
nel mese di dicembre 2001
per conto di Edizioni Cosmopolis
dalla Tipografia Artale di Torino
Printed in Italy

Il volume si propone di affrontare il tema dell'intervento musicoterapico nella malattia di Alzheimer, cercando di delineare una plausibile cornice scientifica e di sviluppare in modo organico i numerosi aspetti a esso connessi. Il testo presenta la malattia nei suoi aspetti clinici, neuropsicologici e riabilitativi, quindi affronta gli aspetti applicativi della musicoterapia, comprendenti fondamenti teorici e riflessioni metodologiche riconducibili a un modello musicoterapico centrato sulla relazione. Viene inoltre affrontato il tema della ricerca in musicoterapia in termini generali e, più specificamente, rispetto ad alcune esperienze condotte nell'ambito considerato.
Nell'ultima parte del volume vengono riportate le esperienze di ricerca realizzate presso l'Istituto Ospedaliero di Sospiro, luogo nel quale da oltre un decennio si applica la musicoterapia anche in ambito psichiatrico e neuropsichiatrico.
A fronte di una patologia neurologica degenerativa quale è la malattia di Alzheimer, in assenza di un intervento farmacologico risolutivo, la musicoterapia si colloca fra le varie strategie riabilitative e si pone l'obiettivo di accedere in modo diretto al corpo e alla mente del paziente facilitando l'avvio di processi espressivi e relazionali tesi a migliorare la sua qualità di vita. Il suono e la musica permettono infatti di contattare il paziente con la malattia di Alzheimer e di attuare una sorta di "rianimazione psicofisica" sottolineandone la sua unicità e irriducibilità.

Alfredo Raglio è consulente in musicoterapia, formatore, supervisore e ricercatore in ambito musicoterapico. Docente presso il Corso Quadriennale di Musicoterapia di Assisi, la Scuola di Formazione "Glass Harmonica" di Roma e i Corsi di Formazione dell'Associazione Professionale Italiana Musicoterapia (APIM).

Gerardo Manarolo, psichiatra e presidente della CONFIAM, opera da diversi anni in ambito musicoterapico. Autore di numerosi articoli e testi specifici, si occupa in particolar modo delle applicazioni musicoterapiche in ambito psichiatrico e nei disturbi psicofisici dell'età evolutiva.

Daniele Villani è Primario Geriatra, attualmente Direttore Sanitario dell'Istituto Ospedaliero di Sospiro. Si occupa di demenze da circa 20 anni. Vice Presidente Nazionale dell'Associazione Italiana Malattia di Alzheimer. Ha curata alcune pubblicazioni scientifiche e volumi in materia tra cui il "Vademecum Alzheimer", prima guida sull'argomento rivolta a familiari e operatori.

ISBN 88-87947-12-0 Lire 28.000 / euro 14,46