Ar~te

a cura di **Gerardo Manarolo**

Le cure musicali

APPLICAZIONI MUSICOTERAPICHE IN AMBITO PSICHIATRICO

Edizioni Cosmopolis

a Paola

Lætitiæ comes, medicina dolorum

a cura di **Gerardo Manarolo**

Le cure musicali

APPLICAZIONI MUSICOTERAPICHE IN AMBITO PSICHIATRICO

Prima edizione: **febbraio 2012**
ISBN **978-88-87947-53-3**

Cosmopolis
Corso Peschiera, 320 - 10139 Torino
telefono e fax + 39 - 011 71 02 09
redazione@edizionicosmopolis.it
www.edizionicosmopolis.it

Immagine di copertina: **Imgorthand - iStockphoto**

NESSUNA PARTE DI QUESTA PUBBLICAZIONE PUÒ ESSERE RIPRODOTTA O TRASMESSA CON QUALSIASI MEZZO SENZA L'AUTORIZZAZIONE SCRITTA DELL'AUTORE E DELL'EDITORE. **TUTTI I DIRITTI SONO RISERVATI.**

Indice

Prefazione *di Gerardo Manarolo* 11

Presentazione *di Luigi Ferrannini* 13

Introduzione: "Curare a regola d'arte",
processi biologici, processi creativi, processi terapeutici
di Roberto Boccalon 17

- **Parte Prima: Età evolutiva** **29**

Forme musicali e vita mentale in adolescenza
di Andrea Ricciotti 31

Musicoterapia e autismo infantile: il ruolo della "joint attention"
di Antonella Guzzoni 42

Musicoterapia e disturbi neuropsichici dell'adolescenza:
riflessioni e proposte
di Ferruccio Demaestri 66

"Anche oggi ci siamo incontrati". Musica, narrazione, realtà
di Paolo Ciampi 75

Il contrattempo autistico
di Giovanna Ferrari 87

Musicoterapia e casi impossibili:
le opportunità create da una certa modalità di ascolto musicale
di Andrea Cavalieri e Paolo Ciampi 93

Musicoterapia in acqua
di Manola Barbieri 102

La coppia terapeutica nella prassi musicoterapica
con soggetti disabili psicofisici
di Maria Virginia Bertoni 108

Possibilità di recupero neurofunzionale attraverso la musicoterapia
di Bruna Dozzo, Mauro Vaia, Luca Zoccolan 112

Sintonizzarsi con la grave disabilità
di Guido Antoniotti 115

L'intervento musicoterapico nei centri diurni e nelle comunità residenziali
per persone diversamente abili
di Gianni Vizzano 120

La musicoterapia in un contesto multidisciplinare
di Alberto Alchieri 126

L'intervento musicoterapico in ambito residenziale e scolastico: contesti, priorità e obiettivi a confronto
di Mauro Peddis, Lorenzo Tamagnone 131

- **Parte seconda: Adulti** **135**

L'approccio musicoterapico nella psichiatria degli adulti
di Gerardo Manarolo 137

La musicoterapia nei disturbi psichiatrici
di Emilia Agrimi, Laura Gamba, Roberto Poli 146

"L'abito che fa il monaco": il processo terapeutico riabilitativo di una suora di clausura in Comunità Psichiatrica
di Giacomo Cassano, Monica Carnovale 159

Processi mentali: dalla frammentazione alla ricomposizione
di Anna Maria Gheltrito 170

Musicoterapia e riabilitazione cognitiva nella schizofrenia: uno studio controllato
di Paolo Alberto Caneva, Enrico Ceccato, Dario Lamonaca 187

Forme aperte, forme chiuse: una esperienza di musicoterapia di gruppo
di Roberto Bolelli 199

Schizoaffettività e musicoterapia. L'esperienza della stabilità
di Simona Neri 206

Un concerto di storie
di Silvia Cornara 210

Il suono dentro. Un percorso di musicoterapia di gruppo in un Centro Diurno psichiatrico
di Maria Santonocito 214

La musicoterapia presso il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura
Antonio Sarcinella 220

L'intervento musicoterapico in ambito psichiatrico: invio al trattamento, sintomatologia e strategie riabilitative
di Stefano Navone 224

"Mai dire mai" live: Musicoterapia per l'integrazione sociale
di Margherita Ligorio 232

Un suono per sentirsi
di Daniele Pinato, Mario Degli Stefani 236

Musicoterapia di gruppo e disturbi del comportamento alimentare
di Paolo Giacopello 240

La cultura e la risposta all'ascolto musicale. Le immagini come garanti metapsichici
di Giovanni Del Puente, Silvia Guida, Gerardo Manarolo 246

Musicoterapia cognitivo-comportamentale di gruppo
di Alberto Maccabruni 254

La Composizione Facilitata di Canzoni nella riabilitazione psichiatrica
di Paolo Alberto Caneva 258

Il coro come esperienza di socializzazione
di Alicia Isabella Gibelli 266

L'incanto del canto: un laboratorio musicale in un centro di salute mentale
di Cristina Roveran, Mario Degli Stefani, Manuela Guadagnini 270

"La musica che accompagna". Il caso clinico di un paziente psichiatrico in riabilitazione post-traumatica
di Rita Meschini, Elisabetta Leonardi 274

"La musica è la mia vita". Musicoterapia individuale con un uomo colpito da trauma neurologico
di Manuela Guadagnini 282

Aiutare chi aiuta: musicoterapia e prevenzione del burnout
di Giuseppe D'Erba, Raul Quinzi 286

- **Parte terza: Anziani** **291**

La cura che passa attraverso la ricerca di vie di comunicazione alternative: le terapie non farmacologiche della demenza
di Simona Gentile 293

La musicoterapia presso la Fondazione Sospiro: evoluzione, sviluppi scientifici e riflessioni
di Alfredo Raglio 298

La persona al centro dell'ascolto: esperienze di musicoterapia recettiva nel trattamento del paziente psicogeriatrico
di Claudio Bonanomi, Maria Cristina Gerosa, Maria Antonietta Puggioni 306

Il valore della musica: esperienze e riflessioni sull'applicazione della musicoterapia nella demenza
di Silvia Ragni 316

Se ci sei batti un colpo. Musicoterapia con i malati di Alzheimer in struttura geriatrica
di Roberto Bellavigna 322

Musicoterapia e attività motoria nella riabilitazione geriatrica
di Cristina Barbera, Davide Bozzolo, Anna Maria Drovandi, Lisa Mocci, Antonella Privizzini, Roberto Prencipe 328

"L'incapsulamento sonoro": forme di ritiro autistico "sonoro" in un caso di demenza senile
di Mariaconcetta Gatta, Viviana Giuliano, Flora Inzerillo, Giuseppina La Galia 334

Musicoterapia e demenza: un approccio non farmacologico
di Cinzia Bonomini, Romina Custureri, Daniele Ferrarazzo, Ilaria Nolasco, Ernesto Palummeri, Massimo Veneziano 338

- **Strutture che ospitano e promuovono gli interventi musicoterapici descritti nel volume** **343**

Prefazione

Gerardo Manarolo

Il volume raccoglie le relazioni presentate in occasione del VII Congresso Confiam (28-29-30 Maggio 2010, Genova) dedicato alle applicazioni musicoterapiche in ambito psichiatrico.

Il congresso ha costituito un'importante occasione di dibattito e approfondimento sul trattamento musicoterapico della sofferenza psichica nelle diverse declinazioni che incontra lungo il nostro arco esistenziale.

Al fine di offrire una panoramica il più possibile esaustiva della realtà musicoterapica nazionale si è ritenuto opportuno integrare questi contributi con quelli recentemente apparsi sulla rivista Musica et Terapia e inerenti il disagio psichico nelle sue diverse espressioni.

L'approccio musicoterapico costituisce ormai da diversi anni una modalità di intervento riconosciuta e applicata in ambito psichiatrico dove si colloca all'interno di un progetto riabilitativo-terapeutico che cerca di rispondere alle peculiarità bio-psico-sociali dei diversi pazienti. Tale prassi ha recentemente ricevuto una importante conferma sotto il profilo scientifico.

Le linee guida Nice (National Institute for Healt and Clinical Excellence, www.nice.org.uk) del 2010 per il trattamento della schizofrenia hanno infatti incluso fra le varie modalità d'intervento le artiterapie (con specifico riferimento alla musicoterapia, alla danzamovimentoterapia, all'arteterapia) precisando come queste siano efficaci, in sinergia con i tradizionali processi di cura, per la riduzione dei sintomi negativi. Inoltre due recenti articoli apparsi sul British Journal of Psychiatry ("Music Therapy for depression: it seems to work, but how?" Anna Maratos, Mike J Cramford and Simon Procter, BJP 2011, 199:92-93. "Individual music therapy for depression: randomised controlled trial" Jaakko Erkkila, Marko Punkanen, Jorg Fachner, Esa Ala-Ruona, Inga Pontio, Mari Tervaniemi, Mauno Vanhala and Cristian Gold, BJP 2011, 199:132-139) sostengono e dimostrano alla luce di trial sperimentali come le cure tradizionali in sinergia con un trattamento musicoterapico individuale siano più efficaci nella riduzione della sintomatologia depressiva rispetto al solo trattamento tradizionale.

Il testo si articola in tre diverse sezioni (età evolutiva, adulti, anziani), ognuna delle quali ospita contributi teorici, metodologici ed esperienziali.

Tutti i lavori mantengono un profondo rapporto con una dimensione clinica. Anche i contributi di taglio strettamente teorico e metodologico (che possono presentare ipotesi interpretative, linee d'intervento, modalità di verifica ecc...) sono desunti da una pratica sul campo intensa e prolungata nel tempo.

Sul versante tecnico i diversi interventi si avvalgono sia di procedure attive (nella maggioranza dei casi) che recettive; talora le esigenze cliniche della casistica richiedono il superamento di tale suddivisione promuovendo un'integrazione delle due modalità.

Nell'ambito dell'età evolutiva gli interventi presentati sono condotti prevalentemente in un setting individuale, mentre i trattamenti rivolti agli adulti e agli anziani, a parte i casi clinici maggiormente problematici o compromessi, si esplicitano per lo più in un setting gruppale.

Tale differenza nei setting proposti può essere compresa prendendo in considerazione, da una parte, la maggior gravità dei casi trattati nell'ambito dell'età evolutiva (dove il deficit intellettivo grave e medio grave si accompagna sovente ad una sintomatologia psicotica) mentre, d'altro canto, per quanto concerne gli adulti e gli anziani l'interazione gruppale, promossa e sviluppata per il tramite del mediatore sonoro/musicale, costituisce un importante strumento riabilitativo.

Oltre a ciò si deve considerare il fatto che i contesti in cui si realizzano gli interventi (centri di riabilitazione, centri diurni, comunità terapeutiche ecc...) condizionano implicitamente e/o esplicitamente la scelta del setting (individuale/gruppale), talora per congruenza rispetto al globale progetto terapeutico-riabilitativo, a volte per esigenze organizzative o per risorse disponibili.

Ulteriore considerazione è quella relativa alla diversa specificità dei differenti interventi musicoterapici.

Nei casi più gravi (patologie autistiche dell'età evolutiva, gravi psicosi dell'adulto, quadri involutivi della terza età) l'approccio musicoterapico si configura come un intervento in grado di promuovere una dimensione comunicativa e relazionale.

Nella casistica meno compromessa sotto il profilo intellettivo e competente su di un piano interpersonale, la musicoterapia si presenta come un trattamento capace di avviare processi evolutivi sia sul versante cognitivo che su quello emotivo-affettivo.

Nel concludere mi preme sottolineare come i vari contributi rappresentino una realtà applicativa diffusa su tutto il territorio nazionale (l'elenco delle strutture che promuovono gli interventi musicoterapici raccolti nel volume, pag. 343, ne è testimonianza) e inserita nei percorsi terapeutico-riabilitativi promossi dalle diverse agenzie impegnate nella tutela della salute pubblica (Asl, Università, Centri Privati convenzionati ecc...).

Presentazione

Luigi Ferrannini
Direttore Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze ASL n. 3 "Genovese",
Past-President Società Italiana di Psichiatria.

Le diversificate espressioni di sofferenza e di patologia, che incontriamo sempre più frequentemente nelle strade, nelle città, negli interstizi e - naturalmente - nei servizi socio-sanitari, non solo psichiatrici, costringono ad interrogarci se stiamo assistendo ad in incremento esponenziale e tumultuoso della incidenza dei disturbi psichiatrici - una sorta di "epidemia" - o se, al contrario, è la normalità che sta assumendo forme e contenuti prima consegnati all'area dell'alterità e della diversità.

Questo scenario, che si presenta di per sé inquietante, si collega immediatamente ad una riflessione sugli stessi paradigmi di malattia e di cura e quindi ad una ri-definizione del concetto di terapia.

Possiamo dire oggi che esistono solo alcune terapie (tecniche e strumenti) abilitati ad essere utilizzati nell'ambito di programmi di trattamento, a maggior ragione nell'area dei disturbi connessi alla mente, al cervello, ai comportamenti, ai vissuti, alle relazioni, alle emozioni, alle aspettative, alle paure, ai bisogni, in definitiva alla soggettività (che è anche fondata su dati oggettivi ed oggettivabili) nelle sue multiformi espressioni? Certo, la progressiva separazione della psichiatria - ma anche di una parte significativa della psicologia - dall'area della cultura umanistica (pensiamo all'antropo-fenomenologia, ma anche in generale alle scienze umane ed alle scienze sociali), con un riposizionamento sul filone delle neuroscienze sta comportando cambiamenti di non poco conto.

La psichiatria si trova oggi di fronte ad un passaggio fondamentale per lo statuto scientifico, la funzione di cura, la legittimazione sociale, che comporta la necessità di una forte e netta scelta di campo, al pari di quella che ha portato al superamento delle istituzioni totali ed all'avvio del sistema di psichiatria di comunità, tra una tendenza semplificante e l'assunzione avanzata della complessità scientifica dell'agire terapeutico.

Un nuovo paradigma scientifico, in equilibrio tra matrice biologica e matrice cultural-filosofica - senza della quale non si perde solo la persona, il suo mondo ed il suo senso, ma anche la sua mente ed il suo cervello - può essere assunto solo da operatori e servizi in grado di superare i limiti della autoferenzialità, dei modelli che non possono essere messi in discussione anche quando i bisogni e le domande sono "oltre" i nostri strumenti di riconoscimento e di risposta e ne richiedono profonde e radicali innovazioni.

Questo mutamento/allargamento dei confini impone una riflessione sulle tecniche e sui setting di intervento: sulle tecniche, nello sforzo di coniugare intervento psicofarmacologico, psicoterapeutico e psicosociale in un vero approccio integrato, attento alle reali evidenze scientifiche, ma anche alla produzione di evidenze cliniche che supportino tutti i livelli di intervento; sui setting di intervento, intesi non solo come luoghi, ma anche come reti, percorsi di presa in carico e trattamento, flessibili

in relazione alle fasi della malattia, agli obiettivi del trattamento, ai contesti ed alle persone. Pensare e praticare cioè una clinica aperta a tecniche, strumenti, interventi diversificati: dal farmaco ai gruppi di auto-aiuto, attraverso snodi complessi ma sempre intesi come parti interagenti di un unico pensiero clinico e quindi di un percorso di cura "unitario e forte".

A fronte quindi di una complessizzazione degli scenari, alcuni paradigmi che hanno orientato le conoscenze e le pratiche in questi anni si rivelano fragili e meritano forti ripensamenti : la definizione del campo attuale e futuro dell'intervento psichiatrico tra malattie e comportamenti; la sostenibilità delle tecnologie sofisticate (ad esempio, neuroimaging e ricerca genetica) in un'ottica che cerchi le risposte sempre a partire dalla persona e mantenga la centralità di un approccio fondato sulla relazione e sulle tecnologie "a fattore umano"; il superamento della centralità del sintomo quale obiettivo dell'intervento, non perdendo di vista il lavoro per la esplicitazione dei vissuti e per dar senso all'esperienza di malattia; l'attenzione al rischio di un nosografismo globalizzante/metaculturale/metalinguistico/metaetnico, che rende simili le differenze ed annulla le individualità; una riflessione sui mutamenti dell'immagine sociale della malattia mentale, dei pazienti psichiatrici e degli operatori, oltre l'istituzione o la follia in essa rinchiusa e semplificata ed oltre il territorio e la follia in esso confusa e mimetizzata.

Forse l'unica strada possibile resta quella di "monter et démonter sans cesse" sempre e comunque - come ci ricordava Castel (1976) - operazione indispensabile oggi, quanto lo è stata per lo sviluppo dei processi di deistituzionalizzazione.

Ma allora, tornando alle considerazioni iniziali, quali terapie?

In una fase scientifica che vede la centralità del "paradigma delle evidenze", quale "evidenza" attribuire agli interventi che sviluppano espressione, comunicazione, prossimità, introspezione, catarsi? Possono oggi trovare legittimazione le cosiddette "artiterapie" (musica, teatro, espressività, corporeità ed altro ancora), almeno nella sfera delle terapie "non convenzionali", di cui tanto si parla, anche nelle legislazioni e nelle politiche sanitarie, essendo quindi inserite a pieno titolo nei Livelli Essenziali di Assistenza, cioè nelle prestazioni esigibili? Usare la creatività e l'espressività per entrare in contatto con se stessi, anche nelle parti più intime e sofferenti ma che comunque ci appartengono, non è gioco, non è moda, non è compiacenza, non è mostra di sé. È fatica, sempre e comunque. È accedere - utilizzare o costruire - al linguaggio emotivo, il cui alfabeto rischia di essere dimenticato o cancellato da culture della semplificazione e dell'agito, al posto di quelle del pensiero, della riflessione, della soggettività. Ecco il linguaggio personale, che rimanda all'essere, sentirsi ed essere riconosciuti come persona, e quindi al libro curato da Manarolo.

Rileggendo le presentazioni fatte in altri volumi e raccolte di esperienze, curate sempre da Gerardo, ci siamo ri-incontrati e confrontati con il pensiero di grandi maestri della psichiatria italiana.

Franco Giberti, nella presentazione del libro "L'angelo della musica. Musicoterapia e disturbi psichici" del 1996, si espone, affermando che *"l'approccio musicoterapico dovrebbe essere sempre tenuto presente e considerato ogniqualvota si formulino programmi preventivi, terapeutici e riabilitativi in psichiatria. Purtroppo si constata in realtà... che lo sviluppo ed i progressi dimostrati dalla Musicoterapia non trovano costanti e concrete realizzazioni ed incentivazioni adeguate e non marginali..."*.

Fausto Petrella, nella presentazione del libro "Manuale di Musicoterapia.Teoria, Metodo ed Applicazioni della Musicoterapia", pubblicato nel 2006 - quindi dieci anni dopo - partendo da una valutazione positiva sugli sviluppi dell'assistenza psichiatrica nel nostro Paese - differentemente da quella di Giberti -, segnala *"la necessità di inventare nuove forme di cura e di assistenza, complementari od alternative"* a quelle tradizionali, sottolineando anche la sfida di *"promuovere simultaneamente un orizzonte di attività ricche di significati ed...attivare un'operatività creativa attorno alla quale mobilitare scambi e giochi relazionali non convenzionali... tra i quali l'esperienza musicale occupa un posto privilegiato."* Petrella conclude affermando che il libro propone "una psichiatria aperta, non angusta, non soffocata da istanze tecnicistiche, e tuttavia scientificamente e filosoficamente agguerrita."

Certo, sono passati dieci anni e le esperienze ed opinioni degli psichiatri non sempre sono concordanti, ma il problema di una psichiatria aperta - se sono vere le nostre precedenti considerazioni - è più che mai oggi attuale.

Il libro curato da Gerardo Manarolo - collega, vicino di casa ed amico da tanti anni, a cui va la mia stima per la capacità di coniugare passione e tecnica con uno stile personale ed affettivo - affronta, attraverso i contributi di molti operatori "sul campo", i vari campi applicativi della musicoterapia, nelle patologie e nei luoghi di cura.

L'introduzione di Roberto Boccalon definisce la cornice teorica e culturale nella quale inscrivere l'intreccio tra processi biologici, processi creativi e processi terapeutici.

Il libro affronta, attraverso esperienze concrete, l'utilizzo di tecniche musicoterapeutiche nelle varie fasi della vita. Nell'età evolutiva, dai disturbi dello sviluppo e dell'apprendimento al trattamento delle disabilità complesse.

La sezione sull'età adulta (definizione oggi di difficile connotazione sociale, ma anche anagrafica) - che si occupa della presa in carico, nella molteplicità dei luoghi di cura, dei disturbi psichiatrici comuni e di quelli maggiori - è introdotta da un saggio di Gerardo Manarolo, che delinea come l'utilizzo di un mediatore (la musica, nel nostro caso) consente di superare il mondo della parola, per definizione ambiguo, favorendo l'incontro terapeutico *"in un territorio connotato dal corpo, dalle emozioni, da una comunicazione primaria ed in un territorio evocatore di qualità propriamente culturali ed estetiche"*. L'intervento offre uno spazio, modula la distanza, definisce un contesto, ma anche evoca la dimensione nostalgica (che non va letta come nucleo o sintomo depressivo) e si muove tra alcune antinomie (ordine/disordine, presenza/assenza, consolazione/lutto), che fanno parte della vita, dei sani e dei malati. Negli anziani, dove il rapporto tra aspetti emotivi, cognitivi e comportamentali diventa fondamentale per capire e per curare.

Quindi, l'immaginazione creativa è terapia, ed anche terapia efficace? E per quali malattie? Del corpo, della mente o di entrambi? A questa domanda non crediamo si possa rispondere in modo astratto ed asettico - come fa la scienza quando diventa "sguardo da nessun luogo" - ma solo assumendo la prospettiva dell'esperienza, del "fare con", della sfida della complessità, che è innanzitutto ordito, intreccio e non semplificazione.

Allora, non possiamo dire se la musica è una buona medicina, se non attraverso una prospettiva ed uno sguardo "dal basso", dai non-luoghi della molteplicità esperienziale, dalle persone e dalle loro irriducibili storie.

Ma questo non è alla portata di tutti. *"Vi è una differenza decisiva tra gli uomini*

che possono contenersi di fronte agli altri come spettatori - ci ricorda Von Hofmannsthal (1894) - *e quelli che dividono sempre con gli altri il dolore, la gioia, la colpa: questi sono i veri viventi"*.

La cura come confine, ovvero come spazio/processo di incontro tra persone spesso senza confini, tra teorie della mente e dei loro corpi, tra speranze e risultati possibili, tra conoscenza e dubbio. La cura per imparare a vedere e ad essere visti ovvero la cura come "recovery", oltre la guarigione spesso possibile e quella a volte impossibile, ma verso il ri-trovamento come esigenza di ogni persona, più forte in chi crede od ha perso il senso della sua traettoria vitale.

Follia e musica, in fondo, godono del privilegio della extraterritorialità, rispetto alle norme, alle regole, alle culture dominanti. Si collocano strutturalmente come "altro-da", ed al contempo hanno il compito, complesso e contraddittorio, di aiutare le persone a trovare la loro possibile normalità, lasciando aperti spazi di cambiamento e di interrogazione. Ogni storia suscita altre storie, dalla più piccola alla più grande, ed il mondo è il loro immenso, infinito contenitore.

Follia e musica, quelli oltre il conformismo ed il riduzionismo, possono attivare quello "sguardo complice della tua vita", che Alda Merini (1996) ci ricorda come necessità e bisogno di tutti, oltre la solitudine, oltre la sofferenza, oltre la follia e forse anche oltre la stessa musica.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Castel R., *L'ordine psichiatrico. L'epoca d'oro dell'alienismo*, ed. Feltrinelli, Milano, 1976.
- Giberti F., Presentazione al libro di Gerardo Manarolo, *L'angelo della musica. Musicoterapia e disturbi psichici*, ed. Omega, Torino, 1996.
- Merini A., *Lo sguardo complice*, ed. Pulcinoelefante, Osnago, 1996.
- Petrella F., Presentazione al libro di Gerardo Manarolo, *Manuale di Musicoterapia. Teoria, Metodo ed Applicazioni della Musicoterapia*, ed. Cosmopolis, Torino, 2006.
- Von Hofmannsthal H., *Il folle e la morte*, 1893.

Introduzione: "Curare a regola d'arte", processi biologici, processi creativi, processi terapeutici*

Roberto Boccalon

Psichiatra, psicoterapeuta, direttore Istituto di Psicoterapia Espressiva, Art Theraphy Italiana, Bologna

"Lei vede, ma non osserva", è il rimprovero di Scherlok Holmes al fedele Watson (Conan Doyle, 1991). Ogni esperienza conoscitiva per evitare distorsioni confusive deve, infatti, essere integrata da una riflessione, da un dialogo. Il Corpus della scienza medica, come c'insegna M. Foucault (Focault, 1969), si è storicamente strutturato attorno ad uno sguardo oggettivante che trae le proprie radici dal teatro anatomico. Tale prospettiva può ridurre lo spessore dell'intersoggettività, in un'illusione di osservare rassicurante, ma incapace di generare un dialogo vitale. L'arte del curare, nella sua concreta declinazione, nonostante gli straordinari sviluppi della tecnologia, non può eludere la relazione tra i diversi attori coinvolti, si deve misurare con le emozioni dei pazienti e dei terapeuti, con le difficoltà di tale incontro, memore del monito di W. Shakespeare: *"Siamo fatti della stessa sostanza dei sogni"* (Shakespeare, 1964), *"Date parole al dolore: il dolore che non parla bisbiglia al cuore sovraccarico e gli ordina di spezzarsi"* (Shakespeare, 1964). Le parole sono pietre miliari dell'avventura umana. La prospettiva psicoanalitica si misura con la sofferenza psichica riconoscendone una valenza dinamica, una potenzialità narrativa ed assegnando alla parola un ruolo di portavoce. Freud stesso riconosce ben presto le difficoltà della parola a farsi strada nella memoria e a trarre ricordi dall'Inconscio e si interroga su tale dinamica: *"Come è possibile che le impressioni più importanti per il nostro futuro (prima infanzia) non lascino alcuna immagine mnesica?"* (1899); *"Per particolari situazioni... remote dell'infanzia... non è possibile suscitare il ricordo"* (1914).

Per Freud il lavoro analitico, nonostante i limiti della parola, si può e si deve, comunque, avventurare nell'area dell'esperienza psichica senza ricordo: *"Sbagliavamo nel credere che il dimenticare presupponesse una distruzione delle tracce mnemoniche... per la nostra psiche... il passato sopravvive nel presente"* (1930); *"Il lavoro (dell'analista) di costruzione o, se si preferisce, di ricostruzione rivela un ampia concordanza con quello dell'archeologo che dissotterra una città distrutta"* (1937), (Freud, 1977). Le acquisizioni nel campo delle neuroscienze ci hanno permesso, via via, di comprendere meglio il senso e la natura di tali "divieti di accesso". È stata infatti evidenziata, nell'organizzazione strutturale della memoria, una valenza implicita, inconscia e non verbalizzabile accanto a quella esplicita, cosciente, narrativa. Le esperienze psichiche arcaiche del bambino, riferite alle ultime settimane di gestazione e al periodo da zero a due anni, sono, naturalmente, non verbalizzabili in quanto mai pensate, ma le loro tracce sono, comunque, "incise" come memoria implicita a livello delle struttute ippocampali. Anche esperienze successive, se partico-

larmente intense e traumatiche, possono seguire questa via. Talora la parola offerta non è, comunque, raccolta, come la vocina di Pinocchio-pezzo di legno non è presa in considerazione da Mastro Ciliegia, tutto intento a realizzare il suo progetto: la gamba di un tavolo (Collodi, 1995). Talora la parola stessa è una sponda troppo lontana, incapace di dare immediatamente "senso" e "pensabilità" all'esperienza umana, nelle sue diverse tappe e vicissitudini, come ben ci segnala Dante: *"Trasumanar significar per verba non si poria, però l'essemplo basti cui esperienza grazia serba"* (Alighieri, 1937).

Quando le parole, da sole, non bastano a contenere e comunicare l'emozione, si deve ricorrere ad altri codici espressivi, la mente umana si può appoggiare a forme primitive di conoscenza e di comunicazione, può utilizzare le "metafore mute" della produzione estetica come veri e propri oggetti di transizione (Edelman, 1993). La produzione estetica, dalle grotte del neolitico agli odierni graffiti metropolitani, ha garantito un ponte tra l'esperienza del mondo (esterno ed interno) e la sua rappresentabilità/pensabilità. Le espressioni artistiche, infatti, possono offrire a tutti strutture pre-logiche per sviluppare capacità simboliche e lingue adatte a comunicare esperienze interiori. L'opera d'arte è stimolo di conoscenza tramite la bellezza. La conoscenza estetica, per S.K. Langer, ha carattere anticipatorio: "L'opera d'arte è un simbolo non discorsivo che riesce ad articolare ciò che risulta ineffabile in termini verbali, essa esprime consapevolezza diretta, emozione, identità, la matrice del mentale" (Langer, 1957). Profili rigidi, automatici e opachi, a livello delle funzioni somatiche e/o psichiche, sono talora l'unica traccia/testimonianza recuperabile dalla "scatola nera" della memoria implicita. Essi "cantano" qualcosa di profondamente importante, sicuramente avvenuto nella mente, ma di cui non si ha un ricordo comunicabile, né recuperabile direttamente in forma di parola.

La conoscenza estetica è conoscenza poetica del profondo e ci mette in contatto con la trama più interna, nascosta della mente, come sembra alludere il poeta S. Quasimodo: *"E un sepolto in me canta che la pietraia forza come radice e mostra i segni dell'opposto cammino."* (Quasimodo, 1970). Il pittore P. Klee sembra condividere tale prospettiva: *"L'arte gioca con le cose ultime un gioco inconsapevole"* (Klee, 1959). Nella prospettiva di D.W. Winnicott, pediatra e psicoanalista, la creatività, più di ogni altra cosa, fa sì che l'individuo abbia l'impressione che la vita valga la pena di essere vissuta e un gioco di specchi, sufficientemente "a regola d'arte", è all'origine della vita psichica. È l'esperienza del lattante di essere tenuto/sorretto e manipolato e poi quella di guardare il viso della madre e di vedervi se stesso: *"E ciò che essa appare è in rapporto con ciò che essa scorge"*. Il viso della madre è come uno specchio e questo rispecchiamento: *"È l'inizio di uno scambio significativo con il mondo, un processo a due vie, in cui l'arricchimento di sé si alterna con la scoperta di un significato nel mondo delle cose viste"* (Winnicott, 1971).

Per J. Lacan, il riconoscere come propria l'immagine allo specchio significa per il bambino poter diventare spettatore di se stesso e accorgersi d'essere visibile, sia per sé, sia per gli altri. La funzione speculare, mentre rende possibile la conoscenza del Sé, può rendere possibili anche processi di costruzione di un'immagine ideale del Sé, da cui si può essere captati. L'immagine speculare è, infatti, la: *"Matrice simbolica in cui l'Io si precipita in una forma primordiale prima di oggettivarsi nella dialettica dell'identificazione con l'altro"* (Lacan, 1974) ed approdare pienamente all'esame di realtà. L'incontro con l'altro da sé è anche immagine, metafora della memoria come alterità. Se non si riesce a costruire dentro di sé una memoria dell'esperienza, che sia un "sufficientemente altro" con cui dialogare, nel corso della vita si sarà in balia della contingenza dei singoli eventi e del rischio di un'alienazione.

La recente scoperta dei neuroni specchio (Rizzolatti, Craighero, 2004), sembra suggerire il possibile meccanismo biologico che sottende a tale dialogo/rispecchiamento primario, confermando un profilo incarnato delle funzioni psichiche ed il ruolo dei codici espressivi pre-verbali nella regolazione dell'esperienza emotiva e dei processi di adattamento. La soggettività umana prende forma attraverso meccanismi cerebrali di rispecchiamento che sostengono una comunicazione diretta, non linguistica, fra i cervelli. La simulazione incarnata costituisce un meccanismo cruciale nell'intersoggettività. Attraverso uno stato funzionale condiviso da due corpi diversi che tuttavia ubbidiscono alle stesse regole funzionali, "l'altro oggettuale" diventa "un altro se stesso". Trova così conferma la lungimirante prospettiva fenomenologica tracciata da M. Merleau-Ponty: *"La comunicazione o la comprensione dei gesti avviene attraverso la reciprocità delle mie intenzioni e dei gesti degli altri, dei miei gesti e delle mie intenzioni comprensibili nel contesto di altre persone. È come se l'intenzione dell'altro abitasse nel mio corpo e la mia nel suo"* (Merleau-Ponty, 1982). Lo sviluppo psichico e la creazione di un mondo interno e parallelamente l'instaurazione dell'esame di realtà, sia nella prospettiva psicoanalitica, sia in quella delle neuroscienze, si fondano su un intreccio di sguardi, tra il soggetto e il ritratto del suo desiderio. Giocare con la produzione di immagini può, quindi, aiutare a riprendere il filo di un discorso, talora sospeso o spezzato.

La ricchezza, la complessità e l'intensità dei codici espressivi non verbali facilita l'accesso, in senso trasformativo, dalla dimensione del significante a quella dei suoi possibili significati. La prospettiva psicoterapeutica espressiva "mette in gioco" e valorizza l'intero universo comunicativo che è stato del bambino nelle diverse fasi della sua crescita, per favorire, anche ad adolescenti e adulti, un contatto con contenuti mentali primari, incandescenti, ed un loro accesso al pensiero ed al linguaggio, non distorto da rappresentazioni stereotipate. L'isola di Stromboli, vista da Panarea, appare in alcune foto un luogo del sogno, senza tempo e senza drammi. Il profilo del vulcano, con un candido pennacchio di fumo, sembra innocuo ed ispira simpatia. Ma è un'immagine "da cartolina", esente dal magma pulsionale e lontana dal ricordo di una catastrofe antica, come quella che troppo spesso, purtroppo, è data dell'adolescenza.

Un'immagine senza i tracciati dell'incertezza, che può orientare il conflitto ed i suoi rimandi, è una mappa che allontana dalla "materia mentale" dell'adolescenza e dai problemi che essa contiene. Una tale mappa non può dare un senso agli interrogativi che l'adolescente solleva, alla fatica di crescere che sperimenta, e non apre la strada a risposte possibili ed adeguate. Alcuni acquerelli di un pescatore isolano, pittore dilettante, ci permettono di vedere Stromboli in un modo diverso, da un punto di vista più interno, vissuto. Ecco allora che riusciamo a scorgere la traccia, la memoria dell'attracco difficile quando il mare è turbato, esperienza questa che ci può far scontrare con gli scogli della rinuncia e può richiamare per analogia la difficoltà dell'avvicinarsi alla comprensione di un adolescente. Possiamo anche scoprire che l'isola, vissuta da vicino, si presenta con i suoi potenziali d'energia, incandescente e pericolosa, e al contempo seducente richiamo. Anche la lettura delle riflessioni degli

allievi di una Scuola Superiore, in margine alle proprie produzioni pittoriche, realizzate in un laboratorio di arteterapia, è quanto mai interessante e ci apre spiragli di conoscenza sul "pensare" adolescente. In un incontro, per esplorare i profili del desiderio e della realtà, è proposto un lavoro individuale sul tema: *"Rappresentate con un disegno da un lato quello che siete e il luogo dove state e dall'altro come vorreste e dove desidereste essere"*.

Un'allieva disegna una palla arancione ed una stella gialla bordata di rosso e le commenta così: *"La prima è una palla che sembra voglia chiudersi sempre più in se stessa e nello stesso tempo uscire per liberarsi. Casualmente il disegno si è rotto. Questo mi ha fatto pensare che forse la palla arancione aveva voglia di andarsene dal cerchio. La stella cerca di rappresentare quello che vorrei essere, essa tenta d'essere luminosa ma non vi riesce completamente perché anch'essa è circondata. Sembra quasi una stella senza volontà, infatti tocca la palla e questo significa che non è ancora chiaro quello che vorrei essere. È difficile spiegare ciò che vedo, ma è come se la stella fosse in fondo uno stare male della palla; un male con le punte e quindi punge anche le persone intorno"*. La stessa allieva rivedendo il suo disegno dopo due anni lo commenta così: *"Riguardo la foto del mio disegno e ciò che avevo scritto dopo molto tempo, dopo che fortunatamente sono cambiate molte cose. Non mi piace rivedere questa foto perché non ho dei bei ricordi e nello stesso tempo è un sollievo sentirmi così diversa da allora. Ma devo ammettere che, anche se mi disturba tanto, qualcosa forse è rimasto che mi fa paura. Non fa niente, in fondo il disegno mi piace"*. Nello stesso laboratorio un'altra ragazza ha così commentato la sua produzione: *"Il disegno come vorrei che fossi è dominato dal giallo, un colore caldo che non sta mai fermo è allegro e vivace, ma nello stesso tempo nelle strisce e nei buchi blu scuro posso rifugiarmi per riflettere. Nel disegno di sinistra, com'è in realtà, le grosse strisce d'azzurro diritte e curve mi indicano quello che devo fare ma sono ancora presenti alcuni colori vivi come il giallo, il verde e il rosso che danno un po' di brio e un po' di movimento. Pur essendo separati piuttosto nettamente i due disegni sono quasi parte integrante l'uno dell'altro; si completano a vicenda. Ed è così anche nella realtà, so molto bene dov'è il sogno, il desiderio e dove invece inizia la realtà"*.

In un altro incontro è proposto a coppie d'allievi di rappresentare le traiettorie della crescita, delineando: "Una storia in tre momenti". Una coppia disegna un cucciolo verde, una gabbia ed un cane che sembra scodinzolare in allegria. Così commenta il lavoro: *"I protagonisti di questa storia, alcuni cani, sono prima accuditi e trattati bene, poi rinchiusi in un canile e, infine, liberati. La storia rispecchia le sensazioni di un adolescente: dapprima il bambino è accudito, su di lui sono riposte mille attenzioni e sta bene nell'ambiente in cui si trova, non ha problemi di alcun tipo. Poi, diventa adolescente e si sente intrappolato, costretto entro limiti che non accetta, che non gli sono consoni. Infine la libertà, dopo questo periodo di crisi e di costrizioni. Abbiamo avuto esitazioni rispetto alla porta della gabbia: aperta o chiusa? Alla fine abbiamo deciso di farla aperta, di lasciare la strada libera. In questo periodo il problema ci coinvolge molto: pensiamo entrambe di avere quasi completamente superato lo stadio della gabbia, pur essendo soltanto diciassettenni. Ma la libertà esiste veramente?"*. Un'altra coppia disegna due bambini di color giallo, su fondo blu, dal sapore vagamente primitivo; un cuneo, color bronzo, che sovrasta una testa rossa; un uomo color giallo, in coppia con una figura di donna, tratteggiata a matita. Entrambi i profili sono ben differenziati. Gli autori narrano così il loro "trittico": *"I due bambini, maschio e femmina, rappresentano l'infanzia, sorridono perché sono felici, sono in un periodo abbastanza tranquillo, sono sereni. L'alone giallo simboleggia la gioia, il sole che li illumina."* [...] *"Siamo travolti da tante innumerevoli emozioni, siamo travolti da noi stessi, ne siamo in parte prigionieri. Stiamo crescendo, è faticoso"* [...] *"Ci stiamo abituando a noi stessi, al nostro corpo, al mondo esterno. Le forti emozioni rallentano, il cuore batte più lentamente, siamo vicini ai rapidi pensieri ma riusciamo a controllarli con meno fatica"*.

Alla fine di un altro incontro, dove era proposto un lavoro di gruppo sul tema: "Costruire una scatola che vi rappresenti", un'allieva commentava così la sua esperienza: *"Oggi mi sono veramente divertita e ho potuto esprimere tutta la mia fantasia e creatività. Ho fatto una scatola che mi rappresenta, è rettangolare ed ai bordi ha delle sbarre, un telefono, un pezzo di stoffa rossa, un pezzo di carta stagnola come ad indicare uno specchio. All'interno si ritrova la carta stagnola e un papero giallo morbido e piccolo. Vi è anche una scritta 'sale e pepe'. Ho unito la mia scatola con quelle di Maria e Sonia mediante fili colorati, fili telefonici. C'è una grande strada che collega le tre scatole. Essendo ormai diventate esperte della comunicazione infine abbiamo collegato il nostro villaggio con gli altri villaggi. L'iniziativa è stata nostra senza che nessuno ci venisse incontro. È un fatto strano che il nostro villaggio non aveva mura, è bello pensare ad un villaggio senza mura, è un villaggio di mentalità aperta che sente il bisogno di comunicare con gli altri. Sarebbe un peccato se non si potesse comunicare"*.

L'esperienza densa ma gioiosa della messa in rete di diversi linguaggi e dimensioni dell'intelligenza apre, così, la strada ad una rappresentazione più ricca e decisa del bisogno così umano di comunità a livello dei villaggi interni ed esterni. In prossimità dell'esame di maturità, in un seminario residenziale, l'intera classe si è impegnata in un lavoro di gruppo che doveva rappresentare la sintesi di un'esperienza quinquennale. Gli allievi si sono messi tutt'intorno ad un foglio di carta largo un metro e lungo oltre dieci. In un girotondo di colori e di mani, attraverso l'integrazione e la condivisione d'oggetti parziali, concreti e simbolici, ha preso forma un'opera che presentava un'evidente, quanto imprevista, direttrice evolutiva. Ad un estremo, infatti, c'era il massimo di frammentazione ed un uso prevalente della tecnica del collage che via via lasciava il passo ad un uso sempre più deciso del colore e a profili più articolati ed unitari.

Il Cartellone, una volta portato in aula, appariva come una "seconda lavagna", a colori, non in bianco e nero come quella tradizionale, dove anche l'intelligenza emotiva può trovare alimento e possibilità d'espressione. Un'allieva dà questa descrizione del prodotto estetico e del processo che lo sottende: *"Un cartellone: questo è stato il nostro prodotto; un cartellone che racchiude tutti i nostri ricordi, desideri, attese, delusioni e novità ma soprattutto un po' della nostra vita un po' degli anni vissuti assieme... Chi entrando in classe vede appeso alla parete quello striscione, che per la varietà dei colori potrebbe sembrare un manifesto pubblicitario, non immaginerà mai il lavoro che vi è dietro; vederlo appeso là in alto era come vederci in uno specchio che rimandava la nostra immagine, la nostra storia"*. Difficilmente avremmo potuto avvicinare e conoscere in modo cosi ricco i profili dei vissuti adolescenziali, se le immagini non avessero svolto un ruolo preliminare di rispecchiamento e mediazione.

Anche nell'ambito della clinica psichiatrica si può rilevare come i vissuti profondi, pur rimanendo inizialmente lontani dall'essere consapevoli, si possono esprimere nell'atto creativo stesso trovando, in alternativa al sintomo, un proprio campo di ela-

borazione. La riflessione sulla propria produzione pittorica effettuata da un paziente adulto, ricoverato in un reparto di psichiatria d'urgenza per un serio disturbo psicotico, apre una finestra sulla materia della mente e indica al tempo stesso una traiettoria, necessaria e possibile, dalla contenzione alla comprensione: *"Sulla destra c'è il pittore, sono io con il cappello; e quello non è un bastone è il pennello. Al centro c'è una grotta con dentro un fantasma che va a zig zag tra le cose vive (tre alberelli) e le cose morte (il numero 1382); il fantasma l'ho colorato di giallo, ma non lo si può vedere e non lo si può acchiappare, perchè dentro la grotta c'è buio; ad un certo punto il fantasma si spiaccica sulla parete della grotta e così lo possiamo riconoscere"*. Sulla parete sinistra della grotta si poteva osservare una composizione di tipo astratto che per le forme ed i colori utilizzati ricordava un quadro di Mirò. Il paziente aveva frequentato solo le scuole elementari, non conosceva "consapevolmente" il mito della caverna di Platone, né l'arte moderna, ma nella sua produzione erano comunque "testimoniate" e la riflessione su di essa poteva far tesoro di tali risorse simboliche. In un laboratorio espressivo, attivato all'interno di un Centro Diurno, è stato proposto il tema: "Viaggio intorno alla casa". La produzione di immagini ha permesso anche a pazienti psichiatrici particolarmente impoveriti, sia da nodi psichici irrisolti, sia da una consuetudine assistenziale monotona e medicalizzata, di re-incontrare e comunicare vissuti antichi legati al "contenitore domestico", nel suo versante interno ed esterno.

Una paziente, utilizzando i pastelli, con un tratto leggero e i colori sfumati di una possibile aurora, disegna il mondo esterno visto dalla finestra e poi lo descrive con le parole: *"Dalla finestra della mia stanza vedo alberi... A volte mi soffermo con una matita e un foglio a riprodurre questo paesaggio. Quando c'è bel tempo si vedono le rondini volare, invece se c'è brutto tempo guardo le nubi e attraverso loro vedo delle forme che io interpreto come oggetti, cose o animali."*

Un'altra paziente, con colori a cera ben distinti e con tratto deciso, rappresenta il suo mondo interno (spazi, relazioni, emozioni) nel periodo antecedente all'esordio psicotico e, successivamente, può recuperare e narrare ricordi con particolare freschezza: *"Ho disegnato l'interno di una casa... mi sono ricordata di quando abitavo a Bologna. Era una casa piccolissima dove abitavamo in quattro ragazze. Allora avevo vent'anni e studiavo da assistente sociale. Facevo il tirocinio nelle vecchie carceri di San Giovanni in Monte. La casa, oltre che a viverci, serve anche a ricevere gli amici. Mi ricordo di una festa [...] Avevo riempito la sala da pranzo. Avevo preparato tante cose da mangiare: tartine, dolci, aranciata, coca cola, pompelmo e un po' di spumante... Avevo comperato un mangianastri e le canzoni che erano in voga negli anni sessanta. C'era chi sapeva fare a ballare e chi no, ma tutti ci siamo divertiti. Gli ospiti portarono tutti un regalino... (quello) che ho più di tutti gradito è stato un carillon con la forma di un pianoforte che suonava una musica delicata. A notte tarda se ne andarono tutti lasciando tutta la casa in disordine e la mattina dopo feci le pulizie"*.

Un paziente, rimasto precocemente orfano di madre, sviluppa la tematica della casa in modo apparentemente distaccato e scolastico: *"Ho fatto il mio disegno in modo che facesse venire l'idea di un igloo con l'antenna parabolica, per studiare le telecomunicazioni, radiocomunicazioni sulla Terra e nell'Atmosfera. Vicino all'antenna c'è un radiocomando interno portatile. Gli occupanti di questo posto si alternano per la guardia e per le ricerche ed una volta al mese arrivano i viveri. Questa è la casa tecnologica degli Esquimesi del futuro"*. Disegnando un igloo ideale, supertecnologico e scrivendo delle dinamiche domestiche degli Eschimesi del futuro egli sembra evidenziare, però, le vicissitudini del suo passato, il trauma della sua prima infanzia e le "glaciazioni interne" sviluppate in termini difensivi. Colori, immagini, parole e storie! Dopo aver "viaggiato" attorno alla casa si è proposto ai pazienti del Centro Diurno d'andare a frugare ovunque ci fossero storie, nelle opere liriche e nelle canzoni, nel cinema, nei giornali e nei libri e nei reperti del museo. Il modello dell'anfora antica è stato proposto, ad un certo punto, come contenitore estetico capace di accogliere storie.

La visita al Museo Archeologico, ricchissimo giacimento di antiche storie ad alto potenziale emotivo raccontate per immagini, ha offerto uno stimolo a lavorare su associazioni e ricorsi alle "epoche antiche della mente". Anche la fruizione dei prodotti estetici si è confermata capace di dare voce e possibilità di elaborazione al vissuto. Erano stati scelte anfore con raffigurazioni relative al ciclo omerico. Le spiegazioni della direttrice del museo hanno catalizzato l'interesse del gruppo dei pazienti, che ha fissato nella mente le vicende raccontate dalle immagini e ne ha recuperato, in un secondo tempo, significati e risonanze latenti. Una paziente, dopo la visita ha scritto: *"La guerra di Troia è come la storia tra me e mio marito, che con mio padre si discuteva sempre..."*. Un altro paziente, riflettendo sull'amore di Elena di Troia con Paride, ha scritto: *"Dalla loro unione nacque un figlio esaurito, che fu portato dal neurologo, ma invece del medico trovò un drago"* [...] *"quando ero bambino mio padre mi portava a spasso per Bologna, perché temeva di incontrare a Ferrara dei colleghi di lavoro ai quali non voleva mostrare il figlio ammalato"*. Parole espresse in semplicità, ma limpide nel loro significato e detentrici di una sofferenza che si trascina nel tempo e accompagna una vita intera. La visita al museo fa riaffiorare in una paziente un'emozione, una parte di sé seppellita e suggerisce la modalità per raccontarla. Disegna 2 anfore, una grande e una piccola e dopo aver eseguito questo disegno si accascia sul banco, sfinita. In seguito confida, a voce, alla conduttrice del laboratorio espressivo: *"Sa perché ho disegnato 2 vasi? Perché una è la mia urna e la piccola è quella dei miei 2 bambini abortiti..."*

Suoni, segni e gesti sono un alfabeto arcaico e l'esperienza creativa è fin dall'inizio, o fin da nuovi inizi, resi necessari dalle vicissitudini del disagio psichico, un dialogo possibile: *"Quando il dolore è così intenso da non avere più accesso alla coscienza, quando i pensieri sono così dispersi da non essere più comprensibili ai propri simili, quando i contatti più vitali con il mondo sono recisi, neppure allora lo spirito dell'uomo soccombe e il bisogno di creare può persistere"* (Arieti, 1974).

L'attività espressiva, che nella vecchia psichiatria era soprattutto psicopatologia dell'espressione, diventa arte là dove diventa espressione della psicoterapia, perché tanto il paziente che il suo terapeuta possono esperire nelle immagini e nei gesti delle fasi del comune percorso del processo interiore (Benedetti, 1971).

Il ventaglio dei linguaggi può offrire dapprima uno schermo su cui è possibile proiettare in modo immediato i profili del proprio mondo interno; successivamente può funzionare da specchio che rende possibile un'interiorizzazione consapevole di contenuti mentali anche incandescenti che possono così accedere al pensiero ed al linguaggio (Belfiore, 1998). Il linguaggio delle arti può accogliere trasformare e rendere intellegibile l'esperienza sorgiva, il caos emotivo originario e inconsapevole da cui sorge ogni volta un ordine affettivo/cognitivo che può essere sempre più articolatamente strutturato.

I linguaggi ordinari talora perdono di vista questo livello costituente o addirittura l'occludono. L'esperienza clinica ha portato ad un ribaltamento di prospettiva nel rapporto tra psicoanalisi ed arte. Da una radice dialettica originaria che vedeva una scienza psicologica applicata all'arte, vista quasi come un paziente da sottoporre a trattamento, si sono sviluppate esperienze e riflessioni che disegnano una scienza psicologica ed una pratica clinica ispirate dall'arte e capaci di comprendere meglio i potenziali creativi, la produzione estetica e il loro possibile ruolo nel processo psicoterapeutico.

Arte e percezione estetica si confermano, in alcuni sviluppi della prospettiva psicoanalitica, prerogative della capacità di pensiero. Per D. Meltzer la percezione e la produzione estetica non sono evento secondario, modalità riparativa, ma evento primario della vita psichica; il conflitto estetico modella gli inizi della nostra immaginazione e fantasia, così come dei disturbi della nostra vita mentale. *"La qualità evocativa del rapporto tra opera d'arte ed interprete, tra interprete e fruitore può essere accostata al modello dell'intimità madre-bambino, al loro reciproco donarsi ed interrogarsi, tanto che possiamo immaginare una madre che narra la bellezza del suo bambino ed un bambino che s'interroga sulla bellezza della madre come prototipo dell'interazione infinita"* (Meltzer, 1981).

Si può far risuonare l'inconscio (Di Benedetto, 2000) anche giocando con la produzione d'immagini e di gesti, per riprendere il filo di un discorso, talora sospeso o spezzato, senza perdersi nella complessità ed intensità dei codici espressivi.

Nella prospettiva della Psicoterapia Espressiva l'atto del creare un'immagine o una danza, non è allontanamento dal compito, attacco al processo conoscitivo e al setting che lo sostiene, ma è parte integrante del processo terapeutico (Robbins,1986; Belfiore, Colli, 1998; Govoni, 2007). Nel corso del lavoro i vissuti profondi, pur rimanendo inizialmente lontani dall'essere consapevoli, si possono esprimere nell'atto creativo stesso, trovando, in alternativa al sintomo, un proprio campo di elaborazione (Boccalon, 2007; Peciccia, Benedetti, 2006). La produzione estetica, in termini di segno grafico o motorio, si colloca come terzo polo, vertice e mediatore di comunicazione tra psicoterapeuta e paziente, permettendo l'articolazione di nuove direttrici di interazione. Esse comprendono il rapporto tra paziente e prodotto, nel quale il paziente stesso progressivamente impara a riconoscersi e vede rispecchiate parti di sé, difficoltà, difese inconsce, fantasie o bisogni; il rapporto tra paziente e terapeuta attraverso il prodotto, in cui si articolano e prendono forma dinamiche transferali e controtransferali, dando corpo al campo della relazione; ed infine l'interazione diretta tra paziente e terapeuta che consente l'intervento terapeutico e lo scambio, verbale e non, nell'area transizionale, in luogo e/o insieme al campo transferale (Luzzato, 2009). La compresenza di queste tre dimensioni comunicative permette al lavoro di procedere a più livelli in quanto la presenza dell'oggetto viene iscritta in un contesto di significazione simbolica.

Potenziali creativi e potenziali distruttivi sono, comunque, aspetti compresenti della condizione umana, due facce della stessa medaglia. G. Braque, che, nella ricerca pittorica, coniuga il coraggio e la passione con un particolare rigore cartesiano, mette in guardia sia dalle rigidità e dai conformismi difensivi di tutte le accademie, sia dalle seduzioni di un'emozione tumultuosa e senza limiti, dal pericolo di divenire degli apprendisti stregoni che non riescono a contenere i propri passi all'interno di un armonico processo espressivo. *"Amo la regola che corregge l'emozione e l'emozione che corregge la regola"* (Braque, 1982), affermava, testimoniando la necessità di associare l'ardimento della creazione innovativa con la pazienza, la precisione, la misura indispensabili alla vera armonia. W. Bion sembra condividere la stessa ricerca appassionata e la stessa preoccupazione di dare un setting possibile e vitale alle esperienze primarie: *"I meccanismi psicotici richiedono un genio per manipolarli in modo adeguato a promuovere la crescita"* (Bion, 1973).

Anticamente gli artisti suscitavano un sacro timore, erano sottoposti ad un rito che sembra volerne esorcizzare la potenza destabilizzante: *"Se un tale uomo viene da noi per mostrarci la sua arte, ci metteremo in ginocchio da lui, come davanti ad un essere raro. L'ungeremo con la mirra, gli porremo un serto di lana sulla testa e lo manderemo via, in un'altra città"* (Platone, 1973).

Anche ai nostri tempi chi cerca di declinare l'arte del curare attraverso l'arcobaleno dei codici espressivi (musicali, pittorici, coreici e teatrali) può essere oggetto di simili ambivalenze, attivate proprio dalla valenza vitale e perturbante del processo creativo. Solo coniugando tenacemente la passione ed il rigore, nel nostro lavoro terapeutico, possiamo contribuire ad attenuare tali ambivalenze e a favorirne l'elaborazione.

---

* Articolo apparso sulla rivista "Ar-té" n. 7, edizioni Cosmopolis, Torino, 2010.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Alighieri D., *La divina commedia*, Sansoni, Firenze, 1937.
- Arieti S., *La sintesi magica*, Il Pensiero Scientifico, Roma, 1974.
- Belfiore M., Colli L.M. (a cura di), *Dall'Esprimere al Comunicare: immagine, gesto e linguaggio nell'Arte e nella Danza-Movimento Terapia*, Quaderni di Art Therapy Italiana, n. 2, ed. Pitagora, Bologna, 1998.
- Benedetti G., *Segno, simbolo, linguaggio*, Bollati Boringhieri,Torino, 1971.
- Bion W., *Trasformazioni*, Armando Roma, 1973.
- Boccalon R., *Dall'Agire al Pensare: esperienze creative e percorsi psicoterapeutici*, in Ar-Tè, Quaderni Italiani delle Artiterapie, n. 2, dicembre, 2007.
- Braque G., *Diari 1917-1952*, Marsilio, Venezia, 1982.
- Collodi C., *Le avventure di Pinocchio*, Giunti, Firenze, 1995.
- Conan Doyle A., *Le avventure di Sherloch Holmes*, Newton Compton, Roma, 1991.
- Di Benedetto A., *Prima della parola. L'ascolto psicoanalitico degli affetti attraverso le forme dell'arte*, Franco Angeli, Milano, 2000.
- Edelman G.M., *Sulla materia della mente*, Adelphi, Milano, 1993.
- Focalult M., *La Nascita della clinica*, Einaudi, Torino, 1969.
- Freud S., Opere, Boringhieri, Torino, 1977.
- Govoni R.M., *The Body as Theatre of Passions and Conflicts: Affects Emotions and Defences in "Body, Movement and Dance in Psychotherapy"*, vol. 2, Issue 2 (2007), ed. Routledge.
- Klee P., *Teoria della forma e della figurazione*, Feltrinelli, Milano, 1959.
- Lacan J., *Lo stadio dello specchio come formatore della funzione dell'Io*, in "Scritti" vol. I, Einaudi, Torino, 1974.
- Langer S.K., *Philosophy in a New Key: A Study in the Symbolism of Reason*, Rite and Art, (1957), Paperback Amazon.com.
- Luzzato P., *Arte Terapia: una guida al lavoro simbolico per l'espressione e l'elaborazione del mondo interno*, Cittadella Editrice, Perugia, 2009.
- Meltzer D., *La comprensione della bellezza*, Loescher, Torino, 1981.
- Merleau-Ponty M., *Fenomenologia della percezione*, Il Saggiatore, Milano, 1982.
- Peciccia M., Benedetti G., *L'immagine nella psicoterapia psicoanalitica delle psicosi*, in Maliconico A., Peciccia G. (a cura di) "Al di là della parola, vie nuove per la terapia analitica delle psicosi", Magi, Roma, 2006.
- Platone, *Repubblica*, in "Opere", Laterza, Bari, 1973.
- Quasimodo S., *Tutte le poesie*, Mondadori, 1970.
- Rizzolatti G., Craighero L., *The Mirror neuron sistem*, Ann. Rev Neurosc., 2004-27: 169-192.
- Robbins A., *Expressive Therapy*, Human Sciences Press, New York, 1986.
- Shakespeare W., *La Tempesta*, in "Tutte le Opere Sansoni", Firenze, 1964.
- Shakespeare W., *Macbeth*, in Op. cit.
- Winnicott D.W., *Gioco e realtà*, Armando, Roma, 1971.

Parte **Prima**

Età evolutiva

Forme musicali e vita mentale in adolescenza*

Andrea Ricciotti
Neuropsichiatra infantile, psichiatra, docente corso quadriennale di musicoterapia, Pro Civitate Christiana, Assisi.

Pur essendo trascorsi diversi anni da quando il materiale raccolto nel presente articolo fu presentato per la prima volta in forma di relazione a Genova[1], non sembrano essere venuti meno né la sua proponibilità, né l'interesse che il tema del rapporto fra adolescenti e musica continua a riscuotere, in virtù, credo, della sempre rinascente attualità degli interrogativi che esso propone. Cosa passa per la testa degli adolescenti quando ascoltano certe musiche? Perché si fa uso della musica nello sballo? Alla fin fine: cosa determina le particolarità di certi tipi di utilizzo delle forme musicali da parte della popolazione giovanile?

Sono domande che, quando affrontate in contesti specialistici, lontano dal clamore un po' fuorviante dei mass-media, esigono qualche chiarimento preliminare. Ritengo utile guardare all'adolescenza come ad un territorio di per sé attraversato da tensioni contrastanti e caratterizzato da una molteplicità di potenziali e spesso coesistenti modi di essere, con conseguenti diverse possibili verità. Da cui deriva il fatto di trovarsi dinanzi ad un oggetto complesso e la consapevolezza che una sua migliore comprensione non può che derivare da un'integrazione di letture compiute da differenti angolazioni, con diversi tagli metodologici, esattamente come l'adolescente, nel corso del suo processo maturativo, deve riuscire a comporre in modo sufficientemente armonico le sue linee di sviluppo, a volte così dissonanti da configurarsi come vere e proprie linee di frattura.

Credo quindi che le varie, possibili letture (sociologica, pedagogico-musicale), siano tutte vere ed estremamente proficue. Con esse tento ora di incrociare il mio contributo, derivante da una revisione critica dei vari materiali che ho raccolto negli ultimi anni, filtrati da un'ottica che ha certamente un'origine clinica psichiatrica, ma tiene ampiamente conto da un lato dei contributi della semiologia musicale e dall'altro del patrimonio conoscitivo della psicologia e della psicoanalisi, con particolare riguardo alle ricerche sul funzionamento mentale precoce e sulla comunicazione non verbale. L'obiettivo è quello di esplorare da un punto di vista "adolescenziale" il rapporto forme musicali/mente umana.

In tale ottica, può essere utile richiamare preliminarmente alcuni presupposti del funzionamento psichico dell'adolescente, che risultano di rilevante interesse per capire qualcosa di più sui rapporti che egli stabilisce poi con l'universo sonoro-musicale:

- Iperintellettualizzazione
- Instabilità emotivo-affettiva
- Necessità del gruppo come dimensione di interazione privilegiata.

La tendenza all'iperintellettualizzazione è propiziata dal completamento della maturazione dei processi cognitivi, che consente tra i 12 e i 14 anni il pieno accesso

al pensiero astratto. Così, mentre la fase pre-adolescenziale (11-13 anni) si distingue in genere per una ostinata tendenza alla introversione, legata al fatto che la verbalizzazione dei primi turbamenti trasformativi è ostacolata da un pensiero ancora concreto-induttivo, l'esordio adolescenziale è in genere contrassegnato da una specie di esplosione dei processi di astrazione e idealizzazione, con conseguente iperproduttività simbolica che trova spesso incanalamenti nella poesia o nella filosofia.

L'instabilità emotivo-affettiva è legata ad un difficoltoso passaggio dalla semplice espressione delle emozioni, prevalentemente corporea e non elaborativa, quale è nei bambini, ad una regolazione delle medesime che consente la loro integrazione nei processi mentali consci. La "tempesta affettiva" adolescenziale, favorita dalla maturazione ormonale, determina la ricomparsa, in forma sessualmente già adulta, benché psicologicamente ancora acerba, della prorompente affettività pulsionale che era stata messa un po' in sordina dopo la fase edipica. Poiché l'integrazione della vita affettiva con quella intellettiva risulta problematica, è possibile che come temporanea via di fuga l'adolescente scelga più o meno consciamente di negare la gran parte delle emozioni, rifugiandosi in una rigida chiusura affettiva di tipo ascetico, o, al contrario, che se ne lasci travolgere, accentuando così gli aspetti "tumultuosi" della sua crescita (De Vito e Muscetta, 1997). E ancora, in quest'ultima eventualità, il travolgimento delle emozioni può prendere le strade opposte o della idealizzazione, con conseguente iperproduttività simbolica e, in senso lato, artistica (non di rado musicale), per la quale si attaglia ancora benissimo la metafora romanticista dello Sturm und Drang, o viceversa dell'acting impulsivo, che spesso viene compiuto direttamente all'interno della relazione affettiva.

Infine, la necessità della dimensione gruppale per l'adolescente deriva dall'ancora incompleta acquisizione di un'identità personale stabile e solida, per cui il gruppo assume la funzione di "sponda" e di ambito di confronto e rispecchiamento, da un lato rassicurativo e dall'altro competitivo, da cui la necessità ulteriore di rituali omologativi quali quelli di vestire tutti in un certo modo e, alle volte, anche di compiere certe "bravate" con relativa componente di rischio auto ed eterolesivo.

La sponda opposta del nostro oggetto d'interesse è costituita dalla struttura del discorso musicale, di cui è utile richiamare qui alcuni aspetti che entrano direttamente nella costruzione del rapporto adolescenti/musica. Possiamo saltare circa quattro secoli di dispute musicologiche e dare per scontato, assieme a Stefani (1987), che nel riconoscimento del senso musicale entrino in gioco, oltre alle ovvie questioni di sorgente, anche quelle dell'ascoltatore. La ricchezza espressiva della musica, dovuta alla sua possibilità di veicolare informazioni simultaneamente multiple, ambigue, anche contraddittorie, consentirebbe ai fruitori di operare scelte nel materiale in arrivo, sì da determinarne essi stessi, per buona parte, il senso, grazie ad un meccanismo psicologico di tipo proiettivo, in accordo con quanto teorizzato sia dalla psicologia della Gestalt che dalla psicoanalisi: il soggetto tende a completare con elaborazioni mentali interne le lacune formali dello stimolo, e, più in generale, ogni persona ha la tendenza a selezionare, nel mondo che la circonda, quelle configurazioni di stimoli percettivi che sono a lei più congeniali.

Oltre a ciò, la musica si presterebbe, più di altre forme espressive, ad attivare meccanismi neurofisiologici di tipo sinestesico, grazie alla possibilità di rimodellarsi su percorsi sensoriali già esistenti nell'individuo e costituiti da precedenti esperien-

ze, non necessariamente musicali, anche emotivamente complesse e quindi accompagnate da una corrispondente, intensa, risonanza affettiva (Postacchini et al., 1997). In conclusione: il senso della musica non sta (tutto) nella musica in sé, né (tutto) nelle proiezioni soggettive, ma nell'incontro fra forme musicali e vita mentale.

Il rapporto fra forme musicali e vita mentale si configura dunque come una sorta di "terra di mezzo", dove abbiamo cercato di indirizzare le nostre indagini, con molte difficoltà, legate al fatto che esplorare territori di interconnessione significa correlare parametri, indicatori e statuti epistemologici assai diversi. Negli studi dei comportamenti musicali giovanili, ad esempio, fino circa ai primi anni 90 è stato pressoché impossibile allestire ricerche capaci di esaminare più di un parametro alla volta, si trattasse dei testi, del genere musicale, delle modalità di fruizione, etc... (Ricciotti, 1996).

Da allora qualcosa è pure accaduto. Solo per quanto riguarda l'Italia, c'è chi è andato a raccogliere quello che raccontavano i ragazzini che arrivavano allo Spazio Giovani sulle loro esperienze di sballo. Altri hanno lavorato sulle esperienze di ascolto con verbalizzazione nella scuola media (Morandi, 1995; Strobino, 1996), poi sono arrivati i primi resoconti di lavori musicoterapici con adolescenti ospiti di centri diurni psichiatrici (Zanchi, 1999; Violi e Draisci, 2000) e con giovani tossicodipendenti curati per concomitanti disturbi psichici (Postacchini, 2001).

Quindi l'orizzonte si è allargato, pur rimanendo con il fuoco concentrato su una porzione relativamente ristretta del campo (in realtà, se consideriamo la mente come oggetto di indagine, il campo si rivela fin troppo largo), rispetto all'ambito delle ricerche di tipo sociologico, che esplorano tendenze e comportamenti lavorando su campioni assai ampi di popolazione. Tuttavia continuo a vedere una congruenza fra tagli pur tanto differenti. Trovo, ad esempio, un ottimo punto di partenza l'osservazione della Torti (2001) che la musica sembra rivelarsi per gli adolescenti una specie di liquido amniotico, poco significativo nei contenuti, con un valore più che altro di matrice sonora, più funzionale a produrre un "consumo di emozioni" che cornici di significato. La ricerca sociologica parte da qui per chiedersi quanto la pratica dell'immersione pressoché costante in questa sorta di bolla incida sul formarsi di un'identità generazionale. Ma se, invece, la nostra intenzione è esplorare il mondo interno del singolo, non mi sembra che il lavoro della Torti ci porti lontano dal concetto di musica come colonna sonora della nostra vita, che io reputo assai pertinente, benché non esaustivo: la musica nei film non è forse importantissima, anche se non è essa a determinare il significato del film, perché la musica non dice, ma evoca?

Il concetto di "evocazione" è quel che ci serve per ribadire che l'incontro fra forme musicali e mente umana non produce significati, ma senso, o, meglio ancora, sensi. E noi sappiamo bene che il senso, essendo connesso ad un'intuizione emotiva che precorre l'analisi, ammette in sé una pluralità di significati anche contrastanti, così come la musica consente la coesistenza polifonica di più voci e più trame allo stesso tempo, senza che la contraddizione che ne deriva pregiudichi il suo potere comunicativo (anzi), cosa impossibile o comunque confusiva nella comunicazione verbale, volta alla ricerca della precisione di significato.

Mi sembra si possa quindi azzardare la seguente correlazione: come la musica è una forma espressiva naturalmente ambigua, così anche l'adolescenza è un'età ambigua, che ammette in sé la coesistenza di trame esistenziali diverse, di percezioni spazio-temporali variabili, a volte dilatate fino alla dispersione del Sé, altre volte caratte-

rizzate da scansioni ritmiche convulse e tendenti a delimitare un campo esperienziale del Sé ristretto e ripetitivo. Quindi, quello fra età adolescenziale e musica è quasi un incontro inevitabile, anche se può avere modi e destini molto variabili.

Propongo di pensare che l'inevitabilità dell'incontro fra età adolescenziale e musica abbia un preciso substrato proprio in questa loro somiglianza isomorfica e sia poi rafforzata dal valore sociale d'uso e di scambio che il linguaggio musicale possiede, su cui non mi dilungo perché di pertinenza di altri filoni di ricerca.

A testimonianza statistica di tale inevitabilità, può risultare ancora utile, benché un po' datato, quanto riportano Brown e Handee (1990): tra i 14 e i 21 anni, i teenagers americani trascorrono un totale (medio) di circa 10.500 ore ad ascoltare musica genericamente definibile come rock. Tale valore è solo di poco inferiore al numero complessivo di ore trascorse in classe. Nello stesso periodo vi è una correlazione inversa fra aumento netto della quantità di tempo dedicata all'ascolto di musica e diminuzione del tempo dedicato alla televisione. Si può quindi dire che, almeno dal punto di vista quantitativo, il rapporto fra forme musicali e vita mentale presenta durante l'età adolescenziale un netto picco ascendente. Mi sembra che le più recenti ricerche italiane confermino questo dato anche per i nostri teen-agers (Torti, 2001).

Ci si può allora chiedere se, vista la variabilità dei percorsi di crescita individuali, vi sia anche una correlazione fra un certo genere musicale e una certa modalità di sviluppo psicologico. Ossia: può una musica priva di supporti ritmici strutturati e armonicamente "sospesa" coma la new-age prestarsi elettivamente ad operazioni di riconoscimento simbolico da parte di giovani tendenti all'elaborazione misticheggiante? Viceversa, possono musiche di alta intensità ed elevato dinamismo (secondo la parametrazione di Imberty, 1988), come l'heavy-metal o l'hard-rock, prestarsi elettivamente all'induzione di rituali aggregativi di tipo sub-culturale, inclusi quelli tendenzialmente devianti? L'evidenza dice di sì; ma a patto di tenere presente che non sappiamo granché del rapporto causa/effetto che lega la fruizione musicale ad un dato comportamento.

A tale riguardo, la letteratura è abbastanza concorde nel ritenere che non vi è un potere di induzione diretto della musica sui comportamenti e sullo stato d'animo di chi ascolta. Piuttosto musica e fruitore adolescente si "scelgono" e si costruiscono reciprocamente, con una facilità direttamente proporzionale a quella con cui la musica si presta ad assumere un ruolo potentemente simbolico del disagio e delle contraddizioni giovanili, anche nei suoi aspetti più provocatori e violenti. È logico che, da questo punto di vista, avendo avuto la musica rock fin dall'inizio la funzione di definire la cultura adolescenziale come distinta da quella della società adulta, l'accentuazione degli aspetti più esasperatamente irriguardosi e distruttivi di certi generi musicali dell'ultimo ventennio (heavy-metal, rap, hip-hop) è andata di pari passo con lo spostarsi sempre più oltre della barriera della rispettabilità, che, sola, poteva marcare una vera differenziazione generazionale fra i giovani del terzo millennio ed un mondo adulto che nel frattempo è "invecchiato" in modo giovanilistico assieme ai propri miti rock, molti dei quali ancora in piena attività. Ma, implicazioni sociali ed estetiche a parte, è difficile non cogliere, per esempio, la somiglianza isomorfica fra un modo molto ristretto di esperire la realtà, basato soprattutto su una ripetitività ritualizzata, ed un tipo di musica come l'hard-core od altre forme parimenti esasperate del genere techno, dove l'idea sonora di colpire brutalmente il sistema percettivo di ascolto sembra collimare con l'autolesionismo delle varie e fantasiose forme di piercing estremo, intese come strumento di comunicazione, magari distorta, e di rappresentazione corporea.

Quanto al rapporto fra musica e stati modificati di coscienza, la situazione più nota e più vicina a noi è quella osservabile nelle discoteche, o comunque legata a manifestazioni, come i rave party, in cui la fruizione della musica si realizza in condizioni per lo più atte alla ricerca dello sballo, attorno al quale si sono coagulate nel tempo ampie e specifiche sottoculture. Si tratta di una situazione in cui la "stimolazione musicale" è soltanto uno, seppure importante, dei fenomeni in gioco. Non è un caso, infatti, che la fruizione della stessa musica, se sperimentata in un contesto diverso (privata di un certo tipo di amplificazione, di utilizzo delle luci, della dimensione collettiva di ascolto), non produca identici effetti, sia in termini di qualità che di intensità (Ricci Bitti, 1996). Senza considerare, ovviamente, il fatto che in molte di queste esperienze gli effetti di modificazione dello stato di coscienza sono da attribuire in primo luogo all'uso di sostanze di varia e mutevole composizione chimica (Pardo, 1997).

Di certo, sia la componente ripetitiva di musiche come la techno, sia l'effetto psicolettico delle sostanze da abuso, sia la densità aggregativa dei partecipanti, oltre all'uniformazione dei movimenti e dell'abbigliamento secondo i codici di appartenenza al gruppo, favoriscono il processo di "diluizione dell'io" e di deindividuazione, con conseguente "diffusione" dell'identità personale nel contesto gruppale. Non bisogna tuttavia pensare che un simile contesto ritualizzato e ripetitivo impedisca la comunicazione, che invece, almeno a tratti, è ben viva, soprattutto a livello non-verbale, tanto da consentire agli adolescenti di affermare che, nel complesso, "con la house si cucca di più, con l'hard-rock di meno".

Quegli stessi adolescenti, quando accettano di raccontarsi, esplicitano che la ricerca di uno stato modificato di coscienza è un piacere, anche se non privo di rischi, e si direbbe che in un certo senso sia addirittura una necessità. Il che, per certi aspetti, ci obbliga ad un accostamento con le culture extraeuropee, in cui da sempre i rituali collettivi di trance fanno parte della vita sociale (Lapassade, 1993). Proprio Lapassade, in un suo recente intervento (2001) ha suggerito che, nella trance, la musica non avrebbe tanto una funzione induttrice quanto regolatrice. Ciò sarebbe peraltro in accordo con quanto viene teorizzato sin dai tempi di Platone a proposito della funzione ordinatrice svolta dalla musica, in particolare dal ritmo, sul modo in cui noi organizziamo i movimenti e, in senso traslato, tutta la nostra esistenza (l'espressione originale di Platone è: "il ritmo è ordine nel movimento"). Se questo è vero per i vecchi e consolidati rituali del candomblé brasiliano e del tarantismo pugliese, potrebbe essere vero, almeno potenzialmente, anche per il modernissimo rituale della techno-trance, dove la ripetitività è certamente anche sinonimo di ipnoticità, ma dove la musica di per sé non è tanto fattore di induzione della trance quanto piuttosto di transduzione di stati d'animo in espressività corporea, e viceversa. In un'ottica di psicologia sperimentale, "transduzione" potrebbe voler dire passaggio dalla semplice espressione alla regolazione delle emozioni. Oppure, in un'ottica psicodinamica, quanto teorizzato da Lapassade potrebbe corrispondere a quella regolazione ("terapeutica" per definizione) di tempo interno e tempo esterno, operata dalla musica secondo Ehrenzweig (1977) e Winnicott (1954), che è il fondamento della funzione rassicuratrice che essa svolge. Ma, infine, ciò non toglie che i moderni rituali di trance alle

volte siano semplicemente una fuga, e altre volte ancora l'espressione di un disagio individuale anche grave, che occorre saper decodificare.

Occorre anche precisare che l'esemplificazione di alcuni filoni musicali fruiti da frange più o meno significative di giovani bianchi e/o neri (rock, rap, etc...), non esaurisce certo il discorso su quali musiche si prestino maggiormente a favorire le operazioni di rispecchiamento da parte degli adolescenti. Non solo, infatti, vanno considerate le musiche atte a favorire operazioni meditative di tipo mistico, ma va considerata, più in generale, la tendenza dell'adolescente a vivere in termini di sfida, prima di tutto con se stesso, anche il rapporto con gli oggetti culturali. Da questo punto di vista, non vorrei ritrovarmi appiattito nella posizione di quanti se la prendono con le istituzioni educative per il cattivo servizio che esse rendono ai generi classici (argomento per il quale rimando a quanto scritto, fra gli altri, da Franca Ferrari, 1993). La faccenda è più complicata: si può essere tentati di pensare che la musica classica assomigli meno del rock, o della techno, a certe forme del pensiero giovanile, ma poi accade che lo stesso adolescente che ostenta in modo provocatorio la sua appartenenza a frange musicali identificate in qualche sottogenere heavy-metal o dark, desideri poi, in un contesto intimo e comunque non a scuola, confrontarsi con tutt'altro materiale musicale, magari sinfonico od operistico. L'eccesso un po' megalomanico e la provocazione sono sempre dietro l'angolo, ma, se si è pronti a decodificare e rimettere in gioco anche questi aspetti, è facile sentirsi proporre l'ascolto di brani come la sonata opera 111 di Beethoven (Zanchi, 1999), o la IX° sinfonia di Mahler, la cui ardua fruizione viene spesso paragonata nelle verbalizzazioni all'arrampicata di una vetta, metafora che a sua volta rimanda a suggestioni petrarchesche e goethiane di cui non molti dei soggetti verbalizzanti sono direttamente consapevoli per conoscenza scolastica e che lascia dunque supporre un' ascendenza archetipica geneticamente e/o culturalmente trasmessa, ben più che transgenerazionale, di alcune associazioni simboliche. La questione dell'armonia e delle sue leggi sembra spesso affascinare questi adolescenti, come se anche qui avvenisse una specie di rispecchiamento isomorfico fra il problema della costruzione, sperabilmente armonica, di una personalità matura e il problema della costruzione più o meno arditamente armonica del discorso musicale.

Potremmo anche dire che, nella fluttuazione a tratti tumultuosa dello sviluppo adolescenziale, vi è una naturale tendenza ad oscillare fra pensiero di rottura e pensiero conformista, quest'ultimo da intendersi come tentativo di recuperare, a tratti, un assetto sufficientemente rassicurante. Nulla di strano, quindi, che la fruizione di musiche "estreme" come l'hard-core possa accompagnarsi o alternarsi all'ascolto dei Lùnapop o dei Backstreet Boys. Si delinea così un rapporto fra forme musicali e vita mentale adolescenziale articolato fra due opposte polarità, rappresentate dalle triadi:

prevedibilità armonica
rassicurazione
conformismo

complessità armonica
inquietudine
originalità

In sostanza, se musica e mente umana si assomigliano, musica e mente adolescenziale si assomigliano all'estremo. Ma, per tornare alle osservazioni della Torti (2001), si assomigliano nel senso che ci viene testimoniato da Jacques Brel in un'intervista del 71: "un uomo passa la vita a compensare la sua infanzia. La vita si completa verso i 16-17 anni. Ha già avuto tutti i suoi sogni. Non li conosce ancora, ma gli sono passati dentro..."

Se è così, allora è proprio un collante sonoro, una matrice appunto, a legare fra loro i sogni giovanili, anche quelli non ancora conosciuti ma già passati dentro. Ed è, spessissimo, all'interno di un'esperienza musicale che anche a distanza di anni diviene possibile la rappresentazione evocativa ed il riconoscimento a livello emotivo di quei sogni. Non è naturalmente solo la musica a favorire tale tipo di operazione evocativa. Possiamo dire che, ad un estremo, il massimo di immediatezza dell'impatto sensoriale in una forma non strutturata è rappresentato dalla stimolazione olfattiva, quale è mirabilmente testimoniata da Proust (1917) nell'arcinoto episodio della madeleine imbevuta nel tè (ma anche da Suskind, lungo tutto l'arco di quello straordinario romanzo che è Il Profumo), mentre all'altro estremo il massimo di evocazione strutturata è ciò che viene indotto dalle forme di espressività artistica che mettono in gioco l'analizzatore visivo (pittura, scultura). Da questo punto di vista, la musica si colloca in un territorio intermedio.

Quindi la musica, colonna sonora della nostra vita, si presta più a fare da sottofondo rispetto ad altre forme di espressività, e questo potrebbe spiegare in parte perché gli adolescenti associno di preferenza il concetto di emozione estetica a qualcosa di fruito visivamente (si tratti di pittura o paesaggio), piuttosto che acusticamente (Zammuner, 2001). Ma si potrebbe anche ipotizzare che il tipo di emozione cui si associa la musica è talmente profondo e intimo da non essere collegabile in prima battuta ad un'idea estetica. Profondo e intimo vuol dire anche difficilmente elaborabile? Sarebbe questo l'anello oscuro della catena che attiva a volte il corto circuito musica-emozione inelaborabile-comportamento disturbato come scarico emotivo?

In attesa che da questa domanda abbiano origine nuove esperienze di ricerca, io dò qui per scontato che chi legge riconosca l'esistenza in ciascun individuo di un mondo interno, avente pari importanza e verità di quello esterno. Altrove, poi (Postacchini et al., 1997), abbiamo già teorizzato che, non esistendo la musica buona o cattiva in sé, le potenzialità di stimolazione emotivo-affettiva, di cui è fecondo portatore l'universo sonoro, si prestino a favorire tanto uno sviluppo psicologico e relazionale evolutivo quanto uno sviluppo regressivo e distruttivo, e quindi possano favorire o meno una sintonizzazione armonica fra mondo interno e mondo esterno, a seconda che nei suoi confronti si producano due diversi tipi di ascolto e di atteggiamento:

a) ascolti in stato di più o meno profonda regressione, legati al funzionamento per assunti di base secondo Bion (1961) e all'utilizzo di meccanismi mentali fondamentalmente non elaborativi, di tipo schizo-paranoide. Sono ascolti caratterizzati da una tendenza all'immobilità, anche paradossalmente rappresentata dal ripetersi di movimenti stereotipi, e al non cambiamento. Risulta facilitato, in questo ambito, lo stimolo a desiderare musiche che possano favorire il mantenimento dello status quo, in una specie di circolarità senza tempo, da non confondere con la ritualità, tutto sommato progressiva, che caratterizza le esperienze di trance quali si hanno nei riti sciamanici.

b) ascolti in stato di progressione, legati a funzionamenti centrati sulla realizzazione di un compito, con utilizzo di meccanismi di difesa maturi, che corrispondono ad una posizione psichica elaborativa e sufficientemente armonica da potersi sintonizzare con la reale profondità dei sentimenti propri e altrui. Sono ascolti caratterizzati da una disponibilità all'idea che l'esperienza musicale stessa possa produrre dei cambiamenti, quindi da una competenza a riconoscere elementi formali e variazioni del discorso musicale. Un funzionamento mentale di questo tipo caratterizza il modello di cultura (intesa come codice condiviso di valori antropologici ed artistici non contingenti) cui il gruppo o il singolo si uniforma in modo critico e consapevole.

Resta inteso che la musica può essere usata anche in modo neutro. A tale riguardo, potrebbe essere interessante un confronto fra la suddivisione psicodinamica delle condotte di ascolto e la classificazione sociologica (ascolto strutturale, partecipativo, concentrato, ecc...). Probabilmente, l'atteggiamento regressivo o progressivo risulterebbe trasversale all'interno delle varie categorie in cui viene suddiviso l'ascolto "d'uso e di scambio", e ne uscirebbe una griglia assai utile per correlare fra loro atteggiamenti sociali e stati d'animo nelle varie forme di consumo musicale. Per esempio, il fatto che la techno venga usata sia per sballare che per "cuccare", dimostra come sia possibile fare della musica un uso partecipativo "di scambio", all'interno di una condotta d'ascolto regressiva. In questo caso, si potrebbe dire che c'è un'intesa fra due o più persone che si sintonizzano sull'assunto di base di disattivare temporaneamente alcuni meccanismi elaborativi mentali.

Per riprendere Philip Tagg (1993), si potrebbe sostenere che i gruppi per assunti di base, organizzati in modo difensivo rispetto all'esterno, sono caratterizzati da una scomparsa della figuralità e dell'individualità e da una attivazione massiccia dello sfondo, sotto forma di ripetizione, mentre i gruppi di lavoro, dotati di sufficienti capacità di adattamento e tolleranza delle frustrazioni, sono caratterizzati da un emergere della figura, mentre la ripetizione viene mantenuta sullo sfondo. Ora, immaginando il funzionamento del gruppo come quello di una mente unica e viceversa le varie funzioni mentali articolate fra loro in modo gruppale, è facile assimilare l'attivazione massiccia dello sfondo descritta da Tagg ad una attestazione sia del gruppo, sia della mente unica su modalità regressive e non elaborative di esperire la realtà. E sarebbe proprio l'inarrestabile tendenza alla scomparsa di una vera soggettività individuale nei rituali di fruizione musicale, con assunzione del ruolo di protagonista da parte dello "sfondo" (uno sfondo che nei rave party può essere di migliaia di persone), a caratterizzare questa nostra epoca, per cui i generi musicali prevalenti sono quelli, come la techno, che favoriscono tale tendenza. Ma forse anche nella produzione musicale di questi ultimi 40 anni è accaduto qualcosa di simile. Per esempio, la maggiore presenza di gruppi rispetto a singoli esecutori o cantanti, nell'ambito del pop e del rock, potrebbe essere in qualche modo legata alla tipicità del funzionamento gruppale in età giovanile. Anche qui, con risultati distribuiti in modo assai vario lungo il continuum regressione-progressione. Certo, leggere quali erano le modalità di reciproca stimolazione e controllo che esercitavano l'un l'altro i Beatles, è una autentica lezione sull'equilibrio fra creatività ed esercizio critico che può determinarsi quando un gruppo giovanile, ricco di energie cognitive e affettive, raggiunge una posizione elaborativa matura (Woffinden, 1983; Mc Donald, 1994).

Ci sono, quindi, cose buone e cose meno buone sotto il cielo del rapporto musica/adolescenza. Mi sono soffermato a lungo sugli aspetti regressivi perché sono quelli che creano più ansie sociali, per cui è bene averne una visione criticamente approfondita e non demonizzante. Vorrei invece concludere restituendo la giusta rilevanza alle potenzialità progressive. Ogni qualvolta una mente o gruppo adolescenziale si trova (o viene messo in condizione di trovarsi) in una posizione più o meno consapevolmente elaborativa, interessata allo sviluppo del pensiero musicale, disponibile ad un ascolto evocativo, questa sarà allora in grado di percepire quelle che Gaita (1991) chiama le "forme felici" della musica, che evocano direttamente, tramite associazioni fonosimboliche, gli affetti e i sentimenti. Un ascolto di questo genere, che può configurarsi nei suoi gradi più compiuti addirittura come creativo (Borghesi, 1997), rende possibile alla musica di prestarsi ad una correzione in senso rassicurante del vissuto temporale, poiché essa rimanda ai vissuti affettivi delle prime relazioni oggettuali e delle prime separazioni, che il bambino deve responsabilmente affrontare producendo simboli come "rappresentanti dell'assenza". I simboli, a loro volta, consentono di comunicare stati mentali e di costruire uno spazio semantico relazionale basato su valori condivisi; nello stesso tempo rendono tollerabile la frustrazione della separazione e sono quindi portatori in proprio di quel valore "consolatorio" che in definitiva è l'elemento caratterizzante di tutte le forme di espressione artistica e che rende ampiamente ragione sia della "fatica", sia dell'appagamento che ci viene testimoniato dalla verbalizzazione di molti ascolti adolescenziali.

Il valore "consolatorio" della musica è ben espresso nel mito di Orfeo, il quale rappresenta, oltre a molti altri significati, anche il prototipo simbolico di tutte le separazioni e della possibilità di elaborarle attraverso la trasformazione del ricordo nostalgico in linguaggio artistico. Allora, in quest'ottica non parrà strano un salto di millenni fino a citare per l'ennesima volta Stern (1985), il quale, nel descrivere il processo di comunicazione non verbale attraverso la sintonizzazione degli affetti fra madre e bambino, si è riferito precisamente alle qualità musicali degli stimoli, vocali ma anche corporei e motori, che madre e bambino si trasmettono reciprocamente: intensità, durata, intonazione, ritmo, e così via. Sarebbe dunque questa la base psicologica che consente nelle fasi successive della vita di utilizzare la musica come un ponte di collegamento, non il solo ma certo uno dei più efficaci, fra vita mentale conscia e vita emotiva-affettiva preconscia.

---

* Articolo apparso sulla rivista "Musica et Terapia" n. 9, edizioni Cosmopolis, Torino, 2004.

(1) L'Autore si riferisce al Convegno "Crescere con la Musica" tenutosi a Genova il 2 giugno 2001.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Bion W.R., (1961), *Experiences in groups and other papers*, Tavistock Publications Ltd, London (trad. it. *Esperienze nei gruppi*, Armando, Roma, 1971).
- Borghesi M., *Studio sul potenziale terapeutico dell'ascolto creativo*, Musica & Terapia, Vol. 5 n. 2, Boccassi, Alessandria, 1997.
- Brown E.F., Handee W.R., (1989), *Young people and rock music; psychological and social considerations*, in "Jama", 262 (trad. it. *I giovani e la musica rock. Considerazioni psicologiche e sociali*, in "Jama", 1990, 2, pp. 149-55).
- De Vito E., Muscetta G., (1997), *Per un approccio alle problematiche psicopatologiche dell'adolescente*, in G. Fava-Viziello (a cura di), "Tra genitori e figli: la tossicodipendenza", Masson, Milano.
- Ehrenzweig A., (1965), *The psychoanalysis of artistic vision and hearing*, Sheldon Press, London 1975 (trad. it. *La psicoanalisi della percezione della musica e delle arti figurative*, Astrolabio, Roma, 1977).
- Ferrari F., *Relazioni musicali a scuola*, PUM, Progetto Uomo-Musica n. 3, P.C.C., Assisi, 1993.
- Frohne Hagemann I., *Music Therapy Aesthetic Dimensions*, lettura magistrale, V° Convegno della European Music Therapy Association, Napoli, 22/04/2001.
- Gaita D., *Il pensiero del cuore: musica, simbolo, inconscio*, Bompiani, Milano, 1991.
- Imberty M., *Suoni Emozioni Significati*, Clueb, Bologna, 1988.
- Lapassade G., (1987-1990), *Les états modifiés de conscience*, La transe, PUF, Paris (trad. it. *Stati modificati e trance*, Sensibili alle Foglie, Roma, 1993).
- Lapassade G., *Lettura magistrale introduttiva*, V° Convegno della European Music Therapy Association, Napoli, 22/04/2001.
- Mac Donald I., (1994), *Revolution in the Head*, Fourth Estate Ltd (trad. it. *The Beatles*, l'opera completa, Mondadori, Milano, 1994).
- Morandi A., *Ascolto e creazione di senso*, PUM, Progetto Uomo-Musica n. 8, P.C.C., Assisi, 1995.
- Pardo P.G., *Le Controculture Giovanili*, Xenia, Milano, 1997.
- Postacchini P.L., *Musicoterapia e tossicodipendenza*, "Musica et Terapia", n. 4, ed. Cosmopolis, Torino, 2001.
- Postacchini P.L., Ricciotti A., Borghesi M., (1997), *Lineamenti di Musicoterapia*, (ristampato col titolo *Musicoterapia*), Carocci, Roma, 2001.
- Postacchini P.L., Ricciotti A., Borghesi M., *Affetti e forme musicali*, in Marconi L. (a cura di), Atti del Convegno internazionale "La Significazione Musicale fra Retorica e Pragmatica", Università di Bologna, Clueb, Bologna, 1997.

- Proust M., (1917), *La strada di Swann*, (trad. it. di Natalia Ginzburg, in "Alla ricerca del tempo perduto", ediz. critica a cura di M. Bongiovanni Bertini, Einaudi, Torino, 1978).
- Ricci Bitti P.E., *Musica, emozioni e modificazioni dello stato di coscienza*, in G. Stefani (a cura di), Musica "fuori di sé", Quaderni di musica applicata, n. 18, P.C.C., Assisi, 1996.
- Ricciotti A., *Musica e comportamenti devianti della popolazione giovanile: revisione della letteratura*, in G. Stefani (a cura di): Musica "fuori di sé", Quaderni di musica applicata n. 18, P.C.C., Assisi, 1996.
- Stefani G., *Il segno della Musica*, Sellerio, Palermo, 1987.
- Stern D.N., (1985), *The interpersonal world of the infant*, Basic Books, New York (trad. it., *Il mondo interpersonale del bambino*, Boringhieri, Torino, 1987).
- Strobino E., *Una musica pesante, trame e intrecci da un microcosmo quotidiano*, PUM, Progetto Uomo-Musica n. 9, P.C.C., Assisi, 1996.
- Suskind P., *Das Parfum*, (trad. it. Il Profumo, Longanesi, Milano, 1985).
- Tagg P., (1993), *From Refrain to Rave. The Decline of Figure and the Rise of Ground*, (trad. it. *Popular music. Da Kojak al rave*, a cura di R. Agostini, L. Marconi, Clueb, Bologna, 1994).
- Torti M.T. (a cura di), *I suoni dei giovani*, ricerca promossa dalla Provincia e dalla Università di Genova, 2001
- Violi R., Draisci G., *L'esperienza musicale in Rotonda*, Mariotti M., Frison R. (a cura di), Relazioni terapeutiche e adolescenti multiproblematici, F. Angeli, Milano, 2000.
- Winnicott D., (1954), *Play and Reality*, (trad. it. *Gioco e Realtà*, Armando, Roma, 1974).
- Woffinden B., (1981), *The Beatles apart* (trad. it. *Beatles solo*, Gammalibri, Milano, 1983).
- Zammuner V.L., *L'Emozione estetica in adolescenza*, in Matarazzo O. (a cura di), "Adolescenza ed Emozioni", Liguori, Napoli, 2001.
- Zanchi B., (1999), *Ascoltando la Sonata 111 di Beethoven in compagnia di Kurt Cobain. Un approccio musicoterapico in una semiresidenza psichiatrica per adolescenti*, in G. Rigon, S. Costa (a cura di), Atti del Convegno internazionale "Comportamento e Disturbi Psicopatologici in Età Evolutiva", Regione Emilia-Romagna, 1999.

Musicoterapia e autismo infantile: il ruolo della "joint attention"

Antonella Guzzoni
Musicista, musicoterapista, Istituto Diurno Riabilitativo per disabili in età evolutiva "Casa del Sole" onlus, Mantova.

Premessa

Il tessuto degli scambi comunicativi è contrassegnato da una fondamentale caratteristica : la reciprocità. Fin dai primi giorni di vita ciò che percepiamo non è semplicemente il comportamento dell'altro, ma la sua reciprocità rispetto al nostro. I segnali di questa reciprocità iniziano molto presto: subito dopo la nascita i bambini si impegnano in interazioni "ritmiche" con chi si occupa di loro. Precocissimamente compare l'interesse per il volto e per le modulazioni della voce. Già a partire dal 5° mese di vita compare l'impegno condiviso e la comprensione degli scopi implicanti gli oggetti. Ciò che l'adulto cattura attraverso semplici giochi (ad es. il gioco del "cucù-settete" o il "gioco del clown" descritti da Bruner (1983) come "format" d'interazione privilegiati) non è una semplice risposta attentiva, ma viene contattata globalmente la curiosità del bambino, incoraggiato ad essere attivo nell'esperienza attraverso il contatto affettuoso che si modula sulla sua emotività nel "fare qualcosa insieme". Nel bambino autistico, questa capacità di condividere un focus attentivo e di interesse reciproco è deficitaria, alterata qualitativamente e quantitativamente con aspetti disfunzionali implicati. Questo non significa che sia del tutto assente. Vi sono numerose situazioni nelle quali questi bambini provano interesse, curiosità, ricercano lo sguardo e la vicinanza dell'adulto, vocalizzano e sorridono, eccitandosi positivamente per un evento o per una proposta; manifestano quindi competenze sociali largamente impreviste dai modelli che inquadrano gli aspetti patologici. Ciò accade soprattutto quando l'ambiente e le proposte sono organizzate in contesti rispettosi delle loro caratteristiche e dei loro bisogni. All'interno di una terapia affettivo-relazionale quale la musicoterapia, la promozione dell'attenzione condivisa assume un significato particolare, poiché viene ricercata attraverso il ruolo cruciale delle "sintonizzazioni affettive" (Stern,1985) che affondano le proprie radici nel terreno della comunicazione pre-verbale.

Il presente studio, inserito in ambito clinico, è finalizzato ad osservare, analizzare e ad indagare il costrutto dell'Attenzione Congiunta (Joint Attention) nei quadri di autismo infantile all'interno del setting musicoterapico. Il progetto si è rivolto a 15 bambini - ragazzi in età compresa dai 5 ai 15 anni con diagnosi di autismo o inquadrabili all'interno dei disturbi pervasivi dello sviluppo con associato Ritardo Mentale (grave, medio-grave, medio). L'esigenza di aprire un focus di studio sulla Joint Attention è nata dall'esperienza personale della musicoterapista, maturata in diversi anni di lavoro presso l'IDR (Istituto Diurno Riabilitativo) "Casa del Sole" di Mantova che si rivolge all'Età dello Sviluppo. In questa cornice applicativa, la musicoterapia è inserita nei progetti riabilitativi individualizzati accanto ad altre dieci terapie.

La prima fase del progetto ha previsto un percorso di studio e formazione teorica della musicoterapista, supervisionata dal Neuropsichiatra Infantile, sui seguenti argomenti:

- Eziologia e psicopatogenesi dell'autismo
- Studio dell'intersoggettività nell'ambito dell'Infant Research
- Conoscenza dei precursori della comprensione degli stati emozionali
- Origini e sviluppo dell'Attenzione Condivisa : evoluzioni tipiche e atipiche
- Approfondimento inerente al substrato neurofisiologico dell'attenzione condivisa e della dimensione intersoggettiva

In seguito si è cercato di mappare con strumenti osservativi specifici (analisi dei diari di seduta e di videoregistrazioni) se, in che misura e con quali modalità si sono presentati, nel corso delle sedute di musicoterapia, momenti di attenzione condivisa. Le sedute sono state condotte individualmente con frequenza settimanale. Gli obiettivi del percorso musicoterapico sono stati definiti (dopo un periodo di assessment di 4/5 sedute) all'interno del Progetto Riabilitativo Individualizzato approvato dal Neuropsichiatra infantile. Come riferimento temporale sono stati analizzati i diari terapeutici (macro-analisi delle interazioni Musicoterapista/Bambino) e le videoregistrazioni (micro-analisi delle interazioni Musicoterapista/Bambino) riferiti a bambini e ragazzi che hanno ricevuto un periodo di trattamento dai 2 ai 4 anni di musicoterapia continui. Le informazioni sui diversi casi clinici sono state valutate nell'ambito delle riunioni d'équipe multiprofessionale (verifiche intermedie, incontri metodologici di settore).

1. I disturbi dello Spettro autistico: dalla debolezza intrinseca alla "scommessa" terapeutica

L'autismo si configura come una disabilità permanente che accompagna il soggetto nel suo ciclo vitale, anche se le caratteristiche del deficit assumono un'espressività variabile nel tempo. Alcuni autori di matrice anglosassone parlano di spettro autistico per indicare l'estrema variabilità individuale che si cela sotto l'etichetta diagnostica di "autismo" (Wing, 1996). Le classificazioni internazionali (ICD-10: Disturbo pervasivo dello sviluppo) e (DSM IV: Disturbo generalizzato dello sviluppo) focalizzano entrambe l'attenzione per le direttive diagnostiche su tre criteri di base:

1. Alterazione della capacità di interazione e reciprocità sociale
2. Anomalia grave a livello dei processi comunicativi e del linguaggio
3. Presenza di modalità di comportamento, interessi e attività ristretti, ripetitivi e stereotipati

Gli ultimi due decenni hanno visto la fioritura di diversi modelli esplicativi, che hanno cercato di organizzare attorno ad alcune ipotesi fondamentali, le evidenze sperimentali e i dati provenienti dalla clinica, dalla psicologia e neuropsicologia, dalla neuropatologia, dal neuroimaging, dalle scienze cognitive e del neurosviluppo, dagli studi della biologia, della genetica e dell'epidemiologia psichiatrica, in quel crocevia interdisciplinare in tumultuosa espansione che è diventato, negli ultimi anni, il tema dell'autismo. I modelli proposti sono molti, ognuno di essi ordina e integra in modi diversi il corpus (o una parte del cor-

pus) delle evidenze disponibili, stabilisce collegamenti tra aspetti della clinica dell'autismo e dati delle discipline di base e, organizzando gerarchie e coerenze tra sintomi clinici, ha un certo potere esplicativo sulla complessa ed eterogenea sindrome autistica. Il puzzle dell'autismo sembra ancora al di là di qualsiasi ricomposizione unitaria (Barale, Ucelli, 2006). Le evidenze che si sono accumulate vanno sempre comunque più chiarendo il substrato biologico nella determinazione della sindrome (Gillberg, Coleman, 1992). Considerando la complessità dell'argomento, per superare il disorientamento degli operatori coinvolti nella diagnosi e nella formulazione del progetto terapeutico, sono emerse negli ultimi tempi da parte della Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (SINPIA, 2005) delle Linee Guida condivisibili sul territorio nazionale. Tali indicazioni sono ricavate facendo riferimento costantemente e in modo aggiornato alla letteratura internazionale. Le Linee SINPIA rilevano, fra gli interventi terapeutici che si rivolgono all'autismo, gli approcci definiti evolutivi o interattivi, cioè a matrice emozionale e affettivo-relazionale: la musicoterapia rientra in questa dimensione filosofica di programma. Il musicoterapista, che opera nel contesto clinico, riceve la presa in carico solitamente a diagnosi avvenuta e con un'età cronologica del bambino che supera i tre anni di vita. La diagnosi, come abbiamo già enunciato, si basa su di una serie di manifestazioni "osservabili", le quali rappresentano l'espressione di una compromissione funzionale in tre aree:

- l'interazione sociale
- la comunicazione
- gli interessi e le attività

Ne deriva che il progetto terapeutico generale e la specificità del progetto musicoterapico preveda l'attivazione di interventi finalizzati a:

- migliorare l'interazione sociale
- arricchire la comunicazione
- favorire un ampliamento degli interessi ed una maggiore flessibilità degli schemi d'azione

Ricerche recenti hanno evidenziato inoltre come i tentativi di stabilire criteri per una diagnosi molto più precoce (prima dei tre anni di vita del bambino) siano necessari e idonei per un trattamento più efficace atto ad arginare le forti disarmonie che contraddistinguono la sindrome autistica (Dawson, Osterling, 1997). Per quanto riguarda la diagnosi precoce e l'anticipazione quindi di un percorso riabilitativo-terapeutico, la ricerca si è rivolta all'individuazione di markers in tre aree specifiche:

- la motricità
- l'attenzione congiunta e condivisa
- il funzionamento percettivo

Il deficit di attenzione condivisa riscontrabile nel bambino autistico rappresenta un punto focale di interesse nell'ambito clinico: è spesso citato come meccanismo patogenetico responsabile di difficoltà secondarie, essendo l'attenzione congiunta un'abilità di fondamentale importanza per lo sviluppo relazionale e comunicativo nonché per l'acquisizione delle funzioni cognitive che necessitano dell'interazione sociale per attivarsi ed evolversi (Mundy, 1995). Inoltre da un

punto di vista operativo, nell'ottica di un efficace intervento riabilitativo-terapeutico, si sottolinea l'importanza di promuovere nel bambino autistico la dimensione delle condotte di Attenzione Condivisa e di Iniziativa Condivisa, che risultano essere quindi un obiettivo da sostenere anche nel setting musicoterapico. L'attenzione condivisa, intesa come la capacità di definire un interesse comune tra sé ed un'altra persona, in uno scambio triadico per condividere la consapevolezza riguardo a oggetti o eventi esterni (Franco e Butterworth, 1996) è un insieme di comportamenti emergenti tra i sei ed i dodici mesi, che coprono una vasta gamma di abilità veicolate da sguardi, gesti, posture e movimenti, finalizzate al co-orientamento del focus faccia-a-faccia nei confronti di un'altra persona. Laddove esiste la debolezza di un processo, entra in gioco l'aspetto riabilitativo-terapeutico che non si "arrende" all'evidenza, ma cerca di smuovere qualche potenzialità residua nel bambino e di accendere una "scintilla" in questo specifico ambito legato concretamente al poter "fare esperienza" di qualcosa con "qualcuno", che possa restituire una qualità di vita più armonica. È da queste premesse che parte la "scommessa" terapeutica. Nell'approccio musicoterapico rivolto all' età evolutiva, ciò che va considerato è principalmente il recupero di una dimensione esistenziale che possa schiudersi sul mondo delle occasioni e delle opportunità di crescita. Per comprendere il ruolo che occupa l'attenzione congiunta all'interno del setting musicoterapico, risulta indispensabile analizzare il costrutto a partire dalle sue prime manifestazioni nel processo di sviluppo armonico del bambino. La comprensione degli aspetti fondamentali da cui prende vita tale processo, sono indispensabili per mettere a fuoco, in ambito clinico, i possibili "deragliamenti"che la patologia inevitabilmente crea.

2. Origini e sviluppo dell'Attenzione Congiunta (Joint Attentional Process): evoluzioni armoniche e dis-armoniche

Quella che nel linguaggio comune viene generalmente definita "attenzione", è in realtà un insieme di processi neuropsicologici diversificati, tra i quali rientrano i fenomeni di:

- sollecitazione (arousal), ossia la preparazione fisiologica a ricevere stimolazioni dall'ambiente circostante;
- attenzione sostenuta, cioè la capacità di tenere alto il livello di concentrazione per un arco di tempo considerevole;
- attenzione selettiva esogena (bottom-up), che si verifica quando alcuni input ambientali catturano l'attenzione del soggetto indipendentemente dalla sua volontà;
- attenzione selettiva endogena (top-down), ossia la capacità di selezionare determinati input per poterli elaborare più approfonditamente in un secondo momento;
- attenzione distribuita, che consiste nella capacità di prestare attenzione a più input contemporaneamente (Daloisio, 2009).

Tali processi attentivi sono soggetti ad interferenze, che possono essere originate dalle mutevoli circostanze ambientali o da alcune caratteristiche neuropsicologiche umane (Anolli, Legrenzi, 2003). Per riconoscere gli stimoli è necessario individuare le loro caratteristiche discriminanti, le quali, poi, devono essere classificate ed organizzate. Gli esseri umani, dunque, sono in grado di percepire le configurazioni di sti-

moli come organizzate perché le stesse non vengano solo captate, ma anche opportunamente codificate attraverso un processo attentivo. Nei bambini autistici è stata già da tempo documentata una modalità di risposta anomala agli stimoli sensoriali, caratterizzata dall'elusione degli stimoli stessi e dall'attenzione per aspetti inusuali o marginali. Negli studi dedicati ad approfondire le particolarità degli analizzatori sensoriali nella sindrome autistica, troviamo formulate diverse ipotesi, tra cui le più importanti risultano essere quelle di:

- "dominanza sensoriale", secondo la quale i bambini autistici farebbero un uso preferenziale dei sensi prossimali (tatto, gusto, odorato) in confronto a quelli distali (vista e udito) (Schopler, 1965). Questa tendenza però si è riscontrata anche nel ritardo mentale. Inoltre è stato evidenziato che, con lo sviluppo, il bambino autistico tenda ad utilizzare comunque la vista e l'udito in maniera importante per esplorare l'ambiente (Hermelin, O'Connor, 1970).
- "iperselettività degli stimoli", ossia il fatto che i bambini autistici si concentrino solamente su uno fra i vari stimoli o addirittura solo ad una parte di un certo stimolo (Lovaas ed altri, 1971).

Per fare un esempio concreto, si è ipotizzato che mentre un bambino autistico guarda verso una persona, di fatto sia concentrato solo su un dettaglio minimale della stessa, come può essere un bottone della camicia o un orecchino. Ciò che Bruner (1973) ha segnalato in un eloquente studio e che si riscontra nella pratica clinica, è la difficoltà del bambino autistico di aggiungere significato alle percezioni, al contrario di quanto avviene nel bambino armonico, il quale va ben oltre la percezione, inferendo informazioni non immediatamente percepibili nel contesto concreto per interpretare adeguatamente le diverse situazioni. L' "essere nel mondo" del bambino autistico è pervaso dunque dalla frammentarietà delle esperienze e dalla difficoltà di attribuzione di senso alle medesime. Il bambino vive un insieme caotico e tumultuoso di sensazioni, incontrando forti difficoltà a controllare e regolare l'attenzione, a filtrare e modulare le percezioni e ad integrarle in un'esperienza coerente (Bianchi, Binini, Bodon, Cantadori, 2008). Questa difficoltà a filtrare gli stimoli, ad organizzare e ad attribuire un senso al "percetto" si nota ancora maggiormente quando il bambino "dovrebbe" iniziare a mostrare interesse per le cose osservate ed esplorate dall'adulto e influenzare lo stato interno di quest'ultimo relativamente ad un aspetto della realtà esterna che lo ha colpito ed affascinato. Dopo la metà del primo anno di vita del bambino (dai sei ai nove mesi), l'affermarsi del gioco con gli oggetti come contesto ricorrente d'interazione con l'adulto, consolida la presenza di un terzo elemento esterno (l'oggetto) alla diade adulto-bambino, attorno al quale si focalizzano l'attenzione e la comunicazione dei partner. L'esperienza di intersoggettività, che nei mesi precedenti (zero-sei mesi circa) si era sviluppata come partecipazione di affetti ed emozioni soprattutto nello scambio comunicativo faccia-a-faccia, si arricchisce ora di una prima forma di condivisione dell'attenzione sull'oggetto (Lavelli, 2007). Si tratta di una forma molto semplice di condivisione, identificata come "attenzione coordinata" (Lagerstee, 2005) in quanto talvolta, durante il gioco, si osserva che il bambino alterna spontaneamente il suo sguardo tra l'oggetto (per es. un sonaglio colorato), il volto dell'adulto e, immediatamente dopo, ancora l'oggetto di gioco, mostrando di monitorare l'attenzione e il coinvolgimento dell'altro per l'oggetto stesso e,

in qualche modo, di riuscire ad "incorporare" l'attenzione dell'altro nel suo sentirsi coinvolto emotivamente in riferimento al gioco che sta vivendo (Lavelli, 2007). Sin dalla nascita il neonato si è in qualche modo "allenato" e preparato per questo appuntamento di tipo triadico (io-tu-oggetto) scrutando il volto della madre, utilizzando tutti i canali sensoriali e le competenze percettivo-gnosiche, come la percezione visiva, l'attenzione a stimoli interessanti, la percezione uditiva (ad es. la disponibilità immediata a rivolgersi verso una sorgente sonora soprattutto se costituita dalla voce umana) o la percezione del Sé nel dialogo tonico-posturale ed emotivo (Trevarthen, 1999). Il neonato sin dai primi mesi è in grado di percepire che un oggetto esiste, sa interpretare se è lontano o vicino, se ha cambiato posizione, se è grande o piccolo a prescindere dalla sua distanza, cioè ha la capacità di astrarre attributi dall'oggetto e di percepire rapporti spaziali tra gli oggetti o tra se stesso e l'oggetto (Buttherword, 1994). La percezione tuttavia non può essere concepita separatamente dall'azione: molto precocemente il neonato è in grado di "muoversi verso" l'oggetto, cioè di guardarlo, di metterlo a fuoco, di esplorarne le parti, di proiettarsi verso di esso, guidato dai sensi (vista, udito, odorato). Egli impara precocemente a conoscere gli oggetti ed il mondo circostante indipendentemente dal fatto che ne sia "consapevole" o "motivato" o che "sappia" proporsi uno scopo: questo significa che il bambino organizza la sua attività in sequenze, utilizzando strategie ancora non "coscienti", ma che saranno fondamentali attivatori di strategie consapevoli messe in atto al fine di raggiungere obiettivi cognitivi e realizzare una conoscenza di tipo metacognitivo. Questa fase, detta della intersoggettività primaria (Trevarthen,1999), corrisponde alla costruzione del Sé ecologico (Gibson, 1999; Neisser, 1999) e coincide con i primi tentativi che il neonato, soggetto attivo e propositivo, fa rispetto alla conoscenza interpersonale (sviluppo del Sé interpersonale secondo Trevarthen, 1999). Il Sé ecologico e il Sé interpersonale sono quindi strettamente correlati, ma il Sé ecologico è l'individuo considerato come agente attivo nell'ambiente immediatamente circostante, il Sé interpersonale rappresenta lo stesso individuo impegnato nell'interazione faccia a faccia con l'Altro. Come sostiene Gibson e sottolinea Trevarthen: "ogni individuo percepisce la realtà sia in modo ecologico che interpersonale" (Trevarthen, 1999). Il gioco con gli oggetti (ricordiamo che il bambino possiede ora una buona capacità di afferrare e compiere semplici azioni quali scuotere, sbattere, lasciar cadere per terra, inizia e consolida lo stare seduto da solo) contribuisce a sviluppare nel bambino quel senso di "agentività" che da neonato aveva iniziato a sperimentare nelle interazioni faccia-a-faccia con la madre o le figure di riferimento, impegnandosi in protoconversazioni assai cariche di rimandi affettivi; in altre parole, la dimensione triadica "io-tu-oggetto" consolida la percezione che le proprie azioni possono produrre degli effetti sulle persone e sugli oggetti (Lavelli, 2007). A partire dal nono-decimo mese di vita, si verifica poi un ulteriore progresso e cambiamento del rapporto triadico Bambino-Oggetto-Adulto. D'ora in poi il seguire con lo sguardo implica molto di più che non il semplice guardare simultaneo e coordinato: il bambino apprende non solo dall'altro, ma anche attraverso l'altro. Questo è possibile in quanto, dal nono mese di età circa, i bambini possono assumere il ruolo e la prospettiva dell'adulto, impegnandosi nell'attenzione congiunta vera e propria (Bruner, 1983). Quello dell'attenzione congiunta ("congiungere" significa "unire", "mettere insieme") e condivisa (il verbo "con-dividere" rimanda allo "spartire" cioè "avere in comune qualcosa con altri") non è dunque un semplice fe-

nomeno attentivo, ma un processo dinamico complesso che coinvolge gli aspetti comunicativi, ha a che fare con gli scambi intersoggettivi, con gli investimenti di tipo affettivo-relazionale e con il mondo emozionale del bambino e degli adulti che si occupano di lui. Coincide con questa conquista di crescita fondamentale, non a caso, la fase in cui il bambino riesce a spostarsi nello spazio (dal gattonamento alla deambulazione con sostegno ed infine autonoma dei 13-14 mesi) e quindi a "procurarsi" autonomamente gli oggetti e la vicinanza delle persone, utilizzando tutto ciò che aveva sperimentato nell'intersoggettività primaria come spinta per incontrare altri soggetti e per scambiare con loro esperienze relative a quello che accade nel mondo. Attraverso una prensione più decisa, il bambino manipola e, spostandosi nello spazio, incontra le cose con il suo corpo. Ed è appunto distinguendosi come "corpo proprio" dal resto dell'ambiente circostante che il bambino diventa soggetto. Il corpo non è tanto lo strumento con cui ciascuno di noi si rapporta al mondo, ma è addirittura "ciò grazie a cui vi sono degli oggetti" (Merleau-Ponty, 1945). Il bambino si trova in una nuova dimensione definita da Trevarthen (1999) intersoggettività secondaria . Le abilità di base appartenenti all'intersoggettività primaria che hanno rappresentato i precursori dell'attenzione congiunta e i primi segni della comprensione di significati emotivi socialmente condivisi sono:

- l'interesse per il volto umano
- il mantenimento del contatto oculare
- il sorriso sociale
- l'interesse per la voce umana
- le vocalizzazioni
- l'orientamento
- l'integrazione di diverse modalità sensoriali
- l'emergere della capacità di alternanza dei turni

Entrato nell'intersoggettività secondaria il bambino è in grado di avere la consapevolezza di sé e dell'altro come soggetti in interazione e la consapevolezza di condividere significati, cioè l'esistenza di "due persone che hanno approssimativamente la stessa rappresentazione di un dato oggetto, evento, simbolo" (Kaye, 1982).

Le nuove modalità d'interazione del bambino con il mondo circostante che si svolgono sotto l'egida dell'intersoggettività secondaria sono :

- l'attenzione congiunta
- l'intenzione congiunta
- l'emozione congiunta
- l'imitazione
- lo scambio dei turni

Tutto il processo di attenzione congiunta affonda le proprie radici nel terreno dell'intersoggettività e degli scambi affettivo-relazionali. L'attività esplorativa del bambino si espande e si arricchisce in un immediato sincretismo fra azione motoria ed eccitazione emozionale, affettiva, ludica, che si "esercita" in procedimenti adattivi e creativi con le figure parentali di riferimento in primo luogo e via via, con altri adulti e coetanei. L' "affettuosa attenzione" che l'adulto dedica al bambino creando per lui contesti giocosi particolari, variando e ripetendo azioni, movimenti, suoni e proponendo una meta ed un contesto che possa contenere e organizzare le sue

aspettative, i suoi bisogni, i suoi interessi, ha un'influenza capitale per il suo sviluppo psico-affettivo e cognitivo. Si tratta della creazione di ciò che Stern definisce involucro protonarrativo: un involucro temporale, di eventi, ma soprattutto un involucro che si collega con gli schemi affettivi del bambino (Stern, 1995). La sindrome autistica si manifesta con severe compromissioni di tutte le capacità che sono state sino ad ora delineate e con differenze legate all'età cronologica del bambino, alla gravità del disturbo autistico, all'ambiente di crescita, al grado di ritardo mentale associato. Si possono riscontrare già a partire dal primo anno di vita:

- deficit del contatto oculare
- mancanza del sorriso sociale
- mimica carente
- anomalie posturali e del dialogo tonico
- mancanza della risposta alla voce-richiamo
- attenzione non agganciabile su oggetti o eventi
- non interesse-curiosità per gli oggetti o interessi assorbenti e perseveranti
- ritardo della comparsa del babbling canonico (lallazione)

La difficoltà di attenzione congiunta nei bambini con spettro autistico è stata oggetto di studi di impostazione cognitivista, centrati sul costrutto della Teoria della Mente, ossia la capacità di attribuire agli altri credenze e stati mentali (Mundy, Sigman, Kasari, 1998). Il bambino autistico secondo questa impostazione teorica presenta carenze molto consistenti nei processi di attenzione condivisa, di comunicazione proto-referenziale (indicare, dare, mostrare) e nel gioco di finzione, considerati come precursori della teoria della mente (Legerstee, 2005). In uno studio recente, Mundy e Newell (2007) sottolineano come, nonostante l'attenzione congiunta sia considerata da tutta la comunità scientifica una competenza fondamentale per lo sviluppo degli scambi comunicativi e sociali dell'essere umano, essa rappresenti ancora un costrutto sul quale si sa "sorprendentemente poco". Il condividere un evento o una attività con oggetti richiede l'integrazione di diverse reti neuronali nel cervello. Questi due studiosi propongono l'ipotesi di un modello di attenzione congiunta denominato "sistema-attenzione": la cognizione sociale umana sarebbe il risultato straordinario di due forme fondamentali di attenzione. Un tipo di attenzione, regolata da uno specifico gruppo di neuroni, implica un'attenzione al mondo esterno e verso le azioni delle persone. Il secondo tipo di attenzione consiste nel versare l'attenzione al Sé in interazione con la realtà esterna, ed è regolata da una rete di neuroni diversi. Mundy e Newell sostengono che la "chiave" per la salute umana sia lo sviluppo di questa interconnessione, che consentirebbe di tenere una traccia simultanea del senso di sé e del mondo esterno. Questa" traccia congiunta" ha difficoltà nel realizzarsi qualora vi siano "problemi" di comunicazione fra aree cerebrali e reti neuronali, come accade nella presenza di Disturbi Pervasivi dello Sviluppo (DPS) (Mundy e Newell, 2007). Secondo quest'ottica, una terapia relazionale basata su un mezzo espressivo come la musica, linguaggio privilegiato che mette in contatto "mondo interno" e "mondo esterno" (l'"area transizionale" di Winnicott, 1971) risulterebbe proficua grazie alla funzione di scaffolding (sostegno, sensibilità e disponibilità emotiva o strutturazione narrativa secondo Bruner, 1990) del musicoterapista che metaforicamente "premastica" il "nutrimento sonoro-affettivo" in modo tale

che il bambino possa riceverlo, ascoltarlo, "ordinarlo", compararlo, assimilarlo e donargli un proprio senso a seconda dei propri vissuti emozionali. Proseguendo con la rassegna di studi, è stata anche posta in evidenza la correlazione, sia concorrente che predittiva, tra i deficit nell'attenzione condivisa e l'evoluzione della conquista delle capacità linguistiche, non solo nell'autismo (Sigman e Rustik, 1999), ma come fattori di rischio nel primo sviluppo del linguaggio (Tomasello, 1988). Le ragioni che giustificano tale rapporto sono da ricercarsi nel fatto che i gesti di attenzione congiunta possono essere letti dalla madre come indicatori del desiderio del bambino di iniziare una interazione comunicativa con lei, attivandone così la risposta verbale, inoltre i bambini con elevata competenza nell'attenzione congiunta sono quelli che mostrano i livelli più elevati di motivazione a condividere la propria esperienza con gli adulti (Mundy, 1995). Fra gli studi di neuroscienze, che stanno in questi ultimi anni cercando di cogliere i correlati neurobiologici dei deficit nelle competenze comunicative e sociali che caratterizzano la sindrome autistica, spiccano le ricerche che si propongono di indagare il tema delle basi neurofisiologiche dell'intersoggettività (Gallese, 2004, 2006). Le difficoltà ad entrare a vario titolo in comunicazione con l'altro che già verso la fine del primo anno di vita si manifestano nel bambino autistico, possono essere ascritte ad un deficit o a un malfunzionamento di quello che Gallese (2006) definisce deficit di consonanza intenzionale. Ogni relazione interpersonale significante implica la condivisione di una molteplicità di stati, quali le emozioni ed il nostro essere soggetti alle sensazioni somatiche. Questo spazio "noi-centrico" che coinvolge in toto i processi di Attenzione Condivisa è definito sempre da Gallese (2004, 2006) Sistema Multiplo di Condivisione. Un corollario importante di quest'ipotesi è che alla base della sindrome autistica potrebbe esservi un malfunzionamento di tale sistema, che spiegherebbe, in termini di vulnerabilità neurofisiologica, le difficoltà di Attenzione Condivisa nel bambino autistico. Ciò che Gallese mette in evidenza è la natura relazionale delle azioni sugli oggetti. I neuroni mirror (specchio) sono il correlato neurale di questo meccanismo di comprensione implicita delle azioni altrui, meccanismo che prevede una forma di imitazione implicante la capacità del soggetto di comprendere il significato di ciò che viene imitato (Gallese, 2006). Nel bambino autistico è deficitaria e alterata quindi la capacità di ciò che Stern (1985) ha definito come consonanza affettiva ("affective attunement"). Le espressioni affettive (movimenti corporei, espressioni facciali, vocalizzazioni), che appartengono al mondo degli affetti vitali (costrutto di Stern, 1985, mutuato dalla Langer, 1967) e che spiegano molte qualità dei sentimenti difficili da esprimere ma definibili in termini dinamico-cinetici, come "fluttuare","svanire","trascorrere", "esplodere", "crescendo-decrescendo", "gonfio", "esaurito", ecc., possono differire nella forma e nell'intensità, ma condividono sempre nei rapporti intersoggettivi diadici e triadici (che includono un evento, un'attività con oggetti) la stessa dimensione di risonanza emotiva, sostenuta da processi di sintonizzazione reciproci (Stern, 1985). Prima ancora dei "grandi affetti" categoriali quindi (dalle emozioni di base quali gioia, tristezza, rabbia, sorpresa, paura a quelle più complesse come l'orgoglio, la vergogna, l'imbarazzo, ecc.) molte delle nostre interazioni con l'Altro si "nutrono"dei processi di sintonizzazione e di questi stati fluttuanti di esistere. Le "sintonizzazioni" (sinonimi: risonanza emotiva, convibrazione di stati emozionali) rappresentano, secondo Stern (1985), il fondamento di qualsiasi modalità di comunicazione non verbale. Scoprire

gli Affetti Vitali e sintonizzarsi con essi permette ad un essere umano di "essere con l'Altro", condividendo esperienze interiori probabilmente simili in un'atmosfera di continuità (Stern, 1985). Anche all'interno della relazione terapeutica, non possiamo "permetterci" di attendere una manifestazione eclatante e chiara di un'emozione quale la gioia o la sorpresa per sintonizzarci sul bambino che abbiamo di fronte. Poichè rivolgiamo l'intervento a bambini spesso "criptati" da un punto di vista emozionale, il riferimento agli Affetti Vitali costituisce un aspetto imprescindibile per l'azione terapeutica. Come musicoterapisti abbiamo in questo senso dei "vantaggi" di "mezzo terapeutico". Ciò che caratterizza infatti la qualità dinamica, cinetica e affettiva dei cambiamenti transitori della vita interiore legata alle sensazioni (Affetti Vitali), non possiede forse qualità molto simili al linguaggio sonoro-musicale? Quando Stern (1985) descrive i fenomeni di sintonizzazione affettiva della diade madre-bambino, che rappresentano i paradigmi di una terapia affettivo-relazionale di matrice psicodinamica e fenomenologica come il modello di musicoterapia che verrà presentato, non si riferisce forse a caratteristiche "musicali"? Intensità, Ritmo, Durata, Forma, non sono, quindi, i profili della dimensione sonoro-musicale?

3. "Paesaggi musicali condivisi": incontrare l'Altro attraverso il piacere sensoriale della dimensione sonora

L'alterato sviluppo neuropsicologico del bambino autistico limita e distorce l'ingresso degli stimoli che provengono dal mondo esterno; stimoli che il bambino non riesce a sistematizzare in un tutto coerente dotato di significatività. Ciò determina una situazione di "disorientamento", che spesso si ripercuote sui processi di auto e co-regolazione delle emozioni, alzando il livello di ansia e disagio del bambino (Barone, 2007). Un esempio può chiarire meglio questo punto.

Un bambino di 8 mesi si trova seduto sul tappeto. Non vede la propria madre direttamente, ma sente la sua voce che lo rassicura dicendo "Arrivo subito! Un attimo!". Il bambino, già annoiato dal trovarsi in quella situazione da un po' di tempo, senza la vicinanza della madre, pur avendo giochi a portata di mano, inizia a piangere. La madre accorre, si siede sul divano, prende in braccio il bambino, ed inizia a farlo leggermente saltellare sulle sue ginocchia con un ritmo che si sintonizza sul suo pianto lamentoso e con la voce accompagna il dondolio con un "haaa- haaa- haaa". Una volta consolato il pianto, la madre offre un sonaglio al bambino, che ora sorridente lo afferra incuriosito ed inizia ad agitarlo. La madre lo guarda cominciando a cantilenare un "thaaa-thaaa-thaaa..." seguendo con la voce ed una mimica facciale "esagerata" il movimento del braccio del bambino che fa risuonare il sonaglio.

Ciò che la coppia condivide tramite i propri comportamenti espressivi, non è solamente un'attività di gioco sonoro, ma l'emozione di interesse e divertimento sottostante il gioco stesso; la condivisione emozionale ha assunto in questa situazione anche una valenza "consolatoria" per regolare un disagio precedente del bambino. È attraverso questo tipo di esperienze che il bambino può percepire i propri stati interni riconoscendoli in maniera adeguata. Il contesto sociale madre-bambino rappresenta un'occasione unica di esperienza e apprendimento della condivisione emotiva, in cui l'emozione appare nella sua funzione di costrutto organizzatore dell'esperienza (Sroufe, 1995). Uno sviluppo adeguato porta poi il bambino a traslare sugli oggetti i contenuti emozionali ed affet-

tivi sperimentati con le figure adulte di riferimento, trasformando il "mondo delle cose" in occasioni di dialogo e scambio reciproco. Nonostante le numerose problematiche che i bambini autistici evidenziano nel non riuscire a sintonizzare i propri comportamenti con quelli degli altri, dalla difficoltà di poter fare previsioni sugli effetti che le proprie azioni avranno sul mondo esterno, alla difficoltà ad auto e co-regolare i propri stati emozionali, alcuni studi (Ozonoff, Pennington e Rogers, 1990) hanno messo in luce come in realtà anche questi bambini riescano a ricordare bene sequenze di eventi ricorrenti, soprattutto quando la "regolarità" degli elementi di un contesto (cioè di un luogo e di una serie di eventi ad esso collegati e ordinati in sequenze, ciò che viene definito anche "script") garantisce la "regolarità" dei significati emozionali. La loro competenza mnesica è sensibile al "contesto" (script), sembra cioè adeguata rispetto al loro funzionamento emotivo. Questo depone a favore di una terapia affettivo-relazionale, come la musicoterapia, che "gestisce" lo spazio ed il tempo terapeutico (il setting) con una modalità che da un lato mantiene riti, certezze, costanti (piano della familiarità) e dall'altro inserisce nuovi spunti e nuove modalità d'interazione che possono essere però riconosciute, ripetute, variate, rivissute e rielaborate dal bambino (piano della novità). Un approccio quindi atto a sostenere e condurre il bambino nell'esperienza sonoro-musicale attraverso la creazione di un "contenitore affettivo, alla ricerca di un "terreno condivisibile", di una "cornice significante". L'atto esplorativo rivolto agli oggetti sonori, basato sui diversi analizzatori sensoriali e sulla motricità, opera simultaneamente nella ricezione e nella produzione del suono, procurando diverse sensazioni nel bambino che possono andare nella direzione della piacevolezza o al contrario della sgradevolezza, attivando costantemente il corpo sulla dimensione edonica dell'esperienza. Alcuni oggetti sonori appaiono, anche per il bambino autistico, come delle "attrezzature" che gli consentono di dirigere l'attenzione sul risultato sonoro che deve guidare la sua ricerca. Ad esempio, la piacevolezza di emettere suoni vocali in oggetti a forma concava o in tubi sonori permette al bambino di cogliere delle variazioni sonore dei propri vocalizzi e riscoprire la propria voce. Ripetizione e Variazione appaiono dunque i corollari delle condotte esplorative del bambino, conseguenza di una specifica curiosità umana per lo spazio sonoro. Il comportamento musicale può essere considerato, usando le parole di Blacking (1973), "un tratto peculiare della specie umana". Gli studi di etnomusicologia (Blacking, 1973; Giannattasio, 1998) mettono in risalto la forza relazionale e sociale che la musica in ogni cultura crea. Sotto l'egida del "musicale", vi è sempre una condivisione di esperienze e di affetti che rafforza ciò che Bowlby (1988) ha definito come legami di attaccamento. La musicalità istintiva umana promuove l'accudimento e il "prendersi cura" del bambino, assicurandogli un "nutrimento"affettivo indispensabile per la sua vita psichica. Al volto materno (volto sonoro per eccellenza) si associano le altre qualità sensoriali come la configurazione e l'espressione (aspetti visivi), il profumo e l'odore della pelle (aspetti olfattivi), il contatto e i movimenti del corpo (aspetti tattili e cinesici). Tutti questi aspetti si riconducono ai contenuti della vita emotiva all'interno del complesso gioco delle relazioni umane. Una musicoterapia che si rivolge all'età dello sviluppo non può prescindere da queste riflessioni, rendendosi "consapevole" che l'espressività sonoro-musicale contribuisce all'attivazione e al ri-configurarsi di nuovi schemi di attività psichica nel bambino, emergendo attraverso contenuti manifesti (scelte ritmiche, melodiche, prosodiche, ecc.) e contenuti intrapsichici (vissuti emotivi, aspettative, desideri, bisogni). All'interno di un modello integrato di musicoterapia, si è cercato di convo-

gliare l'apporto dell'Infant Research nell'approccio musicoterapico di R.O. Benenzon (Benenzon, 1997; Guzzoni, 2005). Il contributo dell'Infant Research così come configurato da autori come Beebe e Lachmann (2002), sollecita notevoli spunti di approfondimento per una musicoterapia che si rivolge all'Età dello Sviluppo, in particolare ai bambini con Disturbo Pervasivo dello Sviluppo. L'Infant Research rappresenta un paradigma scientifico che raccoglie tutti gli studi che riguardano il periodo evolutivo, cercando di offrire un quadro sistematico dell'origine dei processi con i quali ci mettiamo in relazione con noi stessi e con gli altri. Questi studi si fondano sull'idea che la mente sia intrinsecamente diadica, sociale, interazionale e interpersonale (Siegel, 1999). In questa prospettiva il concetto benenzoniano di ISO, cioè di identità sonoro-musicale (Benenzon, 1997), acquista ancor più forza configurandosi in una dimensione che consente la possibilità di un continuo riplasmarsi della memoria sensoriale, percettiva, affettiva e motoria grazie all'interazione, in uno spazio ed un tempo privilegiato, tra bambino e musicoterapista, che sull'asse della temporalità dona contenuti di senso ai vissuti della diade. Alcuni principi organizzativi, che regolano le interazioni del "paradigma madre-bambino", possono chiarire come essi presiedano al processo musicoterapico, puntando l'attenzione soprattutto alla dimensione non verbale che accompagna come un sottofondo il processo di influenza reciproca della diade musicoterapista-bambino. Il modo in cui si organizza, all'interno del setting, l'interazione triadica "bambino-musicoterapista-evento o oggetto sonoro", va ad influenzare tematiche dinamiche che rappresentano il fulcro della terapia stessa, come il senso di fiducia, di sicurezza, il grado di definizione del sé, i confini del sé, il riconoscimento reciproco, la familiarità, l'elemento novità, il senso di padronanza degli oggetti e del proprio corpo (Guzzoni, 2005). Nel percorso musicoterapico "il musicale" si configura allora come una sorta di bussola di orientamento, che permette di aiutare il bambino autistico ad esplorare le diverse dimensioni dell' "essere con l'Altro", nel rispetto dei suoi bisogni e partendo dai sui "spunti" nel "farsi sentire". Tali dimensioni dell' "essere con l'Altro" fanno riferimento alla categoria, precedentemente descritta, degli Affetti Vitali, che sono rappresentati in modo peculiare nel setting dalle coppie primarie dell'esperienza sonoro-musicale:

- suono/silenzio, es."c'è, non c'è..."
- figura/sfondo, es. "linea melodica che si staglia su un tappeto armonico"
- forte/piano (intensità), con dinamiche di gradazione: crescendo/diminuendo
- acuto/grave (altezza)
- i diversi timbri (legati alla forma e alla materia degli oggetti sonori)
- battere/levare
- lento/veloce (accelerando/rallentando)

L'esperienza del mondo "ci tocca" infatti non tanto quando si percepisce una cosa, ma piuttosto quando si percepisce una differenza, un'alternanza, un "ritmo". Esperire non è stare in una posizione bensì in una disposizione. Per il neonato il mondo temporale è scandito in termini di assenza o presenza della madre. Le sue prime esperienze di essere al mondo sono scandite da elementi ritmici, dal battere/levare, dalla presenza/assenza della madre, del cibo, della luce, del suono e degli oggetti, da stati di tensione e distensione. Nel ritmo dell'andare e del venire, il bambino struttura quell'esperienza percettivo-emozionale che lo aiuterà a riconoscersi come soggetto nel mondo e a riconoscere l'Altro da sé. In questo perenne gioco di rimbalzo in cui consiste la stessa esistenza, e che è anche rimbalzo tra desiderio e frustrazione, il bam-

bino cresce ed elabora gradualmente la sua identità e la sua struttura di relazioni con il suo mondo interno ed esterno. Uno dei più "potenti veicoli" di orientamento percettivo-emozionale per il bambino è rappresentato dagli aspetti ritmico-sonori, soprattutto quelli legati alla voce e alla vicinanza corporea che lo aiutano a "contenere" e co-regolare i vissuti emozionali. Nel setting musicoterapico, il musicoterapista "raccoglie" i bisogni del bambino ed i suoi spunti sonori, vocali e corporei, si sintonizza su di essi, nel tentativo di sollecitare uno stato emotivo positivo intorno a ciò che si sta facendo, creando un interesse per la persona "collegata" a tale evento piacevole. Grazie alla particolare duttilità e "primordialità" del linguaggio sonoro-musicale, vi è la possibilità di organizzare aspettative di reciprocità, sicurezza e fiducia. L'azione terapeutica offerta dal poter vivere e rivivere momenti di scambio affettivi attraverso la voce, il corpo, il suono e la musica è mediata dalle cosiddette trasformazioni di stato (Stern, 1985), che consentono al bambino con disturbo autistico di ampliare e modulare il livello di auto e co-regolazione emozionale, promuovendo nuove interiorizzazioni ed esplorando nuovi canali espressivi e comunicativi.

Il poter "fare esperienza" di qualcosa con "qualcuno"(questa è l'essenza dell'Attenzione Condivisa) si collega direttamente al passaggio tra corpo e mente, tra sensorialità e pensiero, tra percezione e rappresentazione. Possiamo riassumere l'approccio musicoterapico esposto (modello psicodinamico-fenomenologico), tenendo conto dei seguenti "elementi costituzionali" che favoriscono l'azione terapeutica:

Musicoterapia: uso della musica e dei suoi elementi per promuovere la dimensione intersoggettiva all'interno di uno Spazio-Tempo terapeutico (Setting).
Musicoterapista: funzione di scaffolding (sostegno). Supporto emotivo, contatto affettuoso, interazione giocosa, accettazione, non invasività.
Corpo, voce, oggetti sonori, mezzi di comunicazione e relazione.
Contenere: mondo sonoro delle Lullabies (musiche "centripete", ambito sonoro-musicale cullante, dondolante, rasserenante, consolante, tipico delle ninnananne, prevalenza di ritmi ternari).
Attivare: mondo sonoro delle Nursery Rhimes (musiche "centrifughe", ambito sonoro-musicale attivante, ritmico, scherzoso, giocoso, tipico delle filastrocche, prevalenza di ritmi binari e di contrasti sonori).
Promuovere: sviluppare la vita psichica del bambino attraverso un "progetto vitale" legato ai flussi dell'esistere che possono trasformarsi in "forme" sonoro-musicali".
Promuovere o andare verso la direzione dell'Attenzione Congiunta significa, in quest'ottica, creare e co-creare con il bambino un "centro" di interesse reciproco come base di un'esperienza dialogica, contribuendo ad una più adeguata modulazione dei suoi stati emotivi.

4. Osservazione e valutazione della Joint Attention nel contesto interattivo (setting) con il musicoterapista

Per indagare il ruolo dell'Attenzione Congiunta nel setting musicoterapico, si è cercato di "mappare" le condotte sonoro-musicali più significative che nello sviluppo armonico del bambino emergono a partire dai 9-12 mesi di vita ai 18-20 mesi, cioè la fase di "passaggio" fra l'intersoggettività primaria e quella secondaria (Trevarthen, 1999), fase che vedrebbe il nascere e lo svilupparsi dell'Attenzione Condivisa a partire dai suoi precursori. L'Attenzione Congiunta è stata analizzata facendo riferimento a quattro Dimensioni Fondamentali (Letizia e Sabbadini, 2002) strettamente correlate tra di loro che rappresentano, in ambito clinico, le aree di sviluppo sulle quali il musicoterapista concentra gli obiettivi del proprio operare:

- Organizzazione attentiva (area attentivo-mnesica)
- Comunicazione emergente (area comunicativo-linguistica)
- Motivazione e pianificazione motoria (area motorio-prassica)
- Espressione e regolazione emozionale (area affettivo-relazionale)

Gli items relativi ad ogni dimensione, si presentano come brevi proposizioni a carattere descrittivo, in riferimento a condotte che si snodano intorno ai fenomeni sonoro-musicali all'interno del setting. Tali items (60 in tutto) non esauriscono ovviamente tutta la gamma dei possibili fenomeni interattivi legati al "fare musica insieme", ma vorrebbero costituire un guida di facile fruizione (per il musicoterapista e per l'équipe multiprofessionale) da collocare nell'ambito della valutazione del percorso riabilitativo-terapeutico, accanto a scale validate, come ad esempio il Childhood Autism Rating Scale-CARS (Schopler et al. 1988), e da affiancare alle osservazioni contenute nei "diari del terapista". Il musicoterapista indica inoltre il grado di frequenza delle condotte del bambino, (no = condotta non ancora emersa; a volte = condotta "fluttuante" o emergente; spesso = condotta consolidata). Il concetto di condotta musicale (Delalande, 1993), tratto dalla psicologia di ispirazione funzionalistica francese, indica una serie di comportamenti messi in atto per soddisfare una certa motivazione del soggetto. Studiare le condotte sonoro-musicali del bambino significa mettere l'accento sulle finalità, sui bisogni, sulle motivazioni e sulle funzioni che vengono assolte da ciascuna azione sonora, siano esse rivolte al produrre o all'ascoltare "materiale sonoro-musicale". La valutazione è un percorso che deve accompagnarsi alla diagnosi clinica, con obiettivi differenti, seppur complementari, per una corretta presa in carico. Mentre la diagnosi clinica ha lo scopo di classificare all'interno di categorie stabili nel tempo, la valutazione (assessment) ha la prerogativa di "differenziare" le diverse persone, tenendo conto delle variazioni delle competenze che avvengono su base temporale e sulla base dei diversi interventi (lavoro d'équipe), e quindi di orientare l'intervento individualizzato. Durante la fase della rielaborazione dei materiali di studio è emersa anche una nuova prerogativa importante all'interno di questo progetto: quella di poter inserire la "Guida all'osservazione e alla valutazione dell'Attenzione congiunta e dei suoi precursori" nell'ambito dell'intervento precoce (prima dei tre anni di vita del bambino), proprio per le caratteristiche descrittive che si rivolgono ancora all' ambito pre-verbale e rappresentano un metodo osservativo applicabile sia allo sviluppo armonico che patologico e laddove esistano dubbi di eventuali disarmonie da monitorare anche attraverso una terapia di tipo affettivo-relazionale. La "Guida" nasce sulla riflessione inerente all'autismo ma può essere utilizzata in ambito preventivo (strumento che può essere affiancato a programmi di screening per poter individuare indicatori precoci di rischio nei primi 2 anni dello sviluppo del bambino) e per l'osservazione e la valutazione (osservazione e diagnosi funzionale) di altre problematiche cliniche (Disturbi Specifici del linguaggio, Disturbi Specifici dell'Apprendimento, Ritardo Mentale, Paralisi Cerebrali Infantili, Disturbi da Deficit di Attenzione ed Iperattività). Può essere utilizzata in fase di assessment iniziale (dopo 4/5 sedute), nelle valutazioni intermedie del trattamento

individualizzato e nelle restituzioni finali. Per ogni "dimensione" dello sviluppo, il musicoterapista può annotare specifiche peculiarità che emergono nell'interazione con il bambino e che non sono contemplate negli items (vedi pag. 62).

5. Riflessioni conclusive

"Riprendersi" la musica nella sua dimensione di struttura profondamente legata ai vissuti affettivi, recuperando gli aspetti di "sostanza" oltre che di "forma", significa riattivare il recupero di una sensibilità terapeutica più ampia. Le "strutture di forma" come le lullabies, le nursery rhimes, i ritmi giambici (breve/lunga), o trocaici (lunga/breve) e le loro combinazioni, contengono "strutture profonde" legate alla vita psichica dell'essere umano: l'intreccio di queste due dimensioni strettamente correlate crea una sorta di "tessuto intrecciato" che mantiene, modifica e rinnova i legami fra gli esseri umani. Analizzando le videoregistrazioni (micro-analisi) dei bambini monitorati in questo progetto di studio, sulla scorta delle descrizioni dei "diari di seduta" del musicoterapista e dell'analisi dei costrutti (macro-analisi), sino ad ora delineati, che sottendono l'azione terapeutica, ci si rende conto della centralità di una memoria sensoriale e l'esistenza, per ogni essere umano anche compromesso dall'esito di una patologia, di un'aspettativa soggettiva prioritaria dell'influenza dell'Altro (caregiver con funzione di sostegno emotivo) sui propri stati d'animo e sentimenti di fondo (Damasio, 1999). I filmati evidenziano molto bene cosa il bambino fa da solo (Sé ecologico) e ciò che "recupera" nell'interazione con il musicoterapista (Sé intersoggettivo). Ciò che si è visto migliorare, in tutti i 15 casi presi in esame, nel percorso terapeutico a medio-lungo termine sono i seguenti indicatori:

- aumento della capacità di adattamento e permanenza nel setting;
- qualora si siano presentati nel percorso musicoterapico "momenti critici" legati ad es. a difficoltà nell'auto e co-regolazione emozionale, il bambino è successivamente in grado di recuperare modalità più "serene" di "essere con l'Altro". Ciò che si evidenzia è che il bambino non "resetta" tutti i vissuti positivi, ma superato il momento di uno stato endogeno di disagio, ripristina con il terapista fiducia e sicurezza in minor tempo, rispetto all'inizio del trattamento;
- aumento dei sorrisi e delle vocalizzazioni positive legate ad un'azione, evento o stimolo sonoro individuato come piacevole;
- aumento del contatto e della vicinanza corporea;
- aumento degli agganci dello sguardo legati ad una situazione sonoro-musicale piacevole;
- aumento della capacità di modulare uno stato di tensione o disagio attraverso il supporto "consolatorio" del musicoterapista.

In 5 casi (caratterizzati dalla presenza di Ritardo Mentale di grado medio-grave) si è poi notato un miglioramento delle seguenti capacità:

- aumento dei tentativi di imitare prassie oro-bucco-facciali, suoni vocali proposti dal musico- terapista, azioni rivolte agli oggetti sonoro-musicali;
- aumento del coinvolgimento emozionale nel caso di iniziale disinteresse o indifferenza per le proposte sonoro-musicali;
- presenza di alcuni schemi di aspettativa co-costruiti con il musicoterapista.

In 2 casi (caratterizzati dalla presenza di ritardo mentale di grado medio e di "isolotti di abilità" quali ottime capacità intonative vocali, riconoscimento dei suoni e delle note musicali, capacità di riprodurre ritmi in sequenza, riconoscimento di brani musicali con struttura complessa) si è inoltre riscontrato:

- aumento della capacità di innescare procedure esplorative per far durare maggiormente l'esperienza sonora interattiva con il musicoterapista;
- aumento delle capacità comunicative richiestive e dichiarative;
- espansione del linguaggio verbale con finalità comunicative e rivolto anche a vissuti emozionali condivisi ("mi piace" "è bello, ancora...", "facciamo ancora");
- condivisione di emozioni semplici legate all'ascolto e alla produzione sonoro-musicale;
- aumento della padronanza e del senso di autoefficacia legato alle esperienze sonore con vissuto consapevole (inizio emozione complessa).

Due sono i fili rossi che collegano i dati e le idee di questo lavoro, riscontrabili nelle videoregistrazioni e nella lettura dei diari di seduta condivisa con l'équipe multiprofessionale e nella supervisione con il Neuropsichiatra Infantile. Il primo è per così dire "esterno" e riguarda le modalità secondo le quali l'azione terapeutica si snoda sul piano delle interazioni bambino-musicoterapista. Il principale mezzo di aiuto in questo caso è rappresentato dall'individuazione di sequenze sonoro-musicali e vocali cioè contesti sonori riconoscibili e controllabili dal bambino, involucri protonarrativi che donano un senso all'esperienza sonora vissuta (Guzzoni, 2005) e dalla possibilità che essi offrono in termini di rilevazione e valutazione delle azioni che utilizzano i canali non verbali del bambino, permettendo l'individuazione di un suo profilo sonoro-musicale che rileva punti deboli ma anche risorse e potenzialità. Le sequenze sonoro-musicali dunque ritualizzano, predispongono in senso emotivo e motivazionale il bambino, creando un centro d'interesse intorno a qualcosa o qualcuno e richiamando l'attenzione, l'alternanza dei turni e una struttura di sequenze. Il secondo filo è invece di carattere più "interno" e procedurale. Si tratta dell'aver osservato come le diverse "scelte" espressive di ogni bambino in terapia, se adeguatamente e sufficientemente "restituite" dal terapista, possano aiutarlo a ri-plasmare e ri-configurare i propri vissuti e trasformarsi in agganci affettivi anche in situazioni perturbate come quelle presentate dai Disturbi Pervasivi dello Sviluppo, regolando maggiormente gli stati emotivi del bambino in terapia. Tali agganci affettivi fanno parte dei precursori della capacità di condividere eventi, situazioni, oggetti e di comprendere le altre persone come agenti intenzionali (Legerstee, 2005). Il senso di sicurezza ed integrità del bambino con Disturbo Pervasivo dello Sviluppo sembra essere continuamente destabilizzato e minato nell'esperienza concreta con la realtà che lo circonda. Egli cerca di trovare rifugio e senso in situazioni nelle quali possa sentirsi "fuori pericolo" e cioè situazioni in cui il mondo appare più rassicurante se mantiene delle caratteristiche costanti, immutabili. Nonostante queste fragilità, il bambino trova dei mezzi per affermare la propria soggettività, un "farsi sentire". Questo "farsi sentire" avviene in modo del tutto casuale? In base a quale principio stabilisce cosa è importante e cosa non lo è? È forse il riconoscimento di ciò che è regolare, prevedibile e familiare nelle interazioni cui partecipa a diventare saliente? Stern (1985) ha sostenuto questa tesi discutendo gli aspetti invarianti di sequenza, causalità, affetti, memoria. In modo simile Beebe e

Lachmann (2002) hanno affermato che le regolazioni attese e prevedibili attuate durante l'interazione madre-bambino, creano una serie di aspettative che organizzano l'esperienza del bambino. Non solo. Questi concetti possono essere trasferiti nelle relazioni d'aiuto e si rendono "visibili" soprattutto nelle micro-analisi di videoregistrazioni che colgono particolari momenti d'interazione fra musicoterapista e bambino. Le ipotesi di questi autori sono state riassunte nei cosiddetti tre principi di salienza. Tali principi chiarificano le origini del processo di interiorizzazione. Essi sono tre principi organizzativi fondamentali, che stabiliscono quali eventi siano salienti per il bambino e organizzino le sue aspettative nell'incontro con l'Altro:

- il principio di regolazione attesa ("posso aspettarmi che normalmente le cose vadano così")
- il principio di rottura e riparazione ("questo è ciò che succede quando le cose non vanno come dovrebbero; posso aspettarmi che si aggiusteranno, e questo è il modo in cui le aggiusteremo")
- il principio dei momenti affettivi intensi ("che momento meraviglioso!")

I tre livelli organizzativi, precisano gli autori, dovrebbero essere considerati serie concatenate in cui ciascun livello ingloba il successivo. Questi modelli d'interazione sono modi caratteristici di autoregolazione e regolazione interattiva, riconoscibili, riconosciuti, ricordati o attesi dal bambino anche in presenza di disturbi dello spettro autistico. L'osservazione e l'analisi delle videoregistrazioni di seduta hanno avuto lo scopo di rilevare, nell'interazione sonoro-musicale, tali principi di salienza. Il processo di Attenzione Congiunta e Condivisa nasce e si sviluppa nella trama di tali "organizzatori" che sottendono il bisogno di rapportarsi con gli altri e la realtà esterna. Nel setting musicoterapico il bambino con disturbo pervasivo dello sviluppo (DPS) arriva a sperimentare nuove modalità d'azione entro il sistema triadico (musicoterapista-bambino-oggetto o evento) nonostante la forte componente disorganizzante che si riflette nell'approccio con le cose e con le persone, dovuta a ciò che viene definita da Baron-Cohen (1995) "opacità referenziale". L'improvvisazione sonoro-musicale sostenuta dal musicoterapista con ruolo di scaffolding, facilita il processo di scambi pre-verbali centrati su stati mentali primordiali, che possono andare dalla direzione dell'inibizione, apatia, "sequestro emotivo", alla direzione di un senso di agentività più significativo, a quello cioè che Sander (2007) definisce come fitting-together (il sentimento-affetto vitale di essere "bene" insieme).

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Anolli L., Legrenzi P., *Psicologia Generale*, Il Mulino, Bologna, 2003.
- Barale F., Ucelli S., *La debolezza piena*, in Ballerini A., Barale F., Gallese V., Ucelli S. "Autismo. L'umanità nascosta", Mistura S. (a cura di), Einaudi, Torino, 2006.
- Baron-Cohen S., (1995), *L'autismo e la lettura della mente*, trad. it. Astrolabio, Roma, 1997.
- Barone L., *Emozioni e sviluppo. Percorsi tipici e atipici*, Carocci, Roma, 2007.
- Beebe B., Lachmann F.M., (2002), *Infant Research e trattamento degli adulti*, trad. it. Raffaello Cortina Editore, 2003.
- Benenzon R.O., *La nuova musicoterapia*, Phoenix Editrice, Roma, 1997.
- Bianchi M.E., Binini A., Bodon C., Cantadori E., *Corso di formazione sull'Autismo, Formazione interna del personale*, "Casa del Sole" Onlus, Mantova, 2008.
- Blacking J., (1973), *Come è musicale l'uomo?*, ed. it. (a cura di) Giannattasio F., Unicopli, Milano, 1986.
- Bowlby J., (1988), *Una base sicura*, trad. it. Raffaello Cortina, Milano, 1989.
- Bruner J.S., *Beyond the Information Given*, Norton, New York, 1973.
- Bruner J.S., *Child's talk. Learning to use language*, Norton, New York, 1983.
- Bruner J.S., (1990), *La ricerca del significato*, trad. it. Bollati Boringhieri, Torino, 1992.
- Butterworth G., *Theories of mind and the facts of embodiment*, in Lewis C., Mitchell P., (a cura di), "Children's Early Understanding of Mind: Origins and Development", Lawrence Erlbaum Associates, Sussex, 1994.
- Daloisio M., *I fondamenti neuropsicologici dell'educazione linguistica*, Università Cà Foscari Venezia, Libreria Editrice Cafoscarina, Venezia, 2009.
- Damasio A.R., (1999), *Emozione e Coscienza*, trad. it., Adelphi, Milano, 2000.
- Dawson G., Osterling J., *Early intervention in autism*, in Guralnick M.J. (a cura di), "The effectiveness of early intervention: second generation research", Baltimore, Paul H. Brookes, 1997.
- Delalande F., *Le condotte musicali*, Clueb, Bologna, 1993.
- Freddi E., *Musicoterapia. Principi, tecniche, esperienze*, ed. CLADiL, Brescia, 2007.
- Gallese V., *La molteplicità condivisa. Dai neuroni mirror all'intersoggettività*, in Ballerini A., Barale F., Gallese V., Ucelli S., *Autismo. L'umanità nascosta*, Mistura S. (a cura di), Einaudi, Torino, 2006.
- Gallese V., *Il sistema Multiplo di Condivisione: la ricerca di un meccanismo neurofisiologico alla base dell'intersoggettività*, in "Infanzia e Adolescenza", psicodinamica e psicopatologia, Il pensiero Scientifico Editore, 3, 2004.

- Giannattasio F., *Il concetto di musica*, Bulzoni Editore, Roma, 1998.
- Gibson E.J., *L'ontogenesi del sé percepito*, in Neisser U. (a cura di), "La percezione del sé", Bollati Boringhieri, Torino, 1999.
- Gillberg C., Coleman M., *The biology of the Autistic Syndromes*, Mc Keith Press, London, 1992.
- Girardi S., *Scale di valutazione e strumenti diagnostici*, Formazione interna del personale, "Casa del Sole" Onlus, Mantova, 2009.
- Guzzoni A., *Musicoterapia aperta ai bisogni del bambino: voce e suono come fattori di crescita e sviluppo*, Università degli Studi di Verona, Atti del XI Convegno Nazionale di Musicoterapia per l'Handicap, Libreria Editrice Universitaria, Verona, 2004.
- Guzzoni A., *Il piccolo Orfeo: musicoterapia a misura di bambino*, Università degli Studi di Verona, Atti del XII Convegno Nazionale di Musicoterapia per l'Handicap, Libreria Editrice Universitaria,Verona, 2005.
- Guzzoni A., *Il significato dell'espressività vocale nel trattamento musicoterapico di bambini con Disturbo Generalizzato dello Sviluppo*, "Musica et Terapia", n. 11, ed. Cosmopolis, Torino, 2005.
- Guzzoni A., *Ascolto musicale e memorie*, in Manarolo G., "Manuale di Musicoterapia. Teoria, Metodo e Applicazioni della Musicoterapia", ed. Cosmopolis, Torino, 2006.
- Hermelin B., O'Connor N., *Psychological Experiments with Autistic Children*, Pergamon, Oxford, 1970.
- Kaye K., (1982), *La vita mentale e sociale del bambino*, Il Pensiero Scientifico, Roma, 1989.
- Langer S.K., *Mind: An essay on human feeling*, Vol. I, Johns Hopkins University Press, Baltimore, 1967.
- Lavelli M., *Intersoggettività. Origini e primi sviluppi*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2007.
- Legerstee M., (2005), *Infant's' sense of people. Precursors to a Theory of Mind*, trad. it. *La comprensione sociale precoce*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2007.
- Lovaas O.I., Schreibman L., Koegel R., Rehm R., *Selective Responding by Autistic Children to Multiple Sensory Imput*, in "Journal of Abnormal Psychology", 77, 1971.
- Manarolo G., *Manuale di Musicoterapia. Teoria, Metodo e Applicazioni della Musicoterapia*, ed. Cosmopolis, Torino, 2006.
- Merleau-Ponty M., (1945), *Fenomenologia della percezione*, Il Saggiatore, Milano, 1972.
- Mundy P., *Joint Attention and Social-Emotional Approach Behavior in Children with Autism*, Devel & Psychopathology, 7, 1995.
- Mundy P., Newell L., *Joint Attention Study Has Implication for Understanding Autism*, Association for Psychological Science (APA), ottobre 2007.

- Mundy P., Sigman M., Kasari C., *La teoria della mente e i deficit dell'attenzione condivisa nell'autismo*, in Camaioni L.(a cura di), "La teoria della mente", Laterza, Bari, 1998.
- Ozonoff S., Pennington B.F., Rogers S.J., *Are there Emotion Perception Deficits in Young Autistic Children?*, in "Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines", 31, 3, 1990.
- Postacchini P.L., Ricciotti A., Borghesi M., (1997), *Lineamenti di Musicoterapia*, Carocci, Roma, 2004.
- Sander L.W., (a cura di), *Sistemi viventi. L'emergere della persona attraverso l'evoluzione della consapevolezza*, trad. it. Raffaello Cortina Editore, 2007.
- Schopler E., *Early Infantile Autism and Receptor Processes*, in "Archives of General Psychiatry", 13, 1965.
- Schopler E., *Childhood Autism Rating Scale-CARS*, Reichler & Renner, 1988.
- Siegel D.J. (1999), *La mente relazionale. Neurobiologia dell'esperienza interpersonale*, trad. it. Raffaello Cortina Editore, 2001.
- Sigman M., Rustik E., *Continuity and change in the social competence of children with autism*, Monographs of the Society for Research in Child Development, 64, 1999.
- Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, *Linee Guida per l'Autismo, raccomandazioni tecniche operative per i servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza*, (SINPIA), 2005.
- Sroufe L.A., (1995), *Lo sviluppo delle emozioni*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2000.
- Stern D.N., (1985), *Il mondo interpersonale del bambino*, Bollati Boringhieri, Torino, 1987.
- Stern D.N., *La costellazione materna*, Bollati Boringhieri, Torino, 1995.
- Tomasello M., *The Role of Joint Attentional Process in Early Language Development*, Language Sciences, 10, 1988.
- Trevarthen C., *Empatia e biologia*, Raffaello Cortina Editore, 1998.
- Trevarthen C., *Il sé generato nell'intersoggettività: la psicologia della comunicazione infantile*, in Neisser U., (a cura di), "La percezione del sé", Bollati Boringhieri, Torino, 1999.
- Wing L., *The Autistic Spectrum*, Constable, London, 1996.
- Winnicott D.W., (1971), *Gioco e Realtà*, Armando Editore, Roma, 1974.

Guida all'osservazione e alla valutazione dell'attenzione congiunta e dei suoi precursori all'interno del setting musicoterapico

A. ORGANIZZAZIONE ATTENTIVA
(area attentivo-mnesica: attenzione vs attenzione condivisa)

1. Lo stimolo sonoro-musicale attiva nel bambino un'attività di esplorazione visiva.
   (☐ no ☐ a volte ☐ spesso)
2. Il b.no (bambino) orienta lo sguardo verso il volto del musicoterapista (mt) che lo contatta vocalmente.
   (☐ no ☐ a volte ☐ spesso)
3. Il b.no cambia postura e/o orientamento del corpo restando fermo ad ascoltare (più di 3 secondi) uno stimolo sonoro-musicale.
   (☐ no ☐ a volte ☐ spesso)
4. Il b.no è incuriosito da uno o più oggetti sonori esplorati dal mt (lo guarda, si avvicina e tenta di afferrarlo).
   (☐ no ☐ a volte ☐ spesso)
5. I contrasti sonori (piano/forte-lento/veloce-acuto/grave) utilizzati come strategia sonoro-musicale dal mt catturano maggiormente l'attenzione del b.no.
   (☐ no ☐ a volte ☐ spesso)
6. Il b.no afferra spontaneamente un oggetto sonoro, cerca di produrre un suono e/o lo passa da una mano all'altra per almeno 60 sec.
   (☐ no ☐ a volte ☐ spesso)
7. Il b.no segue con gli occhi un oggetto sonoro che ha trovato interessante e che il mt fa scomparire alla sua vista.
   (☐ no ☐ a volte ☐ spesso)
8. Il b.no alterna lo sguardo fra l'oggetto sonoro esplorato autonomamente e il volto del mt.
   (☐ no ☐ a volte ☐ spesso)
9. Il b.no alterna lo sguardo fra un oggetto sonoro esplorato dal mt e il volto del mt.
   (☐ no ☐ a volte ☐ spesso)
10. Il b.no mostra partecipazione (sorride, batte le mani, vocalizza, si dondola) per alcuni "format sonoro-musicali" proposti dal mt.
    (☐ no ☐ a volte ☐ spesso)
11. Il b.no mostra precise preferenze per uno o più "format sonoro-musicali" (es. "Girogirotondo", "Nella vecchia fattoria",ecc.).
    (☐ no ☐ a volte ☐ spesso)
12. Il b.no è agganciabile attraverso il format del "Cucù-settete".
    (☐ no ☐ a volte ☐ spesso)
13. Il b.no è in grado di partecipare attivamente ad un'interazione sonoro-musicale (senso dialogico del darsi botta e risposta con gli oggetti sonori e/o con la voce).
    (☐ no ☐ a volte ☐ spesso)
14. Qualora il b.no mostrasse una dedizione assorbente e perseverante nei confronti di uno o più oggetti sonori è disponibile alle sollecitazioni del mt che propongono una variazione esplorativa.
    (☐ no ☐ a volte ☐ spesso)

B. ASPETTI COMUNICATIVI EMERGENTI
(area comunicazionale-linguistica: esprimere vs. esprimersi)

15. Il b.no presenta vocalizzi o musical babbling spontanei mentre esplora un'oggetto sonoro.
    (☐ no ☐ a volte ☐ spesso)
16. Il b.no presenta vocalizzi o musical babbling coordinati a schemi motori attivati dalla pulsazione ritmica di brani musicali o dalla produzione sonora del mt.
    (☐ no ☐ a volte ☐ spesso)
17. Il b.no aumenta e/o modula i vocalizzi o il musical babbling nell'interazione "faccia-a-faccia" con il mt.
    (☐ no ☐ a volte ☐ spesso)
18. Il b.no è sensibile agli aspetti prosodici ed intonazionali del linguaggio verbale.
    (☐ no ☐ a volte ☐ spesso)
19. Il b.no è in grado di cogliere alcuni messaggi semplici e contestualizzati.
    (☐ no ☐ a volte ☐ spesso)
20. Il b.no afferra la mano del mt per guidarlo verso un oggetto sonoro desiderato (gesto proto-imperativo).
    (☐ no ☐ a volte ☐ spesso)
21. Il b.no è in grado di richiedere un oggetto sonoro stendendo il braccio o indicando con il dito la collocazione dell'oggetto sonoro stesso con contatto visivo e/o vocalizzo (gesto deittico-pointing).
    (☐ no ☐ a volte ☐ spesso)
22. Mostra e/o offre al mt un oggetto sonoro (gesto deittico).
    (☐ no ☐ a volte ☐ spesso)
23. Presenta suoni spontanei creati da prassie oro-bucco-facciali (schioccare la lingua, pernacchiette, soffi, brusii, ecc.).
    (☐ no ☐ a volte ☐ spesso)
24. Tenta di imitare prassie oro-bucco-facciali (gonfiare le guance, aprire e chiudere la bocca, mostrare la lingua, ecc.) e/o attribuisce un significato condiviso (dare un bacio, imitare il trotto del cavallo, fare il pesce).
    (☐ no ☐ a volte ☐ spesso)
25. Imita suoni vocali proposti dal mt (vocalizzi, musical babbling dialogico).
    (☐ no ☐ a volte ☐ spesso)
26. È attratto da canzoncine che includono suoni vocali onomatopeici (bau, miao, brum, ecc.) condividendone il significato (es. bau = cane, miao = gatto, brum = automobile).
    (☐ no ☐ a volte ☐ spesso)
27. È in grado di condividere canzoncine che includono gesti che imitano semplici azioni.
    (☐ no ☐ a volte ☐ spesso)
28. È in grado di indicare alcune parti del corpo sollecitato da canzoncine che le denominano.
    (☐ no ☐ a volte ☐ spesso)
29. Il b.no dimostra piacere/interesse allo sguardo e alle sollecitazioni vocali del mt sulle proprie azioni dirette ad oggetti sonori.
    (☐ no ☐ a volte ☐ spesso)
30. Il b.no ripete delle azioni sull'oggetto sonoro per suscitare attenzione, riso, partecipazione del mt.
    (☐ no ☐ a volte ☐ spesso)
31. Si attiva maggiormente a livello vocale se sollecitato e sostenuto da una pulsazione ritmica.
    (☐ no ☐ a volte ☐ spesso)
32. Produce chiaramente qualche parola e la utilizza in modo espressivo cantilenando o cantando nell'interazione sonoro-musicale con il mt.
    (☐ no ☐ a volte ☐ spesso)
33. Qualora il b.no presentasse stereotipie vocali è sensibile a modulare e variare l'emissione vocale per le sollecitazioni del mt che propongono una variazione.
    (☐ no ☐ a volte ☐ spesso)

C. MOTIVAZIONE E PIANIFICAZIONE MOTORIA
NELL'ESPLORAZIONE DEL SETTING E DEGLI OGGETTI SONORO-MUSICALI
(area motorio-prassica: interessi e iniziative del bambino)

34. Il b.no si dirige attivamente alla ricerca della fonte sonora.
(□ no □ a volte □ spesso)
35. Identifica nel GOS (gruppo operativo strumentale) un oggetto sonoro particolare e lo mantiene costante nel corso della seduta (oggetto transizionale).
(□ no □ a volte □ spesso)
36. È attratto dal travaso di piccoli oggetti sonori.
(□ no □ a volte □ spesso)
37. Il b.no si attiva a livello motorio per stimoli sonoro-musicali (saltella, si dondola, batte le mani, corre, si rotola, altro...).
(□ no □ a volte □ spesso)
38. Prova piacere e divertimento nella manipolazione autonoma degli oggetti sonori presenti nel setting (afferra e trattiene l'oggetto sonoro oppure lo afferra e lo lancia).
(□ no □ a volte □ spesso)
39. Il b.no tenta spontaneamente di differenziare la propria azione esplorativa a seconda dell'oggetto sonoro che si trova davanti (es. pizzicare le corde della chitarra, scuotere maracas e sonagli, battere le mani sul tamburo, grattare o strofinare la membrana dei tamburi, soffiare nel flauto, altro...).
(□ no □ a volte □ spesso)
40. Il b.no è sensibile ad ampliare la propria esplorazione degli oggetti sonori nell'interazione sonoro-musicale con il mt manifestando interesse per gli stimoli nuovi.
(□ no □ a volte □ spesso)
41. Tenta di imitare le azioni del mt per ottenere i medesimi effetti sonori con gli strumenti musicali.
(□ no □ a volte □ spesso)
42. È in grado di utilizzare i battenti nell'esplorazione di alcuni strumenti (tamburi, metallofono, xilofono, piastre-sonore, ecc.).
(□ no □ a volte □ spesso)
43. Il tipo di postura e la collocazione spaziale del mt (es. seduto a tappeto) invita il b.no ad assumere lo stesso posizionamento.
(□ no □ a volte □ spesso)
44. Il b.no cerca in autonomia di disporre nello spazio gli oggetti sonori che ha a disposizione con un inizio di progettualità (avvicinare, allontanare, mettere in fila, impilare, altro...).
(□ no □ a volte □ spesso)
45. Qualora il b.no presentasse una manipolazione stereotipata e ripetitiva degli oggetti sonori, è disponibile alle sollecitazioni del mt che propongono minime variazioni.
(□ no □ a volte □ spesso)
46. Il b.no è in grado di innescare procedure esplorative con gli strumenti musicali per far durare maggiormente l'esperienza sonora interattiva con il mt (orientamento ad uno scopo).
(□ no □ a volte □ spesso)

D. ESPRESSIONE E REGOLAZIONE EMOZIONALE
(area affettivo-relazionale: attivazione/contenimento)

47. Il b.no presenta una buona capacità di adattamento e di permanenza nel setting musicoterapico (almeno 25-30 min.).
(□ no □ a volte □ spesso)
48. Tende ad identificare e/o mantenere durante la seduta uno "spazio territoriale" ben definito.
(□ no □ a volte □ spesso)
49. Si attiva o sorride divertito per suoni saltellanti o glissati che propongono scale musicali di tipo ascendente o discendente.
(□ no □ a volte □ spesso)
50. Ricerca, nell'esplorazione sonora, forti intensità ed effetti eclatanti.
(□ no □ a volte □ spesso)
51. Il b.no, nel corso della seduta, ricerca attivamente la vicinanza e la prossimità del mt.
(□ no □ a volte □ spesso)
52. Attenua un disagio attraverso il supporto consolatorio del mt.
(□ no □ a volte □ spesso)
53. Il b.no si attiva e si lascia coinvolgere emozionalmente qualora si trovasse in uno stato iniziale di disinteresse o indifferenza, attraverso le proposte sonoro-musicali del mt.
(□ no □ a volte □ spesso)
54. Il b.no presenta un "repertorio" espressivo mimico-facciale e corporeo adeguato alle diverse situazioni esperienziali vissute nel setting.
(□ no □ a volte □ spesso)
55. Il b.no è in grado di modulare uno stato di tensione e/o disagio attraverso le qualità degli stimoli sonoro-musicali proposti dal mt che si sintonizzano sul suo tono edonico.
(□ no □ a volte □ spesso)
56. Nell'interazione sonoro-musicale con il mt il b.no ride o sorride guardandolo in volto in risposta alla stessa situazione sonora (condivisione emozione semplice).
(□ no □ a volte □ spesso)
57. Dopo 4-5 sedute il b.no mostra alcuni semplici schemi di aspettativa (es. si dirige autonomamente verso il pianoforte e cerca di aprirlo, ricerca il proprio oggetto sonoro preferito, batte le mani aspettandosi il saluto iniziale cantato dal mt).
(□ no □ a volte □ spesso)
58. Il b.no è consapevole del raggiungimento di uno scopo nella sua progettualità di gioco con gli oggetti sonori (senso di padronanza e di autoefficacia) e si mostra contento ed orgoglioso di poterlo condividere con il mt (condivisione emozione complessa).
(□ no □ a volte □ spesso)
59. Il b.no dimostra di apprezzare brani musicali dolci, cullanti ed "acquatici" riducendo uno stato di tensione iniziale.
(□ no □ a volte □ spesso)
60. Utilizza gli oggetti sonori per creare semplici giochi simbolici da condividere con il mt (ad es. mescolare "la pappa" con battenti e tamburi, fare il gioco dell'addormentarsi e dello svegliarsi per un suono improvviso, creare il rumore del tuono per spaventare, altro...).
(□ no □ a volte □ spesso)

Musicoterapia e disturbi neuropsichici dell'adolescenza: riflessioni e proposte*

Ferruccio Demaestri
Musicista, musicoterapista Centro Paolo VI di Casalnoceto (AL), formatore e supervisore AIM.

Una "colonna sonora" sembra accompagnare la vita quotidiana di molti adolescenti. Fruita nel chiuso della propria camera attraverso lo stereo o nell'isolamento degli auricolari del walkman, spesso integrata dal movimento (nel ballo in discoteca) o dalle immagini (in quei brevi filmati di forte impatto che sono i "video"), a volte praticata direttamente suonando uno strumento, la musica è ben più che un sottofondo di accompagnamento dell'esperienza di vita degli adolescenti. Con essa s'intrecciano miti e realtà delle culture giovanili; dalle diverse tendenze del panorama attuale dipendono mode, comportamenti, appartenenze diverse.

Fantoni, Ravasio, 2000

Premessa

Il presente contributo si pone la finalità principale di individuare spunti ed idee relative all'applicazione delle tecniche musicoterapiche nel complesso ambito del trattamento delle patologie neuropsichiatriche dell'adolescenza: disturbi di personalità, disturbi borderline, disturbi post-traumatici da stress, tra quelle che ho più frequentemente incontrato ed incontro ogni giorno, ovvero all'interno di un campo attualmente poco indagato in ambito nazionale per quanto riguarda l'applicazione della musicoterapia, ma che sta conoscendo una necessità di trattamento globale pianificato attraverso la diversificazione di approcci educativi, riabilitativi e terapeutici finalizzati alla gestione di ragazzi fortemente segnati da esperienze di vita drammatiche nonchè dalle conseguenze di questi vissuti. Ragazzi che oltre ad essere in questi termini segnati si trovano ad attraversare l'intenso periodo di cambiamento psicofisico costituito dall'adolescenza. Lavoro da venti anni presso il Centro Paolo VI di Casalnoceto come musicoterapista e da circa dieci mi occupo del trattamento prevalentemente individuale di adolescenti di età compresa tra i dodici e i diciotto anni. Ragazzi ospiti delle tre comunità terapeutiche interne ad una struttura riabilitativa più ampia che accoglie e cura molteplici patologie dell'età evolutiva, ragazzi che percorrono, grazie all'assistenza di un'équipe multidisciplinare formata da Neuropsichiatri, Psicologi, Psicoterapeuti, Assistenti sociali ed Educatori professionali, un tratto della loro esistenza usufruendo dei servizi terapeutici, di rieducazione e riabilitazione forniti dall'ente suddetto.

Mi pongo pertanto la finalità di tracciare alcune linee di riflessione relative alle caratteristiche di un contesto musicoterapico calibrato sulle esigenze di questi ragazzi, cercherò inoltre di individuare alcune specifiche modalità di fruizione dell'esperienza musicale intendendo in questo caso il termine fruizione nel duplice aspetto dell'ascolto e della produzione. Nel lavoro quotidiano con la suddetta casistica risulta infatti fittizia la dicotomia musicoterapia recettiva, musicoterapia attiva, all'interno del setting le due pratiche si alternano, si integrano, divengono complementari creando dinamicità espressiva e relazionale ed offrendo spunti di incontro con i ragazzi. Conoscere queste persone attraverso un iniziale ascolto del repertorio musicale contenuto all'interno del lettore Mp3 consente spesso di stabilire un primo momento di aggancio sul quale sviluppare gli incontri successivi. Si verifica in questo modo un momento di accoglienza e di sospensione del giudizio che favorisce nel ragazzo un graduale processo di apertura e disponibilità a svelare la propria identità musicale. Sempre all'interno della pratica clinica quotidiana è possibile osservare la tendenza da parte dei ragazzi a voler eseguire le musiche "del cuore" attraverso l'acquisizione di competenze tecniche di utilizzo di uno strumento musicale oppure della voce. In questo modo l'oggetto musica passa da una funzione di autointrattenimento o di intrattenimento tra pari ad una funzione di potenziale condivisione con un adulto preparato ad offrire un ulteriore passaggio nella fruizione musicale, ovvero quella dello scambio espressivo, dell'ascolto non giudicante, dell'aiuto a sviluppare competenze specifiche atte a rendere l'esperienza musicale realizzabile nei termini di una produzione più consapevole e "vicina" al modello, gruppo musicale o cantante, noto ed amato dai ragazzi. Vedremo di seguito come si articola questo lavoro di accoglienza ed ascolto delle esigenze dei singoli adolescenti.

Aspetti metodologici

Il ragazzo accolto in comunità effettua una richiesta specifica per il trattamento di musicoterapia, compila una richiesta, la consegna agli educatori i quali successivamente sottopongono le intenzioni dell'ospite all'équipe clinica. Dopo aver vagliato la pertinenza della richiesta soprattutto in relazione alla situazione clinica dell'ospite, il neuropsichiatra invia il ragazzo al musicoterapista per un'osservazione. I criteri d'inclusione proposti dal musicoterapista sono sostanzialmente due e sono stati elaborati tenendo conto dell'esigenza di porre un filtro iniziale alle richieste degli ospiti che spesso manifestano intensi interessi verso l'una o l'altra possibilità espressiva o riabilitativa seguendo il flusso di processi di emulazione di un leader o di un piccolo gruppo di compagni.

Criteri d'inclusione

1) Presenza di competenze musicali specifiche (in alcuni casi gli ospiti sono in possesso di specifiche competenze per l'utilizzo della chitarra, delle tastiere, delle percussioni, della voce) molto spesso acquisite durante percorsi didattici precedenti ai vari ricoveri nei reparti di neuropsichiatria infantile e all'inserimento in comunità e bruscamente interrotti dall'insorgere di episodi di crisi.
2) Presenza di un interesse per l'ascolto musicale; come ho evidenziato in precedenza e come noi tutti sappiamo in questa fascia d'età l'ascolto può ricoprire differenti funzioni a seconda dello stato d'animo dell'adolescente.

Alcune considerazioni

Spunti di riflessione possono essere individuati già a partire da questo primo livello successivo all'invio. L'ospite sceglie di fruire della proposta musicoterapica. Questa scelta sembra derivare da alcuni elementi di base che caratterizzano i ragazzi incontrati:

1) Il confronto con gli educatori al momento dell'ingresso in comunità, successivo al momento della presentazione della rosa di possibilità educative, riabilitative e terapeutiche presenti al centro Paolo VI.
2) Il confronto con i pari che già usufruiscono del trattamento musicoterapico. Questo livello sembra essere correlato alla circolazione e alla condivisione intracomunitaria di gusti, tendenze, valori inerenti alle diverse possibili esperienze (anche musicali) vissute appunto in ambito di gruppo.
3) L'idea di un progetto musicale da realizzare. Si tratta del desiderio di realizzare registrazioni audio "dal vivo" di canzoni eseguite dai cantanti o dagli autori più amati dai ragazzi e in alcuni casi di esportare questi prodotti sia in ambito di gruppo di comunità, sia all'esterno della struttura, in famiglia oppure nel gruppo di pari esterno all'istituzione che costituisce la "compagnia" del ragazzo.
4) In altri casi si tratta invece del desiderio di riprendere percorsi di carattere didattico inerenti all'utilizzo funzionale di uno strumento musicale.
5) In alcune situazioni la richiesta è rivolta alla soddisfazione di una curiosità di esplorazione e sperimentazione in ambito musicale.

Sospenderei momentaneamente il giudizio relativo alle aspettative di carattere didattico che sembrano emergere da alcuni dei punti sopra esposti. Focalizzerei invece l'attenzione alla richiesta spontanea, non indotta dagli operatori, relativa al bisogno di esprimere elementi di sé attraverso la musica formulata dagli ospiti delle comunità terapeutiche. Talvolta questa motivazione fonda le sue radici nel bisogno di appartenere ad un gruppo, al gruppo di comunità, al gruppo dei pari, in altri casi la motivazione dei ragazzi è riconducibile all'esigenza di sperimentare situazioni gratificanti, di avere uno spazio nel quale "...prendersi cura di sé...".

Qualunque siano le motivazioni o le aspettative dell'ospite in una prima fase di presa in carico e trattamento emerge come possibilità la disponibilità di uno spazio e di un tempo, la presenza di una persona qualificata a lavorare in senso musicale, l'idea di poter realizzare un progetto espressivo. Al fine di rafforzare ulteriormente l'importanza della richiesta libera e della scelta da parte dell'ospite ricordo brevemente la situazione che caratterizza il periodo di permanenza dei ragazzi in comunità:

- Situazioni successive ad un ricovero in reparto ospedaliero, ricovero che può durare anche alcuni mesi, situazione di confronto con la malattia psichiatrica, con altri malati, molto spesso successiva ad agiti estremamente drammatici che colpiscono sia la vita dell'adolescente, sia i famigliari, situazioni in cui i legami, le relazioni più significative, le normali attività quotidiane subiscono un brusco arresto a causa di un breakdown, di una crisi tanto intensa da modificare globalmente lo sviluppo di un percorso di crescita.
- Situazioni di transito da una comunità all'altra riferibili ad ospiti che pur trovandosi in giovane età conoscono differenti contesti comunitari, possiedono strategie e stili relazionali già consolidati nel tempo e nella frequentazione/permanenza all'interno di strutture di accoglienza e cura.

- Situazioni di repentino e duraturo allontanamento dal nucleo famigliare, conseguenti all'inadeguatezza del nucleo famigliare che per ragioni sociali e/o relazionali non appare in grado di svolgere i compiti più opportuni a tutela della crescita dell'adolescente. In queste situazioni spesso agenzie esterne come il Tribunale per i minori intervengono al fine di individuare la "collocazione" più adeguata per il ragazzo.

Sforziamoci di immaginare la vita di un ragazzo, di un adolescente che magari conosciamo e che in maniera improvvisa viene completamente e pesantemente modificata nelle sue manifestazioni più abituali, nel suo regolare andamento, nelle possibilità di crescita integrata ed armonica, a causa di fratture emotive e relazionali spesso impreviste e fortemente traumatiche. Immaginando questo forse possiamo riuscire a comprendere l'importanza dell'incontro con operatori, in primis educatori professionali, che "offrono" possibilità, propongono idee, sostengono inclinazioni e bisogni dei ragazzi, consentono di costruire una cornice di attività e di relazioni entro la quale continuare a vivere e crescere. La musica può rappresentare uno di questi elementi, la musicoterapia un contesto specifico nel quale sviluppare in senso relazionale ed integrativo alcune di queste idee e inclinazioni.

Il Primo incontro

Il primo appuntamento è di carattere conoscitivo. Il musicoterapista si presenta e presenta al ragazzo il setting all'interno del quale si svolgeranno gli incontri. In questo primo momento è importante proporre un contesto ricco ed esteticamente bello e piacevole. Gli strumenti musicali sono generalmente i seguenti: tastiere elettroniche, pianoforte, batteria elettronica, chitarra classica o elettrica, computer e software per l'elaborazione del suono, possibilità di utilizzare il web per le ricerche musicali, impianto audio di amplificazione, impianto stereo per l'ascolto. Questi oggetti esercitano spesso un notevole fascino sugli adolescenti già dal primo incontro. Gli strumenti, la loro presenza, la possibilità di utilizzarli aprono un orizzonte ricco di potenzialità espressive per i ragazzi. Anche in questo caso il musicoterapista lascia la possibilità di scelta all'ospite. Il primo appuntamento si caratterizza anche per un breve colloquio verbale finalizzato alla definizione delle linee generali del percorso da affrontare.

Durante il primo incontro e per le sedute successive il musicoterapista non utilizza schede di raccolta anamnestica-musicale o materiali simili. Credo sia importante ricordare che l'adolescente in comunità si "porta dentro" un vissuto di valutazione psicologica effettuato tramite test di vario genere, ritengo pertanto inadeguato caratterizzare il setting musicoterapico come un nuovo ambito di indagine psicologica rendendolo medicalizzato e conferendogli una connotazione valutativa. I tratti peculiari e ricorrenti dell'identità musicale dei ragazzi si delineano nel corso delle prime tre o quattro sedute attraverso incontri clinici. Nell'ambito del primo appuntamento sostanzialmente gli aspetti indagati sono i seguenti:

- Nome e provenienza dell'ospite: precisare la provenienza, come sappiamo, può aiutare ad inquadrare il vissuto musicale.
- Nome e competenze specifiche del musicoterapista: ritengo importante definire i confini dell'esperienza e delle competenze del tecnico con il quale il ragazzo effet-

tuerà il percorso al fine di contenere il rischio di sovrapposizione con altri ambiti e figure professionali.
- Esperienze musicali precedenti al ricovero e attuali, per verificare il livello di interesse e competenza del ragazzo nei confronti dell'esperienza musicale.
- Motivazioni e aspettative dell'ospite nei confronti della musicoterapia, per questi aspetti rimando a quanto scritto in precedenza.

Successivamente a questo momento conoscitivo gli appuntamenti si susseguono e il percorso si sviluppa spesso per l'intera durata della permanenza del ragazzo in comunità, un periodo che può variare da uno a tre anni. La frequenza media degli incontri è bisettimanale.

Dal 2001 al 2010 presso le comunità terapeutiche interne al Centro "Paolo VI" di Casalnoceto (Al) sono stati trattati trenta adolescenti di età compresa tra i 12 e i 18 anni. Omogenei dal punto di vista diagnostico, la diagnosi prevalente è quella di Disturbo borderline di personalità, pressoché tutti hanno usufruito di un trattamento musicoterapico individuale per l'intero periodo di permanenza presso la struttura. Di seguito evidenzieremo le principali tipologie di fruizione dell'esperienza musicale emerse durante il trattamento dei ragazzi nel corso di questi anni.

Tipologie di fruizione musicale negli ospiti

A. Il primo raggruppamento contiene gli adolescenti che aderiscono alla proposta musicoterapica in forma emulativa. Il progetto esposto dai ragazzi è prevalentemente orientato all'acquisizione di competenze specifiche relative all'utilizzo di uno strumento musicale. La chitarra, la tastiera, la batteria tra i più richiesti, ma anche la pratica vocale. Sono assenti competenze di base e talvolta il livello cognitivo risulta ai limiti della norma. Le motivazioni, molto spesso non dette, che spingono questi ragazzi a cercare nell'esperienza musicale elementi di realizzazione sono da ricercare in un bisogno di appartenenza al gruppo dei pari. I ragazzi che costituiscono questa prima tipologia spesso rivelano intensi bisogni di accoglienza. Le competenze espressive e le possibilità di apprendimento sono limitate ma le intenzioni degli adolescenti rivelano profonde esigenze emotive e relazionali. Talvolta le idee di espressione musicale appaiono estremamente lontane da ogni possibilità concreta di realizzazione e si caratterizzano per la massiccia presenza di meccanismi di negazione e idealizzazione del contesto che si contrappongono ad una possibile analisi critica delle performances musicali. L'approccio musicoterapico in questi casi rischia di essere controindicato in quanto può sostenere componenti psicopatologiche del ragazzo senza offrire aree di realizzazione utili allo svilupparsi di un processo di integrazione personale e ad un rafforzamento del senso di identità, oppure può rivelarsi estremamente ripetitivo e privo di reali spunti evolutivi.
B. Il secondo raggruppamento di casi riguarda un numero di adolescenti orientati verso la fruizione dello stile e del repertorio rap. Il progetto esposto da questi ragazzi prevede spesso di realizzare canzoni e testi con la finalità di giungere alla creazione di un repertorio personale attingendo allo stile di rapper famosi, da presentare su alcuni siti web oppure da incidere su cd. Le intenzioni ed il progetto sono sostenuti da alcune competenze di base. Lo stile relazionale adottato da questi ragazzi oscilla tra due poli principali. Il primo caratterizzato da una fruizione superficiale della musica che si traduce in un ascolto continuo e disattento, poco differenziato in termini qualitativi ma contraddistinto da un'imponente quantità di materiale musicale raccolto. Il musicoterapista è spesso considerato come una fonte per questa raccolta e le richieste iniziali dei ragazzi si rivolgono appunto ad una sorta di "approvvigionamento" musicale volto ad ampliare il repertorio di basi ritmiche (i beat), di canzoni, biografie, immagini di rapper famosi. La relazione che si instaura è di carattere funzionale ed univoco, lascia poco spazio al confronto e allo scambio, satura i possibili silenzi con il continuo ascolto e con la lettura di testi scritti dai ragazzi, tradotti o raccolti da varie fonti. La capacità di giudizio sulle proprie performance musicali è estremamente ridotta, l'atteggiamento di disponibilità da parte del terapista sembra essere l'unica possibilità di incontro. Il secondo polo risulta caratterizzato da ragazzi in possesso di una maggiore capacità di mediazione comunicativo-relazionale e offre la possibilità di instaurare un rapporto basato su elementi di scambio biunivoco. I ragazzi a questo livello consentono al musicoterapista di intervenire modulando sulle loro scelte, manifestano competenze di ascolto, capacità di giudizio più integrate. I progetti musicali di questi ragazzi appaiono realizzabili e sono connotati da elementi di ricerca estetica. Spesso i testi riflettono aspetti della loro emotività soprattutto in momenti particolari della vita di comunità. Le emozioni che prevalentemente emergono dai contenuti testuali e dai materiali musicali scelti sono correlate alla rabbia oppure a tematiche affettive rivolte a compagni di sesso opposto.
C. Il terzo raggruppamento riunisce ragazzi in possesso di specifiche competenze musicali preesistenti al momento del ricovero e dell'accoglienza in comunità. In alcuni casi i ragazzi hanno seguito lezioni di musica e hanno interrotto i percorsi didattici a causa dell'insorgere della malattia. Le richieste ed i progetti avanzati da questa tipologia di adolescenti sono orientate al recupero di competenze specifiche musicali. La relazione che si instaura e la struttura della seduta di musicoterapia risente dell'impostazione didattica. Anche per questa tipologia si tratta di raccogliere ed eseguire brani musicali appartenenti ai gusti e all'identità musicale dei ragazzi, si tratta altresì di offrire un contesto di sostegno ad abilità e competenze espressive specificamente musicali che durante il periodo di permanenza in comunità andrebbero perse. Appare chiaro che il lavoro di carattere "didattico" si rivolge a due aspetti principali, il primo orientato a rafforzare il senso di identità dei ragazzi, il secondo a mantenere e sviluppare competenze cognitive legate alla musica. Per questa tipologia si rivela utile strutturare accordi e convenzioni con realtà formative musicali presenti sul territorio. Accademie e scuole di Musica possono offrire contesti di normalizzazione e socializzazione tra pari, esterne all'ambiente comunitario. In questo caso il musicoterapista avrà un duplice ruolo: all'interno della struttura quello di facilitare la ripresa del percorso musicale ai ragazzi ponendo particolare attenzione anche alla dimensione della relazione e dell'improvvisazione musicale, all'esterno della struttura avrà la funzione di mediazione e raccordo per le proposte che le diverse istituzioni formuleranno ai ragazzi integrati nei progetti didattici ed espressivi.
D. Un ulteriore tipologia di fruizione riguarda gli adolescenti che si rapportano all'esperienza musicale associandola ad immagini visive. In questo caso la musica è ricordata e fruita nell'ambito di colonne sonore di film. I ragazzi che presentano queste caratteristiche di fruizione/produzione tendono ad evocare attraverso il

racconto verbale scene per loro significative e a ricordare i profili melodici ed il clima evidenziato attraverso la musica. Le immagini ricordate e riproposte sono correlate al vissuto esperienziale ed emotivo del ragazzo e la richiesta dell'ospite è spesso orientata ad un bisogno di acquisizione dei brani attraverso l'esecuzione musicale. Si delinea in questo modo un percorso di apprendimento di competenze musicali favorito dall'esigenza di rievocare scene peculiari ritenute significative dal ragazzo. Incontrando gli ospiti all'interno di questa tipologia di fruizione/produzione musicale è possibile fornire elementi di modulazione relativi a tematiche che spesso si presentano come eccessivamente ripetitive e sterili dal punto di vista di una possibile elaborazione. L'approccio musicoterapico, strutturato in questo modo, sembra consentire una modulazione rispetto a pensieri ricorrenti legati ad immagini e musiche, offrendo al ragazzo la possibilità di esperire i brani musicali all'interno di un contesto differente da quello abituale. Questo cambio di prospettiva in alcuni casi facilita l'ampliamento del repertorio conosciuto, favorendo l'interesse per stili musicali e brani appartenenti a paesaggi musicali diversi da quello abituale.

E. Il quinto ed ultimo raggruppamento contiene i ragazzi che si rapportano all'esperienza musicale attraverso condotte d'ascolto ed esecuzione vocale. E' possibile incontrare adolescenti in possesso di un notevole e diversificato bagaglio musicale. Questi ragazzi e ragazze amano raccogliere brani musicali di generi e stili vari motivando le scelte con precise indicazioni orientate prevalentemente a tematiche di ordine affettivo ed emotivo. Le playlist contengono sia canzoni, sia brani di musica strumentale raggruppabili secondo categorie di pregnanza emotiva. Alcune musiche sono connesse ad esperienze relazionali ed affettive tra pari, altre richiamano le caratteristiche sonoro/musicali e il clima emotivo dell'ambiente famigliare, altre ancora sono legate a situazioni contingenti vissute dall'adolescente in ambito istituzionale: il momento dell'accoglienza in struttura, quello della dimissione, momenti di particolare benessere o malessere sono spesso sostenuti dal desiderio di ascoltare brani che per i contenuti verbali (testi delle canzoni) o per le caratteristiche strutturali (ritmiche, melodiche, ecc..) rispecchiano il sentire dell'ospite relativo alle specifiche situazioni descritte. All'interno di questa tipologia di fruizione è possibile articolare incontri mirati ad avviare un processo di consapevolizzazione dell'esperienza musicale rispetto al vissuto emotivo. Le scelte musicali effettuate dal ragazzo offrono lo spunto per parlare di particolarità e caratteristiche del brano musicale ascoltato e delle modalità di eventuale ri-produzione da parte del ragazzo. I tratti caratteristici dei brani scelti possono entrare in questo modo in risonanza con aspetti tipici dell'espressività dell'adolescente consentendo di avviare ed articolare il suddetto processo.

Conclusioni

In merito alle considerazioni esposte ritengo utile individuare alcune aree di possibile approfondimento finalizzato ad una più specifica applicazione del trattamento musicoterapico nel campo dei disturbi neuropsichici dell'adolescenza. Riferendomi essenzialmente alla mia esperienza personale ritengo proficuo un confronto relativo ai seguenti aspetti:

A. *Ambito verbale:* la relazione con questi ragazzi si sviluppa prevalentemente su un piano verbale. Pensiamo ai testi delle canzoni e al rapporto comunicativo con il terapista. Il contesto non-verbale caratteristico della musicoterapia sembra raggiungibile come finalità e non costituisce un presupposto per la strutturazione dell'intervento. La proposta di un contesto non verbale ad inizio percorso espressivo ha determinato spesso l'interruzione della frequenza alle sedute da parte dei ragazzi. L'utilizzo del linguaggio verbale deve essere opportunamente orientato alla discussione relativa alle caratteristiche del materiale musicale proposto dai ragazzi, alle informazioni di carattere tecnico relative all'acquisizione di competenze specifiche, oppure alla sottolineatura di peculiarità espressive non-verbali emerse durante gli incontri. Delimitare l'uso del linguaggio verbale all'interno dei contesti descritti consente al musicoterapista di definire con sufficiente chiarezza le caratteristiche del setting.

B. *Metodologia:* Emergono esigenze di strutturazione di tipo metodologico. I caratteri quali-quantitativi del materiale espressivo e dei vissuti ad esso connessi si rivelano estremamente complessi e polimorfici. In relazione ad ognuna delle tipologie di fruizione trattate servirebbero linee d'intervento specifiche e mirate.

C. *Formazione:* Per quanto riguarda l'aspetto formativo, per questa tipologia di pazienti, si rivelano necessarie solide competenze musicali.

D. *Approccio integrato:* L'approccio a queste situazioni richiede una grande flessibilità tecnica e di metodo, la capacità d'integrare approcci apparentemente lontani seguendo un'ottica di complessità. Richiede inoltre una costante capacità di confronto con l'équipe clinica relativa agli elementi espressivi emersi nell'ambito del trattamento.

* Articolo apparso sulla rivista "Musica et Terapia" n. 22, edizioni Cosmopolis, Torino, 2010.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Andreoli V., *Lettera a un adolescente*, ed BUR, Milano, 2004.
- Benenzon R., *Presentazione del modello Benenzon*, in AA.VV., "Musicoterapia tra neuroscienze arte e terapia", ed. Musica practica, Torino, 2007.
- Bonino S, Lo Coco A., Tani F., *Empatia*, ed. Giunti, Firenze, 1998.
- Bruscia K., *Casi clinici di Musicoterapia*, 2 volumi, ed. Ismez, Napoli, 1999.
- Fantoni F., Ravasio B., Introduzione in *Adolescenti e musica*, (atti del convegno), AA.VV., Centro di Psicologia Clinica ed Educativa di Milano, 2000.
- Gaita D., *Il pensiero del cuore*, ed. Bompiani, Milano, 2000.
- Galimberti U., *L'ospite inquietante, il nichilismo e i giovani*, ed. Feltrinelli, Milano, 2008.
- Giordano E., *Fare arteterapia*, ed. Cosmopolis, Torino, 1999.
- Kaneclin C., Orsenigo A., *Il lavoro di comunità. Modalità d'intervento con adolescenti in difficoltà*, ed. Carocci, Roma, 1998.
- Lecourt E., *Analisi di gruppo e musicoterapia*, ed. Cittadella, Assisi, 1996.
- Marcelli D., Braconnier A., *Adolescenza e psicopatologia*, ed. Masson, Milano, 2006.
- Manarolo G., *Manuale di Musicoterapia. Teoria, Metodo e Applicazioni della Musicoterapia*, ed. Cosmopolis, Torino, 2006.
- Manarolo G., Peddis M., *Musica e adolescenza*, in "Musica et Terapia", n. 9, ed. Cosmopolis, Torino, 2004.
- Oasi O., *Psicologia della musica e adolescenza*, in "Musica et Terapia", n. 9, ed. Cosmopolis, Torino, 2004.
- Pavlicevic M., *Musicoterapia applicata al contesto*, ed. Ismez, Napoli, 1997.
- Postacchini P.L., Ricciotti A., Borghesi M., *Musicoterapia*, ed. Carocci, Roma, 1997.
- Postacchini P.L., *In viaggio attraverso la musicoterapia*, ed. Cosmopolis, Torino, 2006.
- Ricciotti A., *Forme musicali e vita mentale in adolescenza*, in "Musica et Terapia", n. 9, ed. Cosmopolis, Torino, 2004.
- Spaccazocchi M., *Musica umana esperienza*, ed. Quattroventi, Urbino, 2000.
- Stefani G., *La competenza musicale*, ed. Clueb, Bologna, 1985.
- Wigram T., *Improvvisazione*, ed. Ismez, Napoli, 2004.

"Anche oggi ci siamo incontrati". Musica, narrazione, realtà*

Paolo Ciampi
Musicista, musicoterapista, Ambulatorio Arcipelago Coop. Saba, Genova, formatore e supervisore AIM.

Le cose di ogni giorno raccontano segreti per chi le sa guardare ed ascoltare
Sergio Endrigo

Premessa

In questo contesto non desidero fare la presentazione di un caso clinico, anche se ho bisogno di collocare nel tempo e nello spazio le mie riflessioni; per farlo, non ho altra possibilità che porre le mie considerazioni all'interno di una vicenda e di un'esperienza di trattamento. Per parlare, ho necessità di ancorare i miei ragionamenti a quello che è il mio lavoro, non riesco a parlare in astratto, sono in grado solamente di portare quello che sono: un musicoterapista che opera da circa venti anni nel campo della disabilità. Quello che mi permetto di descrivere si riferisce alla mia attività, scaturisce da ciò che ho vissuto insieme ai miei pazienti perché, in qualche modo, non riesco a disgiungere i miei pensieri, i miei studi e nemmeno le mie riflessioni, da quello che è il contatto con il paziente, con la presa in carico, con l'operatività, con l'immergermi nelle relazioni che si presentano quotidianamente nell'ambulatorio nel quale opero, con l'affettività e con i vissuti incontrati nella mia stanza di musicoterapia.

Molto spesso mi sono fermato a riflettere a quante storie, a quante situazioni, a quante emozioni, a quante relazioni, a quanta sofferenza, gioia, soddisfazione e frustrazione, appagamento e delusione e, in generale, a quante vite sia legata la mia stanza di musicoterapia. Quando, alla fine della giornata, spengo tutti gli strumenti elettronici e il computer tace il suo ronzio, quando chiudo le finestre, quando nessuna persona e nessun rumore interrompe il silenzio che quasi all'improvviso si crea nel momento in cui accompagno all'uscita il mio ultimo paziente e mi ritrovo solo, magari a tarda sera, mi guardo attorno, mi ritrovo a pensare a quanto è avvenuto nella mia stanza, a quanto ho visto e ascoltato, alla musica che è stata improvvisata, suonata, composta, alle parole dette, a quelle non pronunciate, agli sguardi, alle emozioni vissute, a tutte le dinamiche; l'unica parola che allora può emergere è: incredibile.

In altre parole non so dire altro che quello che ho vissuto.

Circa dieci anni fa ho incontrato una persona, ho iniziato a lavorare con essa e da questo interagire scaturiscono le riflessioni che vi presento.

Musica, storia, narrazione

Quella persona, o meglio quel bambino, ha iniziato spontaneamente a raccontare storie nel momento in cui ha sentito la necessità di aprire uno spiraglio di sé. Non ri-

usciva a farlo direttamente per mille motivi diversi che risiedevano in blocchi emotivo-psichici, in situazioni famigliari e in vissuti molto complessi.

Come in seguito farà molte altre volte, trova una soluzione che si è rivelata al momento ideale e molto proficua: parlare di sé attraverso storie, racconti in parte fantastici e narrazioni talvolta molto lunghe e complesse; riuscirà a fare anche molto di più: sfrutterà appieno le risorse presenti nella nostra stanza di musicoterapia richiedendo il microfono per amplificare la sua voce e per registrare e chiedendo a me di accompagnare i suoi racconti suonando sulla tastiera elettronica: nasce così l'incontro fra storia e musica che si protrarrà per diversi anni.

Per inquadrare dal punto di vista teorico questo lavoro e per essere aiutato a sviluppare alcune riflessioni mi riferirò ad un testo di Dina Vallino: "Raccontami una storia" e al volume di Kennet Bruscia: "Modelli di improvvisazione in musicoterapia", in cui si presenta anche il metodo riguardante la terapia paraverbale di Heimlich; di questo libro elenco ora alcune citazioni fondamentali:

"Le improvvisazioni di storie musicali sono spesso utilizzate in setting individuali a causa del materiale personale che in esse viene rivelato. Dal momento che si tratta di una manovra avanzata, il paziente dovrebbe già aver partecipato a diverse sedute precedentemente e dovrebbe essere pronto a comunicare verbalmente e affettivamente con il terapista." (Bruscia, 2003)

"Quando il terapista ritiene che si possa iniziare l'improvvisazione di una storia musicale, egli mette a disposizione del paziente l'intera gamma di strumenti musicali e poi comincia ad improvvisare una breve introduzione (generalmente al pianoforte o ad un altro strumento armonico)..." (Bruscia, 2003)

"Intensifico sempre il materiale che è stato fornito mediante un alto rendimento espressivo. Adopero qualsiasi commento musicale che penso possa aumentare e sottolineare l'esperienza del bambino... Se il bambino resta bloccato nel mezzo di una storia musicale, lo stimolo con improvvisazioni al pianoforte finché non è pronto a continuare." (Bruscia, 2003)

"Le improvvisazioni di storie musicali vengono usate per stimolare le fantasie che aiutano a rivelare, chiarire ed elaborare psicologicamente i conflitti emotivi." (Bruscia, 2003)

"La terapia paraverbale è un approccio multisensoriale. Il terapista sfrutta varie modalità, mezzi e componenti e passa dall'una all'altra per impegnare il paziente in modo piacevole, fare fronte ad un bisogno emotivo emergente, facilitare la comunicazione oppure fornire lo stimolo sensorio appropriato quando necessario." (Bruscia, 2003)

"L'improvvisazione costituisce un mezzo particolarmente adatto di comunicazione paraverbale a causa dell'enfasi posta sul gioco, piacere, libertà di scelta, spontaneità, flessibilità ed interazione reciproca. Infatti, molte delle attività basilari della terapia paraverbale possono coinvolgere il paziente e/o il terapista nell'improvvisazione di suoni e/o forme di movimento. Il paziente può prendere parte all'improvvisazione di suoni o musica attraverso dialoghi strumentali ritmici con il terapista, accompagnando canzoni precomposte, descrivendo sentimenti, oggetti, persone ed eventi o creando materiale proiettivo in forma di canzoni." (Bruscia, 2003)

"La motivazione della terapia paraverbale è che se il bambino può essere piacevolmente coinvolto mediante mezzi multisensoriali e giochi improvvisati che vadano incontro ai suoi bisogni del momento e che se si può far sentire il bambino accettato e curato, allora è possibile stabilire una relazione terapeutica. Una relazione di fiducia con il terapista rende il bambino capace di esprimere e comunicare i sentimenti che sono alla base dei suoi problemi. Come risultato i comportamenti mal adattivi diminuiscono e la sintomatologia diminuisce." (Bruscia, 2003)

"La terapia paraverbale è stata usata originariamente con bambini che hanno problemi emotivi e di comunicazione, che sono resistenti al trattamento con metodi verbali di terapia, che presentano insuccessi scolastici, agitazione, tensione, distruttività, aggressività, scarsa attenzione..." (Bruscia, 2003)

Il paziente di cui ho iniziato a trattare rientra nelle categorie sopra descritte da Bruscia; non riesce a parlare di se stesso direttamente e pertanto inventa questo tipo di auto esposizione: narra delle storie in cui lui stesso è il personaggio principale (che chiama con il suo stesso nome non cercando nemmeno di camuffare la drammatica realtà di ciò di cui desidera parlare) e chiede a me di suonare mentre lui racconta o, meglio, rende udibili e in un certo qual modo visibili le sue emozioni, i suoi pensieri, i suoi sogni, le sue fantasie.

L'improvvisazione, richiesta di sostegno al racconto, si indirizza spontaneamente verso il commento sonoro sfruttando tutte le possibilità insite nel fonosimbolismo sonoro e attingendo a piene mani dalle varie esperienze di sonorizzazione di storie e fiabe presenti nella letteratura musicale.

"...inventare con il mio aiuto una storia, cerchiamo parole e personaggi per emozioni e pensieri prima non accolti." (Vallino, 1999)

Si tratta quindi di apporre alla storia (ai suoi paesaggi, ai suoi personaggi umani e animali o inanimati, alle situazioni, agli stati emotivi, agli eventi atmosferici ecc.) contenuti sonoro-musicali il più possibile adeguati in modo tale da non solo semplicemente commentare, ma più profondamente sostenere e connotare ciò che l'espressione verbale non riusciva o poteva esprimere. È interessante notare come sia stato proprio lui a chiedere tale sostegno musicale, come se si rendesse conto di non riuscire non solo ad esprimere chiaramente ciò che aveva dentro, ma non riuscisse nemmeno a capire e a riconoscere ciò che al suo interno era buio o forse troppo confuso per poter essere esplicitamente padroneggiato e soprattutto utilizzato. Percepiva probabilmente dentro di sé un qualcosa ma non sapeva denominarlo precisamente o temeva di farlo. Questo ricorda un po' il meccanismo di apprendimento del neonato che abbisogna del rimando arricchito e significato della madre per poter accedere allo sviluppo psicologico e, quindi, alla comprensione di sé e del mondo emotivo in generale.

"Sia nell'analisi dei bambini che degli adulti la rêverie entra in gioco come capacità mentale di convertire un'atmosfera emotiva della seduta in un'esperienza di contatto emotivo con il paziente." (Vallino, 1999)

È straordinario pensare ancora una volta che, per poter capire noi stessi e i nostri meccanismi interni, abbiamo bisogno degli altri e, in particolar modo, abbiamo bisogno di un altro che ci accolga in tal maniera da sintonizzarsi strettamente con noi aiutando a scoprirci e a comprenderci.

Le prime storie erano caratterizzate dall'essere storie a "spirale" nel senso che

l'ambito di partenza non era assolutamente lo stesso ambito di arrivo; quel bambino, infatti, continuava ad aggiungere elementi su elementi, personaggi su personaggi, circostanze su circostanze, fino a raggiungere vortici estremamente complessi e quasi inestricabili.

...bombardamento delle sensazioni senza significato, senza ordine e automatiche. Quali gli strumenti per pensare i pensieri dei bambini?... (Vallino, 1999)

Gli elementi ricorrenti erano le guerre, i soldati, gli animali e le più disparate forze dell'ordine (polizia, carabinieri, guardia di finanza, pompieri, guardia forestale, marina, guardia costiera, esercito ecc.).

Come già evidenziato, in tutte le storie era protagonista un eroe che solitamente si chiamava come lui (ed in effetti era lui); l'obiettivo finale di molti racconti era riportare ordine e legalità, pace e, in generale, l'annientamento del male.

Nello spazio della seduta era chiaro ed evidente che lui provava e sperimentava ciò che avrebbe dovuto poi vivere fuori dalla seduta. Ricordo in particolare la sua preparazione all'esame della scuola media: proprio lui che non aveva mai dimostrato grande capacità di studio, con un profitto scolastico piuttosto scarso, preparò un esame talmente eccellente da costringere gli insegnanti a promuoverlo con un giudizio veramente eccezionale.

La preparazione all'esame avvenne a casa sua ma inserì e sfruttò alcuni elementi già molto sperimentati all'interno delle sedute come i canti alpini, che facevano da collante fra svariate materie come storia, geografia, musica e italiano (lui avrebbe portato come argomento la seconda guerra mondiale); il giorno dell'esame ebbe persino il coraggio di cantare questi canti alpini davanti alla commissione d'esame!

Le due ultime sedute prima della prova di licenza media furono sostanzialmente una verifica che lui volle fare con me, adottando la stessa modalità delle storie, e cioè la narrazione degli eventi (questa volta) curricolari sotto forma di racconto, per sentirsi sicuro nell'affrontare gli insegnanti. Anche nelle circostanze dell'esame si può notare come il contesto creato insieme sia stato di aiuto in momenti di vita e in ambiti solo apparentemente distanti dall'esperienza vissuta all'interno del setting musicoterapico.

Ricordo anche con piacere, perché trattasi di un argomento fondamentale per un futuro adolescente, il suo percorso nei riguardi della sfera affettiva: nel corso del tempo, infatti, ha prodotto narrazioni anche sul tema dell'innamoramento e, dopo alcuni anni, quando mi ha fatto leggere una poesia dedicata alla sua fidanzatina conosciuta a scuola, mi sono piacevolmente stupito e commosso ritrovando nel suo scritto quasi le stesse parole che anni prima aveva utilizzato nelle narrazioni affettive svolte con me.

La musica ha sempre rappresentato per lui la possibilità di comprendere ma anche di delineare e di delimitare il confine fra la fantasia e il reale: ciò che si ascolta (attraverso il rimando delle casse che amplificano la voce, unito al rinvio dell'improvvisazione musicale) aggancia alla realtà e impedisce di debordare fuori di essa.

"...contano nell'atmosfera di una relazione cose palpabili, sensoriali, ma non verbali; si deve passare per la comunicazione non verbale tenendo conto del fatto che bisogna dare forma a ciò che è senza forma e ordine a ciò che è disordinato." (Vallino, 1999)

Mi sembra proprio importante sottolineare che passando per la comunicazione non verbale si possa dare forma a ciò che è senza forma e ordinare ciò che è disordinato.

"Il concetto di atmosfera emotiva si presta alla definizione di un'area non verbale in cui non si danno rappresentazioni ma sensazioni ed emozioni che implicano impossibilità di vario tipo (occlusione, evacuazione, confusione) nel realizzare pensieri e risposte alla relazione." (Vallino, 1999)

Noi che lavoriamo con la musica sappiamo che è proprio la sua essenza che la configura come canale non verbale e che le permette di essere quell'elemento che conferisce forma e ordine.

La struttura stessa della musica è ordine e, la forma della musica, è la manifestazione dello stesso a livello uditivo.

Se è vero quanto afferma Imberty (1986), a riguardo della possibilità di rappresentazione simbolica della musica nei riguardi della nostra struttura psichica ed emotiva, allora la musica può veramente essere il canale adatto per sostenere una storia che renda pensabili, udibili e conoscibili i pensieri e le emozioni ad essa collegati.

"...aveva bisogno di conoscere il suo luogo immaginario, di esplorarlo e di viverne le emozioni relative, senza il terrore di esserne sopraffatta." (Vallino, 1999)

La musica sostiene una storia, una narrazione, nel momento in cui appassionatamente si sintonizza sul clima emotivo della stessa, attribuendo senso e permettendo una possibile contestualizzazione del fluire degli eventi narrati, giungendo, in determinati frangenti, a rendere "denominabili" le emozioni o per lo meno a renderle maggiormente decodificabili, comprensibili e pensabili.

Poiché la storia si sviluppa nella contingenza della seduta, l'unico modo per utilizzare le potenzialità della musica risiede assolutamente nell'improvvisazione.

"Con la rêverie accettiamo la tempesta emotiva, il configurarsi di immagini, di significati eccentrici, non razionali, veicolati da un linguaggio prestatoci molte volte dalle immagini oniriche dei nostri pazienti, ma anche dalla nostra esperienza affettiva." (Vallino, 1999)

Il musicoterapista non conosce quanto il paziente narrerà nella seduta perché la sua storia prende corpo nello spazio del setting proprio come se, l'incontro stesso, permettesse o favorisse la possibilità di sciogliere il pensiero o di liberare il sogno o desse voce alle mille voci silenti e confuse dell'interiorità.

L'improvvisazione allora guida, sostiene, permette, favorisce, facilita la parola dell'altro, il suo pensiero, il sogno e l'emozione che si dispiegano in racconto, in un susseguirsi d'immagini, di azioni, di sentimenti e di rappresentazioni talora non completamente chiare, anzi a tratti molto confuse; mi viene spontaneo tradurre questo con l'intuizione dell'immaginoso di Piana (1996) come spazio della mente che non produce le immagini ben delineate della creatività, ma solamente nebbiose sagome fluttuanti e trasformanti che necessitano di ordine emotivo e mentale per essere organizzabili, riferibili e comprensibili.

"Spesso intravedo dietro il loro pallore o silenzi o compiacenza o frammentazione verbale un malessere molto più informe: devo entrare nell'atmosfera della comunicazione non verbale." (Vallino, 1999)

La musica credo che permetta questo per il suo potere evocativo, sinestesico e fonosimbolico. L'improvvisazione, che dà luogo alla cornice emotiva del racconto, si distende nel tempo pianificandosi con strutture contenenti i mille luoghi della creatività musicale di cui la letteratura è ricchissima. Il descrittivismo, l'imitazione e l'onomatopea sono sempre stati presenti nella musica in tutte le epoche e in tutti gli stili, proprio perché possono offrire al compositore le "parole" che la musica, come linguaggio asemantico, non potrebbe né dire né, probabilmente, evocare.

Suonare una storia è un atto che richiede grande contatto e sintonizzazione emotiva ma anche conoscenza delle possibilità più empiriche dell'espressione musicale: è la felice armonizzazione della possibilità del racconto e della possibilità del sonoro che permette la compenetrazione e la con-fusione di uno nell'altro.

"Il dilemma fondamentale è che noi inizialmente ignoriamo ciò che succede quando l'altra mente è in contatto con la nostra, e tuttavia tendiamo, istintivamente, a saturare con i preconcetti ciò che ancora non riusciamo a pensare. Il che implica che la stessa evoluzione del transfert nella relazione analitica comporterà un processo distruttivo e creativo insieme per entrambi i membri della coppia. Succede qualcosa di sconosciuto nell'analista e nell'analizzato che non permette di sapere "subito" se il nuovo stato della mente che si è venuto a formare sia un passaggio corretto, nella direzione giusta." (Vallino, 1999)

Quando la narrazione e la musica si fondono in un tutto inestricabile, accade che l'una influenzi l'altra, l'una anticipi o contenga l'altra in un vorticoso rimando che conferisce all'evento le stesse caratteristiche della relazione positiva e cioè il reciproco contagiarsi, il mutuo comprendersi, lo scambievole ritrovarsi e il felice capirsi.

La musica ha a disposizione svariati sistemi teorico-applicativi (il sistema tonale, pentafonico, cromatico ecc.) e molteplici visioni teorico-filosofiche sul piano di quello che è il suo nucleo principale e cioè il suono e i suoi concatenamenti e riferimenti strutturali. La musica del novecento ha fornito possibilità riflessive e costitutive all'interno delle quali si può ritrovare anche quello che le pratiche precedenti non consentivano nemmeno di pensare.

L'attenzione al suono nel suo presentarsi e nel suo evolversi e l'attenzione alla situazione strutturale in cui il suono si manifesta rendendosi udibile, ha indubbiamente arricchito la musica stessa di un'angolatura nuova e ormai indispensabile.

Il suono si presenta quasi come l'idea nei riguardi del ragionamento, entrambi sono cellula vitale e iniziale di uno sviluppo concatenato che dà luogo rispettivamente alla musica e alla narrazione.

Le possibilità elettroniche ed informatiche hanno reso semplice il padroneggiare anche gli elementi più reconditi del suono e, questo, ci fornisce ancora più opportunità per lavorare con elementi narrativi specialmente se estemporanei.

La musica commenta la storia rimbalzandone le emozioni e gli eventi, in modo tale da poterli rendere udibili e percepibili e in qualche modo comprensibili.

"Con la capacità negativa l'analista coltiva maggiormente l'abilità a sopportare l'ansia, l'impazienza, la ricerca affannosa delle ragioni e delle spiegazioni laddove la rêverie si permette di lasciarsi attraversare da emozioni che possono accenderlo o spegnerlo, ma che comunque lo ispirano, nel tempo, nella concentrazione dell'attesa, a mettere in parole quelle configurazioni che via via si sono andate formando nella mente." (Vallino, 1999)

Gli aspetti affettivi ed emotivi della narrazione vengono per così dire significati dalla musica, dall'improvvisazione, conferendo un contesto all'interno del quale questi stessi elementi primari del racconto divengono comprensibili anche in virtù dell'isomorfismo che correla la musica all'emozione come teorizzato dalla Langer (1957). Si precisa allora un meccanismo chiarificatore che la musica opera sulle parole e sulle emozioni, perché le connota e le rende denominabili, toglie la narrazione dalla bruma dell'indifferenziato per trasferirla nel noto e nel comprensibile e, di conseguenza, dell'esperibile.

La Vallino centra un altro elemento focale giacché non sempre all'interno del racconto esistono solo le immagini e le scene narrate ma ovviamente coesistono sensazioni e vissuti precedenti alla storia che la compenetrano e ne forniscono la voce. La musica, proprio in virtù della sua non verbalità, rileva e rimbalza anche questi elementi conferendo a loro udibilità, portandoli alla coscienza e alla conoscenza.

Quando la vorticosità del racconto rende lo stesso incomprensibile per il sovraccaricarsi d'immagini, di personaggi, di situazioni e di azioni e di parole, spetta alla musica contenere, chiarificare, connotare, elargire senso, perché la musica per esistere ha bisogno di struttura, di ordine e di consequenzialità.

Parlando di musica, mi viene spontaneo accennare a quale preparazione musicale sia necessaria al musicoterapista per agire efficacemente all'interno del suo contesto operativo. Lungi da me il disquisire approfonditamente in questa sede di un argomento così complesso ed ancora poco scandagliato, mi limito a riflettere su ciò partendo da quella che è la mia esperienza, tenendo anche e soprattutto conto di quanto vi ho comunicato fino ad ora.

Avere dimestichezza con uno strumento "completo" come la tastiera elettronica ha indubbiamente avvantaggiato un lavoro come quello che ho tentato di mettere in evidenza oggi; la preparazione su uno strumento non è però completa se non si cerca di approfondire la conoscenza della vasta letteratura musicale, se non si conoscono gli ambiti di riflessione che fornisce la psicologia della musica, l'estetica e la filosofia della stessa oltre all'approfondimento della sua storia e di quanto concerne la disquisizione simbolica e fonosimbolica. Di pari importanza mi paiono le considerazioni riguardanti lo studio delle sue parti armoniche, ritmiche e melodiche considerate nel loro mutarsi durante la storia.

Credo che in ogni epoca si sia dibattuto e innovato a tal punto da fornire a noi oggi un grande quantitativo di conoscenze utili anche nel campo musicoterapico e, assolutamente non da disdegnare, sono i percorsi proposti nel novecento.

Non vorrei contraddire quanto ho espresso poco fa a riguardo della presenza di ordine nel mondo musicale ma mi sembra di poter affermare che nel novecento, che ha visto il disgregarsi della tonalità e della forma, la nascita di nuovi modelli teorici e di nuove impostazioni estetico-sonore, si sia ideato un approccio alla musica e al fenomeno sonoro in generale che crea ripercussioni e riflessioni importanti anche nella musicoterapia: si può quasi sostenere che ogni aspetto dell'elemento sonoro presente nella nostra disciplina sia già stato contemplato, contenuto e considerato in quell'esperienza di pensiero musicale che, per tanti anni, è stata vissuta in modo marginale nella storia della musica. Mi riferisco al concetto di suono non disgiunto dal concetto di rumore, all'abbandono della forma classica, alla scoperta e rivalutazione della ripetizione, al pensare di suonare in modo informale gli strumenti musicali, alla rivelazio-

ne del silenzio, allo spazio improvvisativo, all'attenzione al minimale, al poter utilizzare svariati codici teorici deprivati del proprio contesto, alla composizione informale, all'elaborazione di nuovi sistemi di scrittura dell'evento suono, alla diversa e rinnovata possibilità delle dissonanze ecc. e, non da ultimo, alla potenzialità dell'evoluzione straordinaria e ricchissima dell'elettronica e dell'informatica musicale.

Ritengo di poter affermare che ogni proposta sonora estemporanea di qualsiasi paziente in trattamento e, qualsiasi evento sonoro creato in seduta, possa essere racchiuso e contemplato e perciò "autorizzato" dalla vitalità variegata del pensiero musicale del novecento. Mi permetto di asserire con convinzione quanto per noi musicoterapisti sia proprio indispensabile affrontare e approfondire i contenuti teorico-filosofici insiti nel pensiero musicale del secolo scorso.

Tornando alle questioni trattate, mi pongo la domanda di quanto ci sia di musicoterapico in questa esperienza vissuta in trattamento.

Posso tracciare qualche punto focale:
- la presa in carico riguardava un problema inerente la comunicazione con difficoltà evidenti nella sfera della relazione;
- le caratteristiche che il paziente portava inerivano all'impossibilità della gestione delle emozioni con gravi ripercussioni in ambito sociale unita ad una tolleranza veramente limitata nei confronti della frustrazione;
- le risonanze di tali evidenze erano notevolmente limitanti rispetto al livello della percezione di sé, al livello di armonia famigliare e scolastica, con presenza di conseguenti crisi di notevole entità e di difficile gestione;
- l'offerta fornita dal contesto musicoterapico contemplava l'uso libero del veicolo sonoro-musicale in un ambito assolutamente relazionale e il paziente ha utilizzato l'opportunità offerta, creando spontaneamente la cornice entro la quale la narrazione e la musica hanno permesso il disvelarsi dell'interiorità.

Tutto questo è avvenuto dapprima in modo indiretto attraverso storie iperboliche e, in seguito, tramite una narrazione maggiormente diretta e reale. Il paziente stesso ha avuto la possibilità di "prepararsi" alle varie esperienze di vita quotidiana proprio tramite questi meccanismi attuati insieme.

...se un'esperienza non è condivisa anche emotivamente non può né divenire visibile, né pensabile, né comunicabile. (Vallino, 1999)

...ogni bambino anche quando il suo mondo di emozioni e idee non è strutturato per l'espressione verbale, si attende che qualcuno si faccia avanti per comunicare ciò che prova. (Vallino, 1999)

È interessante che sia stato proprio il contesto della seduta a permettere di rendere rassicurante l'esportazione nella quotidianità, delle consapevolezze, delle emozioni e delle azioni che in precedenza non potevano nemmeno essere ipotizzate o pensate. In questo caso sono state importanti per non dire fondamentali le opportunità offerte dalla strumentazione elettronica ed informatica di cui la mia stanza di musicoterapia è stata dotata.

Tre sono apparsi gli elementi fondamentali:
- il microfono che amplificava la voce e permetteva di registrare

- la tastiera elettronica su cui improvvisavo e che era collegata al computer tramite un software multitraccia midi
- la possibilità del riascolto insita nell'archiviazione dei dati.

Accenno solamente al fatto che la voce, amplificata e rimandata dalle casse, fornisce un ritorno concreto di quanto si proferisce: l'idea, l'immagine, il pensiero, il sogno, divengono udibili, condivisibili, comprensibili; nel momento in cui questi elementi sono condivisi possono divenire accettabili, ascoltabili e forse migliorabili ed evolvibili.

Il software multitraccia rende facilmente fruibile l'ascolto opportunamente mixato e la possibilità dell'archiviazione stratifica e solidifica il percorso evolutivo, conserva la memoria dei vissuti e permette il profilarsi della maturazione e dell'appropriazione delle emozioni in un'ottica migliorativa ed evolutiva, favorendo la costruzione di un Io maggiormente solido ed armonico.

La tastiera elettronica ha fornito il suono che era necessario per sonorizzare e sostenere le storie di questo paziente; per lo più è stato usato il campione di pianoforte, ma anche molti altri suoni campionati di cui lo strumento possedeva un'ampia gamma, oltre alle centinaia di altri campioni collegabili via midi dal computer attraverso opportuni plug-in del software di editing multitraccia.

Ritengo che aver a disposizione molteplici suoni offra opportunità veramente notevoli. La possibilità di elaborare gli stessi suoni attraverso il controllo dei loro parametri interni, oltre agli aspetti di gestione degli effetti digitali controllabili dallo stesso computer, moltiplica all'infinito le opportunità che si possono creare sia nel campo musicale che in quello musicoterapico.

Questo particolare setting, costituito dall'unione di musica e narrazione, contempla una presenza che rappresenta il cardine dell'intera azione e cioè il musicoterapista.

In realtà è lo stesso esserci del terapista, con la sua azione contenitiva, rafforzante, equilibrante e con tutte le sue emozioni, che permette l'azione della comprensione, che aiuta il disvelarsi dell'intricato vissuto proposto dai racconti, è lui il vero strumento operativo-terapeutico, il vero tramite dell'azione terapeutica. La relazione instaurata con il paziente è la garanzia sulla quale si fonda qualsiasi intervento musicoterapico e la relazione è un atto voluto, cercato, costruito, alimentato e irrobustito dal terapista che, ovviamente, deve avere la disponibilità del suo paziente affinché la magia della relazione possa attuarsi in maniera proficua e maturativa per entrambi.

...il racconto della storia è un aspetto della comunicazione delle emozioni (Vallino, 1999)

"La storia è necessaria quando manca ai bambini il linguaggio per descrivere il loro stato mentale." (Vallino, 1999)

Il raccontare, il narrare e in generale il portare se stessi attraverso immagini, azioni e contesti "immaginifici" con il sostegno, il commento, la chiarificazione e la significazione della musica, rappresenta per me un'esperienza strutturata e strutturante all'interno della quale le emozioni vengono "sentite" e "ascoltate" divenendo disponibili per la comprensione e la decifrazione.

L'improvvisazione sottostante o sovrastante al racconto, permette la lettura dello stesso, permette al paziente di percepire un rimando significante di quanto ha ester-

nato, quasi come se fosse un rimando interpretativo. Certo è che la musicoterapia, così come è proposta in questo intervento, non si configura assolutamente come esperienza psicoterapica o analitica, ma potrebbe, altrettanto certamente, configurarsi come esperienza propedeutica ad una presa in carico di questo tipo.

Nonostante tutto, per quanto consta alla mia pratica lavorativa, un tale intervento musicoterapico è stato molto proficuo specialmente con pazienti non affetti da ritardo mentale ma compenetrati da problematiche inerenti la sfera dell'emozione e della relazione.

Ora, dopo quasi dieci anni di lavoro nei quali ho potuto valutare tale modalità operativa, vedo risultati certamente positivi nello sviluppo, nella crescita, nella maturazione e nel miglioramento di questo mio paziente.

Ora ho davanti a me un giovane, quasi maggiorenne, che ha avuto la possibilità di organizzarsi una vita personale e sociale abbastanza appagante pur dovendo affrontare mille difficoltà, molti periodi bui e ogni tanto tempestosi; la vita per lui non è mai stata facile e probabilmente non lo sarà mai ma, mentre mi avvicino alla fase di dimissione dal trattamento, mi sento abbastanza sereno immaginandolo affrontare difficoltà che ancora non conosce ma che già si vedono profilarsi all'orizzonte.

L'ambulatorio della Coop Saba, per la quale lavoro, ha permesso il protrarsi di questa presa in carico oltre i parametri temporali stabiliti e questo ha consentito a me di maturare nell'esperienza lavorativa, affettiva e umana, ed ha concesso a lui di poter migliorare nelle problematiche che presentava, nel riuscire a costruire una vita affettiva e relazionale insperata e, da ultimo, di poter dire molte volte: "che bello, anche oggi ci siamo incontrati!"

Suggerimenti per l'ascolto

- Bartok *From the diary of a fly*
- Beethoven *Sinfonia Pastorale*
- Berio *Opus number zoo*
- Borodine *Nelle steppe dell'Asia centrale*
- Copland *Le chat et la souris*
- Couperin *Le moucheron*
- Daquin *Le coucou*
- Debussy *Poisson d'or*
- Dukas *L'apprendista stregone*
- Dutilleux *Black bird*
- Gallot *La colomba*
- Gounod *Marcia funebre in morte d'una marionetta*
- Honegger *Pacific 23*
- Ibert *Le petit ane blanc*
- Jannequin *Battaglia di Marignano*
- Liszt *Die forelle*
- Malipiero *Il Capinero*
- Mossolow *Fonderia d'acciaio*
- Mussorgski *Quadri d'un'esposizione*
- Mussorgsky *Ballet der kuchlein in ihren eierschalen*
- Paganini *Le Streghe*
- Prokofiev *Pierino e il lupo*
- Puccini *La Fanciulla del West*
- Puccini *Suor Angelica*
- Rameau *La gallina*
- Rameau *Le rappel des oiseaux*
- Ravel *Oiseaux tristes*
- Respighi *Gli uccelli*
- Respighi *Le fontane di Roma*
- Rimski-Korsakoff *Il calabrone*
- Rossini *Duetto buffo di due gatti*
- Saint-Saëns *Danza macabra*
- Saint-Saëns *Le cygne*
- Scarlatti *La fugue du chat*
- Schumann *Carnaval*
- Schumann *Pezzi fantastici*
- Schumann *Scene infantili*
- Vivaldi *Quattro stagioni*
- Zandonai *La farsa amorosa*

* Articolo apparso sulla rivista "Musica et Terapia" n. 22, edizioni Cosmopolis, Torino, 2010.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Bruscia K.E., *Modelli di improvvisazione in musicoterapia*, Ismez, Roma, 2003.
- Cano C., *Simboli sonori*, Franco Angeli, Milano, 1985
- Caterina R., Magherini G., Nirenstein Katz S., (a cura di), *Crescere con la musica*, Nicomp, Firenze, 2009.
- Gentilucci A., *Musica elettronica*, Feltrinelli, Milano, 1972.
- Imberty M., *Suoni Emozioni Significati*, Clueb, Bologna, 1986.
- Langer S.K., *Philosophy in a New Key: A Study in the Symbolism of Reason*, Rite and Art, (1957), Paperback Amazon.com.
- Lisciani-Petrini E., *Il suono incrinato*, Einaudi, Torino, 2001.
- Marconi L., Stefani G., (a cura di), *Il senso in musica*, Clueb, Bologna, 1987.
- Piana G., *Filosofia della musica*, Guerini, Milano, 1996.
- Stefani G., Ferrari F., (a cura di), *La psicologia della musica in Europa e in Italia*, Clueb, Bologna, 1986.
- Vallino D., *Raccontami una storia*, Borla, Roma, 1999.

Il contrattempo autistico

Giovanna Ferrari
Psicologa, musicoterapista, Padova.

Il titolo di questo lavoro fa riferimento ad una forma che accomuna la musica all'autismo, il "contrattempo", che è un'espressione prima di tutto musicale: essere fuori dal tempo, dall'accento forte. Molti bambini autistici tendono a contrapporsi al tempo dell'altro nella propria produzione musicale, in termini di ritmo sincopato[1]. Il contrattempo è rappresentativo anche del loro modo di porsi: è come se il senso del "battere" (accento forte) fosse troppo forte per potervi incontrare l'altro; suonare insieme in "battere" presuppone apertura relazionale e piena condivisione, cosa che la patologia autistica evidentemente non permette.

Come è noto l'autismo, che è inserito nel DSM IV TR (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorder edizione revisionata, 2000) all'interno dei DPS (Disturbo pervasivo dello sviluppo) e nell'ICD 10 (Classificazione Internazionale delle Malattie e dei problemi correlati, decima revisione, 2007) all'interno dei DGS (Disturbo generalizzato dello sviluppo), ha alle spalle molte teorie per ciò che riguarda l'eziologia; in questa sede non verranno presi in considerazione i criteri diagnostici e i sintomi ma verrà dato spazio all'intervento di musicoterapia con un soggetto autistico e al contributo che il percorso ha offerto all'interno di un approccio multidisciplinare.

È opportuno solo sottolineare che la complessità del quadro sintomatologico porta ad ipotizzare una compromissione multisistemica di origine multifattoriale.

I tre livelli di compromissione, chiamati anche "triade delle menomazioni" (o "triade dei danni"), riguardano la socializzazione, la comunicazione e il repertorio ristretto di interessi e attività.

In queste aree di compromissione l'intervento sugli aspetti comunicazionali sembra essere prioritario rispetto a quello sulle altre due in quanto, affermano gli studiosi dello spettro autistico, un miglioramento delle capacità comunicative avrebbe una ricaduta positiva anche sulla socializzazione e sul repertorio di interessi/attività. Migliorare la possibilità di comunicazione significa quindi agire anche nell'area delle interazioni sociali e dei comportamenti.

A questo proposito è stato anche sottolineato, e questa è l'osservazione che maggiormente ci interessa, che "una certa musicalità dell'adulto nei confronti del bambino lo può portare a vivere sequenze interattive efficaci"[2]. È proprio questa musicalità dell'adulto che va tenuta presente. Infatti, le basi su cui si ipotizza l'efficacia di un intervento musicoterapeutico per questi bambini si riferiscono al rapporto uomo-suono e al concetto di musicalità, da intendersi non come una propensione particolare, una particolare abilità e attitudine al fare musica, ma come elemento che è alla base del comportamento motorio, della comunicazione e della sintonizzazione madre (o caregiver) - bambino. Il bambino affetto da disturbo autistico vive un'alterazione della reciprocità interattiva che dà luogo ad un'assenza o ad una carenza di sintonizzazione.

Questa disfunzione, dovuta all'autismo (che interrompe il circuito della reciprocità madre-bambino in tutti e due le direzioni), può essere trattata dall'approccio

musicoterapico che offre al soggetto una nuova esperienza di sintonizzazione ritmico-vocale-melodica come altra possibilità.

Gli obiettivi fondamentali da tenere presente per un approccio al bambino autistico sono la reciprocità, che si realizza attraverso la costruzione di un rapporto emotivo e relazionale tra terapeuta e bambino, e l'intenzionalità.

Il caso presentato[3] (trattato presso il Centro Autismo Provincia Veneta) riguarda una bambina di 10 anni con un quadro disorganico di sviluppo e un disturbo dello spettro autistico che limita le competenze nell'area della comunicazione, dell'immaginazione e della socializzazione con presenza di difficoltà nella comprensione delle situazioni sociali. R. non accetta le persone nuove e il contatto fisico, presenta comportamenti autolesionistici, ha tempi lenti e dilatati, manifesta stereotipie ("flapping", "rocking" e manipolazione bizzarra di oggetti) e fissazioni (si guarda il polso, le mani, fissa per ore un filo facendolo muovere a pendolo; percuote sul tavolo gli oggetti per sentirne il rumore). Presenta difficoltà di equilibrio, di orientamento e nell'autonomia, non segue alcun trattamento farmacologico.

Il percorso musicoterapeutico viene impostato attraverso le seguenti fasi:
- approfondimento diagnostico iniziale;
- analisi ed osservazione del caso;
- raccolta dell'anamnesi, dati, ecc.;
- compilazione schede di osservazioni dopo ogni seduta;
- elaborazione di un progetto di intervento dettagliato;
- verifiche periodiche tramite osservazione durante le attività, protocolli, videoregistrazioni.

R. dimostrava un interesse vago e indifferenziato verso il setting e la musicoterapista, preferendo senza dubbio il rapporto con gli strumenti, utilizzati come "oggetti sonori", a quello con la persona.

Gli strumenti musicali venivano utilizzati con modalità per lo più difensive, considerando lo strumento nelle sue caratteristiche fisiche e producendo suoni dalla durata continua e ripetitiva e dall'intensità elevata e scarsamente modulata.

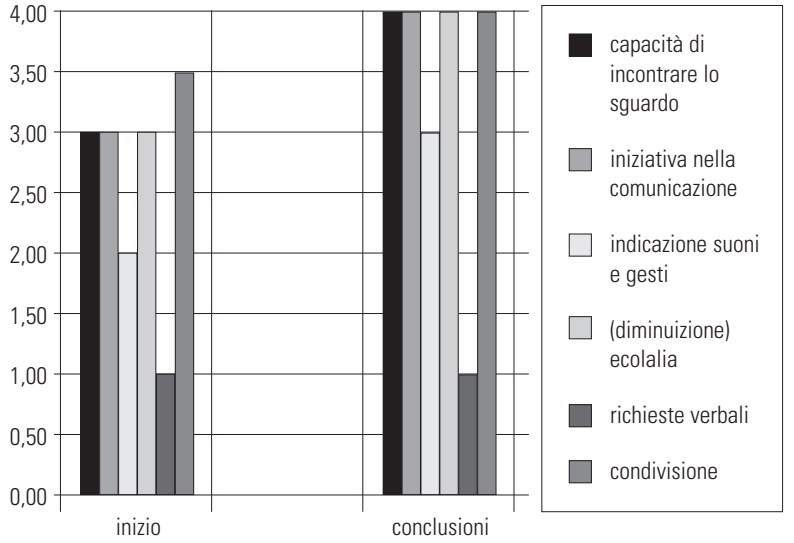
Le reazioni più frequentemente osservate erano l'evitamento (girandosi dall'altra parte, guardando in alto, mostrando curiosità verso oggetti estranei al setting), la chiusura (utilizzando posture tipiche del rifiuto) e l'iperattività (cercava freneticamente auto-stimolazioni).

R. agiva comportamenti ripetitivi sia per una mancata regolazione interna, sia per la sua incapacità a cogliere l'aspetto semantico delle espressioni dell'altro.

Modalità e strategie
- Individuare i canali sensoriali funzionali all'interazione e alla costruzione di una relazione cogliendo il comportamento nella sua qualità e nella forma, rinunciare all'aspettativa di feedback positivo da parte della bambina;
- utilizzare la stereotipia consapevolmente: il ricalco sonoro di una stereotipia, che può sembrare un'amplificazione del comportamento, in realtà appariva una modalità per la saturazione del comportamento;
- evitare lo sguardo diretto, la posizione frontale e le espressioni verbali formulate come stimolo propositivo.

Risultati

In questo grafico vengono presi in analisi i singoli indicatori osservati sistematicamente, riportando i dati riguardanti le prime sedute (inizio) e le ultime (conclusione). L'attribuzione del punteggio è stata da 5 come massima frequenza a 1 come assenza, per i comportamenti che rappresentavano un cambiamento positivo, e da 5 come assenza a 1 come massima frequenza, per i comportamenti tipicamente autistici (comportamenti ripetitivi, ipersensorialità, iperattività).



L'analisi del caso clinico presentato fa ipotizzare come sia possibile:
- coinvolgere un/a bambino/a nello scambio sonoro-musicale con un clima favorevole alla relazione, ottenuto rispettando gli individuali silenzi e strutturando spazi fisici ed emotivi;
- favorire le capacità comunicative agendo sulla qualità temporale e tonale dei dialoghi.

Questo consente di pensare che, nonostante l'autismo comporti sempre una sfida, l'esperienza musicoterapeutica rappresenti un percorso efficace ai fini dello sviluppo e del cambiamento di competenze relazionali e sociali in soggetti con condotte autistiche.

---

(1) Effetto ritmico dovuto alla sfasatura di accento che si produce quando un suono ha inizio sul tempo debole della battuta anziché sul tempo forte.

(2) Prof. Filippo Muratori, Istituto Stella Maris - Università di Pisa - Convegno sull'autismo tenuto a San Donà di Piave il 26/3/2010.

(3) Si ringrazia la musicoterapista Annarosa Savio per l'osservazione e i dati sul caso.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- A.A., *DSM IV TR, Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders*, edizione revisionata, 2000.
- A.A., *ICD10 Manuale di classificazione ICD dell'OMS (International Classification of Diseases)*, decima edizione, 2007.
- Aarons N., Gittens T., *È autismo?*, Erickson, Trento, 1994.
- Alvin J. (1975), *Music therapy*, John Clare Books, Londra; trad. it. "Terapia musicale", Armando, Roma, 1986.
- Alvin J. (1978), *Music Therapy for the autistic child*, Oxford University Press, New York; trad. it. "La terapia musicale per il ragazzo autistico", Armando, Roma, 1981.
- Alvin J. (1965), *Music for the handicapped child*, Oxford University Press, London; trad. it. "La musica come terapia", Armando, Roma, 1968.
- Benenzon R. et al., *La nuova Musicoterapia*, Phoenix, Roma, 1997.
- Benenzon R., *Musicoterapia. Esperienze di supervisione*, Phoenix, Roma, 1999.
- Bettelheim B., *La fortezza vuota. L'autismo infantile en la nascita del sè*, Garzanti, Milano, 2001.
- Borghesi M., *L'improvvisazione nella pratica musicoterapica*, in: Manarolo-Borghesi (a cura di), "Musica e Terapia. Quaderni italiani di musicoterapia", ed. Cosmopolis, Torino, 1999.
- Boxill E. (1985), *Music therapy for the developmentally disabled*, Rockville, MD: Aspen System; trad. it. "La musicoterapia per bambini disabili", ed. Omega, Torino, 1991.
- Bruscia K.E. (1989), *Defining Music Therapy*, Spring House Books, Pennysylvania; trad. it. "Definire la Musicoterapia", Gli archetti, Ismez, Roma, 1993.
- Bruscia K.E. (1987), *Improvisational Models of Music Therapy*, Maryland, Springfield, Charles C. Thomas; trad. it. "Modelli di improvvisazione in Musicoterapia", Gli archetti, Ismez, Roma, 2002.
- Bunt L., *Improvvisazione, emozioni e musicoterapia*, in "Quaderni di musica applicata" n. 207, PPC, Assisi, 1997.
- Canevaro A., *Autismo, autismi e processi educativi*, in "Difficoltà di Apprendimento", Erickson, Trento, 2000.
- Cottini L., *Che cos'è l'autismo infantile*, Carocci, Roma, 2002.
- De Luca D., Porfirio M.C., Curatolo P., *Autismo: prima definizione del problema*, in D'Ulisse-Polcaro (a cura di) "Musicoterapia e autismo", Phoenix, Roma, 2000.
- D'Ulisse M.E., Polcaro F. (a cura di), *Musicoterapia e autismo*, Phoenix, Roma, 2000.
- Frith U., *Autismo, spiegazione di un enigma*, Laterza, Roma, 2002.

- Gaggero G., *Esperienza musicale e musicoterapia*, Mimesis, Milano, 2003.
- Gaita D., *Il pensiero del cuore, musica, simbolo, inconscio*, Bompiani, Milano, 1971.
- Gerland G., *Una persona vera*, Phoenix, Roma, 1999.
- Gilardone M., *Metodologie musicoterapiche in ambito neurologico*, in Manarolo, Borghesi (a cura di), "Musica e Terapia. Quaderni italiani di musicoterapia", ed. Cosmopolis, Torino, 1999.
- Grandin T., *Pensare in immagini e altre testimonianze della mia vita di autistica*, Erickson, Trento, 2001.
- Hughes M.H., *Un raffronto delle interazioni madre-bambino e della relazione paziente-terapeuta nelle sedute di musicoterapia*, in: Wigram et al. (a cura di) "Manuale di Arte e Scienza della musicoterapia", Gli archetti, Ismez, Roma, 1997.
- Lambiase M., *Autismo e lobi frontali*, Vannini, Brescia, 2004.
- Imberty M., *Suoni Emozioni Significati*, Clueb, Bologna, 1986.
- Jordan J., Powell S., *Autismo e intervento educativo*, Erickson, Trento, 1997.
- Lecourt E., *La musicoterapie*, Puf, Paris; trad. it., "La musicoterapia", Cittadella Editrice, Assisi, 1992.
- Lorenzetti M.L., *Lo sviluppo della ricerca nell'intervento sui disturbi comunicazionali-relazionali: nuovi concetti e stili operativi*, in: Lorenzetti (a cura di), "Autismo, psicosi infantile e musica. Quaderni di musica applicata", PCC, Assisi, 1983.
- Loria N., *Dal corpo allo strumento musicale*, ed. Scientifiche Magi, Roma, 2001.
- Mallock S.N., *Mother and Infants and Comunicative Musicality*, Musicae Scientia, in: Wigram T, Nygaard Pedersen I, Ole Bonde L., "Guida generale alla musicoterapia", Gli Archetti, Ismez, Roma, 2002.
- Oldfield A., *Comunicare tramite la musica: l'equilibrio tra seguire e iniziare*, in: Wigram et al. (a cura di), "Manuale di arte e scienza della musicoterapia", Ismez, Roma, 1997.
- Pavlicevic M., *I processi interpersonali nell'improvvisazione clinica: verso una loro definizione sistematica soggettivamente oggettiva,* in T. Wigram, B. Saperston, R. West (a cura di) "Manuale di arte e scienza della musicoterapia", Gli archetti, Ismez, Roma, 1997.
- Peeters T., (1994), *Autisme. Van begrijpen tot begeleiden. Uitgeverij Hadewijch*, trad. it. "Autismo infantile. Orientamenti teorici e pratica educativa", Phoenix, Roma, 1998.
- Postacchini P.L., Ricciotti A., Borghesi M., *Lineamenti di musicoterapia*, La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1997.
- Raglio A., *La ricerca in musicoterapia. Teoria, metodologia, risultati e supervisione*, in: Benenzon R., (a cura di) "Musicoterapia. Esperienze di supervisione", Phoenix, Roma, 1999.

- Scardovelli M., *Il dialogo sonoro*, Cappelli, Bologna, 1992.
- Schopler E., Reichler R.J., Lansing M., *Strategie educative nell'autismo. Valutazione e trattamento individualizzato per operatori e genitori di bambini con disturbi della comunicazione*, Masson, Milano, 1991.
- Stern D. (1985), *The interpersonal World of the Infant. A view from psychoanalysis and developmental psychology*, Basic Books, New York; trad. it. "Il mondo interpersonale del bambino", Bollati Boringhieri, Torino, 1987.
- Trevarthen C., *Empatia e biologia*, Raffaello Cortina, Milano, 1998.
- Venuti P., *L'autismo*, Carocci, Roma, 2003.
- Visconti P. (a cura di), *Il mondo di Alessandro*, Phoenix, Roma, 2001.
- Watzlawick P., Beavin J.H., Jackson D., *Pragmatica della comunicazione umana. Studio dei modelli interattivi, delle patologie e dei paradossi*, Astrolabio, Roma, 1971.
- Wigram T., Saperston B., West R., (1995), *The art & science of Music Therapy*, Harwood Academic Publishers, Amsterdam; trad. it. "Manuale di arte e scienza della musicoterapia", Gli archetti, Ismez, Roma, 1997.
- Williams D., *Il mio e il loro autismo,* Armando, Roma, 1998.

Musicoterapia e casi impossibili: le opportunità create da una certa modalità di ascolto musicale*

Andrea Cavalieri

Musicista, musicoterapista, Coop. Soc. "Crescere Insieme", Acqui Terme (AL).

Paolo Ciampi

Musicista, musicoterapista, Ambulatorio Arcipelago Coop. Saba, Genova, formatore e supervisore AIM.

Presenteremo il caso di M., un bambino di 11 anni affetto da grave sintomatologia autistica. M. è figlio unico e vive in casa con i due genitori. Il bambino ha manifestato episodi d'isolamento a partire dai tre anni circa ed in seguito comportamenti caratterizzati da aggressività e autoaggressività (il bambino si mordeva frequentemente i polsi e le mani procurandosi ferite). All'età di tre anni è stato sottoposto a visite specialistiche in seguito alle quali è stata diagnosticata Sindrome iperattiva, Ritardo mentale medio, Disturbo evolutivo dell'eloquio.

La richiesta di sottoporre M. a trattamento musicoterapico è pervenuta, tramite l'associazione GTA (Gruppo Tematico Autismo) di Acqui Terme (AL), al laboratorio musicoterapico "Ratatatà" presso la Cooperativa Sociale "Crescere Insieme" onlus di Acqui Terme (AL). Il bambino è stato seguito direttamente dal musicoterapista Andrea Cavalieri per mezzo di sedute individuali settimanali (dall'ottobre 2007 al giugno 2009) sotto la supervisione del Prof. Paolo Ciampi.

All'inizio del trattamento M. presentava ritardo cognitivo grave, disturbo della sfera relazionale, auto ed etero aggressività (indirizzata verso persone ed oggetti), assenza di linguaggio, accentuata ipercinesia ed ipereccitabilità motoria con disturbo comportamentale importante. Attualmente ha acquisito le autonomie di base ma necessita di una costante presenza dell'adulto, in ogni istante della sua vita quotidiana, a causa dell'incapacità di riconoscere ogni forma di pericolo, per essere continuamente rassicurato e per contenere episodi di auto ed eteroaggressività. L'autoaggressività si manifesta attraverso morsi sempre più frequenti alle braccia, alle mani e alle dita fino al punto di provocarsi lacerazioni e visibile stato di ipereccitazione alla vista del proprio sangue. L'eteroaggressività invece si palesa attraverso una serie di frequentissimi atti in cui il bambino abbatte, strappa, rovescia, rompe, lancia ed infine distrugge qualsiasi oggetto presente nella stanza o nel luogo dove si trova; si rilevano inoltre attacchi diretti alle persone (di solito adulte) con "pizzichi", calci, sputi, pugni.

Questo comportamento viene agito soprattutto in situazioni di frustrazione anche minime, determinate per lo più dalla insufficiente capacità comunicativa e di comprensione, ma anche per esprimere rifiuto e, paradossalmente, per entrare in relazione con l'adulto.

M. incontra molte difficoltà nel percepirsi e nel percepire il proprio corpo. Que-

sto problema determina la mancanza di autocontrollo con un livello di attenzione scarsissimo e incapacità di gestione della motricità. M. sembra impossibilitato ad arrestare volontariamente la propria azione. All'interno della stanza di musicoterapia (durante il periodo di osservazione) ha manifestato costante irrequietezza ed ha assunto comportamenti inadeguati, alternando stati di ipercinesia a momenti di rilascio e distensione nei quali "chiedeva" contatto fisico e contenimento da parte del terapista. M. non mostra interesse particolare per il gioco.

Per ottenere ciò che desidera, e in generale per comunicare, utilizza una sorta di pseudolinguaggio composto da suoni vocali molto acuti e gesti delle mani. Anche nella quotidianità il comportamento di M. è caratterizzato da frequente aggressività nei confronti delle persone che lo circondano. È solito avvicinarsi velocemente e sferrare energici calci, sia che si tratti di un semplice passante, piuttosto che un compagno di classe o un insegnante.

Questa sua condotta aggressiva è avvertita come un problema anche da molti operatori nell'ambito dell'équipe di lavoro. Nel corso degli ultimi anni è capitato più volte che il bambino colpisse violentemente alcune educatrici, ingenerando tra esse timore e conseguente difficoltà a condurre il proprio lavoro in maniera adeguata. Il timore per la propria incolumità, vissuto dalle persone che si occupano di M., ingenera nel bambino stesso il riflettersi della paura che provoca e, come conseguenza, altra aggressività.

Il grave disturbo comportamentale e l'apparente incapacità relazionale di M. sono le ragioni principali che ci hanno fatto pensare ad un caso "impossibile".

Nonostante le evidenti difficoltà presentate nella presa in carico di M. si delinearono alcuni obiettivi d'intervento che a posteriori possono sembrare relativamente troppo ottimistici:

- accettazione del setting musicoterapico e relativo adeguamento comportamentale;
- apertura di un canale di contatto e relazione;
- sviluppo e miglioramento degli aspetti comunicativo/relazionali all'interno di un contesto caratterizzato da non direttività e da non invasività;
- incremento dei tempi di attenzione.

La sala di musicoterapia dove sono state effettuate tutte le sedute è di medie dimensioni, ha forma rettangolare, arredi essenziali, pareti colorate, illuminazione regolabile in intensità e finestre disposte orizzontalmente su uno dei lati più lunghi.

Durante le prime sedute d'osservazione gli strumenti musicali sono stati disposti a semicerchio, secondo una configurazione "accogliente" ed invitante, appoggiando gli strumenti su di un tappeto posto al centro della stanza. Furono messi a disposizione vari tipi di strumenti percussivi di immediato utilizzo, tra cui alcuni membrafoni (Djembé, Congas, Bongos), due metallofoni cromatici ed uno xilofono, alcuni idiofoni a percussione (maracas, woodblocks e sonagli) ed un grande piatto "ride" a lato del setting.

Tale tipo di setting è stato scelto per offrire al bambino la possibilità di esprimersi e comunicare facilmente attraverso l'uso degli strumenti. Purtroppo, un comportamento caratterizzato da notevole distruttività ha accompagnato M. durante ogni seduta, così da dover eliminare di volta in volta sempre più oggetti, arredi e strumenti dalla stanza, fino a svuotarla quasi completamente.

M. sembrava non sopportare la presenza di alcun oggetto "accessorio" all'interno

della stanza di musicoterapia. Nel corso delle sedute di osservazione il bambino ha sistematicamente ed indistintamente abbattuto con impeti violenti tutti gli strumenti ed altri oggetti presenti. Durante le sedute successive fu rimossa dalla stanza ogni cosa potesse scatenare tale comportamento. Furono tolti tutti gli strumenti, i quadri a portata di mano e le sedie, lasciando soltanto il tappeto con sopra una grossa poltrona di plastica rossa, sopra la quale il bambino nei momenti di calma amava sedersi insieme al musicoterapista. Su questa poltrona avvenivano i momenti più significativi di contatto anche fisico (M. chiedeva di essere accolto sedendosi in braccio al musicoterapista - in questi momenti si percepiva un livello comunicativo molto elevato: vi era contatto visivo e una notevole produzione vocale).

Avendo tolto qualsiasi altro oggetto, la stanza di musicoterapia divenne spoglia; le uniche risorse rimaste erano la persona del musicoterapista e la voce. Si decise allora di concentrarsi su di essa e pertanto fu raccolta più di un'ora di materiale audio registrato direttamente in seduta tramite un mini disk munito di un piccolo microfono stereo pinzato alla maglia del terapista. Le occasioni migliori per registrare la voce di M. si presentarono proprio durante i brevi momenti di contatto sulla poltrona. La vocalità di M. nel contesto musicoterapico è stata caratterizzata da suoni molto acuti e squillanti con intervalli melodici ampi anche più di un'ottava.

Contemporaneamente pensammo di lavorare anche sull'ascolto.

Si utilizzarono quindi le informazioni raccolte attraverso l'anamnesi sonoro-musicale effettuata con i genitori di M. Dal lavoro anamnestico riuscimmo ad estrapolare una decina di brani musicali preferiti da Matteo. Le musiche genere "New Age", o forse meglio "Etno Pop" erano caratterizzate per lo più da suoni della natura e del mondo animale con sovrapposizione di basi moderne ed elettroniche molto ritmate in stile "reggae" e "dub" e vocalità femminili in stile tribale africano.

Fummo sorpresi quando notammo la somiglianza tra i vocalizzi di Matteo e lo stile canoro "etnico" delle voci femminili. Quest'osservazione ci portò a pensare che se esisteva già una correlazione, seppur tenue, fra i vocalizzi di M. e i brani musicali appartenenti al suo repertorio, si poteva ipotizzare di unire i due elementi per un eventuale utilizzo con valenze terapeutiche e musicoterapiche.

Emerse subito chiaramente che tale possibilità risiedeva in quella modalità di ascolto che abbiamo denominato: ascolto musicale calibrato (Ciampi P., 1998).

L'ascolto musicale calibrato si basa sulla composizione, da parte del musicoterapista, di brani musicali contenenti elementi peculiari, frutto delle osservazioni emerse in seduta e frutto di elementi tratti dall'analisi controtransferale tradotti in musica secondo criteri strutturali prelevati dalla teorizzazione di Imberty (1986) di cui daremo conto.

L'atto compositivo del terapista, che tiene conto di ciò che emerge dalle sedute, costituisce secondo noi uno degli atti più sublimi che il musicoterapista possa compiere poiché rappresenta simbolicamente un reale e percepibile atto relazionale completo.

La completezza risiede nel far rivivere al proprio interno la persona del paziente, unitamente alle sue peculiarità affettive ed espressive (atto testimoniante una profonda presa in carico), nel sentire, analizzare ed elaborare le istanze corresponsive proprie del musicoterapista (consapevolezza del proprio controtransfert), nel ricercare una struttura musicale adeguata (conoscenza del contenuto teorico, psicologico e se-

mantico della musica), nel riempire la struttura musicale, ritenuta idonea, con un contenuto prettamente musicale (capacità di trasferire in musica elementi appartenenti anche ad altre sfere relazionali esattamente come nell'improvvisazione musicale).

Tornando al nostro M., si è potuto quindi rilevare una straordinaria "somiglianza" fra le sue produzioni vocali spontanee e lo stile vocale e i contenuti melodici inerenti i brani musicali appartenenti al suo repertorio d'ascolto. Tale "somiglianza" forse non è proprio così casuale; questo elemento ci ha portato a pensare che M. abbia in qualche modo prelevato dalle sue musiche degli elementi che si avvicinavano probabilmente alla sue caratteristiche vocali e, facendole proprie, le abbia utilizzate come modalità "forzata" di comunicazione e relazione in mancanza di abilità più elaborate ed elevate. Quello che in precedenza definimmo pseudolinguaggio è stato ed è tuttora il suo modo di comunicare e rappresenta perciò un elemento degno di ampia considerazione: è stato infatti l'elemento base della elaborazione degli ascolti musicali calibrati.

Si pensò che un brano di composizione creato dal terapista potesse servire per "agganciare" a livello relazionale il bambino. Inoltre, inserendo nel brano stesso gli elementi vocali registrati di M. (frammenti che non furono in alcun modo alterati, ma solo selezionati e collocati, e che inoltre fornirono direttamente alcuni "spunti" tonali, ritmici, armonici e melodici per elaborare la composizione), si ritenne di offrire al bambino la possibilità di riconoscersi ulteriormente all'interno del brano stesso. Dopo aver compiuto un'attenta analisi strutturale dei brani del repertorio di M., iniziò a prendere corpo la nostra composizione che mantenne inalterato lo schema strutturale dei brani analizzati, ricercando sonorità ed elementi timbrici affini. In tale modo si ottenne un nuovo brano musicale ad alto impatto emotivo e relazionale, composto appunto per l'ascolto musicale calibrato e caratterizzato da contenuti sonoro/musicali "famigliari" al bambino.

Nella trattazione di Imberty abbiamo intravisto una grande potenzialità di comprensione e di analisi dell'evento sonoro che riteniamo possa essere di indubbia utilità per la decodificazione della musica anche nell'ambito applicativo della musicoterapia.

L'analisi che abbiamo estrapolato da questo autore si differenzia dalle altre modalità di analisi volte maggiormente agli aspetti formali e/o teorico-storici, tendendo decisamente verso un approccio basato sul dato psicologico e sull'impianto strutturale della musica. Il grande pregio di Imberty risiede anche nell'essere riuscito a legare le opzioni strutturali con le dinamiche emozionali suscitate dall'ascolto della musica, ottenendo in tal modo, una concreta possibilità di valutazione e di previsione del dato musicale. Quest'autore inserisce le possibili risposte suscitate dall'ascolto musicale in tre diversi schemi.

- Schemi di risonanza emotiva: le risposte suscitate dall'ascolto musicale sono riferibili alle percezioni emotive di ordine psicologico riflesse dalla musica: ad esempio risposte malinconiche e depressive o risposte di angoscia.
- Schemi di tensione e distensione cinetica e posturale: le reazioni suscitate dall'ascolto della musica sono riferibili ad uno stato di "tensione e di distensione muscolare o posturale alle quali corrisponde uno stesso grado di tensione e di distensione emozionale" (Imberty, 1986).
- Schemi di spazialità: rappresentazioni iconiche e cinetiche: le risposte suscitate dall'ascolto musicale sono indirizzate verso una sorta di trasposizione sensoriale delle

forme sonore legate all'organizzazione dello spazio. Da un lato si vedono intervenire "rappresentazioni immaginifiche e dall'altro significati di movimenti o stati emozionali associati a questi movimenti e determinati da essi" (Imberty, 1986).

Nella trattazione di Imberty, agli schemi di risonanza emotiva corrisponde un indice di complessità formale che serve a spiegarli e a misurarli attraverso una serie di parametri che verranno elencati di seguito.

La misurazione della complessità formale è basata su due indici che a loro volta si dividono in sottoparametri.

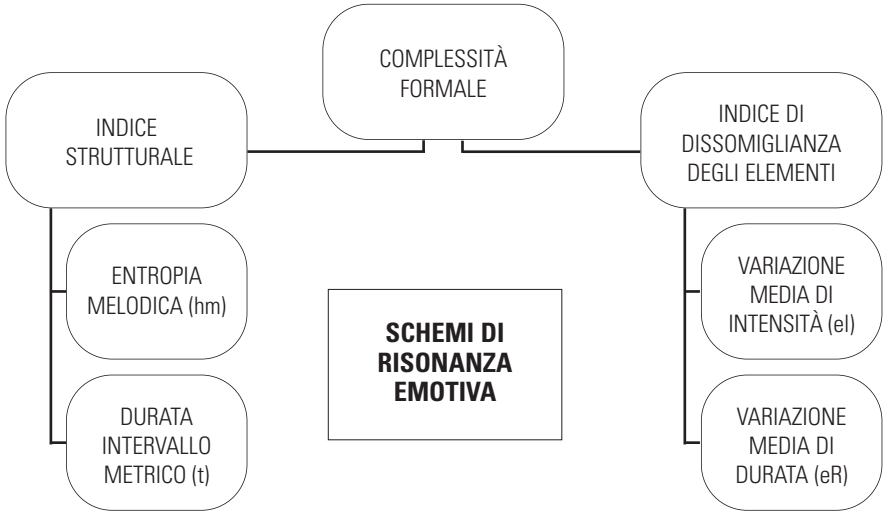
Il primo indice è un indice strutturale e il secondo è un indice di dissomiglianza degli elementi.

Il primo indice comprende la valutazione dei seguenti sottoparametri:

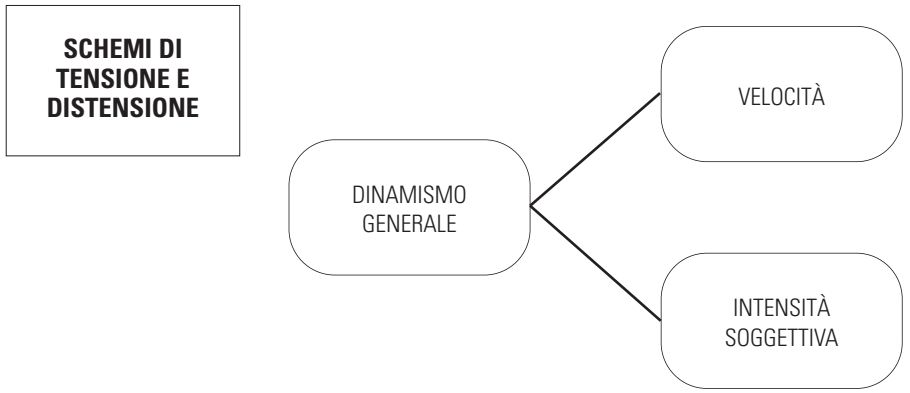
- l'entropia melodica (Hm) e cioè la dissomiglianza degli elementi melodici (intervalli melodici);
- la durata dell'intervallo metrico (t) ossia la durata, misurata in secondi, inerente la distanza fra gli appoggi principali che costituiscono il susseguirsi delle battute.

Il secondo indice e cioè l'indice di dissomiglianza degli elementi, comprende la valutazione dei seguenti sottoparametri:

- la variazione media di intensità (el), ovvero sia la misurazione e la valutazione del volume sonoro effettivo, nonché della presenza di contrasti melodici (abbellimenti) o metrici (sincopi o contrattempi) e della zona di registro in cui si eventuano i suoni;
- la variazione media di durata (eR) corrispondente alla misurazione e valutazione della durata di ogni singola nota.



Come per quanto riguarda gli schemi di risonanza emotiva, anche per gli schemi di tensione e distensione corrisponde un indice, l'indice di dinamismo generale, che permette di spiegarli e misurarli attraverso una serie di parametri presentati di seguito.



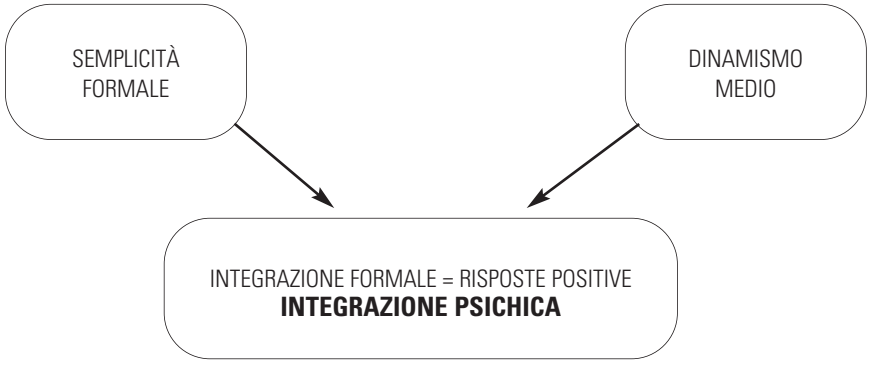
La misurazione dell'indice di dinamismo generale, collegato agli schemi di tensione e distensione, avviene attraverso l'analisi di due sottoparametri che sono:

- la velocità, ossia il numero di note presenti all'interno di una unità cronometrica data (intervallo metrico)
- la misurazione dell'intensità soggettiva che valuta gli stessi elementi della variazione media di intensità presentata prima, in riferimento all'indice di complessità formale, ma indirizzata in maniera privilegiata verso la percezione soggettiva.

I due indici presentati non agiscono separatamente ma si coordinano e si intersecano costituendo una dinamica interdipendente. Gli schemi di integrazione e disintegrazione formale possono spiegare e permettere di prevedere, nei limiti del possibile, la funzionalità di un brano musicale.

Di seguito l'analisi strutturale del brano composto per l'ascolto musicale calibrato.

Analizzando il brano, secondo la teorizzazione di Imberty, è evidente innanzitutto la semplicità formale e un dinamismo medio, per cui rientra nella casistica dei brani orientati verso l'integrazione formale.



La struttura del brano possiede un intervallo metrico non superiore al secondo; il livello di ridondanza degli elementi melodici (cioè l'entropia melodica) è molto alto perché costituito da una sorta di dialogo fra la ripetizione degli elementi vocali appartenenti al bambino (prelevati dalle sedute secondo le modalità spiegate) e la corresponsione esatta effettuata dalla voce del terapista; gli eventi sonori collegati alla variazione media di durata costituiscono un indice piuttosto basso così come gli elementi appartenenti al parametro variazione media di intensità: questo fa sì che l'indice generale di complessità formale risulti alla fine piuttosto contenuto.

Per quanto riguarda l'indice di dinamismo generale si può constatare che la velocità non supera mai i cinque eventi sonori per intervallo metrico e il parametro relativo all'intensità soggettiva non possiede fluttuazioni degne di rilevanza.

Dall'analisi complessiva della composizione risulta pertanto evidente che il brano stesso si situa all'interno del concetto di integrazione e, prevedibilmente, secondo le teorizzazioni di Imberty, si configura come brano indirizzante verso sensazioni piacevoli e positive.

La sensazione di "integrazione formale risulta data dall'abbinamento di semplicità formale e dinamismo medio. Questa integrazione formale è collegata al complesso delle risposte timiche positive, ossia all'esperienza di una integrazione psichica della vita interiore e dell'Io di cui la forma musicale rappresenta il simbolo" (Imberty, 1986).

È questo il caso dell'ascolto musicale calibrato che abbiamo elaborato per M., il bambino su cui si è svolto il nostro intervento.

Il riscontro avuto in seduta avvalora la prevedibilità di cui si parlava prima in quanto, proprio con l'utilizzo di quest'ascolto, si sono evidenziati nel bambino significativi cambiamenti emotivi e comportamentali come risulta dal nostro intervento.

Il brano di ascolto musicale calibrato fu inserito in una sequenza della durata di circa 15 minuti, secondo il modello metodologico elaborato da G. Manarolo (Manarolo G., 2006).

Tale sequenza fu compilata ponendo il brano in questione sia in apertura, sia in chiusura. La parte centrale della sequenza conteneva uno dei brani originali usati per l'analisi strutturale ed un altro scelto sempre tra i preferiti di M. L'intera sequenza fu regolarmente proposta a M. durante le sedute successive per un periodo di circa tre mesi e, in questo intervallo di tempo, l'atteggiamento e la disponibilità relazionale di M. si modificarono radicalmente permettendoci di ipotizzare quanto e come questa modalità di ascolto musicale avesse creato delle opportunità nuove e particolari: intensa componente affettiva da parte di M. nei confronti del terapista, ottima comunicazione, complicità, coinvolgimento corporeo durante l'ascolto, nonché un notevole miglioramento nel comportamento all'interno del setting ed incremento dei tempi di attenzione.

Fu evidente il mutamento nel comportamento di M., rispetto a quello assunto durante le prime sedute di osservazione, dove non veniva proposto ancora l'ascolto musicale calibrato. Vi fu una visibile evoluzione verso modalità relazionali più consone e adeguate al contesto.

Nel corso degli incontri più recenti è stato realizzato un secondo brano da aggiungere alla sequenza musicale, al fine di "dilatarla" ulteriormente nel tempo, con l'obiettivo di aumentare gradualmente anche la durata della seduta. Il nuovo brano è stato costruito utilizzando lo stesso procedimento precedentemente descritto e ri-

conferma simbolicamente la solidità della relazione instauratasi, ribadendo a M. un chiaro messaggio di accettazione, ascolto, comprensione e accoglienza all'interno del contesto musicoterapico.

Riteniamo che con questa particolare modalità di utilizzo dell'ascolto musicale, che abbiamo denominato appunto "ascolto musicale calibrato", si sia offerta al bambino la possibilità di "ascoltarsi" e "riascoltarsi", "essere ascoltato" ed accolto dall'altro, riconoscendo la propria identità sonora all'interno del brano e all'interno del contesto relazionale.

Il trattamento è attualmente in atto e prosegue per mezzo di sedute settimanali. L'utilizzo dell'ascolto musicale calibrato lascia ampio margine di miglioramento per quanto riguarda l'incremento dei tempi dell'attenzione ed il rafforzarsi della relazione paziente/terapista, evolutasi in maniera sorprendente dall'inizio del trattamento ad oggi.

* Articolo apparso sulla rivista "Musica et Terapia" n. 21, edizioni Cosmopolis, Torino, 2010.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Ciampi P., *Riflessioni su una esperienza d'ascolto con un soggetto insufficiente mentale psicotico*, in G. Manarolo e M. Borghesi (a cura di), "Musica e Terapia Quaderni italiani di musicoterapia", Edizioni Cosmopolis, Torino, 1998.
- Imberty M., *Suoni Emozioni Significati*, Clueb, Bologna, 1986.
- Manarolo G., *L'angelo della musica*, Omega, Torino, 1996.
- Manarolo G., *Manuale di Musicoterapia. Teoria, Metodo e Applicazioni della Musicoterapia*, ed. Cosmopolis, Torino, 2006.
- Postacchini P.L., Ricciotti A., Borghesi M., *Lineamenti di Musicoterapia*, Nuova Italia.
- Romano A., *Musica e psiche*, Bollati Boringhieri, Torino, 1999.
- Scardovelli M., *Musica e trasformazione*, Borla, Roma, 1999.
- Schaffer H.R., (1996), *Lo sviluppo sociale*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1998.
- Schön A., *L'interpretazione dei suoni*, Borla, Roma, 1993.
- Serafine M.L., *Music as cognition*, Columbia University Press, New York, 1985.
- Siegel D.J., (1999), *La mente relazionale*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2001.
- Spaccazocchi M., *Musica umana esperienza*, ed. Quattroventi, Urbino, 2000.
- Stefani G., *La competenza musicale*, CLUEB, Bologna, 1982.
- Stern D., *Il mondo interpersonale del bambino*, Bollati Boringhieri, Torino, 1985.
- Vitali M., *Alla ricerca di un suono condiviso*, Franco Angeli, Milano, 2004.
- Winnicott D.W., *Gioco e realtà*, Armando, Roma, 1972.

Musicoterapia in acqua*

Manola Barbieri
Musicista, musicoterapista, Roma.

Premessa

Il progetto musicoterapia in acqua, oggetto del seguente articolo, è stato realizzato nel corso degli anni 2006-2008 e fa riferimento al modello della BMT (Benenzon Music Therapy). Il Centro, in cui si è svolta l'esperienza, ospita 84 pazienti, tutti adulti affetti da plurihandicap (sindrome di Down, autismo, ritardo mentale medio/grave, epilessia, patologie psichiatriche e fisiche).

Le attività riabilitative prevedono la cura della persona e degli spazi personali da parte degli operatori, attività di terapia occupazionale realizzata dalle insegnanti, interventi di fisioterapia e di musicoterapia, attività ludiche ed alcune attività esterne.

Il setting e le potenzialità del mezzo acqua nell'esperienza musicoterapica

Lo spazio in cui si svolge la terapia è da considerarsi un elemento essenziale per costruire la relazione, soprattutto in un contesto non verbale dove può modificare e influenzare i canali di comunicazione, favorendo o interferendo nell'impatto delle energie espressive sull'ISO. Tra gli spazi adeguati per sviluppare un inquadramento musicoterapico, Benenzon individua proprio l'acqua come quello più stimolante ai fini della comunicazione. L'acqua consente un contatto mediato indiretto, attraverso le onde prodotte dal movimento del corpo e attraverso il contatto pelle-acqua-pelle. Presenta così delle proprietà di stimolazione che sono costanti per tutto il corpo, che mettono in moto il processo di adattamento, stimolando le facoltà psichiche e motorie dell'individuo per adattarsi all'ambiente.

Un altro aspetto importante del mezzo acqua riguarda il suo carattere regressivo e gratificante. Un setting possibilmente con acqua a temperatura corporea può riprodurre le condizioni di vita dell'epoca fetale. Benenzon riporta di aver constatato nella sua pratica clinica che solo nell'acqua alcuni pazienti, e in particolare i pazienti autistici, possono tollerare il contatto corporeo, rispondere alle consegne e modificare posizioni o movimenti ripetitivi o stereotipati.

Il GOS (Gruppo Operativo Strumentale)

Sono stati scelti oggetti sonori compatibili con l'acqua e ritenuti in grado di utilizzare le dinamiche sonore particolari che si creano in questo ambiente. L'acqua è stato il primo strumento considerato: essa può essere percossa con le mani o con qualsiasi altra parte del corpo, con effetti ritmici e sonori diversi; è un ottimo elemento intermediario. Oltre all'acqua sono stati presi in considerazione la voce e una serie di oggetti e strumenti convenzionali e non (maracas, una zucca vuota, un triangolo, 2 battenti, ovetti sonori, bottiglie di plastica vuote).

Lo strumentario è stato disposto sulla superficie dell'acqua e sul bordo vasca.

La valutazione

In musicoterapia i contenuti del contratto terapeutico sono connessi di volta in volta alla situazione clinica del paziente, osservabile durante le prime sedute di valutazione. Il momento della valutazione permette al musicoterapista di raccogliere le informazioni necessarie all'impostazione dell'intervento musicoterapico, cioè alla definizione dell'ambito d'intervento, degli obiettivi e delle modalità di trattamento o, nel caso in cui non si verifichino le condizioni, a far emergere gli elementi che impediscono di intraprendere l'intervento stesso.

Descrizione dell'attività

- Preparazione del setting e del GOS
- Compilazione dei protocolli secondo il Modello Benenzon
- Ingresso del paziente (pz) nella stanza, accompagnato da un operatore
- Accoglienza
- Preparazione del paziente per l'ingresso in vasca
- Uscita dell'operatore
- Ingresso in acqua, dove il musicoterapista accoglie il pz con una melodia di "benvenuto"
- Realizzazione della seduta: fase di interazione corporo-sonoro-musicale libera, avviata da una consegna non verbale e semi-direttiva
- Strutturazione progressiva dell'intervento
- Fase conclusiva, uscita dall'acqua, ingresso dell'operatore che collabora alla preparazione dell'utente per l'uscita e congedo
- Compilazione dei protocolli di fine seduta

Il progetto

Il progetto è stato articolato in sedute individuali, della durata di 40 minuti ciascuna a cadenza settimanale. I pazienti sono stati selezionati in base alla familiarità mostrata con l'acqua, alle difficoltà evidenziate nella comunicazione rispetto ad altri contesti, previa valutazione musicoterapica, tenendo conto della situazione clinica.

I pazienti trattati sono stati cinque, uno con Sindrome Cri du Chat, un altro con Sindrome di Down, cecità, mutismo elettivo e ritardo cognitivo medio/grave, due autistici con assenza di linguaggio, una con ritardo psicomotorio globale, ittiosi ed epilessia. Il caso descritto riguarda un ragazzo autistico presente all'interno del centro in regime residenziale.

Un caso clinico

Diagnosi e breve anamnesi del paziente:

- disturbo dello sviluppo di tipo autistico;
- A. è nato nel 1989, secondogenito;
- le tappe dello sviluppo sono raggiunte in ritardo (deambulazione e controllo sfinterico compresi); linguaggio non acquisito.

Dalle relazioni psicologiche emerge quanto segue:

- non mostra interesse per l'oggetto esterno;
- coglie il senso di frasi semplici se accompagnate da linguaggio gestuale;
- controllo sfinterico incerto;
- si alimenta con guida;
- non ha percezione del pericolo;
- non controlla il tratto grafico;
- autostimolazioni;
- presenta auto ed etero aggressività;
- presenta periodicamente delle regressioni con perdita delle feci ed ingestione delle stesse.

Processo terapeutico

Il paziente inizia il trattamento musicoterapico in acqua a settembre '06 fino a dicembre '08 con sospensione nei periodi estivi.

- Uso dello spazio

La stanza in questione è a forma di L. Frontalmente c'è una sedia sulla quale i ragazzi vengono invitati ed aiutati a spogliarsi. Nella stanza è presente un piccolo bagno dove coloro che non hanno controllo sfinterico vengono portati prima dell'ingresso in acqua.

La vasca è posizionata in orizzontale rispetto all'entrata, quasi in una nicchia. L'atteggiamento di A. nei primi incontri di valutazione è stato inizialmente quello di accentuare le stereotipie (gesti ripetitivi delle mani sul viso, stereotipie vocali e saltelli sul pavimento) precedentemente già osservati all'interno del gruppo classe, dove A. tende all'isolamento. Dopo le sedute di valutazione ho deciso di prendere stabilmente in carico A. in quanto nel contesto musicoterapico si notava una maggiore possibilità di distensione, attitudine all'esplorazione e manipolazione di alcuni "oggetti sonori" che solo questo contesto aveva messo in evidenza.

- Uso degli strumenti e produzione sonora

Gli strumenti scelti da A. sono stati le bottiglie, il battito delle mani e la percussione dell'acqua sia con le bottiglie che con le mani.

La struttura ritmica è stata sempre in 4/4 e la melodia aleatoria sulla base della produzione vocale del paziente. La tecnica utilizzata è stata prevalentemente basata sull'imitazione totale o parziale e su domanda/risposta anche per dare ad A. una sorta di "contenitore vocale" rassicurante e prevedibile.

La produzione vocale del paziente appare ancestrale e regressogena, quasi sempre accompagnata dal dondolamento del corpo.

Le dinamiche relazionali più significative sono avvenute attraverso giochi di scambi con l'acqua. Quasi del tutto assenti i momenti di silenzio o staticità. Le bottiglie inizialmente fungevano da oggetti incistati. Solo dopo 20 sedute circa ha accettato di condividerle rispettando brevi momenti di scambio. La voce è stata un elemento di aggancio importante, essendo costantemente proposto da A. Solo in seguito ha iniziato ad alternare alle produzioni vocali brevi momenti di silenzio e staticità del corpo, accompagnati da fugaci sguardi.

Il suono che A. propone è nel registro medio/grave, ricorda un po' le melodie omofone del Canto Gregoriano, proposto in modo costante e quasi ossessivo, che se riprodotto vibra all'interno del corpo nel collo e nell'addome.

Le mie risposte erano imitative all'inizio, per poi modulare fino a costruire una breve melodia, costante e riconoscibile (do-re-mi-sol-do).

Il rituale di inizio e fine seduta, che inizialmente era solo un "Ciao A." appena sussurrato, fu sostituito da un "Ciao A., ciao".

- Uso del corpo

L'essere vestito del solo costume da bagno non sembrava essere un problema per A., in quanto in alcune sedute se lo è tolto entrando in acqua completamente svestito.

Nei primi mesi (4/5 circa) rimaneva in acqua costantemente seduto, quasi sempre dondolando col busto, le ginocchia piegate, contratto.

Il contatto oculare era dapprima quasi del tutto assente, col tempo si è riusciti ad agganciare lo sguardo per alcuni secondi.

Non si è sviluppata a tutt'oggi nessuna forma di contatto fisico.

Solo nel secondo anno di terapia si sono verificate situazioni in cui A. si è disteso appoggiando la schiena, stendendo le gambe e, a volte, chiudendo gli occhi.

- Rapporto terapista/paziente

I primi mesi sono stati caratterizzati da chiusura ed isolamento da parte di A., manifestando rigidità posturale, contatto oculare e corporeo quasi del tutto assenti; atteggiamenti che si sono modificati nel corso del tempo ad eccezione del contatto corporeo.

Aree d'intervento: obiettivi e finalità del processo terapeutico

L'obiettivo di fondo del processo musicoterapico è quello di creare una relazione significativa utilizzando il canale non-verbale, incentivando nel paziente l'apprendimento di nuove modalità comunicative e relazionali. Nell'applicazione del trattamento musicoterapico con l'autismo appaiono fondamentali i seguenti aspetti: conoscenza del soggetto (valutazione e osservazione), setting prevedibile e chiaro (stanza, orario, musicoterapista, GOS), istruzioni chiare (non-verbali, verbali se necessario), riduzione delle distrazioni (oggetti sonori, musicoterapista e paziente), strutturazione della seduta (inizio/fine, successione delle interazioni), motivazione del soggetto (utilizzare ciò che sembra piacevole per il paziente). A seconda dell'esigenza dell'utente si possono rintracciare e valutare obiettivi diversi relativi alle seguenti aree: Area neuropsicologica (attenzione e memoria), Area cognitiva (apprendimenti), Area affettivo relazionale (interazione sociale), Area motoria-prassica-sensoriale (comportamento), Area linguistica-comunicativa (comprensione e produzione).

Possibili obiettivi e finalità:

- stabilire una relazione terapeutica tra musicoterapista e paziente e, conseguentemente, migliorare le capacità relazionali in genere;
- incoraggiare e stimolare la propositività;
- migliorare la percezione delle potenzialità del proprio corpo;
- migliorare le prestazioni motorie;
- ridurre i movimenti stereotipati;

- scaricare l'aggressività e ridurre i comportamenti problematici;
- migliorare l'espressività globale;
- acquisire capacità negli scambi interattivi;
- aumentare i tempi di attenzione;
- sviluppare una crescente aderenza alla realtà;
- migliorare l'autostima;
- migliorare la qualità della vita;
- creare nuovi e/o alternativi canali di comunicazione;
- rinforzare le parti sane.

* L'esperienza descritta è stata svolta presso il centro riabilitativo del consorzio di cooperative RI.REI Riabilitazione e Reinserimento S.Severa (Roma).

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Aldridge D., *La musicoterapia nella ricerca e nella pratica medica. Fuori dal silenzio*, Ismez, Roma, 2001.
- Benenzon R.O., *Manuale di musicoterapia*, Borla, Roma, 1998.

  Benenzon R.O., Casiglio L., D'Ulisse M.E., *Musicoterapia e professione tra teoria e pratica: dal primo contatto alla supervisione*, Il Minotauro, Roma, 2005.
- Bruscia K.E., *Casi clinici di musicoterapia (adulti)*, Ismez, Roma, 1999.
- Ferrara C., Raglio A., *Musicoterapia e Ricerca*, Phoenix, Roma, 2000.
- Gaggero G., *Esperienza musicale e musicoterapia*, Mimesis, Milano, 2003.
- Lecourt E., *La musicoterapia*, Cittadella Editrice, Assisi, 1992.
- Manarolo G., *Manuale di Musicoterapia. Teoria, Metodo e Applicazioni della Musicoterapia*, ed. Cosmopolis, Torino, 2006.
- Postacchini P.L., Borghesi M., Ricciotti A., *Musicoterapia*, Carocci, Roma, 2004.
- Wigram T., *Improvvisazione. Metodi e tecniche per clinici, educatori e studenti di musicoterapia*, Ismez, Roma, 2004.
- Wigram T., Pedersen I.N., Bonde L.O., *Guida generale alla musicoterapia. Teoria, pratica clinica, ricerca e formazione*, Ismez, Roma, 2003.

La coppia terapeutica nella prassi musicoterapica con soggetti disabili psicofisici*

Maria Virginia Bertoni
Musicoterapista, Iesolo (VE).

Il CPA ovvero "Centro particolarmente attrezzato" è una struttura che si trova all'interno di uno dei tanti Istituti comprensivi della provincia di Venezia. Esso è stato allestito per accogliere le molteplici realtà di handicap presenti nel territorio e prevede, oltre che una struttura "pensata" appunto per le attività didattico-ricreative, anche la presenza di un'équipe di riferimento che comprende tre insegnanti di sostegno, due logopediste, un'operatrice socio-sanitaria, un'educatrice ed una psicologa.

Hanno fatto parte di questo gruppo anche la sottoscritta in qualità di musicoterapista tirocinante e un operatore Feldenkraiss.

Verso la fine dell'ultimo anno di tirocinio la casuale compresenza di orario con quest'ultimo ha portato ad un naturale rapporto di collaborazione con effetti positivi nell'ambito dei rispettivi campi d'intervento pur in un arco temporale limitato.

La rispettiva azione terapeutica si è focalizzata soprattutto su due pazienti, Irma e Licia. La prima è un soggetto con una grave disabilità dovuta a trauma da parto che le ha compromesso sia l'assetto motorio che quello cognitivo e la cui deambulazione è condizionata dall'uso di tutori mentre la motricità fine è limitata. La seconda presenta un disturbo generalizzato dello sviluppo secondario ad encefalopatia epilettica con ritardo mentale medio-grave e compromissione delle competenze linguistiche. Evidenzia tratti di marcata aggressività ma è autonoma nei movimenti, sebbene l'assetto corporeo mostri una certa goffaggine e ci siano difficoltà notevoli per farle assumere alcune posture come, ad esempio, quella supina.

Dopo aver focalizzato le rispettive difficoltà nella conduzione del setting abbiamo fissato alcuni obiettivi comuni sui quali far convergere le rispettive azioni terapeutiche la cui felice riuscita, tanto da andare oltre le rispettive personali aspettative, ha riguardato soprattutto i seguenti punti:

- raggiungimento del massimo grado di rilassamento dell'assetto corporeo;
- potenziamento delle risposte positive nell'ambito dell'interazione comunicativa;
- ottimizzazione dell'uso dello strumentario;
- miglioramento delle qualità espressive del soggetto;
- contenimento dell'aggressività.

È dunque nell'ambito di questa esperienza di tirocinio che si inserisce e si palesa, in tutte le sue potenzialità, il concetto di coppia terapeutica nella conduzione del setting, modalità che, proprio per le implicazioni legate al fatto che essa possa essere o meno costituita da persone dello stesso sesso o di sesso diverso, viene definita, appunto, "terapeutica". La coppia terapeutica ha, infatti, in sé delle implicazioni psicologiche e pratiche per i pazienti, tali da produrre ulteriori effetti terapeutici rispetto a quelli generati da una conduzione "ordinaria".

Il dibattito, inerente questa forma "altra" nella gestione di gruppi di pazienti, si apre fin dai primi anni '60, ma solo nel giugno 2000 l'Istituto di Medicina sociale di Roma promuove due giornate di studio incentrate sul tema, dal titolo "Gruppo: una scelta terapeutica per bambini e adolescenti", in cui tale modalità viene declinata in tutte le sue possibili accezioni: dai gruppi per bambini con difficoltà d'apprendimento e con deficit fisici e cognitivi, a quelli per bambini diabetici ospedalizzati ma anche a gruppi incentrati su adolescenti e sulle loro difficoltà di comunicazione e inserimento nel mondo degli adulti. Queste teorizzazioni, in ogni caso, considerano soprattutto il rapporto duale che intercorre tra gruppo e conduttore/i, con tutte le intrinseche particolarità che ne scaturiscono.

Freud (1969), per primo, aveva sottolineato che l'approccio alla dinamica dei gruppi aveva come nodo centrale quello del recondito e complesso legame che ne tiene uniti i vari membri, successivamente l'apporto di Bion (1987) ha meglio specificato quali siano i meccanismi principali attorno a cui si articolano tali modalità riducendoli a tre insiemi denominati "assunti di base" dalla cui interazione"nasce la percezione di un oggetto gruppale che si viene costruendo nella relazione tra pari e terapeuta".

Vi sono certamente sostanziali differenze, infatti, a seconda della tipologia di gruppo (bambini o adolescenti) con cui il terapeuta deve interagire e in relazione a quale genere e livello di disagio emozionale, fisico e/o cognitivo i membri del gruppo esprimono.

Riguardo a queste problematiche la conduzione del gruppo terapeutico in coppia, rispetto a quello individuale, presenta la possibilità di sperimentare elementi diversi ma anche naturalmente più complessi, soprattutto relativamente alla coppia maschio-femmina la quale offre una doppia valenza: quella relativa allo scarto generazionale e quella inerente alle differenze sessuali di ruolo prestandosi ad azioni proiettive affini e assimilabili a quelle parentali-familiari.

Inoltre, tra gli aspetti positivi ad essa ascritti, vi è anche quello relativo alle connotazioni proprie dell'essere "maschio o femmina", nonché la facilitazione dell'espressione di tutte le emozioni che la presenza di soggetti così caratterizzati sembra favorire.

La veridicità di questo aspetto è chiaramente emersa nell'esperienza di tirocinio in coppia terapeutica soprattutto relativamente alla prima paziente, Irma, la quale ha manifestato un significativo miglioramento nell'assetto comunicativo ed espressivo proprio perché, proiettivamente, essa aveva rivisto riunite, nella mia figura e in quella dell'operatore Feldenkraiss, quelle genitoriali.

Analogamente l'accettazione della mia figura da parte di Licia, solitamente aggressiva rispetto a cose o persone estranee alla sua quotidianità, è stata senz'altro facilitata dalla mediazione della figura maschile con cui si mostrava più disponibile e meno conflittuale.

La coppia come strumento di conduzione terapeutica (Saporito, 2004) pertanto "è una formula innovativa nel campo" poiché rappresenta una sorta di garanzia nel facilitare la manifestazione di espressioni emozionali positive ma anche di quelle negative, difficili da gestire. Se nell'ambito di un trattamento psichiatrico, infatti, un paziente deve esprimere rabbia nei confronti di un terapeuta egli può contare sulla

"protezione" data dalla presenza dell'altro terapeuta, presenza, che gli permetterebbe di superare "il senso di colpa legato a questo sentimento e, al contempo, di affrontare il timore del rifiuto che potrebbe conseguire per averlo provato ed espresso" (Saporito, 2004).

È un aspetto di non poca importanza avere la possibilità di usufruire di due interlocutori e quindi poter scegliere di rivolgersi ora all'uno ora all'altro a seconda di chi, dei due, risulta più idoneo all'accoglienza. Ciò perché le esperienze psichico-emozionali non sempre interessano un unico "riferimento proiettivo" anche qualora la crisi si focalizzi apparentemente su un solo elemento oggettuale .

Sarebbe comunque incompleta e certamente troppo soggettiva un'analisi dell'assetto terapeutico basato sulla coppia se non si evidenziassero anche gli aspetti problematici che essa comporta.

Infatti, essa non "rappresenta solo la possibilità di uno schermo protettivo delle conflittualità edipiche", come si evidenziava sopra, ma anche un rapporto tra due persone legate da reciproche interazioni inconsce.

Questa attività psichica, oltre a segnare la sua presenza, rischia di rappresentare un punto di focalizzazione delle difese arcaiche, non solo per i pazienti ma anche per i terapeuti stessi.

Così come nel rapporto tra gruppo-singolo conduttore abbiamo visto l'instaurarsi di una realtà oggettuale "altra", così anche in questo caso un tale assetto comunicativo potrebbe andare a configurarsi con la formazione di uno spazio "terzo".

Questo giustifica le riserve, riguardo l'adozione di tale forma terapeutica, da parte di alcuni operatori del settore come Slavson (Colombini, 2002) che la ritengono troppo complessa proprio a causa della necessità di rielaborazione delle reciproche proiezioni.

Anche Decobert e Soulè (Colombini, 2002) evidenziano che un'analisi troppo particolareggiata di tali inconsce implicazioni potrebbe avere, a lungo andare, delle ripercussioni negative sulla conduzione del setting.

Di certo è che, al di là di queste doverose puntualizzazioni, la co-conduzione si configura come "uno dei luoghi privilegiati nel quale osservare le modalità attraverso cui i partner, in virtù di processi regolativi non consci, giungono a far esistere una terza dimensione... (che si) costituisce come terzo polo regolativo … riconosciuto come proprio da entrambi i membri della coppia e restituisce loro, in tal modo, un senso di coerenza interna" (Saporito, 2004).

* L'esperienza descritta è stata svolta presso il "Centro particolarmente attrezzato" Istituto Comprensivo "G. D'Annunzio", Iesolo (VE).

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Braconaro A., Muzio C. (a cura di), *Gruppo una scelta terapeutica per bambini e adolescenti*, www.funzionegamma.edu/italiano/site/fisse/recensioni/braconaro.asp
- Bernabei M., *La relazione con l'adulto nei gruppi con bambini e adolescenti: specificità e differenze*, in "Funzione Gamma Journal", Journal n. 5 febbraio 2001.
- Bernabei M., *L'adulto co-costruito da bambini e terapeuta*, in "Funzione Gamma Journal", n. 11 novembre 2002.

Bion W.R., *Esperienze nei gruppi e altri saggi*, Armando, Roma, 1987.

- Bruscia K.E., *Modelli di improvvisazione in musicoterapia*, Ismez Editore, Roma, 2002.
- Colombini I., *Perché la co-terapia*, in "Funzione Gamma Journal", n. 11 novembre 2002.
- Colombini I., *La funzione dell'adulto facilitatore nella fase di costruzione del gruppo*, in "Funzione Gamma Journal", n. 11 novembre 2002.
- Freud S., *Totem e tabù*, cap. 4, Bollati Boringhieri Editore, Torino, 1969.
- Postacchini P.L., Ricciotti A., Borghesi M., *Musicoterapia*, Carrocci Editore, Roma, 1993.
- Saporito M.G., *La coppia dei terapeuti*, www.vertici.com/rubriche/articolo.asp, 2004.
- Velotti P., Zavattini G.C., *Modello della co-costruzione*, in "Funzione Gamma Journal", n. 22 luglio 2008.
- Velotti P., Zavattini G.C., *La co-regolazione*, in "Funzione Gamma Journal", n. 22 luglio 2008.
- Zavattini G.C., *Lo spazio triangolare e il setting nella psicoterapia psicoanalitica di coppia*, in "Psicoànalisis & Intersubjectividad", n. 1 luglio 2006.

Possibilità di recupero neurofunzionale attraverso la musicoterapia

Bruna Dozzo
Psicologo, Responsabile Centro Servizi Associazione Agor, Verona.

Mauro Vaia
Responsabile per lo Sviluppo Centro Servizi e Scuola di Formazione Associazione Agor, Verona.

Luca Zoccolan
Musicista, musicoterapista, Torino.

L'intervento musicoterapico preso in esame rientra in un progetto individualizzato a favore di Francesco, un bimbo di 7 anni con diagnosi di encefalopatia epilettica, seguito dall'équipe dell'Agor (Associazione Genitori Onlus) presso il Centro di riabilitazione di Verona.

I genitori del bambino si sono rivolti all'Agor nell'ottobre del 2005, quando Francesco aveva 18 mesi e manifestava un ritardo espressivo-motorio.

L'Agor possiede una doppia anima: da un lato si presenta come centro servizi di riabilitazione neuro-funzionale integrata, servendosi della professionalità di operatori dalle più svariate competenze nel campo terapeutico per costruire un percorso unitario inserito all'interno di un progetto funzionale, individualizzato e integrato, psicosensomotorio; dall'altro è una ONLUS, associazione di genitori che hanno sulle spalle l'esperienza vissuta in prima persona di accompagnare il proprio figlio svantaggiato verso le tappe evolutive più consone alle sue potenzialità psicomotorie, emerse sotto lo sguardo attento e consapevole dell'équipe del Centro servizi.

Francesco dal 2009 è stato oggetto, in separata sede, di un intervento di musicoterapia, supervisionato dall'Agor e mirato a potenziare il livello comunicativo-relazionale del bambino attraverso una stimolazione neurosensoriale costante ed efficace.

La sinergia che nasce tra l'operare del musicoterapista e quello dell'Agor affonda le radici in un retroterra teorico e pratico che si dipana tra l'approccio neurologico di Ian Hunter (2006) e il modello musicoterapico ispirato dai contributi di diversi autori quali Stern (1985), Benenzon (1984), Postacchini (1997) e Manarolo (2006).

Il principio che muove ogni iniziativa proposta dall'Agor parte da un concetto apparentemente inverosimile ma difficilmente falsificabile: una lesione celebrale non è una condizione permanente.

Anche per i bambini colpiti da gravi lesioni celebrali c'è la possibilità di compiere delle tappe significative nell'età evolutiva, passaggi ben evidenziati dalla scala di sviluppo neurologico proposta nel 1980 da Arthur Sandler e Sandra Brown (Hunter, 2006).

Le cellule nervose danneggiate da gravi lesioni celebrali non sono recuperabili ma in prossimità della zona danneggiata è ipotizzabile la creazione di nuovi collegamenti o "gemme", come le chiama Chambers (Hunter, 2006), per ripristinare i collegamenti andati perduti a causa della lesione. L'importanza del suono si colloca qui, dove l'intervento musicoterapico può incrementare l'intensità dello stimolo per facilitare il processo di ricostruzione sinaptica sopra citato.

La sollecitazione neurosensoriale, implicata nella stimolazione sonoro-musicale, passa naturalmente attraverso una modalità di intervento musicoterapico che pone al centro del suo operare la risposta emotivo-affettiva del bambino.

Rispetto al caso in questione, in condizioni psicofisiche non ottimali, sono stati riscontrati dall'Agor alcuni meccanismi di difesa che portano il bambino a bloccare le funzioni espressivo-motorie, provocando facilmente crisi comiziali. La musicoterapia consente a Francesco di incanalare le proprie energie sull'oggetto sonoro che, fungendo da catalizzatore, permette al bambino di scaricare un forte accumulo di tensione.

L'intervento sonoro-musicale induce un rilassamento del tono muscolare che si accompagna allo sbadiglio e talvolta al riposo. Si può inoltre rilevare come alcuni strumenti a percussione e l'utilizzo dei battenti di diversa grandezza riescano a migliorare il livello di coordinazione psicomotoria e il grado di attenzione in risposta alle consegne sonoro-musicali.

Su consiglio della logopedista, Dott.ssa Alessandra Luciani, per potenziare l'apparato fonatorio e aprire un canale di comunicazione, consono alle potenzialità espressive di Francesco, sono stati utilizzati dei tubi sonori con l'obiettivo di modulare e raccogliere i suoni da lui emessi.

Attualmente Francesco, guidato da una pulsazione costante e ripetitiva di piccoli strumenti quali idiofoni o maracas, sembra sintonizzarsi su alcune accentuazioni sonore ben marcate dal musicoterapista.

A distanza di un anno dall'inizio dell'attività, possiamo riscontrare che il livello relazionale e le capacità espressive di Francesco (anche quelle mimico-facciali) si sono modificate.

Gli interventi complementari come la musicoterapia, attuati grazie all'impegno dell'Agor (che per sua missione consente la nascita di una fitta rete sociale che vede coinvolti nel proprio programma i genitori), possono consentire a Francesco di contenere le sue crisi ed hanno una valenza preventiva oltreché riabilitativa. Nell'intervento musicoterapico a favore di Francesco anche in futuro vi sarà in ogni caso la difficoltà di trovare la giusta mediazione fra uno stimolo ad "alta intensità, durata e frequenza" (Hunter, 2006), come è richiesto dalla progettualità funzionale, ed un'apertura relazionale che vada incontro alla libera espressione del bambino.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Benenzon R.O., *Manuale di musicoterapia*, Borla, Roma, 1984.
- Hunter I., *Il cervello incompiuto. L'incredibile capacità del cervello di ricostruire se stesso*, riedizione per Agor, 2006.
- MacDonald C., Henson R.A., *La musica e il cervello. Studi sulla neurologia della musica*, Piccin, 1987.
- Manarolo G., *Manuale di Musicoterapia. Teoria, Metodo e Applicazioni della Musicoterapia*, ed. Cosmopolis, Torino, 2006.
- Manarolo G., (a cura di), *Psicologia della musica e musicoterapia. Appunti per un dialogo*, ed. Cosmopolis, Torino, 2009.
- Mancia M., *Psicoanalisi e neuroscienze*, Springer, 2007.
- Postacchini P.L., Ricciotti A., Borghesi M., *Musicoterapia*, Carrocci, Roma, 1997.
- Stern D.N., (1985), *Il mondo interpersonale del bambino, Programma di Psicologia Psichiatria Psicoterapia*, Bollati Boringhieri, Torino, 1987.
- Zoccolan L., *La musicoterapia come luogo neurologico e psicodinamico. Un'ipotesi di ricerca*, Tesi di Master universitario di terapie espressive e riabilitazione in psichiatria, Dipartimento di Scienze cliniche e biologiche, 2009.

Sintonizzarsi con la grave disabilità[1]

Guido Antoniotti
Musicoterapista, Cooperativa "Domus Laetitiae" di Sagliano Micca (BI), "Centro Don Franco Picco" di Lessona (BI).

Secondo l'ICD-10 *"il ritardo mentale è una condizione di interrotto o incompleto sviluppo psichico, caratterizzato soprattutto da compromissione delle abilità che si manifestano durante il periodo evolutivo e che contribuiscono al livello globale di intelligenza, cioè quelle cognitive, linguistiche, motorie e sociali"*[2].

La grave disabilità mentale, in particolare, appare caratterizzata innanzitutto da una rilevante rigidità funzionale e da un limitato sviluppo del Sé (Cannao, Moretti, 1982). È essenziale, però, non fermarsi alla dimensione patologica, ma vedere i disabili con grave ritardo mentale come persone che possiedono una loro vita affettiva/relazionale e hanno molto da comunicare (Cannao, Moretti, 1982)[3]. *"Nulla ci autorizza a ritenere che nella mente del grave ci sia il vuoto: al contrario, crediamo che in essa si svolgano - anche se con modalità peculiari - attività percettivo-elaborative dotate di una propria economia e significato"* (Cannao, Moretti, 1982)[4].

Siamo quindi chiamati a cercare e a riconoscere un senso al comportamento del disabile grave, spostandoci dall'ottica centrata sulla patologia a quella relazionale/terapeutica (Berti, Comunello, 1995)[5]. Ciò vale pure per le situazioni in cui la gravità riguarda in modo importante anche la dimensione motoria[6]. La rigidità funzionale e le difficoltà relazionali/comunicative investono completamente la persona, che si trova quindi ad avere pochissime frecce a disposizione per il suo arco espressivo, potendo fare solo movimenti assai limitati, spesso minimi o stereotipati, dalla valenza comunicativa scarsamente decifrabile. Le considerazioni che seguono sono sollecitate soprattutto dalle esperienze con simili pazienti, in grado di fare (e suonare) ben poco.

Partiamo dalla constatazione che essi adottano spesso modalità espressive e relazionali primitive e arcaiche, simili a quelle di un bambino piccolo. Tale analogia ci conduce, dal punto di vista teorico, ad accogliere alcune riflessioni che partono dall'osservazione e dallo studio dell'interazione con i bimbi piccoli e, dal punto di vista dell'agire concreto, ad adottare strategie conseguenti.

È fondamentale il contributo di Stern (1985) dal quale accogliamo il concetto di "sintonizzazione affettiva", da utilizzare poi nell'intervento musicoterapico per perseguire l'obiettivo dell'armonizzazione. Con questo concetto Stern si riferisce a un certo tipo di interazione della madre con il proprio piccolo[7], che a partire dalle percezioni "amodali" del bambino[8] si sviluppa ben oltre l'imitazione. Quest'ultima, da sola, non garantisce uno scambio intersoggettivo degli affetti. L'interazione tra madre e figlio, infatti, si fonda *"non tanto sull'imitazione esatta del comportamento del bambino (che pure in alcuni momenti viene attuata), quanto su trasferimenti sinestesici tra una modalità propositiva ed un'altra modalità elaborativa"* (Postacchini, Ricciotti, Borghesi, 1997).

Sono dunque essenziali gli scarti tra la risposta materna e il comportamento del bimbo, che Stern chiama "sintonizzazioni volutamente imperfette" (Stern, 1985)[9].

La madre è attentissima a ciò che il bambino esprime tramite il corpo, il suo tono, il

modo di muoversi, di attivarsi, di stare. Stern parla di "affetti vitali" distinguendoli da quelli categoriali, benché ci possa essere una relazione con essi[10]. Gli affetti vitali, però, si riferiscono alla forma più che al contenuto. Sono innanzitutto qualità dinamiche e cinetiche che definiscono lo stile di un individuo, attraverso il permanere dei modi dell'azione (Berti, Comunello, 1995). Nella sintonizzazione si parte da queste qualità operando una traduzione transmodale, passando *"da un piano dell'espressione ad un altro, mantenendo invariato il significato, cioè l'"affetto vitale" manifestato e condiviso. Ciò che permette la traducibilità e il riconoscimento del medesimo significato è il mantenimento dell'intensità, della struttura temporale e della forma"* (Berti, Comunello, 1995).

Intensità, struttura temporale, forma sono i principali parametri degli affetti vitali, oltre che elementi basilari di ogni espressione sonoro-musicale[11]. La sintonizzazione affettiva che si sviluppa a partire da questi parametri favorisce una condivisione intensa, fondamentale per lo sviluppo del Sé[12].

Come fa la madre col figlio, anche con i gravi è possibile sintonizzarsi a partire non tanto dai contenuti emotivi, spesso poco chiari e difficilmente decodificabili, quanto dagli affetti vitali che il corpo, con la sua verità, manifesta. Ciò esige prima di tutto, da parte del musicoterapista, la capacità di aspettare, di osservare, di ascoltare, accogliendo l'altro per quello che è e per quello che è in grado di fare, anche se poco. Per questo è importante saper fare silenzio[13] e testimoniare con il proprio stile di presenza che di fronte al paziente ci sono, lo ascolto, mi interessa[14].

Nell'attività di musicoterapia che svolgo con i gravi ho quindi sempre più abbandonato l'idea di stimolazione. Lo scopo primario è diventato non tanto stimolare per provocare reazioni, effetti o cambiamenti, quanto accogliere l'altro e cercare la sintonizzazione, nella convinzione che essa possa essere fonte di benessere e nella fiducia che eventuali cambiamenti siano possibili a partire da essa.

Scelgo di partire dagli elementi che caratterizzano la presenza del paziente nell'hic et nunc della seduta, specialmente dal corpo, dal suo tono, dal suo livello di attivazione, dalle sue qualità dinamiche e cinetiche, in altre parole dall'intensità, dal tempo, dalla forma delle espressioni affettive che il corpo comunica[15]. Sovente si tratta di movimenti non intenzionali, ma essi sono a volte le uniche cose che il paziente può fare: non posso partire da un ritmo prodotto su un tamburo, ma posso sintonizzarmi sul ritmo dei suoi movimenti, quand'anche casuali o ripetitivi[16]. Posso lavorare sui ritmi biologici come il respiro accompagnandolo con il mio (sintonizzazione esatta) o sostenendolo con un suono vocale, la percussione di un grosso tamburo, un gesto (sintonizzazione sinestesica e inesatta)[17]. Posso riprendere i movimenti di tensione e distensione del paziente con le modulazioni della voce, la quale spesso si rivela strumento privilegiato nel lavoro di sintonizzazione, essendo un canale espressivo più diretto oltre che un mezzo che il paziente in qualche modo utilizza.

Partire dagli affetti vitali conduce non di rado a cercare anche il contatto fisico, come fa di solito la mamma col suo piccolo, percependo molto più nettamente ciò che il tono muscolare esprime. Questo contatto facilita il processo di sintonizzazione con i gravi e la realizzazione di una relazione "felice", intendendo per essa, con Scardovelli, una situazione *"in cui la comunicazione sia caratterizzata da fluidità, rispondenza, ordine, organizzazione, piuttosto che da turbolenze, disordine, antagonismi e, conseguentemente, sia accompagnata e sorretta da emozioni positive (reazioni di avvicinamento, apertura, orientamento, sorriso, ecc.)"* (Scardovelli, 1992).

Per riconoscere fluidità, rispondenza, organizzazione, è però primario il ruolo del musicoterapista che, ancora una volta come fa una madre con il suo bambino, cerca di leggere e dare significato ai comportamenti del disabile. Il musicoterapista assume *"una funzione di framing o di organizzazione dei comportamenti espressivi spontanei del bambino che, in tal modo, grazie alla ripetizione del contesto (...), acquisterebbero prevedibilità e significato relazionale"* (Scardovelli, 1992). In tal modo si offre al paziente una "base sicura" sulla quale si può sviluppare una comunicazione e quindi una relazione[18]. *"Di fatto, quando due persone comunicano intensamente e felicemente, i loro corpi sono impegnati in una sorta di sinfonia audio-visivo-cinetica, in cui la ritmicità, la rispondenza, l'ordine, l'organizzazione prevalgono sulle fluttuazioni casuali, sulle turbolenze, sul disordine"*[19].

Così una seduta di musicoterapia con disabili gravi può apparire come una "sinfonia audio-visivo-cinetica", in cui suoni, sguardi, movimenti acquistano un senso e non sono più connotati solo da ripetizione ossessiva o da disordine e caos. Si assiste a espressioni di avvicinamento e di apertura, a manifestazioni di emozioni positive che rivelano una situazione di benessere e per certi versi di bellezza[20], in cui l'interazione che si crea può contribuire a una maggiore percezione di Sé e dell'altro.

---

(1) Queste riflessioni sono conseguenti a un lavoro di musicoterapia che da alcuni anni porto avanti in un paio di centri di riabilitazione: la "Domus Laetitiae" di Sagliano Micca e il "Centro don Franco Picco - Giovanni XXIII" di Lessona, in provincia di Biella. Entrambi ospitano persone, in genere maggiorenni, affetti da varie patologie (ritardo mentale, autismo, sindromi genetiche, ecc.) e, con il servizio ambulatoriale, offrono anche trattamenti riabilitativi destinati principalmente all'età evolutiva. Gli interventi di musicoterapia di cui mi occupo sono rivolti sia a bambini, sia ad adulti.

(2) ICD-10, *Sindromi e disturbi psichici e comportamentali,* 219.

(3) "La vita affettiva è presente fin dall'inizio dell'esistenza della persona: quindi, a maggior ragione, essa deve essere ritenuta presente ad ogni stadio di sviluppo o in qualunque condizione patologica" (Cannao-Moretti, *Il grave handicappato mentale*, 61).

(4) Cannao-Moretti, *Il grave handicappato mentale*, 148-149. Gli stessi autori fanno notare che spesso "la patologia sta nei fattori che condizionano la situazione funzionale, non già nei modi funzionali: essi sono l'unico modo di agire, quindi un modo virtualmente normale" (Cannao-Moretti, *Il grave handicappato mentale,* 119).

(5) L'ottica relazionale/terapeutica vede il disabile grave "come un sistema finalistico cioè retto da intenzioni e diretto a uno scopo, od opera per renderlo tale" (Berti-Comunello, *La costruzione del senso*, 113). La patologia non va vista come una regressione rispetto alla norma (la salute), ma come uno "stato di vita, caratterizzato sì dalla riduzione ad un codice normativo più rigido e più ridotto, ma dotato di una sua precisa fisionomia esistenziale" (Cannao-Moretti, I*l grave handicappato mentale,* 80).

(6) Non di rado coloro che hanno un ritardo mentale grave o gravissimo presentano al contempo un significativo deficit motorio. In particolare gli individui con ritardo mentale profondo "sono in maggioranza immobili o gravemente limitati nella mobilità, incontinenti e capaci al massimo di forme molto rudimentali di comunicazione non verbale" (*ICD-10. Sindromi e disturbi psichici e comportamentali*, 223).

(7) In particolare quando il bimbo, tra il settimo e il nono mese, comincia a scoprire la possibilità di condividere le proprie esperienze soggettive. Cf. Stern, *Il mondo interpersonale del bambino*, 134-136.

(8) Sulle percezioni amodali, con le quali si riceve un'informazione in una modalità sensoriale per tradurla in qualche modo in un'altra modalità sensoriale, cf. in particolare Stern, *Il mondo interpersonale del bambino*, 66-67.

(9) Per Stern, (*Il mondo interpersonale del bambino*, 150), le sintonizzazioni hanno le seguenti caratteristi-

che: “a) danno l’impressione che vi sia un qualche tipo di imitazione. (...); b) questa operazione (...) è in gran parte trasmodale (...); c) oggetto della corrispondenza così ottenuta non è il comportamento dell’altra persona di per sé, ma piuttosto qualche aspetto di esso che ne riflette lo stato d’animo”.

(10) “In genere si pensa all’esperienza affettiva con riferimento a categorie affettive discrete - felicità, tristezza, rabbia, paura, disgusto, sorpresa, interesse e forse vergogna - e loro combinazioni. (...) Si ritiene, inoltre, che ogni distinta categoria affettiva venga esperita in almeno due dimensioni generalmente accettate: l’attivazione e il tono edonico. L’attivazione si riferisce al grado di intensità o di impatto della qualità del sentimento, mentre il tono edonico si riferisce al grado di piacere o dispiacere legato al sentimento stesso. Gli affetti vitali non trovano una facile collocazione in queste teorie degli affetti, e pertanto richiedono una terminologia a sé. (...) Essi verranno qui definiti, provvisoriamente, affetti vitali, per distinguerli dagli affetti categoriali tradizionali o darwiniani, quali la rabbia, la tristezza, la gioia e così via” (Stern, *Il mondo interpersonale del bambino*, 70-71).

(11) Stern riconosce la musica e la danza come “esempi per eccellenza dell’espressività degli affetti vitali. La danza rivela a chi ascolta e guarda una molteplicità di affetti vitali con variazioni, senza far ricorso ad alcuna trama né a segnali affettivi delle categorie tradizionali. Il coreografo molto spesso cerca di esprimere un modo di provare sentimenti, non un particolare contenuto” (Stern, *Il mondo interpersonale del bambino*, 71-72).

(12) Come mostra Stern, le prime esperienze intersoggettive sono essenziali per la formazione del Sé. Cf. in sintesi Manarolo, *Manuale di Musicoterapia, Teoria, Metodo e Applicazioni della Musicoterapia*, ed. Cosmopolis, Torino, 2006, 43-44, che fa riferimento anche all’approccio neurobiologico di Siegel.

(13) “Il silenzio è cruciale per dare spazio e significato ad un suono” (Bunt, *Musicoterapia. Un’arte oltre le parole*, 77). Infatti “il costruirsi di ogni autentico dialogo richiede inevitabilmente il doloroso passaggio attraverso la misteriosa “zona” che il silenzio indica; è solo da quella dimensione che è possibile attivare un reale processo di costruzione del senso” (Gaggero, *Esperienza musicale e musicoterapia*, 51).

(14) Per Gaggero i contenuti fondamentali della testimonianza stilistica del musicoterapista sono i seguenti: “- ci sono cioè io sono qui (...); - ascolto (e comprendo) cioè riconosco la tua comunicazione, per quanto essa sia frammentaria, ostacolata nel suo dispiegarsi da difficoltà di vario tipo, come dotata di senso (...); - mi interessa cioè sono profondamente coinvolto (...) in questo processo di costruzione di senso” (Gaggero, *Esperienza musicale e musicoterapia*, 81-82). Del resto l’analogia tra bambino piccolo e grave disabile suggerisce pure “quanto sia importante stabilire una relazione profonda con il grave: guardarlo negli occhi in modo che egli possa, attraverso il nostro sguardo, prendere coscienza del proprio Sé è un processo che non può aver luogo all’interno di un rapporto superficiale e che invece si verifica regolarmente proprio nell’interazione precoce tra madre e bambino” (Cannao-Moretti, *Il grave handicappato mentale*, 140).

(15) Ogni musicoterapista “dovrebbe porgere grande attenzione anche alla qualità stilistica di elementi quali la postura, la gestualità (non c’è suono senza gesto), lo sguardo, il respiro” (Gaggero, *Esperienza musicale e musicoterapia*, 48).

(16) In alcuni casi le stereotipie possono venir lette non solo come azioni problematiche da eliminare, bensì come comportamenti portatori di un senso, anche se tutt’altro che facilmente riconoscibile. Pertanto possono talvolta costituire un punto di partenza per incontrarsi.

(17) La sintonizzazione esatta può essere espressione di accoglienza dell’altro e immedesimazione con l’altro, favorendo e consolidando il rapporto riconoscendosi simili (“siamo simili, siamo insieme”). La sintonizzazione inesatta, invece, introduce una differenziazione che favorisce la non confusione (“io sono io, tu sei tu”) e stimola un maggior scambio.

(18) “Secondo Bowlby, il rapporto con il terapeuta deve innanzi tutto fornire al paziente, adulto o bambino, una “base sicura” dalla quale riiniziare a esplorare il mondo” (Scardovelli, *Il dialogo sonoro*, 49).

(19) Scardovelli, *Il dialogo sonoro*, 43-44. L’autore continua: “In un certo senso, il carattere organizzato degli scambi può far pensare alla relazione, alla diade o al gruppo come a una entità, a un organismo superindividuale, caratterizzato da particolari qualità emergenti, non possedute in sé dai singoli partecipanti”.

(20) È forse questa esperienza di bellezza, pur basata spesso su elementi sonoro-musicali davvero minimi, che può salvare il mondo (come direbbe Dostoevskji nel celebre romanzo *L’idiota*), anche il mondo di un grave disabile, dandogli un senso e una dignità.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- AA.VV., *ICD-10. Sindromi e disturbi psichici e comportamentali, Descrizioni cliniche e direttive diagnostiche*, Masson, Milano, 1992.
- Berti E., Comunello F., *La costruzione del senso. Osservazione e interpretazione*, Collana di Medicina e Psicoterapia 2, Masson, Milano, 1995.
- Bunt L., *Musicoterapia: un’arte oltre le parole*, Psicologia/Strumenti 3, Kappa, Roma, 1997.
- Cannao M., Moretti G., *Il grave handicappato mentale*, Collana Medico-Psico-Pedagogica, Armando, Roma, 1982.
- Gaggero G., *Esperienza musicale e musicoterapia*, Mimesis, Milano, 2003.
- Manarolo G., *Manuale di Musicoterapia. Teoria, Metodo e Applicazioni della Musicoterapia*, ed. Cosmopolis, Torino, 2006.
- Postacchini P.L., Ricciotti A., Borghesi M., *Musicoterapia*, Carrocci, Roma, 1997.
- Scardovelli M., *Il dialogo sonoro*, Cultura musicale di tutti, Cappelli, Bologna 1992.
- Stern D.N., *Il mondo interpersonale del bambino, Programma di Psicologia Psichiatria Psicoterapia*, Bollati Boringhieri, Torino, 1987.

L'intervento musicoterapico nei centri diurni e nelle comunità residenziali per persone diversamente abili

Gianni Vizzano
Musicoterapista, Torino.

Premessa

Da alcuni anni lavoro come musicoterapista con pazienti diversamente abili in vari centri diurni di Torino e di Orbassano (To) ed in una comunità residenziale di Cambiano (To). Questo mio contributo testimonia l'applicazione delle varie fasi dell'intervento di musicoterapia, così come mi sono state trasmesse nei corsi che ho frequentato, in contesti nei quali non è sempre usuale offrire agli ospiti (o utenti) percorsi con valenze terapeutiche e dove la musicoterapia è compresa fra le varie "attività".

Vi sono stati alcuni elementi che, nonostante siano noti nell'ambito della musicoterapia, hanno costituito nel mio lavoro modalità non consuete nei centri diurni e nelle comunità e si sono dimostrate nel tempo particolarmente efficaci: l'anamnesi sonoro-musicale raccolta nei colloqui con i parenti dei pazienti, l'allestimento di setting adeguati, le sedute individuali o in piccoli gruppi, la condivisione dei protocolli descrittivi delle prime sedute, le riprese video utilizzate nelle riunioni d'équipe, la supervisione.

Ho spesso sentito l'esigenza di definire con precisione il mio intervento sin dall'inizio poiché, com'è comprensibile, non sempre la musicoterapia è conosciuta nello specifico dai responsabili delle strutture, dai coordinatori, dagli educatori e dagli operatori. A ciò va aggiunto che talvolta mi sono trovato a lavorare in contesti nei quali la musicoterapia era già stata proposta in passato, ma con modalità di intervento vicine all'animazione musicale (gruppi numerosi malgrado la presenza di pazienti gravi, assenza di un setting strutturato terapeuticamente).

Nella mia esperienza nei centri ed in comunità ho proposto il medesimo schema d'intervento, adattandolo di volta in volta alle diverse realtà: una solida cornice nella quale poter verificare e condividere con l'équipe l'andamento dei percorsi con i pazienti.

Presentazione delle strutture nelle quali lavoro

Dal 2005 ho iniziato a lavorare come musicoterapista in alcuni centri diurni per persone diversamente abili del Comune di Torino, in qualità di tecnico e consulente della Cooperativa Sociale "Il Sogno Di Una Cosa" che ha elaborato un progetto sulla base delle indicazioni fornite dalla Amministrazione Comunale. Il progetto, denominato Poiesis, fornisce ai centri diurni un servizio di supporto tecnico riguardante varie aree, tra cui quella "psicomotoria ed espressiva" nella quale rientra la musicoterapia. Ho seguito fino ad oggi 34 pazienti di cui circa metà in sedute individuali e metà in sedute di gruppo.

Dal 2007 seguo 13 ospiti (sedute individuali e in piccolo gruppo) presso il Presidio Socio Assistenziale "Villa Anna" di Cambiano (To), una comunità residenziale per diversamente abili (RAF di tipo A) che accoglie attualmente venti donne con handicap psicofisici medio-gravi, di età compresa tra i 30 e i 64 anni. "Villa Anna" viene gestita dalla "Fondazione Agape dello Spirito Santo", un ente che ha lo scopo di promuovere interventi di recupero e riabilitazione, rivolti in particolare a persone disabili ed anziani. Presso questa comunità ho lavorato in costante collaborazione con la Dott.ssa Bollito Cristina, responsabile della struttura, e con la Dott.ssa Piasentini Cinzia, psicologa.

Dal mese di giugno 2009 lavoro come terapista della riabilitazione (in qualità di musicoterapista) presso i due centri diurni per persone diversamente abili del Comune di Orbassano (To), gestiti dalla Cooperativa Sociale "Il Raggio", aderente al Consorzio di Cooperative Sociali "Coesa" di Pinerolo (To). Nei due centri ho seguito 55 pazienti prevalentemente in sedute individuali (solo alcuni in piccolo gruppo).

I colloqui preliminari: i criteri di invio ed il progetto

Nei primi colloqui con i responsabili delle strutture, ho valutato con attenzione le motivazioni per cui veniva richiesto un intervento di musicoterapia.

Nella mia esperienza ho sempre fornito i criteri di invio, allo scopo di individuare con maggior efficacia le persone ospiti delle strutture che più delle altre avrebbero potuto beneficiare di un percorso di musicoterapia. In linea generale l'intervento musicoterapico si rivolge in particolar modo alle persone con difficoltà relazionali, con deficit comunicativi e/o con deficit dell'area affettiva ed emotiva. È il referente clinico o l'équipe che ha in carico il paziente ad inviarlo al trattamento di musicoterapia e non il musicoterapista a "scegliere" quali persone seguire.

Fin dai primi contatti con le strutture, ho ritenuto opportuno inquadrare il mio lavoro da un punto di vista teorico e metodologico, per chiarire ai miei interlocutori le linee guida del mio intervento, a questo scopo mi è apparso fondamentale:

- definire la musicoterapia secondo l'indicazione della World Federation of Music Therapy;
- informare dell'esistenza della Confiam e dell'A.I.M., in modo da evidenziare che i trattamenti di musicoterapia dovrebbero essere svolti esclusivamente da personale qualificato, in possesso di un diploma che attesti un percorso di formazione equivalente a criteri condivisi;
- descrivere il modello musicoterapico di riferimento, psicodinamico-relazionale, che prevede una metodologia operativa fondata su criteri di non direttività nei confronti del paziente e di un atteggiamento di osservazione-ascolto (Navone, 2009). La musicoterapia ad indirizzo psicodinamico-relazionale si ispira alla teoria musicoterapeutica di Rolando Benenzon (identità sonoro-musicale, oggetto intermediario) ed a quella psicologica di Daniel Stern (sintonizzazioni affettive);
- descrivere il setting musicoterapico ed i requisiti che dovrebbe avere la stanza di musicoterapia. Il setting è costituito da tre componenti fondamentali: corni-

ce spaziale (dimensioni e caratteristiche della stanza, scelta e disposizione degli strumenti musicali), cornice temporale (durata e frequenza degli incontri, durata del percorso) e cornice comportamentale (assetto corporeo e mentale del musicoterapista e dei partecipanti, condotte sonoro-musicali). Nel mio lavoro ho cercato di porre molta attenzione alla qualità del setting, con particolare riguardo alle caratteristiche della stanza di musicoterapia, uno spazio che ho dovuto condividere con professionisti di altre discipline: psicomotricista, arteterapeuta, danzaterapeuta, ecc. Si è reso necessario predisporre ogni volta la stanza in modo che fosse identificata dai pazienti come il "luogo della musicoterapia". Ho richiesto inoltre l'acquisto degli strumenti musicali necessari all'intervento e che, se possibile, lo strumentario di musicoterapia non venisse utilizzato (magari dagli stessi pazienti) per altre attività (ad esempio animazione musicale);

- indicare la prassi operativa. Nei casi che ho seguito, più di 100 pazienti in prevalenza gravi e medio-gravi, ho proposto percorsi di musicoterapia improvvisativa (sedute individuali o in piccoli gruppi di tre persone). Il trattamento di musicoterapia recettiva (basata sugli ascolti di brani musicali) è possibile solo nel caso in cui i pazienti abbiano una sufficiente capacità sul piano verbale ed una minima integrità psichica da cui derivi una adeguata capacità introspettiva ed elaborativa;
- delineare gli obiettivi di carattere generale.

La conoscenza dei pazienti: la loro storia e l'anamnesi sonoro-musicale

Prima di accogliere il paziente nella stanza di musicoterapia, raccolgo elementi utili al trattamento musicoterapico:

- la storia del paziente tramite colloqui con l'équipe (coordinatori delle strutture, psicologo se presente nella comunità, educatori ed operatori referenti);
- lettura della cartella clinica (Progetto Educativo Individuale e relazioni relative ad altri interventi seguiti dal paziente: psicomotricità, danzaterapia, arteterapia, percorsi di musicoterapia seguiti in passato, ecc.);
- osservazione diretta partecipe nell'abituale contesto di vita, con successiva stesura di un protocollo descrittivo (modalità espressive, relazionali, comportamentali, postura abituale del paziente). Questo momento può essere particolarmente utile per allestire un setting il più possibile adeguato al paziente, già dalla prima seduta;
- acquisire la "storia sonora" del paziente (musiche, suoni e rumori preferiti, modalità di ascolto della musica, ricordi sonori legati all'infanzia, ecc.) attraverso colloqui con i parenti.

La valutazione preliminare: i criteri di inclusione al trattamento di musicoterapia

Dopo aver raccolto i dati per conoscere i pazienti inviati al trattamento di musicoterapia e prima della vera e propria presa in carico, dedico le prime sedute alla valutazione della reale disponibilità dei pazienti a seguire un percorso di musicoterapia.

All'interno del setting musicoterapico valuto, di ogni paziente, la capacità di stare nel setting, la sensibilità verso l'elemento sonoro-musicale, la disponibilità anche minima all'interazione sonoro-musicale, la capacità di modulare la produzione sonoro-musicale e la propria emotività (Raglio, 2008).

L'intervento musicoterapico, la supervisione, la relazione finale

Nella mia esperienza ho proposto percorsi di musicoterapia improvvisativa, con sedute a cadenza settimanale della durata massima di 45 minuti. Alcune volte, nei primi mesi di lavoro nelle strutture, ho ritenuto opportuno rendere disponibili all'équipe i miei protocolli descrittivi, compilati al termine di ogni seduta, allo scopo di far conoscere le osservazioni intra-setting.

Ciò ha facilitato la comprensione di quello che avviene durante una seduta di musicoterapia e migliorato la ricerca di un linguaggio comune. Al termine di ogni incontro ho condiviso con un referente dell'équipe l'andamento della seduta.

Periodicamente ho effettuato riprese video delle sedute, materiale che si è dimostrato particolarmente utile nelle riunioni di verifica con l'équipe. Il fatto che il musicoterapista analizzi il proprio lavoro con un supervisore (esterno alla struttura), ha ulteriormente contribuito a trasmettere ai miei referenti la serietà sulla quale si fonda l'intervento musicoterapico. In molti casi sono riuscito ad organizzare colloqui periodici con i parenti dei pazienti, per dar loro un rimando del percorso svolto.

I trattamenti si concludono con la compilazione delle relazioni musicoterapiche, che contribuiscono in modo significativo alla elaborazione dei Progetti Educativi Individuali.

Conclusioni

Nei centri diurni e nelle comunità per persone diversamente abili, la musicoterapia è spesso destinata ai pazienti più gravi, persone con particolari difficoltà relazionali e comunicative, che non vengono coinvolti in altre attività. Percorsi di improvvisazione sonoro-corporeo-musicale basati sulle sintonizzazioni affettive, che possano realmente accogliere e valorizzare con opportuna attenzione le modalità espressive di questi pazienti, sono possibili solo se proposti in contesti individuali o in piccoli gruppi (sebbene talvolta la richiesta sia quella di coinvolgere più persone contemporaneamente).

Nella mia esperienza, "agganciare" ad una relazione i suoni ed i movimenti proposti spontaneamente dai pazienti più gravi (le cui modalità espressive non possono essere prese in considerazione con continuità dagli operatori), ha spesso contributo a ridurre i loro comportamenti aggressivi ed ha ampliato le potenzialità comunicative e relazionali.

I video che periodicamente documentano l'andamento delle mie sedute (realizzati con videocamera fissa per rendere il meno invasivo possibile questo elemento), hanno fornito spesso nuove opportunità di conoscenza dei pazienti più gravi ai membri dell'équipe.

Permangono tuttavia, nel mio lavoro, alcuni aspetti critici:

- è necessario un notevole impegno per garantire nel tempo la stabilità della cornice spaziale delle sedute, ovvero l'allestimento del setting musicoterapico, in una stanza utilizzata durante la settimana per altre attività o terapie espressive;

- non è sempre semplice prevedere occasioni strutturate di condivisione con l'équipe;
- nei centri diurni vi è in alcune occasioni la richiesta di rendere visibili le attività a cui partecipano gli utenti, con iniziative "aperte al territorio". Questo elemento nel caso della musicoterapia è particolarmente delicato: una terapia può essere resa pubblica? Iniziative nell'ambito della musicoterapia che contemplano una performance finale, non rischiano di rendere più difficile la comprensione di ciò su cui si fonda l'intervento musicoterapico?

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Manarolo G., *Manuale di Musicoterapia. Teoria, Metodo e Applicazioni della Musicoterapia*, ed. Cosmopolis, Torino, 2006.
- Navone S., *Musica tra le menti*, La Casa, Schio (VI), 2009.
- Raglio A., *Musicoterapia e scientificità: dalla clinica alla ricerca*, Franco Angeli, Milano, 2008.
- Vizzano G., *Il setting musicoterapeutico nelle demenze*, in Raglio A. (a cura di) "Musicoterapia e demenze: riflessioni teoriche e applicative", Le Château Edizioni, Aosta, 2007.

La musicoterapia in un contesto multidisciplinare

Alberto Alchieri
Musicoterapista, Cooperativa Sociale Genova Integrazione a marchio Anffas.

Introduzione

A partire dal mese di Settembre 2006 sono stato chiamato ad operare presso l'Ambulatorio "I Piccoli" di Cesino[1] della Cooperativa Sociale Genova Integrazione a marchio Anffas[2], la cui organizzazione ha immediatamente evidenziato una forte componente di interdisciplinarità, all'interno della quale la condivisione dei contenuti dei differenti servizi offerti al bambino risulta fondamentale nel delinearne un quadro il più possibile esaustivo e realmente rispondente alle emergenti necessità, cercando di fornire una risposta completa agli effettivi bisogni del bambino e della famiglia.

Ciascun progetto riabilitativo, fondato su una logica di tipo ecosistemico e continuamente modificato in relazione ai progressi del bambino, coinvolge, infatti, personale interno ed esterno all'Ambulatorio con la finalità di individuare obiettivi di lavoro comuni. Perché il progetto si sviluppi, è necessario quindi che nasca da un lavoro di rete che veda coinvolti tutti gli operatori appartenenti ai Servizi sanitari e scolastici presenti sul territorio e le famiglie stesse. Tale operatività si sviluppa all'interno di un contesto definito e organico, sia nella sua strutturazione interna, sia per ciò che concerne il rapporto con i servizi territoriali, ai quali viene richiesto l'invio ai trattamenti, sia nel rapporto con le istituzioni scolastiche.

L'intervento di Musicoterapia si colloca all'interno di tale contesto, assumendo un ruolo di complementarità con le altre discipline riabilitative, con la finalità di contribuire alla creazione di un modello di lavoro capace di ampliare le competenze individuali, in una presa in carico condivisa, tesa a considerare il progetto terapeutico come un'unica realtà non frammentata nei singoli trattamenti. In tale quadro le diverse discipline riabilitative s'integrano per unificare gli interventi e fornire alle famiglie e ai piccoli pazienti una risposta unitaria e integrante, capace di costituire un'importante cornice di riferimento sia per le famiglie, sia per le diverse istituzioni.

L'Ambulatorio

L'attività del servizio riabilitativo presso l'Ambulatorio di Cesino si rivolge a 55 minori, di età compresa tra i due e i sedici anni, con diversi inquadramenti patologici, quali disturbi del linguaggio e quadri di immaturità neuro-motoria, sino ai più considerevoli capitoli rappresentati da disabilità intellettiva e da disturbi generalizzati dello sviluppo.

L'Ambulatorio offre servizi di Neuropsichiatria Infantile, Counseling Familiare, Counseling Pedagogico, Psicomotricità, Logopedia, Fisioterapia, Musicoterapia e Assistenza Sociale, coordinati da un apposito ufficio.

L'intervento è mirato a costruire un piano individualizzato per ciascun bambino, con obiettivi specifici a breve, medio e lungo termine, che, unitamente ai trattamenti individualizzati, concorrono a pianificare un progetto centrato sul bambino, con la possibilità di essere progressivamente calibrato nel tempo ed esteso alla famiglia ed alla scuola. Si tratta di un sistema dinamico, aperto, in cui le diverse aree dell'emotività, delle funzioni cognitive, delle competenze comunicative e relazionali si evolvono e si influenzano reciprocamente. In questa prospettiva l'intervento si caratterizza come un intervento che prende in considerazione la globalità del mondo del bambino, per favorirne la libera espressione, l'iniziativa, la partecipazione, in uno spazio pensato, che privilegia l'interazione, lo scambio, la conoscenza.

La finalità principale è quella di integrare gli interventi al fine di creare una sinergia tra le diverse conoscenze ed abilità tecniche, per la stesura di un progetto che renda complementari i diversi obiettivi terapeutici e che sia connotato da un pensiero comune, trasmissibile tanto al bambino, quanto alla scuola e alla famiglia.

Tale progetto è finalizzato a:

- utilizzare la comunicazione non verbale per agire sulle dinamiche della sfera emotivo-affettiva e promuoverne l'elaborazione e la regolazione;
- potenziare le capacità espressive in termini di efficacia e di flessibilità nel rapporto con l'ambiente;
- dare la possibilità al bambino di accedere a diverse modalità relazionali e di utilizzare quelle a lui più congeniali;
- promuovere la motivazione ad interagire con il mondo esterno;
- incoraggiare la partecipazione attiva attraverso la proposta di nuove esperienze, modulando l'angoscia conseguente ai cambiamenti.

Il servizio di Musicoterapia

Attualmente sono seguiti in Musicoterapia 20 pazienti, in fasce di età comprese fra i due ed i quindici anni, in trattamenti individuali e di piccoli gruppi, della durata di quarantacinque minuti ciascuno, a cadenza di una o due volte a settimana, a seconda dei casi. La cornice musicoterapica è costituita da una grande stanza, impiegata esclusivamente per tale attività, nella quale è collocato il Gruppo Strumentale Operativo, un pianoforte, uno stereo, un computer e diversi giochi. Il modello Musicoterapico di riferimento è ad orientamento psicodinamico e attinge alle tecniche apprese nel Corso Quadriennale di Musicoterapia di Assisi, con particolare riferimento alle sintonizzazioni affettive di Stern (1987), con la finalità di promuovere l'armonizzazione dei diversi livelli di funzionamento senso-percettivo ed emotivo-affettivo dei pazienti, in merito al grado di sviluppo del sistema neurofisiologico di base ed alla ricerca del maggior livello possibile di benessere psicofisico della persona.

Dall'esperienza maturata in questi anni di lavoro sono emersi due principali aspetti che connotano fortemente il trattamento: l'osservazione e la definizione del setting. In seguito all'elevato grado di potenziale evolutivo dei bambini, l'osservazione, che viene ufficialmente svolta nelle prime tre sedute di trattamento allo scopo di individuare i prerequisiti necessari ed i mediatori utili nella costruzione della relazione, assume un carattere di continuità, venendo a costituire parte integrante del trattamento stesso.

La tecnica osservativa richiede l'acquisizione di una giusta distanza dall'osservato, che consenta uno stile relazionale non invasivo, fondato sull'attesa e su un ascolto globale, empatico, basato sulla sospensione del giudizio, mirato a cogliere il non visto, permettendo al bambino di porsi nella relazione, per sviluppare un'attitudine epistemofilica ed una posizione dinamica nei confronti del trattamento, il quale si renderebbe così efficace nell'elicitazione delle sue più personali ed intime peculiarità. Ciò consente inoltre di rilevare ogni minimo cambiamento, sia in chiave di evoluzione terapeutica, sia nell'ottica di condivisione delle informazioni in sede multidisciplinare.

Il secondo fondamentale aspetto che caratterizza l'intervento di musicoterapia è costituito dalla definizione del setting musicoterapico, caratterizzato da aspetti costanti e da aspetti variabili: orari e cadenza delle sedute, disposizione dello strumentario, codici individuati durante i dialoghi sonori, costituiscono aspetti stabili che potenziano l'adattamento alla cornice e rafforzano la relazione, mentre la scelta di differenti mediatori, l'autonomia nell'organizzazione della seduta e le variabili collegate al generale stato del paziente (considerando inoltre la forte componente del qui e ora) costituiscono aspetti variabili che consentono l'accoglimento delle totali caratteristiche del bambino e l'emersione delle più variegate proposte.

Più specificamente risulta fondamentale, in tale ottica, la dimensione temporale e la possibilità di sintonizzazione con il tempo biologico di ogni paziente, nella prospettiva di giungere alla compartecipazione del tempo terapeutico descritto da Benenzon. In tal modo è possibile fornire al bambino un reale rispecchiamento, calibrando la risposta terapeutica sulle reali caratteristiche personologiche ed emotivo-affettive, così da consentire al paziente, posto in una dimensione di profonda condivisione e di sintonizzazione degli affetti, di essere realmente compreso, accolto, sostenuto.

La condivisione dei contenuti dei trattamenti avviene in diverse fasi, definite in sede di programmazione dell'organizzazione stessa dell'Ambulatorio: vengono infatti pianificati e calendarizzati diversi incontri, sia tra le varie figure professionali interne, per approfondire informazioni inerenti i diversi ambiti di intervento, sia con le istituzioni scolastiche, per acquisire nuove informazioni riguardo la vita scolastica dei pazienti e per verificare i diversi progetti educativi personalizzati, sia con le famiglie, cercando in tal modo di approfondire sempre maggiormente la conoscenza di ogni aspetto dei pazienti, nonché per aggiornare e verificare l'efficacia e l'applicabilità del progetto riabilitativo.

Conclusioni

Attualmente l'integrazione della musicoterapia nel contesto multidisciplinare in cui opero ha permesso la progettazione sperimentale di due piccoli gruppi a doppia conduzione, in collaborazione con una Logopedista della Struttura, finalizzati a proporre attività che potessero coinvolgere e stimolare in modo dinamico e organico le potenzialità sia espressivo-comunicative, sia cognitivo-lessicali dei pazienti, con la creazione di una cornice volta a potenziarne le competenze creative e narrative, rafforzando la capacità di critica e l'autoaffermazione.[3]

Ritengo, in conclusione, che la Musicoterapia si configuri come un processo di intervento riabilitativo capace, in virtù della pregnante caratteristica preverbale del

linguaggio sonoro-musicale, di raggiungere in profondità l'essenza della persona, conducendola verso l'armonizzazione dei diversi livelli di funzionamento; essa si pone al di sopra di quegli orpelli educativi culturalmente condivisi che spesso limitano l'espressività dei pazienti, valorizzandone al massimo tutte le potenzialità comunicative e, nell'ottica interdisciplinare appena descritta, assume un ruolo di fondamentale importanza, contribuendo, con le informazioni acquisite durante i trattamenti, a formare un quadro completo e reale dei pazienti, restituendo, inoltre, una risposta integrante e completa alle loro famiglie.

(1) In sostituzione della Dott.ssa Valeria Lo Nano, collega con cui è stato svolto un approfondito e proficuo passaggio di consegne.
(2) Della quale sono dipendente dal 1989 e in cui dal 2003 opero in qualità di Musicoterapista.
(3) Tale progetto è tuttora in fase di verifica.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Benenzon R.O., *Manuale di musicoterapia*, Borla, Roma, 1998.
- Benenzon R.O., De Gainza V.H., Wagner G., *La nuova musicoterapia*, Phoenix Editrice, Roma, 1997.
- Brutti C. e R., *Note sull'osservazione diretta*, PCC, Assisi, 1998.
- Ducourneau G., *Elementi di Musicoterapia*, ed. Cosmopolis, Torino, 2001.
- Lecourt E., *Analisi di gruppo e musicoterapia, il gruppo e il sonoro*, PCC, Assisi, 1996.
- Manarolo G., Borghesi M. (a cura di), *Musica & Terapia*, ed. Cosmopolis, Torino, 1998.
- Postacchini P.L., Ricciotti A., Borghesi M., *Lineamenti di musicoterapia*, La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1997.
- Ricci Bitti P.E., (a cura di), *Regolazione delle emozioni e arti-terapie*, Carrocci, Roma, 1998.
- Scardovelli M., *Musica e trasformazione,* Borla, Roma, 1999.
- Spaccazocchi M., *Dizionario dell'educatore musicale*, Casa Ricordi, Milano, 1990.
- Stern D.N., *Il mondo interpersonale del bambino*, Bollati Boringhieri, Torino, 1987.

L'intervento musicoterapico in ambito residenziale e scolastico: contesti, priorità e obiettivi a confronto

Mauro Peddis
Musicista, musicoterapista, Ass. Agorà, Torino.

Lorenzo Tamagnone
Psicologo, psicoterapeuta, Ass. Agorà, Torino.

La possibilità della musicoterapia di essere utilizzata in molteplici contesti, oltre che su un ampio spettro di problematiche cliniche, costituisce un aspetto peculiare di tale disciplina. Quello che segue è un tentativo di analisi delle differenze tra due tipologie di intervento, quello in struttura residenziale e quello in ambito scolastico. La tipologia di utenza è simile per caratteristiche diagnostiche (disturbo autistico/asperger), pur differendo per età; cambia invece il contesto in cui tali interventi hanno luogo.

Il contesto residenziale considerato è quello di una comunità per soggetti autistici, di età compresa tra i 17 e i 25 anni, mentre in ambito scolastico sono stati identificati 2 interventi, rispettivamente in una scuola elementare e in una scuola media, con 2 soggetti affetti da disturbi pervasivi dello sviluppo (Autismo nel primo caso e Asperger nel secondo).

Sono stati considerati i seguenti aspetti:
- l'analisi della domanda istituzionale;
- la strutturazione dell'intervento;
- le finalità.

L'analisi della domanda:
- Comunità: la domanda istituzionale può avere differenti livelli di specificità. La richiesta di intervento può essere individuale o di gruppo, così come può essere richiesto un intervento "a bassa soglia" oppure un intervento più definito nelle tempistiche e nella specificità degli obiettivi. Più frequentemente, al musicoterapista (mt) è demandata sia la scelta degli ospiti con cui lavorare, sia la definizione degli obiettivi e strutturazione dell'intervento (obiettivo istituzionale vago/assente e non esplicitato).
- Scuole: è stato richiesto un intervento finalizzato a favorire una maggiore integrazione degli alunni con situazione di handicap all'interno del contesto scolastico (obiettivo istituzionale esplicito). In questo caso, quindi, l'intervento del musicoterapista deve prevedere almeno una parte dell'intervento in gruppo.

La strutturazione dell'intervento:
- Comunità: non ci sono limiti di tempo, al contrario c'è l'aspettativa, da parte dell'équipe, che l'intervento sia mantenuto il più a lungo possibile. Diventa quindi neces-

sario strutturare l'intervento in termini di obiettivi progressivi (breve-medio-lungo termine) e comunque poter stabilire una conclusione dell'intervento. Una valida alternativa è organizzare dei cicli di intervento di durata variabile (4-6-9 mesi).
- Scuola: intervento con limiti di tempo netti (da 3 a 9 mesi max). Necessità di organizzare l'intervento su obiettivi breve-medio termine.

Le finalità:
- Comunità: è richiesta attinenza con il progetto riabilitativo individuale, con ampia variabilità.
- Scuola: è richiesta attinenza con il progetto educativo, con specifica attenzione agli aspetti di socializzazione e condivisione in gruppo.

C'è un'ulteriore differenza da sottolineare, costituita dalla presenza, nell'intervento scolastico, della figura dell'insegnante di sostegno, che è di fatto il principale interfaccia del mt; è presente in seduta come osservatore o anche come partecipante, dal momento che l'intervento può avere, come obiettivo secondario, quello di facilitare la relazione di sostegno.

L'aspetto che, alla luce degli elementi esposti, risalta maggiormente, è quello della richiesta, da parte della scuola, di un intervento maggiormente specifico e finalizzato a priori, a prescindere dalle caratteristiche specifiche del soggetto portatore di handicap. Questo elemento condiziona l'intero intervento di musicoterapia,. Si tratta, per il musicoterapista, di scegliere la modalità di procedere, a partire dall'esigenza di dover coinvolgere nel lavoro l'intero gruppo classe. Nei casi specifici, si è optato per la costituzione di piccoli gruppi, con tempi di lavoro variabili (2-4 incontri per ciascun gruppo); questo comporta anche una restrizione nel numero e nella tipologia di proposte di lavoro che possono essere portate al gruppo, contrapposta alla ampia scelta di cui si può disporre nel lavoro in sede residenziale.

Emerge però, ad un livello più elevato, una ulteriore differenza; se l'intervento in sede residenziale è comunque di tipo clinico, questo tipo di intervento nella scuola ha un obiettivo per così dire psico-sociale. Considerando l'età dei soggetti come indicatore di un particolare momento evolutivo, è evidente quale importanza ricopra l'interazione con il gruppo dei pari, e quale risorsa esso possa costituire, anche in una condizione di iniziale isolamento quale è quella dell'autismo. Nell'attività improvvisativa e nei giochi sonoro-corporei il bimbo con handicap può sperimentare esperienze di condivisione e accedere a condotte imitative positive.

Dal punto di vista del gruppo classe, il coinvolgimento nell'attività facilita l'utilizzo di un canale relazionale non verbale, che permette quindi una maggiore vicinanza emotiva e, di conseguenza, può incidere su fenomeni di micro-stigmatizzazione ed emarginazione. Questo tipo di potenzialità è particolarmente importante, dal momento che gli aspetti sociali particolarmente colpiti e compromessi dalla patologia autistica sono purtroppo ulteriormente inficiati dalla situazione di isolamento che sopraggiunge con l'età adulta e con l'istituzionalizzazione. Questo tipo di intervento solleva infine un ulteriore spunto di riflessione; vale a dire se sia possibile, e in che modo, pensare a interventi, nello specifico della musicoterapia, che possano anche nell'età adulta incidere sui fenomeni di marginalizzazione e stigmatizzazione così frequentemente associati alle patologie psicoorganiche e psichiatriche.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Benenzon R., *Autismo e musicoterapia*, Phoenix Edizioni, Roma, 1995.
- Blandino G., Granieri B., *Le risorse emotive nella scuola*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2002.
- Cattaneo P., *Musicoterapia nella fascia scolare preadolescenziale*, Franco Angeli Editore, Milano, 1996.
- Frith U., *Autismo. Spiegazione di un enigma*, Laterza, Bari, 2009.
- Manarolo G., *Manuale di Musicoterapia. Teoria, Metodo e Applicazioni della Musicoterapia*, ed. Cosmopolis, Torino, 2006.

Parte **Seconda**

Adulti

L'approccio musicoterapico nella psichiatria degli adulti

Gerardo Manarolo
Psichiatra, psicoterapeuta, dirigente medico DSM, ASL 3 Genova, docente di Tecniche Musicoterapiche presso il Corso di Laurea per Tecnici della Riabilitazione Psichiatrica, Università di Genova.

Processi di cura e mediazione "espressivo-artistica"

La musicoterapia rientra nel novero delle terapie espressive, vale a dire quell'insieme di interventi essenzialmente non verbali che utilizzano mediatori "artistici" allo scopo di favorire, ampliare e modellare le modalità espressive, comunicative e relazionali del paziente.

L'oggetto mediatore svolge nel percorso riabilitativo-terapeutico diverse funzioni:

- facilita l'espressione e la regolazione emotiva; i linguaggi espressivo-artistici, caratterizzati da un simbolismo analogico che li pone in un rapporto di continuità con le manifestazioni emotive che sostanziano una comunicazione di tipo primario (spontanea, non appresa e afferente ad un codice di origine genetica), possono sollecitare l'espressione emotiva e altresì consentire lo sviluppo di una comunicazione simbolica (propria di un sistema sociale condiviso che fa capo ad un codice appreso di origine culturale).
  Le emozioni quindi oltre ad essere provate e spontaneamente espresse potrebbero essere rappresentate in schemi cognitivi e simbolici fornendo alla parte cosciente una nuova dimensione qualitativa (Ricci Bitti, 1997);
- offre uno spazio concreto ma altresi potenzialmente simbolico dove accogliere e supportare le proiezioni del paziente (Giordano, 1999);
- permette di modulare la distanza interpersonale, interpone fra paziente e curante un terzo (l'oggetto mediatore) che può svolgere una funzione contenitiva, rassicurante, attenuando i fantasmi persecutori e intrusivi, ma altresi distanziante e differenziante, modulando spinte simbiotiche e fusionali. L'intensità della dimensione relazionale può così essere regolata variando le qualità del materiale interposto e l'interazione implicitamente suggerita (Lecourt, 1992);
- offre un contesto dove articolare un rapporto fra i bisogni del paziente e le esigenze della realtà esterna (Giordano, 1999); la libera espressività del paziente manifesta qualità del suo mondo interno ma d'altra parte il dato materico e il codice simbolico con cui si confronta metaforizzano le esigenze della realtà esterna;
- comunica implicitamente il percorso terapeutico-riabilitativo, parafrasando McLuhan (1988) potremmo dire che il mediatore è il messaggio. Il mediatore non è neutrale, le sue qualità fenomenologiche, la dimensione simbolica che veicola, il tipo di fruizione che sollecita, orientano l'approccio e la relazione; la specificità dell'intervento (migliorare e qualificare l'espressività) e le qualità del mediatore impiegato a tale scopo rappresentano implicitamente gli obiettivi che si perseguo-

no e le strategie adottate, costituiscono cioè una sorta di manifesto programmatico del nostro operare.

Modalità di conduzione e scelta del mediatore

Proporre in un contesto di cure psichiatriche un percorso espressivo comunica implicitamente, rispetto alle usuali prassi di trattamento, uno spostamento d'attenzione; operatore e paziente non interagiscono più all'interno del mondo della parola, mondo ambiguo e altresì protettivo, ma s'incontrano in un territorio connotato dal corpo, dalle emozioni, da una comunicazione primaria, ed in un territorio evocatore di qualità propriamente culturali ed estetiche. In relazione alle caratteristiche dei diversi pazienti, gli aspetti ludici e senso-percettivi (le qualità primarie e regressogene) e gli aspetti estetico-culturali (le qualità secondarie ed evolutive) possono evocare diverse risonanze, dal timore di non poter controllare il contesto esperienziale, vivendo la proposta come troppo emotigena, al timore di non essere all'altezza del compito connotando l'esperienza su di un piano esecutivo e prestazionale. È allora di massima importanza programmare attività e modalità di conduzione in modo tale da poter modulare il quoziente regressogeno e prestazionale presente implicitamente in tali proposte. Una conduzione più o meno direttiva, la messa a punto di uno specifico repertorio esecutivo, l'impiego di modalità didattiche (in chiave metaforica), piuttosto che il proporre un contesto espressivo più o meno libero da norme e regole, consente di calibrarci sulle necessità dei diversi pazienti, sul loro bisogno di essere rassicurati e condotti verso la costruzione di un "oggetto" espressivo/estetico o piuttosto sulla necessità di esser lasciati liberi di sperimentarsi in un contesto non normativo. Si tratta di esemplificazioni radicali in quanto la prassi si muove lungo un asse che congiunge queste due polarità alla ricerca costante di un punto d'equilibrio rispetto ai bisogni e alle potenzialià dei nostri pazienti. Altresì la scelta del mediatore, sia in relazione al tipo di terapia espressiva proposta (musicoterapia, arteterapia, danzaterapia, ecc...) che per quanto concerne i materiali che ciascuna terapia espressiva può utilizzare (le diverse tipologie di strumenti musicali, di materiale grafico-pittorico, di espressività corporea, ecc...) dovrebbe essere congruente con le esigenze cliniche del paziente, con il suo assetto difensivo, con le sue attitudini e affinità.

Guardare, ascoltare, manipolare, muoversi evocano differenti modelli relazionali (ad es. maggiore/minore distanza) e diverse competenze cognitive (ad es. analisi/sintesi); la manipolazione della creta costituisce un'esperienza differente dalla stesura del proprio autoritratto; l'ascolto musicale implica competenze differenti da quelle che necessitano per partecipare ad un gruppo di improvvisazione sonoro/musicale.

Una proposta congruente con le caratteristiche del paziente (per quanto concerne le modalità di conduzione e la scelta del mediatore) può quindi favorire lo sviluppo di una relazione paziente/oggetto mediatore utile al percorso terapeutico-riabilitativo: ad esempio il paziente potrà sviluppare un rapporto circolare con il mediatore (vale a dire una manipolazione delle stesso estemporanea e creativa sollecitata dalle impressioni senso-percettive e simboliche fornite dal mediatore e dalla modalità di conduzione prescelta) e impiegarlo come intermediario fra lui e il terapista. Viceversa una scelta non attentamente calibrata potrebbe rinforzarne le strutture difensive: ad esempio alcune qualità senso-percettive e simboliche del materiale proposto e/o la tipologia di conduzione potrebbero rinforzare modalità autostimolanti o in altri casi attitudini razionalizzanti.

Le qualità del mediatore sonoro/musicale

I mediatori usati dalla musicoterapia sono il suono e la musica; si tratta di elementi connotati da alcune peculiarità che a loro volta qualificano il nostro approccio suggerendo possibili percorsi e ambiti di intervento:

- la musica può essere fruita passivamente, può penetrarci anche contro la nostra volontà, può entrare dentro di noi, essere "assorbita" e dare vita a trasformazioni benefiche o malefiche, terapeutiche o patogene, può essere investita di qualità idealizzate o persecutorie;
- la musica evoca e sollecita la nostra corporeità; basta pensare al ritmo e a quanto le variazioni timbriche e di altezza possano trovare immediate risonanze senso-percettive. La musica può così essere connotata da qualità attivanti e stimolanti, ma anche sensoriali e sensuali;
- la musica mantiene un profondo rapporto con la dimensione nostalgica. Non solo induce la nostalgia di una dimensione preverbale dove suono e oggetto mantengono un rapporto di continuità ma rappresenta essa stessa un'esperienze nostalgica. Il fruirne sottolinea la dimensione nostalgica dell'esistenza (il suo irreversibile scorrere), ma nello stesso tempo la sua parziale ripetibilità e la sua risonanza corporea ci consentono di presentificare quasi concretamente il passato, 'illudendoci' consapevolmente di rivivere ciò che si è perso;
- la musica propone un ordine, una gerarchia di rapporti, rappresenta, come afferma Schön (1997), uno strumento di mediazione tra il caos originario delle emozioni e il linguaggio articolato dell'intelletto e oscillando pericolosamente tra questi due poli acquista valenze perturbanti;
- il suono, la musica, come ricorda Piana (1996) si mostrano nel loro divenire, non sono già dati, costituiscono un fenomeno 'eveniente', si fanno quindi seguire e nel loro delinearsi possono indicare una direzione e una durata (orientando lo spazio e il tempo), ma anche sospendere ogni durata e annullare ogni spazio.

Ulteriori qualità e peculiarità dell'esperienza musicale sono descritte da Antonio Di Benedetto (2000).

Di Benedetto approfondisce infatti la natura ambivalente del musicale individuando diverse coppie di opposti (vale a dire la copresenza di simmetria-asimmetria osservata da differenti angolazioni). Di seguito ne presentiamo una breve descrizione:

- ordine/disordine: "la musica introduce un principio di ordine al disordine emozionale" (Di Benedetto, 2000), dà forma al nostro sentire più antico e profondo;
- creatività/distruttività: "Il musicista, nel produrre un suono, annulla il precedente, crea qualcosa di nuovo nell'instante medesimo in cui distrugge qualcos'altro" (Di Benedetto, 2000);
- presenza/assenza: "il suono diventa testimone di cose non visibili" (Di Benedetto, 2000);

- consolazione/lutto: la musica "è una forma capace di suscitare un'impressione di pienezza, seguita da un vuoto... nelle arti visive l'opera ha un'esistenza autonoma che si prolunga nel tempo... nella musica l'ascoltatore è impegnato in una sottile e incessante elaborazione del lutto, le forme musicali sono metafore dell'incessante cambiamento delle forme vitali" (Di Benedetto, 2000);
- regressione/progressione: la musica "per certi versi elide i simboli verbali ridando la priorità al corpo, per altri versi prelude al mondo dei simboli astratti di una lingua. È insieme toccante e impalpabile, sensibile ed evanescente. L'esperienza che vi si accompagna tende perciò a configurarsi anch'essa in modo duplice come regressiva e allo stesso tempo progressiva" (Di Benedetto, 2000).

Tipologie di fruizione sonoro/musicale

Le qualità fenomenologiche e simboliche dell'elemento sonoro/musicale (s/m) orientano e suggeriscono diverse modalità di relazione e di fruizione.

Il musicoterapista può trovarsi di fronte a differenti modalità d'interazione con l'elemento s/m; queste esprimono il ruolo che l'elemento s/m svolge all'interno della struttura personologica del paziente e altresì il valore simbolico attribuito ad un certo suono, ad una certa musica. Ci limitiamo, di seguito, a tratteggiare alcune tipologie osservate con più frequenza (anche commiste fra di loro) nella pratica clinica; il loro approfondimento e la piena comprensione dei significati sottostanti sono chiaramente in rapporto con l'analisi, con lo studio del singolo caso. A queste seguirà la proposta di alcune linee d'intervento.

Alcune tipologie

- La musica può divenire una sorta di mitico eden privo di elementi conflittuali e ambigui; questo aspetto può essere idealizzato e sollecitare il paziente a rifugiarsi difensivamente in una dimensione estetica dove contemplare il bello, il sublime; il paziente viceversa può sperimentare nostalgia e struggimento per una dimensione perduta (la bellezza primaria descritta da Meltzer, 1981) o ancora essere mosso da sentimenti invidiosi (tesi a distruggere ciò che non si può possedere); i brani che possono sollecitare tale idealizzazione sono spesso di comprensione immediata, espliciti e armonici nella loro connotazione positiva, talvolta di evidente valore estetico ed artistico (il genere 'classico' in senso comune).
- La musica sollecita una regressione fusionale, il paziente desidera perdersi nella musica; questo avviene sia attraverso un'attività immaginativa derealizzante e/o tramite un agito corporeo che consente la scarica delle proprie emozioni e una totale identificazione con il brano musicale. La dimensione regressiva perseguita tramite l'elemento s/m può avere una funzione anti-pensiero (musica per non pensare).La fruizione e/o la pratica musicale attraverso un'intensa sollecitazione senso-percettiva, attivando un particolare coinvolgimento emotivo, o ancora promuovendo una produzione psichica oniroide, inducono una condizione autosufficiente, uno stato derealizzato dove l'attività mentale, le sue funzioni discriminative, categorizzanti, elaborative sembrano essere sospese. I brani più congruenti con questa dimensione sono caratterizzati da una intensa attivazione senso-percettiva, da ricchezza timbrica, da una struttura lineare con modulazioni regolari e prevedibili, anche se intense, talvolta da aspetti ripetitivi e qualità ipnotiche. Traducendo queste caratteristiche in indicazioni di genere: rock, minimalismo, new age, colonne sonore (musica funzionale).
- La musica risuona interiormente, evoca forme, modalità, stilemi espressivi e relazionali ricchi di valenze simboliche in rapporto con l'identità s/m del paziente, con il suo iso universale, gestaltico e culturale (è la musica del cuore di cui ci parla Gaita, 1991); sono così amplificati contenuti e tematiche personali sollecitando una commozione anche intensa. Nell'interazione con la musica può prevalere un'emotività improvvisa e irruente (svincolata in parte da un ascolto consapevole e cosciente). La musica ci pone di fronte a parti misconosciute favorendo, se il soggetto ne ha le potenzialità, un processo integrativo; viceversa può prevalere una funzione destabilizzante spingendo il paziente a rifiutare la musica, ad allontanarsi da essa, a percepirla algogena e persecutoria. Le strutture musicali potenzialmente in grado di sollecitare tale interazione sono intimamente connesse all'identità s/m del soggetto e/o alla sua storia personale; se l'associazione con particolari eventi (memoria esplicita) non riveste un ruolo tale da escludere gli aspetti strettamente s/m questi potranno avere caratteristiche fonosimboliche e formali congruenti con una dimensione interna (tempi lenti, pause, ma anche modulazioni dinamiche e agogiche intense, seppur graduali e regolari; presenza di più linee tematiche dialoganti o in evidente conflitto, prevalere degli aspetti melodici, ricchezza timbrica) e soprattutto avranno un rapporto isomorfico con l'identità s/m del soggetto (memoria implicita) , fino a poter smentire tali aspetti fonosimbolici e formali.
- La musica rappresenta un disturbo, un rumore, e come tale evoca avversione (l'odio della musica di cui ci parla Rosolato, 1982); in questi casi viene sottolineata la valenza intrusiva del suono e del musicale che può invaderci al di là della nostra volontà. La musica può condizionare la nostra attività psichica e il nostro stato emotivo, ostacolando il pensiero logico-razionale a favore di quello analogico ed emotivo. La potenziale messa in scacco del 'controllo' porta a rifiutare la musica, a percepirla con valenze persecutorie. In altri casi l'alterato funzionamento della sfera percettiva e di quella simbolica, che si osserva nei disturbi di matrice psicotica, può trasformare la musica in 'rumore'. La musica perde le sue caratteristiche formali, cessa di essere un insieme regolato da una sintassi per divenire un agglomerato di suoni (disturbo percettivo), dove alcuni suoni possono prevalere sull'insieme acquisendo caratteristiche persecutorie al limite della concretezza (simboli psicotici). La musica è così frammentata nei suoi aspetti costitutivi. Per quanto attiene agli elementi s/m a seconda del contesto clinico potranno acquisire maggiore o minore rilevanza gli aspetti senso/percettivi (musiche che sollecitano intensamente la sfera senso/percettiva e che in virtù di tali caratteristiche possono connotarsi di valenze persecutorie), gli aspetti biografici (le musiche del passato rimandano ad una introspezione non tollerabile o sollecitano per la loro forte carica emotiva processi scissionali e proiettivi), gli aspetti fonosimbolici e formali (in altri casi sono questi che proponendo uno sguardo 'interno' e regressivo sollecitano il rifiuto).
- La difensiva necessità di raffreddare le valenze emotigene della musica (razionalizzazione) e viceversa l'incapacità di cogliere tali qualità (alexitimia) possono sollecitare un approccio razionale al musicale. La musica diviene un esercizio intellettua-

le. I brani complessi, quelli caratterizzati da strutture drammatiche o imprevedibili, quelli in stretto rapporto con l'identità s/m del paziente, possono rendere estremamente gravoso e difficile un rapporto emotivamente ravvicinato inducendo un approccio intellettuale o un rifiuto.

- La musica può divenire uno strumento attraverso cui cercare una maggiore definizione della propria identità, una maggiore coesione del proprio Sé; questa operazione può connotarsi di qualità ossessive ma anche configurarsi come la costruzione di un riparo 'autistico' dal mondo reale. Il collezionismo esasperato (la ricerca del disco raro e introvabile), gusti musicali contrassegnati da un interesse monotematico (un solo artista, un solo genere, un solo periodo storico), un'attenzione privilegiata agli aspetti concreti che accompagnano la produzione musicale (la 'star', gli strumenti, le qualità tecniche dell'esecuzione, le edizioni discografiche) esprimono il tentativo di definirsi attraverso un'identificazione adesiva e cercando ulteriore conferma di Sé nella ripetizione. I 'gusti musicali' esprimono un senso di appartenenza, danno forma, tengono insieme un precario falso Sé, ma altresì possono rappresentare un universo autistico al cui interno si alimenta una realtà virtuale alternativa a quella del mondo reale. La continua contemplazione dei propri 'idoli' produce un senso di coesione, alimenta la propria fragile identità e il proprio narcisismo, ma l'incapacità di attuare un percorso introiettivo rende necessaria la ripetizione. La musica quindi non rimanda, non evoca, non rappresenta qualcosa che non c'è, non è presenza-assenza, la musica ribadisce ciò che si è o meglio che si vorrebbe, idealmente, essere (la musica infatti permette di acquisire, magicamente per osmosi, una parziale identità dipendente dalla 'star'). La sua fruizione non è simbolica (non rimanda a qualcos'altro) ma diviene identità precostituita a cui aderire, a cui conformarsi. Le musiche che si prestano a tale fruizione sono spesso quelle maggiormente caratterizzate da valenze commerciali e consumistiche (la cosiddetta musica leggera). In queste produzioni le qualità esteriori dell'interprete, i suoi comportamenti, in altre parole gli aspetti concreti sono primari rispetto alle caratteristiche strutturali della musica.
- In altri casi possono essere fruite (con modalità in parte simili a quelle sopra descritte) musiche appartenenti ad un recente passato, che spesso i loro fruitori non hanno vissuto e che appartiene ai loro padri e fratelli maggiori (ad esempio pazienti fra i 20 e i 30 anni che collezionano gruppi e artisti degli anni '70). Si tratta di una operazione con qualità nostalgiche. Forse la maggiore connotazione ideologica delle musiche di quel periodo (non solo in senso strettamente politico ma come sovrapposizione tra dimensione musicale e dimensione esistenziale) facilita un processo di idealizzazione e di identificazione; la loro collocazione nel passato raffredda gli aspetti emotivi e pulsionali (una musica attuale potrebbe indurre desideri e aspettative); la dimensione nostalgica che essa sollecita permette di spostare difensivamente nel passato i propri investimenti emotivi e di controllarli, a volte ossessivamente, attraverso la ricerca del collezionista. Aspetto infine da non trascurare è quello relativo alle caratteristiche strettamente s/m di gran parte di queste musiche dove è facile individuare tratti ossessivi, qualità s/m epidermiche, virtuosismi finalizzati all'esibizione e alla gratificazione narcisistica, elementi congruenti con le operazioni psichiche sopra descritte.

Linee d'intervento

L'attuazione di un progetto d'intervento dovrà essere congruente con l'ipotesi di funzionamento psicomusicale, si dovrà cioè attuare un intervento adeguato alle maggiori o minori competenze del paziente, musicali e cognitive, (aspetti quantitativi) e al ruolo che l'elemento s/m svolge all'interno della soggettiva strutturazione psicologica (le risonanze emotive e affettive, le valenze simboliche: aspetti qualitativi). Descriviamo di seguito alcune possibili linee d'intervento (potenzialmente articolate e commiste fra di loro).

- Con soggetti particolarmente compromessi sul piano della relazione oggettuale, vale a dire quadri clinici caratterizzati dal ritiro, dall'isolamento, da aspetti autistici, una gratificante attivazione senso/motoria prodotta dalle proposte sonoro/musicali può sollecitare un reinvestimento corporeo e sensoriale e quindi avviare una 'rianimazione psicocorporea' del soggetto. L'interazione con il suono inoltre può consentire una ridefinizione della percezione spazio/temporale in quanto l'elemento sonoro propone una direzione, uno sviluppo e in questo senso può attivare e indirizzare. Le potenzialità attivanti e stimolanti dell'elemento s/m e la possibilità di fruirne positivamente anche da una posizione sostanzialmente passiva, in sintesi le sue valenze regressogene e la gratificazione narcisistica che può sollecitare (senza richiedere un particolare investimento) ne fanno uno strumento adeguato in casi clinici caratterizzati per l'appunto dalla fragilità, dal ritiro, dalla passività, dal disinvestimento. La musica, si potrebbe affermare, dà senza chiedere (cosa che non avviene con uguale intensità nelle altre forme espressive) e in virtù di tale aspetto può costituire un approccio adeguato in casi che 'chiedono' senza 'dare'. In questi casi il rapporto che si instaura con l'elemento s/m acquista quindi valenze prevalentemente fusionali o adesive.
- In soggetti meno regrediti può emergere un rapporto con la dimensione musicale caratterizzato da alcune qualità protosimboliche se non simboliche e fonte di gratificazione personale. Il fare musica (confrontandosi con precisi codici) e il fruirne in quanto oggetto estetico (ponendosi in rapporto con condivisi valori storico/culturali) possono divenire allora la metafora di un possibile rapporto con un 'reale' limitato, definito e riconosciuto in quanto tale. Inoltre la produzione s/m all'interno di un 'gruppo musica' può consentire l'espressione e la parziale strutturazione di contenuti interni evidenziando talora sensibilità e attitudini inaspettate. A questo livello acquista particolare interesse la costruzione di un 'oggetto musicale' che nei suoi aspetti estetici ed espressivi rimandi al soggetto un'immagine integrata e gratificante, acquistando così valenze strutturanti. La conduzione delle sedute (individuali o di gruppo) oscillerà tra aspetti più o meno direttivi in relazione al livello di destrutturazione dei diversi pazienti. Questo tipo di intervento può essere pertinente a pazienti caratterizzati da un'insufficiente struttura egoica, da un rapporto con il reale problematico, conflittuale; sono pazienti che presentano un rapporto mondo interno / mondo esterno disarmonico, con il prevalere talora di modalità proiettive. La relazione con l'elemento s/m potrà esprimere 'idealizzazione', 'adesività', 'razionalizzazione' (tali modalità potranno essere distinte o variamente articolate fra di loro).
- La dimensione temporale fa della musica l'arte del ricordo, della nostalgia, della reminiscenza, l'arte della presenza/assenza. Tutta l'arte ci parla di chi non c'è, ma nella musica questa presenza/assenza si fa particolarmente presente e drammatica;

la musica non si limita a farci ricordare, la musica ci fa sentire, ci fa rivivere (in virtù della sua dimensione temporale e della sua dimensione corporea); la musica rievoca e fa sperimentare una conoscenza corporea, che, proprio perché tale, viene avvertita come viva e concreta. Relativamente a tali aspetti i disturbi psichici che trovano una loro matrice nella perdita, nel ricordo, nella nostalgia, potranno trovare (se non troppo intensi) nella musica un 'canto' di consolazione. L'ascolto e/o le produzioni musicali, quando congruenti con l'identità s/m del soggetto, risuonano interiormente amplificando tematiche latenti o misconosciute che emergono e si impongono alla soggettività con la forza delle emozioni. La dimensione musicale può contenere e strutturare tali tematiche. I contenuti nostalgici e depressogeni espressi da un brano possono rappresentare per il soggetto la riattualizzazione di un lutto, di una separazione; d'altra parte l'ascolto può consentirne una parziale e temporanea rielaborazione attraverso un'esperienza estetica che li rappresenta e simbolicamente li sostituisce. Questo tipo di intervento può essere pertinente a pazienti caratterizzati da sufficienti strutture egoiche e sofferenti per disturbi di natura affettiva. La relazione con l'elemento s/m potrà esprimere 'commozione', 'idealizzazione', ma anche rifiuto, 'negazione' (tali modalità potranno essere distinte o variamente articolate fra di loro).

- In contesti clinici caratterizzati come il precedente da un rapporto con il musicale ricco di valenza culturali e simboliche e dalla permanenza di adeguate strutture egoiche, il dialogo sonoro, l'improvvisazione musicale (ma anche l'ascolto) possono sollecitare un'evidente risposta emotiva; il nostro approccio può consentire l'elicitazione e l'amplificazione di contenuti emotivo-affettivi, facilitando la loro manifestazione e l'avvio di un processo integrativo. Inoltre può essere avviato un lavoro di riflessione e di analisi relativo alle personali modalità comunicative e relazionali. Il rapporto che la spontanea produzione s/m mantiene con una comunicazione emotiva primaria, meno condizionata da aspetti culturali e meno filtrata da un controllo cosciente, può facilitare l'avvio di un processo espressivo; le qualità di tale espressione possono evidenziare e amplificare stili e tratti relazionali. Il livello dell'intensità, la presenza o meno di aspetti melodici, le caratteristiche timbriche, la velocità di esecuzione, i ritmi osservabili, i tempi d'interazione evidenziano le qualità della relazione e i rispettivi tratti personologici. A partire da tali aspetti può essere avviata una riflessione finalizzata all'acquisizione di una maggiore consapevolezza rispetto al proprio mondo emotivo e alle proprie modalità relazionali. Si tratta di facilitare una migliore regolazione della dimensione emotiva modulando la comunicazione emotiva diretta attraverso le forme simboliche dell'espressività artistica e della comunicazione verbale.
Questo tipo di intervento, come già detto, può essere pertinente a pazienti caratterizzati da sufficienti strutture egoiche e sofferenti per una coartazione dell'emotività o per una sua disregolazione, per una soggettiva difficoltà ad esprimersi e manifestarsi o a modulare la propria espressività. La relazione con l'elemento s/m potrà esprimere 'commozione' ma anche razionalizzazione, adesività, tratti ossessivi (tali modalità potranno essere distinte o variamente articolate fra di loro).

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Di Benedetto A., *Prima della Parola*, Angeli, Milano, 2000.
- Gaita D., *Il Pensiero del Cuore*, Bompiani, Milano, 1991.
- Giordano E., *Fare Arteterapia*, Cosmopolis, Torino, 1999.
- Lecourt E., *La musicoterapia*, Cittadella , Assisi, 1992.
- Manarolo G., *Manuale di Musicoterapia. Teoria, Metodo e Applicazioni della Musicoterapia*, ed. Cosmopolis, Torino, 2006.
- McLuhan M., *La galassia Gutemberg*, Armando Mondadori, Roma, 1988.
- Meltzer D., *La comprensione della bellezza e altri saggi di psicoanalisi*, Loescher, Torino, 1981.
- Ricci Bitti P.E., Caterina R., *Regolazione delle emozioni e artiterapie*, Carrocci, Roma, 1997.
- Rosolato G., *Le Haine de la Musiquei*, in "Psychanalyse et Musique", AA.VV., Le Belles Lettres, Paris, 1982.
- Piana G., *Filosofia della musica*, Guerini e Associati, Milano, 1996.
- Schön A., *Ascolto musicale e ascolto clinico*, in "Paesaggi della mente", Gosso S., a cura di, Angeli, Milano, 1997.

La musicoterapia nei disturbi psichiatrici

Emilia Agrimi
Psichiatra, Direttore U.O. Psichiatria Cremona.

Laura Gamba
Musicoterapista, Azienda Ospedaliera Cremona.

Roberto Poli
Psichiatra, responsabile SPDC Azienda Ospedaliera Cremona.

Premessa

Da diversi anni la Musicoterapia è presente nell'Unità Operativa di Psichiatria dell'Ospedale di Cremona: sin dai primi anni '90 e, prima ancora, con le prime innovative esperienze di 'apertura' dell'ospedale psichiatrico, ha costituito - insieme all'arteterapia e al laboratorio teatrale - un significativo spazio per la riabilitazione nel contesto delle attività espressive. In questo arco di tempo il bagaglio di esperienze e di riflessioni sul metodo e sui fondamenti è cresciuto e si è consolidato, tanto nel contesto locale della nostra unità operativa, quanto all'interno del più ampio orizzonte della ricerca nel campo delle artiterapie applicate nell'ambito della riabilitazione psichiatrica. Anche la figura del Musicoterapista nella nostra unità operativa si è fatta più significativa tanto dal punto di vista della presenza quotidiana nel contesto del programma di attività, quanto dal punto di vista dell'identità professionale all'interno dell'équipe di lavoro.

La musicoterapista è presente tutti i giorni e partecipa regolarmente alle quotidiane riunioni di équipe nelle quali si predispongono e si verificano i progetti di intervento per i singoli pazienti, si valutano la situazione clinica e il funzionamento generale di ogni utente, si organizzano il piano generale e l'andamento quotidiano delle attività.

Le strutture riabilitative comprendono un Centro Diurno (CD) con la disponibilità di 20 posti, un Centro Riabilitativo ad Alta Assistenza (CRA) che può ospitare 15 pazienti residenti e 10 semiresidenti; una Comunità Protetta ad Alta Assistenza (CPA) che può accogliere 16 ospiti.

All'interno dell'area riabilitativa l'attività di Musicoterapia si svolge prevalentemente in gruppo, secondo un calendario settimanale che prevede un'alternanza e un'integrazione tra attività di improvvisazione, movimento su musica e attività di ascolto associate al disegno e/o alla verbalizzazione dei vissuti.

Sono possibili anche momenti di lavoro individuale che si organizzano sulla base di un'indicazione specifica individuata dell'équipe curante, finalizzata per lo più a sviluppare capacità relazionali in pazienti che mostrano una particolare sensibilità per il suono, il ritmo e per il linguaggio della musica. Obiettivo del lavoro individuale è principalmente quello di mettere a fuoco e rafforzare le competenze espressive e comunicative del paziente per facilitare poi il suo inserimento nel gruppo.

Le attività

Di seguito si forniscono alcune indicazioni in merito alle diverse attività di musicoterapia di gruppo che si svolgono di routine secondo piani periodici che vengono concordati con l'équipe e alle quali hanno la possibilità di partecipare tutti i pazienti che afferiscono all'area riabilitativa.

- Movimento - Consapevolezza del respiro e della voce

Vengono proposti brani di generi vari, adatti alla danza e al movimento; a volte sono gli stessi pazienti che contribuiscono alla conduzione dell'attività portando dischi da proporre per l'ascolto e motivando anche la propria scelta. Altri momenti di attività sono focalizzati sulla percezione consapevole del corpo, del respiro e della voce.

- Ascolto

Le attività di ascolto si svolgono in gruppo e si possono distinguere in due tipi: il primo in cui si sollecita la verbalizzazione dei vissuti associati all'ascolto della musica; il secondo in cui mettendo a disposizione carta e colori si dà l'opportunità di tradurre in segno, figurativo o meno, le impressioni, le suggestioni, le sensazioni, le immagini suscitate dalla musica. Anche in questo caso è previsto un momento finale di condivisione in gruppo in cui ognuno condivide il proprio elaborato, spiegandolo, descrivendolo o semplicemente mostrandolo.

L'attività del 'primo tipo' prevede l'ascolto in successione di cinque brani della durata media di quattro minuti circa. Nella successiva verbalizzazione vengono condivise nel gruppo impressioni, sensazioni, emozioni, ricordi, immagini. Ogni brano viene quindi riascoltato e nuovamente commentato alla luce di quanto precedentemente espresso; viene così sollecitata ulteriormente l'attenzione centrata questa volta non solo sul proprio vissuto, ma anche su quello degli altri membri del gruppo, conduttori compresi. Autore e titolo del brano vengono comunicati al termine della prima fase di ascolto, dopo che sono state raccolte le impressioni dei partecipanti; si fa questo per evitare che in qualche modo il titolo della composizione, la conoscenza del periodo a cui il brano appartiene o l'identità del compositore possano suggestionare e condizionare l'ascolto che deve essere il più possibile centrato sulle sensazioni e le emozioni che la musica suscita nella singola persona.

L'attività di ascolto del 'secondo tipo' prevede la produzione grafico-pittorica accompagnata da musica riprodotta. Pur restando all'interno di uno schema di attività consolidato si propongono periodicamente delle varianti sollecitando così lo sforzo espressivo e la creatività, la concentrazione su di sé e la condivisione, l'utilizzo del registro simbolico e l'espressione verbale.

- Improvvisazione

L'attività inizia e si conclude con un breve ascolto e consiste principalmente nell'improvvisazione in coppia o in gruppo con gli strumenti musicali. L'ascolto introduttivo ha la funzione di stimolare l'avvio dell'attività creando una dimensione sonora che facilita la concentrazione consentendo di 'staccare' rispetto a ciò che resta 'fuori della porta', a ciò che si è fatto prima e che si andrà a fare dopo. La scelta di un brano vivace, ricco dal punto di vista timbrico e ritmico, serve a sollecitare sensazioni e immagini da 'tradurre' poi con gli strumenti nel contesto dell'improvvisazione.

Nel corso dell'attività si realizzano tanto 'conversazioni sonore' in coppia, quanto momenti di improvvisazione di gruppo. Questa diversa articolazione nella modalità di svolgimento sostiene e facilita tanto le persone che cercano una buona riuscita dal punto di vista 'musicale' (più facile da ottenere nel contesto del dialogo sonoro piuttosto che in un gruppo di improvvisazione), quanto quelle che si sentono più a proprio agio confondendosi nel gruppo e cercando in esso momenti di sintonia e condivisione dell'energia senza esporsi in prima persona di fronte a tutti.

Al termine dell'improvvisazione si propone l'ascolto di un brano melodico e dall'andamento tranquillo; ci si avvia così gradualmente alla conclusione dell'esperienza lasciando ancora uno spazio al contesto non verbale prima di passare alla discussione, si facilita inoltre la sedimentazione dei vissuti emotivi che hanno caratterizzato l'esperienza con gli strumenti e che verranno poi rielaborati nella conversazione con cui sui conclude la seduta. Nella discussione tutti sono sollecitati a intervenire parlando tanto delle sensazioni suscitate dall'ascolto dei brani proposti, quanto delle impressioni relative all'improvvisazione e alle "conversazioni sonore".

- Riabilitazione cognitiva

Nell'ambito della nostra unità operativa sono stati implementati programmi riabilitativi focalizzati sul recupero dei deficit cognitivi, considerati dalle evidenze scientifiche attuali il cuore del disturbo schizofrenico. È stata applicata l'Integrated Psychological Therapy (IPT) che utilizza moduli progressivi specifici per il deficit cognitivo e una Cognitive Remediation Computer-aided (COGPACK).

L'attenzione per la Cognitive Remediation all'interno del programma riabilitativo offerto ai nostri pazienti deriva dal fatto che, essendo i deficit cognitivi un disturbo nucleare della schizofrenia, gli insuccessi della riabilitazione potrebbero proprio essere legati a tali deficit che costituiscono un fattore limitante gli interventi riabilitativi psicosociali. In particolare risultano fortemente deficitarie l'attenzione sostenuta, la concentrazione e le funzioni esecutive.

La Cognitive Remediation è una modalità di cura del deficit cognitivo basata sul concetto che esercitando in modo intensivo funzioni inefficienti nel paziente, queste possano essere potenziate (vedi ad esempio il caso delle lesioni cerebrali). Peraltro a specifici deficit neurocognitivi nel paziente schizofrenico corrispondono alterazioni anatomo-funzionali evidenziabili con le recenti tecniche di neuroimaging funzionale. Interventi mirati alle specifiche funzioni esecutive compromesse hanno dato risultati positivi anche nella schizofrenia, sì da poter affermare che il deficit neuropsicologico può essere migliorato attraverso specifiche modalità di intervento.

Riguardo le funzioni cognitive vi sono alcune evidenze dalle quali risulta che possono essere utili anche specifiche tecniche musicoterapiche; sulla base di ciò si è deciso di avviare una sperimentazione utilizzando il protocollo STAM (Sound Training for Attention and Memory, di Caneva e Ceccato, 2009). Si tratta di un protocollo di attività sonoro - musicali, articolate in quattro serie di esercizi progressivi, appositamente ideato e messo a punto per la riabilitazione cognitiva dei pazienti schizofrenici, con particolare riferimento alle funzioni dell'attenzione (selettiva, sostenuta e alternata) e della memoria a breve termine. Il protocollo prevede quattro sezioni articolate ognuna in quattro sedute, ogni modulo è focalizzato su una delle funzioni cognitive prese in considerazione, la difficoltà delle proposte di attività è graduale e

progressiva. Questo tipo di intervento, che si colloca accanto a quelli di rimedio cognitivo sopracitati, cerca di recuperare quelle funzioni cognitive che consentono al paziente una più adeguata elaborazione e una migliore selezione degli stimoli esterni, evitando così una eccessiva esposizione agli stimoli stessi che potrebbe determinare una situazione di iperarousal. Il potenziamento delle funzioni cognitive consente al paziente di sentirsi più attrezzato anche nel contesto della comunicazione, delle relazioni sociali e nei contesti di vita quotidiana.

La valutazione

Periodicamente la musicoterapista inserisce nelle cartelle cliniche osservazioni relative alla partecipazione dei singoli pazienti alle attività da lei condotte. Si tratta di rilievi di tipo qualitativo che prendono in considerazione le modalità di approccio dei pazienti agli strumenti, all'esperienza dell'ascolto e dell'improvvisazione, le condotte all'interno del gruppo, i contenuti delle verbalizzazioni.

La Musicoterapista ha inoltre predisposto una 'griglia di osservazione e valutazione' che prevede dei punteggi per ognuna delle cinque aree prese in considerazione (uso dello spazio e motricità, relazione e atteggiamento nel gruppo, utilizzo degli strumenti espressivi, funzioni cognitive, esperienza dell'ascolto e verbalizzazioni). In questo modo ci si orienta verso una valutazione di tipo quantitativo e verso la possibilità di confrontare in modo più oggettivo i risultati dell'attività nel tempo. Questa operazione di valutazione di abilità e competenze attinenti il setting musicoterapico presenta comunque dei limiti dal momento che la griglia non è standardizzata e la valutazione è espressa dalla stessa musicoterapista; non è tuttavia da escludere l'ipotesi di un progetto di ricerca che preveda l'utilizzo della griglia su più ampia scala e la compilazione a più mani, coinvolgendo altri operatori del servizio o tirocinanti.

Negli ultimi anni presso la nostra unità operativa la musicoterapia è rientrata nel quadro degli interventi riabilitativi 'evidence based' insieme al social skills training, agli interventi psicosociali, alla psicoeducazione familiare, alla vocational rehabilitation e alla cognitive remediation. Ciò con lo scopo di implementare la ricerca nel campo della musicoterapia per accreditarne l'efficacia all'interno di un'ottica che prevede, anche nella pratica clinica, una quantificazione dei risultati nonché la messa a punto e l'utilizzo di specifici strumenti di osservazione e valutazione.

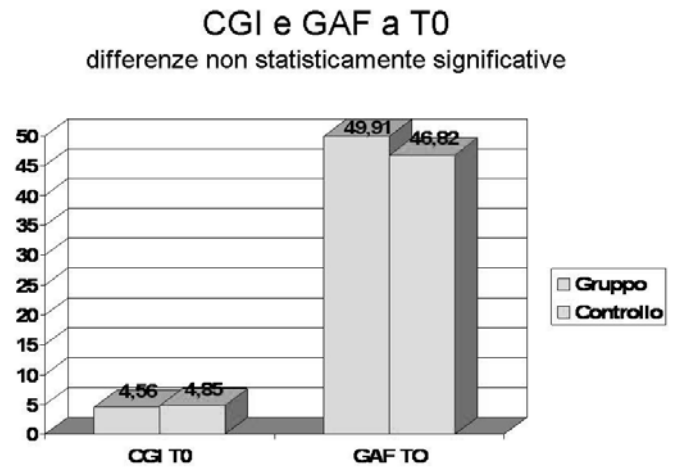
Il monitoraggio dell'efficacia degli interventi riabilitativi prevede presso la nostra unità operativa una valutazione testistica di routine, clinica e funzionale. Per valutare l'efficacia del trattamento musicoterapico si suddividono i pazienti che seguono il trattamento "standard" e i pazienti che, oltre al trattamento standard, seguono le attività strutturate di musicoterapia. La comparazione tra i due gruppi ha messo in evidenza una differenza statisticamente significativa tra i risultati ottenuti dai pazienti dei due gruppi.

- Studio clinico retrospettivo - anno 2007

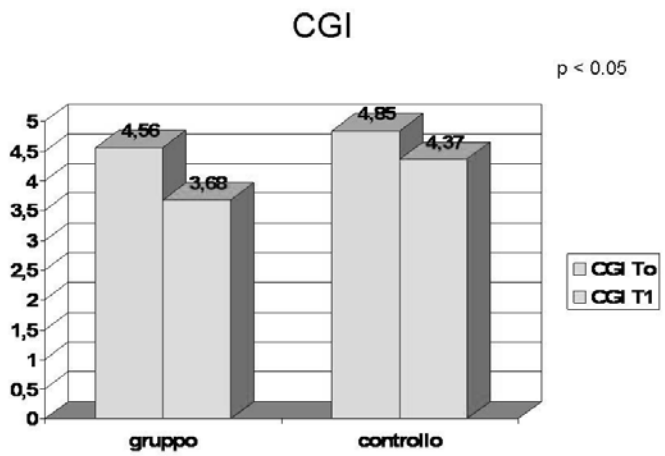
A partire da un gruppo di 65 pazienti omogeneo per genere, età (età media 42.4 - 43.2), trattamento psicofarmacologico, livello di gravità psicopatologica e di funzionamento, con il metodo della randomizzazione si sono suddivisi i pazienti in gruppo

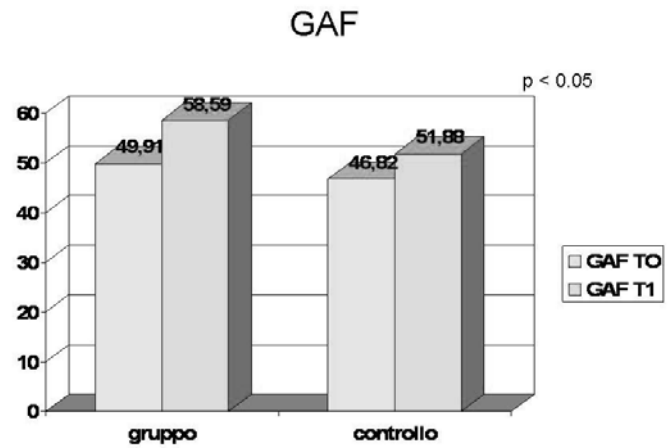
sperimentale (32 pazienti) e gruppo di controllo (33 pazienti). Nel gennaio 2007 all'ingresso del paziente in struttura (T0) e dopo 12 mesi (T1) lo Psichiatra ha somministrato le rating scales: CGI 'Clinical Global Impression', scala di eterovalutazione da 0 a 7 su scala Likert in ordine crescente di gravità e GAF 'Global Assessment of Functioning', scala di eterovalutazione da 0 a 100 in ordine crescente di funzionamento. I dati illustrati nei grafici confermano la necessità di tempi lunghi per ottenere dei risultati apprezzabili nell'ambito di disturbi psicotici gravi e cronici. L'attività addizionale di musicoterapia, insieme quindi agli altri interventi riabilitativi, sembra essere un'arma in più, efficace nel trattamento di questa tipologia di pazienti.

A T0 CGI e GAF non hanno dato risultati statisticamente significativi:



Mentre a T1 la variazione dei risultati tra gruppo sperimentale e gruppo di controllo è stata significativa:





- Studio osservazionale retrospettivo - anno 2009

Lo studio ha coinvolto 39 pazienti con diagnosi di schizofrenia secondo i criteri diagnostici del DSM-IV-TR afferenti al CRA, CPA o al CD. Si è proceduto con la rivalutazione delle rating scales utilizzate di routine per il monitoraggio dell'evoluzione clinica dividendo i pazienti secondo la partecipazione o meno a interventi strutturati di musicoterapia. Lo studio è stato condotto con lo scopo di valutare l'efficacia della musicoterapia come trattamento add-on per pazienti con diagnosi di schizofrenia. In particolare si è voluto verificare l'efficacia sia sul piano strettamente clinico-sintomatologico, con riferimento prevalente ai sintomi della dimensione negativa, sia sul piano del funzionamento socio-relazionale e complessivo.

Lo studio di tipo retrospettivo ha preso in considerazione, nell'arco di un anno, tutti i pazienti con diagnosi di schizofrenia - secondo i criteri del DSM-IV-TR - afferenti all'Area Riabilitativa dell'Unità Operativa di Psichiatria di Cremona.

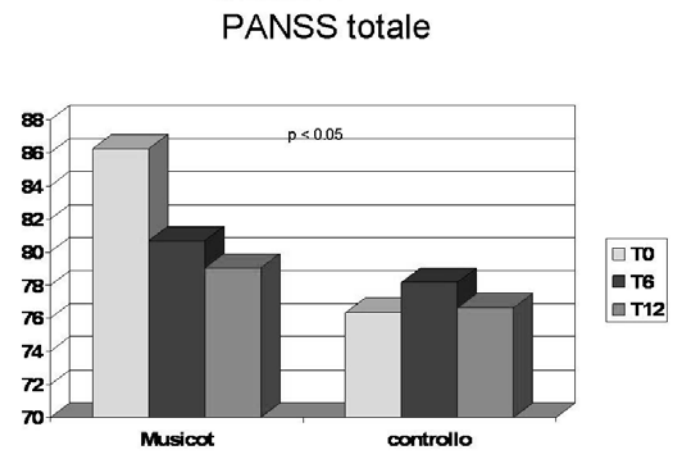
L'analisi retrospettiva è stata fatta suddividendo i pazienti in due gruppi: 17 pazienti che, oltre alla terapia standard, hanno seguito interventi strutturati di musicoterapia e 22 pazienti in trattamento standard, senza interventi musicoterapici.

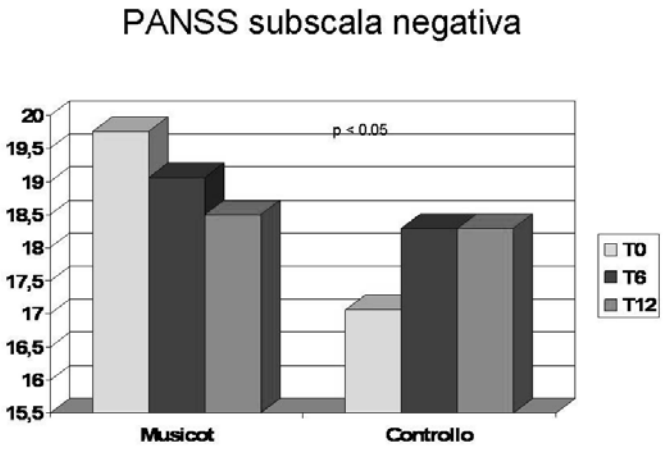
Il gruppo sperimentale era formato da 8 maschi e 9 femmine, età media 39.31 (ds 8.78) range 22-52, età di esordio della malattia 24.63 (ds 7.9) range 17-48.

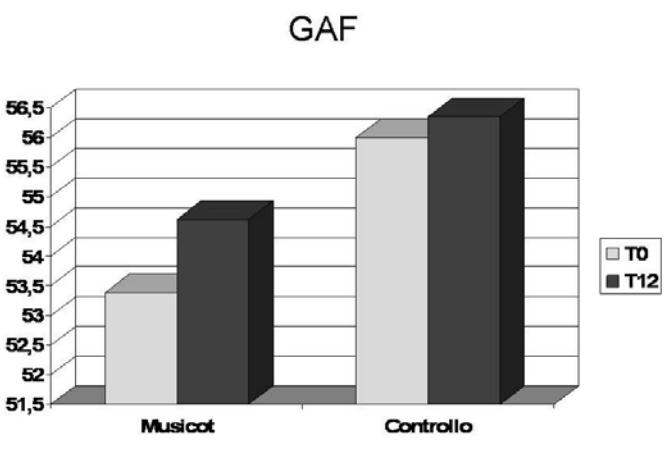
Il gruppo di controllo era formato da 12 maschi e 10 femmine, età media 42.18 (ds 7.35) range 24-54, età di esordio della malattia 26.24 (ds 7.01) range 15-40.

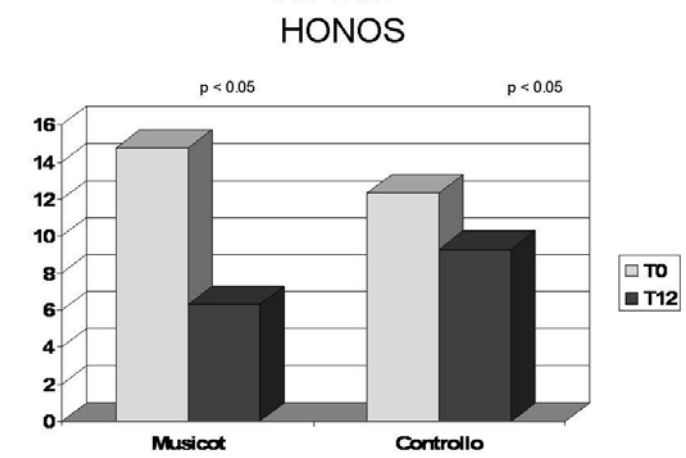
Per la valutazione sono state utilizzate le seguenti scale cliniche: CGI-S Clinical Global Impression - Severity, PANSS Positive and Negative Syndrome Scale, subscala negativa PANSS e le seguenti scale di funzionamento: GAF Global Assessment of Functioning, HONOS Health of the Nation Outcome Scales. Le scale sono state somministrate a T0, dopo 6 mesi T6 e dopo 12 mesi T12.

I pazienti hanno partecipato all'attività di musicoterapia di gruppo per due volte alla settimana nell'arco di 12 mesi; l'attività prevedeva una seduta settimanale di un'ora circa di improvvisazione e una seduta settimanale di un'ora e mezza circa di musicoterapia recettiva. Il setting si è mantenuto costante (modalità di svolgimento, luogo e tempi, conduttore). L'attività si è svolta con le modalità sopra descritte (v. § ascolto e improvvisazione).









Gli studi sopra descritti desiderano contribuire alla ricerca nell'ambito della musicoterapia, disciplina non proprio recente ma tuttavia da poco e non in modo sempre sistematico inserita in programmi di intervento rigorosi dal punto di vista metodologico e clinico. Le esperienze da noi documentate presentano dei punti di forza che sono: la regolarità e il lungo periodo dell'intervento, la somministrazione delle scale di valutazione da parte di un valutatore esterno, la presenza quotidiana della musicoterapista in struttura e la conseguente familiarità del rapporto con i pazienti, la costante presenza della musicoterapista nell'équipe. Altri aspetti costituiscono dei limiti difficili peraltro da evitare ma che vanno comunque messi in evidenza: l'impossibilità, nell'ambito della riabilitazione psichiatrica, di mettere in atto modalità di intervento rigide, assolutamente rigorose e precise. Lavorando con pazienti in regime di ricovero, ma anche con persone che provengono dal domicilio, difficilmente la frequenza riesce ad essere sempre e comunque regolare e costante. È da considerare inoltre che le strutture riabilitative offrono un ventaglio ricco di attività espressive e risocializzanti e non sempre si può regolamentare integralmente per ogni paziente la partecipazione o meno ad ogni attività. Si ricordi inoltre che le condizioni cliniche del paziente psichiatrico grave possono variare in modo inaspettato e repentino e che possono essere necessari cambiamenti nella terapia farmacologica, con tutto ciò che ne deriva. Gli interessanti risultati ottenuti invitano comunque a proseguire la ricerca nella direzione tracciata. La Musicoterapia risulta essere un valido intervento non farmacologico da integrare con le altre attività riabilitative, così come affermato del resto nella Reviews Cochrane.

In vista di una prosecuzione del lavoro sarebbe opportuno riuscire ad aumentare il numero di pazienti coinvolti, costruendo magari una rete tra più strutture riabilitative in diverse città; si potrebbe cioè costruire un disegno di studio multicentrico finalizzato alla validazione dell'intervento musicoterapico nel contesto della riabilitazione del paziente psicotico grave e all'affinamento nella scelta delle rating scales nonché alla messa a punto e al confronto di strumenti di valutazione specifici.

- Musicoterapia nel trattamento dei disturbi d'ansia e depressivi

Precedentemente agli studi osservazionali sopra descritti la nostra unità operativa ha aderito, in Regione Lombardia, al 'Programma quadriennale di collaborazione

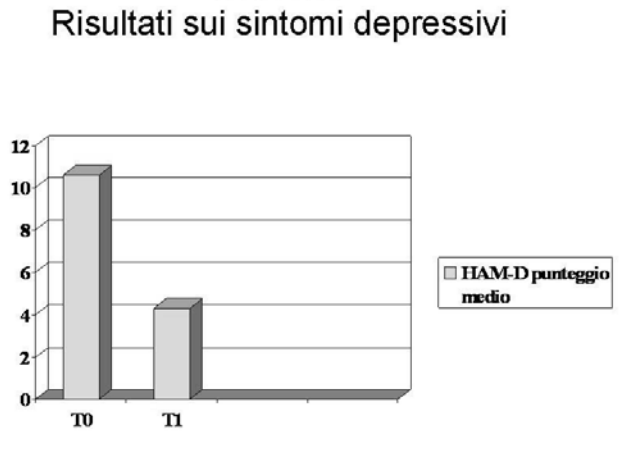
con l'OMS sulla valutazione e sull'utilizzo della medicina complementare' con un progetto sperimentale di applicazione della musicoterapia nei disturbi d'ansia, nei disturbi somatoformi e nei quadri misti ansioso-depressivi.

Il disegno di ricerca prevedeva uno studio prospettico e non controllato che ha coinvolto pazienti con diagnosi di disturbo d'ansia, disturbo somatoforme o disturbo misto ansioso-depressivo secondo i criteri dell'ICD-10. Tutti i pazienti che hanno espresso interesse per tale iniziativa sono stati sottoposti ad una preliminare visita psichiatrica per una valutazione o rivalutazione diagnostica. Con queste modalità sono stati reclutati i primi 8 pazienti che rispondevano ai criteri di inclusione, di cui 2 maschi e 6 femmine, con età media pari a 39.7, con range di età 27-60. I pazienti coinvolti nello studio erano già in trattamento psicofarmacologico da almeno 6 mesi: 3 erano in trattamento con antidepressivi serotoninergici associati a benzodiazepine, mentre gli altri 3 erano in trattamento con solo benzodiazepine. Nel corso dello studio non vi è stata alcuna variazione delle terapie farmacologiche in atto.

Ai soggetti reclutati sono state somministrate, da un valutatore esterno, al tempo T0 (baseline) e al tempo T1 (al termine del trattamento musicoterapico) le seguenti scale di valutazione: ASI (Anxiety Status Inventory) per la valutazione quantitativa dei sintomi ansiosi, HAM-D (Hamilton Rating Scale for Depression) nella versione a 21 items per la valutazione quantitativa dei sintomi depressivi. Oltre alle scale sopracitate sono state utilizzate all'inizio, a metà e alla fine dell'esperienza delle griglie di osservazione appositamente predisposte dalla musicoterapista.

Nell'arco di quattro mesi sono state condotte, a frequenza settimanale, sedute di musicoterapia della durata di novanta minuti ciascuna. Durante la prima seduta sono state distribuite ai partecipanti due schede da compilare, utili a comprendere l'approccio nei confronti della musica e le aspettative riguardo il trattamento. Sono state utilizzate tanto la tecnica della musicoterapia recettiva quanto quella della musicoterapia attiva, con una progressiva preponderanza della seconda.

Nel corso dello studio si sono verificati due casi di drop-out dovuti a riferite difficoltà organizzative nel mantenere l'impegno settimanale previsto dal setting dell'intervento. I risultati sotto riportati sono quindi relativi ai 6 pazienti che hanno concluso l'intero ciclo di sedute musicoterapiche.



Al tempo T0 tutti i soggetti presentavano alla scala di valutazione HAM-D una condizione di depressione lieve o moderata (HAM-D > 8 con punteggio medio pari a 10.6). Al tempo T1 vi è stata una remissione del quadro depressivo (ossia HAM-D < 7) di 5 pazienti su 6 ($p< 0.05$) e una riduzione del punteggio medio della HAM-D del 50% rispetto al punteggio iniziale.

Per quanto riguarda la misurazione quantitativa dei sintomi ansiosi alla scala ASI al tempo T0 5 pazienti su 6 presentavano valori al di sopra della soglia considerata patologica (ASI > 45). Al tempo T1 tutti i pazienti hanno ottenuto un punteggio al di sotto della soglia con una riduzione media di oltre 14 punti rispetto alla media iniziale. In termini percentuali vi è stata una riduzione del punteggio medio alla ASI di oltre il 30 %. Il nostro studio ha dunque potuto dimostrare l'efficacia dell'intervento musicoterapico in pazienti con disturbi dello spettro ansioso-depressivo, con effetti sia sui sintomi ansiosi che su quelli depressivi. Si è verificato di fatto che per i sintomi depressivi vi è stata una remissione nella totalità dei casi con valori alla scala HAM-D < 7 e in 5 casi su 6 di remissione anche alla scala ASI di valutazione dei sintomi ansiosi. I pazienti, dunque, che pur continuavano trattamenti psicofarmacologici e/o psicoterapeutici, hanno risposto in modo estremamente soddisfacente al trattamento. È comunque da ricordare che alla valutazione basale non si sono rilevati valori molto elevati alle scale di valutazione, trattandosi di quadri clinici di lieve-media gravità.

I nostri studi, pur con i limiti evidenziati nella parte metodologica, hanno comunque prodotto risultati interessanti, confermando peraltro quanto riportato in altri studi analoghi riportati in letteratura. L'applicazione delle tecniche di musicoterapia in ambito psichiatrico mostra promettenti sviluppi tanto nell'ambito riabilitativo per pazienti psicotici, quanto nell'ambito del trattamento di disturbi meno gravi.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Ammanniti M., Dazzi N. (a cura di), *Affetti, natura e sviluppo delle relazioni interpersonali*, Laterza, Bari, 1990.
- Benenzon R., *Manuale di musicoterapia*, Borla, Roma, 1984.
- Benenzon R., *La Musicoterapia nella psicosi*, in G. Mutti (a cura di) "Musicoterapia: realtà e futuro", Atti del V Congresso Mondiale di Musicoterapia, Omega, Torino, 1985, p. 144 - 145.
- Benenzon R., *La nuova musicoterapia*, Phoenix, Roma, 1997.
- Bowie C.R., Harvey P.D., *Treatment of cognitive deficits in schizophrenia*, Curr Opin Investig Drugs 2006; 7(7): 608-13.
- Briand C., Vasiliadis H.M., Lesage A., Lalonde P., Stip E., Nicole L., Reinharz D., Prouteau A., Hamel V., Villeneuve K., *Including integrated psychological treatment as part of standard medical therapy for patients with schizophrenia: clinical outcomes*, J Nerv Ment Dis. 2006, 194 (7) :463-70.
- Brunges M.J., Avigne G., *Music therapy for reducing surgical anxiety*, AORN J 78 (5): 816-818, 2003.
- Bruscia K.E., *Definire la Musicoterapia. Percorso epistemologico di una disciplina e di una professione*, Ismez, Roma, 1994.
- Bruscia K.E., *Casi clinici di musicoterapia (adulti)*, Ismez, Roma, 1995.
- Bruscia K.E., *Modelli di improvvisazione in musicoterapia*, Ismez, Roma, 2001.
- Bunt L., *Musicoterapia, un'arte oltre le parole*, Edizioni Kappa, 2009.
- Ceccato E., Caneva P.A., Lamonaca D., *Music Therapy and cognitive rehabilitation with schizophrenia: a controlled study*, in Music Therapy Today, vol. VI, Issue 4, November 2005, Music Therapy World net, pp. 810-824.
- Ceccato E., Lamonaca D., Caneva P.A., Gamba L., Poli R., Agrimi E., *Musicoterapia nella riabilitazione cognitiva del paziente schizofrenico. Studio multicentrico randomizzato controllato in singolo cieco di applicazione del protocollo STAM (Sound Training Attention and Memory)*, A multicentre study to test the effectiveness of the STAM (Sound Training Attention and Memory) protocol in the rehabilitation of patients with schizophrenia: a single blind, randomized control trial, Giornale Italiano di Psicopatologia, Volume 15, December 2009, Issue 4.
- Conti L., *Repertorio della scale di valutazione in psichiatria*, SEE, Firenze, 1999.
- *DSM IV TR Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Text revision, Masson, Milano, 2001.
- Ducorneau G., *Elementi di musicoterapia*, ed. Cosmopolis, Torino, 2001.
- Endicott J., Spitzer R.L., Fleiss J.L., Cohen J., *The Global Assessment Scale. A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbence*, Archives of General Psychiatry 1976; 33: 766.

- Fornari F., *Psicoanalisi della musica*, Longanesi, Milano, 1984.
- Gold C., Heldal T.O., Dahle T., Wigram T., *Music therapy for schizophrenia or schizophrenia-like illnesses*, The Cochrane Database of Systematic Reviews 3, 2008.
- Green M.F., Kern R.S., Heaton R.K., *Longitudinal studies of cognition and functional outcome in schizophrenia: implications for MATRICS*, Schizophr Res. 2004; 72(1): 41-51.
- Lecourt E., *La Musicoterapia*, Cittadella, Assisi, 1992.
- Lorenzetti L.M., Antonietti A., *La musicoterapia attraverso i suoi scritti*, Angeli Milano, 1985.
- Lorenzetti L.M., (a cura di), *Musicoterapia e strutture socio-sanitarie di territorio*, Educazione e scuola, Ancona, 1987.
- Lorenzetti L.M., *La ragione dei sentimenti*, Angeli, Milano, 1990.
- Lorenzetti L.M., (a cura di), *Luoghi e forme della musicoterapia*, Unicopli, Milano, 1991.
- Mahler M.S., Pine F., Bergman A., *La nascita psicologica del bambino*, Boringhieri, Torino, 1978.
- Manarolo G., *L'angelo della musica. Musicoterapia e disturbi psichici*, Omega Edizioni, Torino, 1996.
- Manarolo G., *Manuale di musicoterapia. Teoria, metodo e applicazioni della musicoterapia*, ed. Cosmopolis, Torino, 2006.
- Mehler-Amati J., *Oggetti transizionali, fenomeni transizionali e area transizionale*, Rivista di Psicoanalisi 3/1985, p. 375 e sgg.
- Mok E., Wong K.Y., *Effects of music on patient anxiety*, AORN J 77(2):401-406, 2003.
- Munari I., *Sviluppo delle abilità musicali e primi modi di comunicazione*, Rivista di Psicoanalisi 2/1973, p. 159-175.
- OMS - Kemali D., Maj M., Catapano F., Lobrace S., Magliano L., (a cura di), *ICD 10 International statistical classification of diseases and related health problems*, Masson, Milano, 1992.
- Penadés R., Boget T., Catalán R., Bernardo M., Gastó C., Salamero M., *Cognitive mechanisms, psychosocial functioning, and neurocognitive rehabilitation in schizophrenia*, Schizophr Res. 2003 1; 63 (3) :219-27.
- Poli R., Gamba L., Agrimi E., Mainardi A., *Case-series: la Musicoterapia come trattamento add-on nei disturbi d'ansia, nei disturbi somatoformi e nei quadri misti ansioso-depressivi*, Psichiatria oggi anno XX, n. 1-2 giugno-dicembre 2007, p. 27-29.
- Poli R., Gamba L., Agrimi E., Mainardi A., *Attività di Musicoterapia nella riabilitazione psichiatrica*, "Musica et Terapia", n. 17, ed. Cosmopolis, Torino, 2008.

- Postacchini P.L., Ricciotti A., Borghesi M., *Lineamenti di musicoterapia*, Carrocci, Roma, 1998.
- Roder V., Mueller D.R., Mueser K.T., Brenner H.D., *Integrated psychological therapy (IPT) for schizophrenia: is it effective?*, Schizophr Bull, 2006 Oct; 32 Suppl 1:S81-93.
- Scardovelli M., *Il flauto di Pan. Musica complessità comunicazione*, ECIG, Genova, 1988.
- Scardovelli M., *Il dialogo sonoro*, Cappelli, Bologna, 1992.
- Stern D., *Il Mondo interpersonale del bambino*, Boringhieri, Torino, 1985.
- Velligan D.I., Kern R.S., Gold J.M., *Cognitive rehabilitation for schizophrenia and the putative role of motivation and expetancies*, Schiz Bull 32,3 2006 :474-485.
- Wigram T., Saperston B., West R., *Manuale di arte e scienza della musicoterapia*, Ismez, Roma, 1997.
- Wigram T., *Improvvisazione. Metodi e tecniche per clinici, educatori e studenti di musicoterapia*, Ismez, Roma, 2005.
- Winnicott D.W., *Gioco e realtà*, Armando, Roma, 1971.
- Winnicott D.W., *Oggetti transizionali e fenomeni transizionali*, in "Dalla pediatria alla psicoanalisi. Scritti scelti", Martinelli, Firenze, 1975.

"L'abito che fa il monaco": il processo terapeutico riabilitativo di una suora di clausura in Comunità Psichiatrica

Giacomo Cassano
Musicoterapista Comunità "Skipper", "Redancia s.r.l.", Masone (GE).

Monica Carnovale
Direttore Comunità "Skipper", "Redancia s.r.l.", Masone (GE).

Introduzione

Il lavoro che vorremmo presentare vede il caso anomalo di un ricovero in comunità terapeutica (CT), lo "Skipper" di Masone (GE), di una suora di vita contemplativa con diagnosi di sindrome depressiva profonda.

La novità del caso proposto e la velocità con cui il ricovero si è attuato ha costretto tutta l'équipe curante a uno sforzo straordinario. L'anomalia di una presa in carico così particolare ci ha proiettato in una sfida nella quale ognuno di noi avvertiva chiaramente la necessità di uscirne vincenti.

Era la prima volta che una religiosa, per di più di clausura, veniva inserita in un percorso di cura all'interno di una struttura psichiatrica insieme a pazienti con patologie gravi, percorso che era completamente estraneo alla "regola" di una comunità religiosa di un monastero. Quali potevano essere le reazioni della religiosa e degli ospiti della struttura? Nessuno azzardava previsioni perché una situazione come quella non si era mai verificata.

Tuttavia questa nuova sfida era uno stimolo enorme e sapevamo di poter contare sulla nostra professionalità per accettare l'incognita dell'imprevedibile.

La Comunità Terapeutica Skipper nasce nel marzo 1998 per effetto della definitiva chiusura degli ex Ospedali Psichiatrici della Provincia di Genova, Quarto e Cogoleto. Nasce come una struttura ad utenza bimodulare: sono cioè previsti due moduli da venti pazienti ciascuno, uno per pazienti psichiatrici e uno per disabili.

È però evidente che, nella quotidianità, tutti gli ospiti convivono insieme.

La struttura è situata in una zona verdeggiante fuori dal centro del paese. Disposta su tre piani gode di un comodo cortile antistante e di un ampio campo da calcio sul retro, solitamente usato per le varie feste organizzate dagli operatori oltre che per le passeggiate degli ospiti che desiderano muoversi un po'.

Il percorso terapeutico offre una serie di possibilità curative-riabilitative. Il programma terapeutico è deciso in accordo con l'ospite nella fase d'ingresso e successivamente può subire alcune variazioni a causa della diversificazione degli obbiettivi (a breve e a lungo termine) individuati man mano che il decorso clinico si modifica.

Prima di passare a parlare del caso in questione per meglio comprendere lo stile di lavoro della comunità vorrei fare un breve cappello introduttivo.

La comunità generatrice di pensiero

Sento spesso dire in riunione d'équipe che la comunità deve essere luogo dove si genera pensiero. La mente penserà sempre qualcosa. È impossibile fermare il pensiero. Se la mente non ha una meta a cui rivolgersi viene colta da ogni sorta di pensiero. Essa non avrà più una posizione dalla quale esaminare e valutare gli influssi esterni ma verrà guidata e dominata da ciò che le si presenta dall'esterno.

La mente si trasforma per forza di cose in ciò di cui si occupa. Non può sottrarsi a questa influenza. Può solo decidere di che cosa occuparsi.

In una Comunità Terapeutica, e in particolare allo Skipper, a causa del numero abbastanza elevato degli ospiti (ma non è solo questione di quantità), accade molto spesso di percepire sensazioni indistinte, caotiche, frammentate; le si palpa quasi, le si annusa mischiate alla sofferenza, al riso e al pianto che ogni giorno vi si vivono. Non si possono chiamare "pensieri" - non ancora in certi casi - perché hanno bisogno di una trasformazione, di un foglio bianco dove poter riscrivere, reintegrare, mutare questi "oggetti bizzarri" e di qualcuno che si occupi di pensare ciò che, fino a quel momento, sembrava angosciante ed impensabile. Queste "impressioni sensoriali" ed "esperienze emotive", questo caos primordiale necessita quindi di andare al di là, di essere visto, di acquisire un significato... di essere pensato...

Urge allora per l'operatore trovare uno spazio dove ci sia la tranquillità sufficiente per poter dare un valore all'esperienza che si sta vivendo, quando per spazio si possono intendere diverse cose. Si può intendere, ad esempio, il differenziamento nel tempo al fine di inserirsi tra la nascita della tensione, la nascita del bisogno - che in sé sembra occupare ogni spazio e tempo rendendo muto chi è preposto a soddisfarlo - e la sua scarica: quindi un inserimento del principio di realtà che in qualche modo si fa latore di un significato sostitutivo e procrastina la soddisfazione immediata di un impulso secondo il principio del piacere.

Il tempo per differenziare, per lasciare spazio al linguaggio dell'affettività che non è azione, ma ne è preludio, l'operatore sa che può trovarlo nella misura in cui per un attimo costruisce dentro sè il silenzio necessario: quando vi è una guerra, un conflitto, infatti, non si costruisce, non si progetta nulla, ogni forza è tesa a fronteggiare l'emergenza, alla fuga, all'attacco o alla salvezza; solo in tempo di pace è possibile pensare e concepire delle cose. In altri termini, come direbbe Bion (1996), è possibile sviluppare la "capacità negativa", vale a dire la capacità di porsi tra il dubbio e la tendenza a ricercare ad ogni costo cause e soluzioni.

Su altri piani è però necessario all'interno di una Comunità Terapeutica trovare un tempo e uno spazio concreti dove è possibile far nascere e sviluppare il pensiero: è il tempo e lo spazio, per esempio, legato alla riunione d'équipe, dove è possibile il confronto, la simbolizzazione e anche la critica tesa a dare nuove idee.

Credo sia importante separare questo spazio-tempo da ciò che accade all'esterno: la porta che stabilisce la cesura diventa una sorta di "barriera di contatto" nell'accezione bioniana, vale a dire una membrana semipermeabile che divide i fenomeni mentali in due gruppi. Fuori del gruppo di lavoro esiste la difficoltà a pensare, la confusione tra il sogno e la realtà, tra l'interno e l'esterno, tra il sonno e la veglia, tra il conscio e l'inconscio. All'interno è possibile la trasformazione di

questi elementi confusivi (Beta) in elementi idonei a pensare, sognare, ricordare, esercitare le funzioni intellettuali, generalmente ascritte all'apparato psichico (elementi Alfa) (Bion, 1996).

Lo spazio di pensiero dal punto di vista del paziente

D'altra parte anche i nostri ospiti hanno la necessità di uno spazio di pensiero.

I nostri pazienti pensano, a volte di più degli operatori, sebbene i pensieri formulati spesso risultano bizzarri, incongrui, incomunicabili. La struttura di pensiero di uno psicotico è una struttura angosciante, popolata di elementi distruttivi e mortiferi, dalla quale sembra necessario, come atto difensivo, prendere le distanze; così i pensieri del paziente diventano sempre più distanti dal mondo esterno e dal proprio mondo interno.

Il soggetto malato sprofonda sempre più in una coltre di nebbia spessa dove i processi percettivi, intellettivi ed emotivi vengono alterati. Si pregiudicano i contatti e i normali rapporti con l'ambiente e pian piano l'individuo raggiunge un tale isolamento da divenire straniero a se stesso. La realtà esterna diviene qualcosa di sconosciuto e minaccioso, qualcosa che non rispecchia più il suo mondo interiore e/o viceversa. La risposta dell'operatore che ha trovato in sé e all'interno della C.T. uno spazio di pensiero adeguato sarà allora quella di restituire al paziente le sue proiezioni piene d'angoscia e di dolore, dopo averle bonificate, rese più tollerabili, per quanto ciò sia possibile con pazienti cronici. Nostro compito è generare pensiero, cercando di dare ad esso una struttura scevra di contenuti angoscianti e terrificanti... in qualche modo sostituire la vita alla morte.

Ogni atto comunitario ha una finalità specifica, cioè la costruzione insieme al paziente di un pensiero, che si dipana in una storia. L'attività proposta e a volte prescritta, nell'ambito del percorso terapeutico, costituisce la trama su cui ogni persona stende la propria esperienza. Sta al terapeuta lo sforzo di leggerla, decodificarla, riordinarla per tempo e spazio e soggettivarla.

Tramite la conoscenza dell'anamnesi storica d'ogni paziente, lo svolgersi di una visibilità attraverso gli anni o il suo rendersi presente al pensiero giorno per giorno attraverso la relazione, l'operatore sarà in grado di creare un piccolo spazio all'interno della propria mente nel quale persone "rese invisibili" potranno cominciare a sentirsi vive, finalmente pensate e sarà lo spazio del racconto.

Volendo usare una metafora, possiamo paragonare la mente ad un castello in cui il soggetto pensante è chiamato a intraprendere un cammino che, a partire dalle secrete buie e impolverate, risale verso l'alto, sempre più su fino alla torre maestra. Sfruttando la stessa metafora, possiamo allora paragonare lo svolgersi del processo terapeutico alla costruzione di una scala ideale dove giorno per giorno si aggiunge uno scalino al fine di permettere al soggetto di risalire verso i piani più alti, là dove si gioca il confronto con il reale e dove la luce permette di ascendere con passo più sicuro.

Questa immagine di ristrutturazione del pensiero, che dovrebbe riflettere il modo di operare di ogni équipe che si considera terapeutica, è parsa immediatamente chiara alle nostre menti quando abbiamo conosciuto Maria (nome inventato per la salvaguardia della privacy).

Il caso di Maria

Maria[1], (da questo momento solo M.) è una monaca di vita contemplativa, dell'ordine delle Clarisse Cappuccine (da circa 14 anni). M. è una donna minuta, scura, sguardo basso, ma non troppo per non lasciare intravedere gli occhi: caldi, profondi e vivaci. Ha 56 anni, non li dimostra, sembra una bambina imprigionata in un abito non suo, quasi vezzosamente indossato, così com'è sempre pulito e stirato.

Parla quasi sottovoce, sorride facendo una leggera smorfia con la bocca. Sorprende poi come il suo tono di voce si alzi improvvisamente, in maniera imprevedibile, quando deve rispondere ad una domanda diretta che qualcuno le pone.

La direttrice la incontra in un pomeriggio di settembre, quando arriva in Comunità accompagnata da Michela; non sappiamo niente di lei, pochissimi elementi della sua storia, altrettanto pochi circa la sua malattia. Sappiamo solo che Michela, nel giro di pochi giorni, ha organizzato il ricovero da noi e noi abbiamo offerto l'accoglienza. M. è un problema per la sua Comunità... M. ha un problema: da anni non si alza quasi dal letto, appare depressa, resistente ai farmaci, o meglio resistente all'idea di assumerli con continuità e a dosaggi prescritti, non si lava, non si alimenta se non imboccata, non partecipa alla vita del gruppo.

A nulla sono serviti i ricoveri in SPDC ed i soggiorni per brevi periodi in case di cura per religiose. M. arriva tremante ed incerta, si siede in punta di sedia e ripete di stare molto male, di essere frastornata dal viaggio, di sentirsi percorsa da un tremito incessante che parte dalle sue mani e si dirama in tutto il corpo. "È una specie di corrente elettrica - mi dice - che avverte a fior di pelle, che la spossa e le impedisce qualsiasi atto quotidiano... anche sollevare un foglio di carta le risulta impossibile". Afferma, senza troppa convinzione, di non condividere il ricovero ma di essere lì "perché lo hanno voluto le altre", lei non ne capisce il motivo. "le mie sorelle sono molto preoccupate per me, allora mi hanno portata qui; loro sono molto gentili, ma io voglio tornare a casa".

Si lascia condurre in camera, opponendo una certa resistenza. Gli altri ospiti hanno reazioni interessanti: i più, zitti, la guardano con reverenza, una la bacia, un'altra urla dalla paura, un'altra ancora le dice "benvenuta sorella".

M. pare non osservare né la stanza, né gli oggetti che vi sono, fa un gesto con la testa come per dire "sì, sì, ma non mi interessa". M. è visibilmente angosciata. Mi trasmette l'angoscia: la immagino la notte, da sola in un ambiente del tutto sconosciuto e neppure tanto protetto da possibili incursioni notturne di altri pazienti in cerca di cibo o semplicemente curiosi.

Il giorno dopo, in Comunità, la paziente ha riposato discretamente ed ha fatto colazione da sola, nessuno è entrato nella sua stanza. La coordinatrice la trova distesa sul letto, completamente vestita, il letto intatto, la valigia ai suoi piedi piena. Quando vede la dottoressa sorride. Sembra imbarazzata. Lo psichiatra è con M. di poche e chiare parole: le prescrive una terapia farmacologia e non permette alla paziente di commentarla (cosa che quest'ultima avrebbe voluto fare), le prescrive inoltre un calendario di attività individuali (colloqui con la psicologa e Musicoterapia), con la raccomandazione di osservarle scrupolosamente.

I colloqui concordati prevedevano una cadenza di due giorni alla settimana, e inizialmente erano improntati sulla lettura, insieme alla psicologa, di un brano della bibbia. In questa prima fase si è cercato di ricostruire la storia della paziente usando

i racconti biblici come terra d'incontro e confronto. Contemporaneamente M. iniziò anche l'attività di Musicoterapia, con cadenza settimanale.

Capimmo subito che la musica poteva essere il ponte di collegamento tra la realtà e il mondo irreale in cui la paziente si era isolata e cercava rifugio.

In effetti, la musica può riportare in superficie ricordi o sentimenti nascosti, può rendere nuovamente fluido il flusso vitale che si è interrotto. Le improvvisazioni musicali, attuate all'interno di un setting di musicoterapia, permettono di lavorare sugli aspetti analogici della relazione con l'altro come, per esempio, i ruoli e i vincoli tradotti in dialoghi sonori, le forme speciali di non-comunicazione come l'isolamento, gli aspetti della connessione con la realtà come la percezione di uno stimolo e la risposta data ad esso in forma pertinente (Benenzon, 1995).

Così la musicoterapia può facilitare il passaggio da una espressione istintuale del comportamento ad una espressione codificata motivata ed intenzionale, in maniera armonica (Postacchini, 1997).

L'abito che fa il monaco, "Chi canta prega due volte"[2]

Incontrai M. pochi giorni dopo il suo ingresso in comunità. Ci presentammo, un po' imbarazzati entrambi. Quel suo abito così appariscente, in un contesto come una comunità terapeutica, era qualcosa impossibile da ignorare; un biglietto da visita ben preciso che rendeva inutili e banali i preamboli di una normale prima conoscenza. M. si presentava prima di tutto come una suora. Mi chiesi subito quale o quali fossero realmente i significati di quell'abito, in quel momento particolare della sua vita. Cortina difensiva? Scoglio di salvezza nel suo naufragio in acque sconosciute? Maschera ambigua o immagine ideale alla quale ispirarsi e anelare?

Mi interrogai sulla possibilità o meno di prescindere da questo suo vistoso biglietto da visita. La risposta fu "No". Anche sforzandosi non era possibile pensare e rapportarsi con M. come fosse solo una donna. M. mi apparve come un "uccellino spaurito", apparentemente tranquilla. Ma fin da subito la mia impressione fu quella che dietro quegli strati di calma apparente ci fosse un vulcano silente in attesa di potersi manifestare in tutta la sua furia.

Il primo passo era stabilire un rapporto di fiducia basato sull'autenticità.

Nei primi incontri il lavoro terapeutico ha visto il tentativo di incontrare M. e armonizzarsi con la sua musica per darle l'esperienza di "sentirsi conosciuta" grazie al fatto che, dal punto di vista espressivo e della comunicazione, ai suoi suoni veniva data una risposta che li riconosceva come significativi. Cercare di convincere M. a interagire con me tramite lo strumentario musicale non è stata una cosa immediata e facile. Di fronte al suo atteggiamento oppositivo circa il provare a suonare qualcosa, sostenuto dalla tesi che lei era stonata e antimusicale ("...ci hanno provato in tanti ma senza ricavare nulla, e alla fine ci ho rinunciato") ho dovuto rassicurarla facendole capire che la musicalità non riguarda il possedere o meno un talento musicale o una competenza tecnica di uno strumento, ma che essa è una qualità innata che abbiamo tutti; fa parte dei nostri primi contatti, ha una funzione espressiva e comunicativa. Nel lavoro clinico con i pazienti adulti, infatti, emerge a volte la loro ansia di non essere capaci di suonare perché, come affermano loro, non sono musicali o non hanno mai studiato per diventarlo.

L'ansia è talvolta collegata alla percezione che il soggetto ha dell'improvvisazione, in quanto sente che questa non riguarda la musica, ma riguarda se stesso e la mancanza di accesso al vocabolario musicale può creare una mitologia relativa al fatto che, nell'improvvisazione, rivelerà qualcosa di sé che soltanto il terapista capirà ed identificherà. Questo meccanismo può far sentire il paziente inerme e senza controllo. Così, spiegai a M. che era al "bambino musicale"[3] che mi rivolgevo e che chiedevo venisse allo scoperto. Attraverso un percorso di ascolti musicali, inizialmente musica tradizionale sarda e musica sacra (Bach, Chopin, Mendelssohn, Vivaldi), appresi molto della storia passata della paziente e lentamente i colori del suo quadretto famigliare, dal principio evanescenti, andarono sempre più arricchendosi di nuove sfumature e di tratti più marcati.

Man mano che i nostri incontri si facevano più numerosi, la nostra fiducia e conoscenza reciproca andavano crescendo, fino ad un determinato punto del percorso in cui posso dire con certezza che M. mi ha fatto intendere di potersi fidare pienamente di me. Da questo punto in poi il nostro viaggio ha toccato tappe inaspettate che hanno dettato l'evolversi stesso del viaggio.

La voce del mare, elemento spesso ricorrente nelle nostre sedute, ci ha condotti a ripercorrere frammenti del suo passato, ci ha proiettato nel futuro stimolando creatività e immaginazione. Progressivamente e a piccoli passi, come per un principio di "risonanza simpatica" in risposta al crescendo del rapporto di fiducia instauratosi fra noi, la "voce" di M. diveniva sempre più forte e in grado di esprimere ricordi emotivamente significativi[4].

L'archetipo: porta dell'inconscio

Chi si ammala fisicamente e/o mentalmente non fa altro che interrompere un processo di comunicazione sia nei confronti del mondo esterno che con se stesso. Si pregiudicano i contatti e i normali rapporti con l'ambiente e pian piano l'individuo raggiunge un tale isolamento da divenire straniero a se stesso. Il soggetto malato sprofonda sempre più in una coltre di nebbia spessa dove i processi percettivi, intellettivi ed emotivi vengono alterati. La realtà esterna diviene, spesso, qualcosa di sconosciuto e minaccioso, qualcosa che non rispecchia più il suo mondo interiore e/o viceversa. La musica può aiutare ad esplorare, dissipare questa nebbia, e facilitare l'acquisizione e lo sviluppo della conoscenza di sé e degli altri.

Per la psicologia psicodinamica è la qualità della relazione che rivela l'individualità espressa in essa. Potremmo dire che la persona non esiste fuori dalla relazione. Il terapista ascolta sia la musica che viene improvvisata dal paziente, sia la persona nella musica. Potremmo ancora dire, quindi, che la persona "è" la musica invece che la persona è "nella" musica. Il terapista si pone in relazione con il paziente come un musicista si pone davanti ad uno spartito musicale e cerca di leggere, interpretare la musica inscritta nella sua persona. Con un'azione maieutica cerca di tirare fuori dall'inconscio del soggetto le competenze e le risorse residue e nel contempo gli offre la possibilità di agirle permettendo la loro realizzazione simbolica. L'inconscio infatti non è contattabile direttamente ma ha bisogno di un mediatore simbolico- metaforico che "significa" (dà significato) e rivela il suo lato d'ombra.

Secondo una considerazione di matrice Junghiana esistono strutture archetipe, ricorrenti nei sogni e comuni nei miti, che danno accesso al livello collettivo della psiche umana. Tale livello, sempre secondo Jung, rimane sano anche in soggetti con disturbi psichici. Perciò quando si aiutano le persone ammalate a rimettersi in contatto con questo livello collettivo, le stesse si ristabiliscono.

Partendo da tale presupposto possiamo allora considerare la malattia psichica e in particolare i disturbi dell'alimentazione come una particolare modalità della psiche che esprime tendenze comunque universali della mente umana.

Conoscere gli archetipi è indispensabile per poter accedere ad un vocabolario che permette al terapista di interpretare e dare voce a quella parte del soggetto che chiamiamo malata; ci permette di accedere ai misteri della psiche umana e di aprire un canale di comunicazione con la persona. Interroghiamo allora il mito alla ricerca delle origini affinché quel mondo interno tutto proiettato nel corpo ritrovi il percorso e l'espressione del proprio vero Sé. Inizia così il viaggio, insieme verso una rinascita. L'archetipo dell'acqua è uno dei più classici. Il mare di M. è sì il mare della sua Sardegna, il mare della sua infanzia; ma l'acqua è anche elemento originario simbolo della purificazione, del lavacro sacro. L'acqua che scorre simbolicamente rappresenta il passaggio, la rinascita.

Nel mito di Pandora, modellata da Efesto con terra e acqua per volere di Zeus allo scopo di punire il genere umano, il corpo artificiale di Pandora, modellata ad immagine delle dee, è tuttavia privato della voce umana cioè è privata dello strumento per mettersi in relazione. La materia, madre terra Gea, con la quale Pandora è stata impastata sembra risucchiare l'energia vitale. L'acqua è indistinta nell'impasto, così come in un parallelismo possiamo leggere la relazione fusionale fra madre e figlia, per esempio nel caso dell'anoressia. Corpi privati delle emozioni, del calore e della luce dell'energia psichica; terra arida e fredda. Tali soggetti sono al pari di Pandora, immagini di dee private della voce umana. L'immensità delle acque del mare rimanda all'immensità del cosmo, alle nostre origini, alla necessità insita in ogni uomo di "viaggiare per trovare risposte".

L'errare di Ulisse, prototipo del viaggiatore errante in cerca della propria identità, per i mari sconosciuti del proprio inconscio di cui ci parla Omero, è storia che ci accomuna tutti. "Alla fine mi chiedo se uno dei passi più importanti del nostro viaggio non sia quello di gettar via la mappa... Liberandoci dell'intricata tela, dei fitti rovi dei nostri preconcetti siamo forse meglio in grado di capire i veri segreti di ogni luogo, di ricordare che siamo tutti estensione di una storia comune e collettiva. Da ogni viaggio, che siano immaginari o geografici, le memorie più importanti da raccogliere sono quelle che ci ricordano che la vita della gente viene rafforzata dalla famiglia e dagli amici, dai nostri tentativi di crearci una vita come si crea un'opera d'arte, e dai nostri sforzi di riconciliare i nostri bisogni materiali con l'importanza dei nostri legami reciproci" (Loreena Mc Kennitt "The book of secret", Universal Music B.V., 2004).

Viaggiare è sempre qualcosa in più che una semplice traslazione nello spazio; è un'esperienza di carattere singolare, perché getta un ponte fra spazio e tempo, fra passato e futuro, fra causa e fine, fra soggetto e mondo. Se symbolòn implicava in origine una "connessione che si stabilisce tra due oggetti", il viaggio è propriamente simbolo. Il concetto di viaggio si presta, perciò, a raffigurare lo svolgersi della vita dalla sua origine (nascita) fino alla sua conclusione (morte) e si pone quindi come

metafora dell'esistenza (concetto ben rappresentato nella canzone "Samarcanda" di R. Vecchioni prendendo ispirazione da Appuntamento a Samarra di J. O'Hara, 2005).

Alla fine d'ogni nostro viaggio anche noi, come Ulisse, ci accorgiamo d'essere diversi. Lentamente il nostro viaggio si è rivelato come un processo di trasformazione che procede dall'esteriore verso l'interiore. Le emozioni hanno incominciato a fluire libere a tal punto che spesso ho avuto la sensazione che fosse quasi possibile palparle. Rabbia, nostalgia, voglia di normalità, desiderio di tornare a casa, rancore e frustrazione, spirito di rivalsa e voglia di compatimento. In questo mare di emozioni è stato difficile non naufragare e ritrovare la rotta, quando ci sembrava che il nostro veliero stesse andando troppo alla deriva.

Dagli ascolti e dalle conseguenti elaborazioni verbali siamo passati a sperimentare direttamente le emozioni ritrovate, attraverso l'utilizzo degli strumenti musicali (rimasti sempre a sua portata di mano in attesa di essere usati) e perfino attraverso le improvvisazioni vocali.

A distanza di un anno mi resi conto di un fatto importante: la persona che si presentava alla porta della stanza di musicoterapia ogni martedì, sempre in conscio anticipo, che si sedeva davanti a me, che mi sorrideva e con timido entusiasmo si mostrava curiosa e interessata come non mai al lavoro che l'attendeva; quella suora che lentamente aveva abbandonato la postura introvertita caratteristica delle prime sedute (sguardo basso, mani in grembo, piedi ritirati sotto la sedia); quella donna che ora parlava e ascoltava con molta oculatezza (dimostrando ogni volta di ricordare ogni piccolo particolare della seduta precedente) e che vincendo le sue reticenze aveva cominciato a esplorare lo strumentario fino a provare piacere e preferire alcuni suoni ad altri (come lei stessa un giorno mi disse); Maria, che nelle ultime sedute parlava e suonava con me, era un'altra persona, diversa e conscia del suo cambiamento; conscia delle difficoltà che avrebbe dovuto affrontare in previsione delle sue dimissioni, capace di verbalizzare la sua paura e di darle un nome.

Conclusione

La relazione instauratasi fra Maria e me, nell'arco di un anno, è stata un crescendo (uso questo termine anche nell'accezione musicale) che ci ha condotti ad esplorare paesaggi che dal bianco e nero si sono arricchiti di sfumature policrome man mano che le nuvole andavano diradandosi, lasciando filtrare la luce del sole. Salutarsi è stato un momento commovente ed è venuto spontaneo augurarsi, vicendevolmente, un futuro sempre più colorato. Con il passare del tempo abbiamo assistito allo sgretolarsi di una cortina difensiva fredda e rigida che ha lasciato il posto al riaffiorare della sua emotività che pareva ormai sepolta da anni sotto un cerimoniale di sintomi che la teneva scollegata dal corpo, o meglio, che riduceva la comunicazione ad una esposizione di percezioni deliranti. Il pensiero ed il piacere erano offesi, rinnegati per timore di perderne il controllo.

Lo spazio che ha permesso alla paziente di vivere le emozioni con consapevolezza è stato ricostruito tramite una attenta relazione terapeutica. Maria è tornata in convento, a casa sua. Ancora oggi a distanza di due anni viene, a volte, a farci visita, in

occasione dei colloqui di controllo con la psicologa: sorridente e luminosa in viso, solitamente dopo il colloquio entra in cucina e chiede di poter dare una mano alla cuoca (come faceva gli ultimi tempi del suo ricovero in comunità).

Mi è capitato di incontrarla una mattina mentre casualmente entravo in cucina: con il grembiule e in mano una patata mezza sbucciata, si è voltata sorridendo e mi ha salutato con entusiasmo... se non fosse stato per l'abito non l'avrei riconosciuta.

---

(1) Nome inventato per salvaguardare la privacy.
(2) S. Agostino vescovo di Ippona.
(3) Secondo la dicitura di Nordoff e Robbins. L'improvvisazione in musicoterapia è rivolta al "bambino musicale": si invita la persona ad esprimersi mediante i suoni e si interpreta la capacità del bambino/adulto di essere flessibile nell'organizzazione di ritmo, melodia e tempo, in quanto questa ritrae le capacità espressive, comunicative e di reciprocità della persona.
(4) "Non c'è nulla che possa cambiare stato e forma della voce quanto il contenere il pensiero" M. Proust.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Alvin J., *La musica come terapia*, Armando Editore, Roma, 1979.
- Benenzon R., *Manuale di musicoterapia*, Borla Editore, Roma, 1992.
- Benenzon R., *Autismo e musicoterapia*, Phoenix, Roma, 1995.
- Bion W.R., *Attenzione e interpretazione*, Armando ed., Roma, 1973.
- Bion W.R., *Cogitations*, Armando ed., Roma, 1996.
- Boxill E.H., *La musicoterapia per bambini disabili*, Omega ed., Torino, 1991.
- Bruscia K.E., (a cura di), *Casi clinici di musicoterapia*, Ismez, Roma, 1991.
- Bruscia K.E., *Modelli d'improvvisazione in musicoterapia*, Ismez, Roma, 2003.
- Buber M., *Il cammino dell'uomo*, ed. Qiqajon, Comunità di Bose Magnano (VC), 1990.
- Cyrulnik B., Malaguti E., (a cura di), *Costruire la resilienza. La riorganizzazione positiva della vita e la creazione di legami significativi*, Edizioni Erickson, Trento, 2005.
- Concato G., *Lo spirito e la maschera*, in AA.VV. "Lo spirito e l'ombra", Moretti e Vitali, Bergamo, 1996.
- Delalande F., *Le condotte musicali*, Clueb Edizioni, Bologna, 1993.
- Dogana F., *Suono e senso*, Franco Angeli Editore, Milano, 1988.
- Ducourneau G., *Elementi di musicoterapia*, Edizioni Cosmopolis, Torino, 2001.
- Franz M.L., *Il femminile nella fiaba*, Edizioni Boringhieri, Torino, 1983.
- Fubini E., *Estetica della musica*, Il Mulino, Bologna, 1995.
- Gaita D., *Il pensiero del cuore*, Bompiani Editore, Milano, 2002.
- Jung C.G., (ed it.), *Psicologia dell'inconscio*, in "Opere", vol. VII, Edizioni Boringhieri, Torino, 1983.
- Jung C.G., (ed it.), *La lotta con l'ombra*, in "Opere", vol. X, tomo II, Edizioni Boringhieri, Torino, 1986.
- Jung C.G., (ed it.), *Mysterium Coniunctionis*, in "Opere", vol. XIV, Edizioni Boringhieri, Torino, 1989.
- Jung E., (ed it.), *Animus e Anima*, Edizioni Boringhieri, Torino, 1992.
- Lecourt E., *La Musicoterapia*, La Cittadella Edizioni, Assisi, 1992.
- Manarolo G., *L'angelo della musica. Musicoterapia e disturbi psichici*, Omega ed., Torino, 1996.
- Mazzarella A., *Alla ricerca di Beatrice*, Edizioni In-out, Milano, 1991.
- Morris D., *La scimmia nuda*, Edizioni Bompiani, Milano, 1968.
- O'Hara J., *Appuntamento a Samarra*, Minimum Fax, Roma, 2005.
- Postacchini P.L., Ricciotti A., Borghesi M., *Musicoterapia*, Carocci ed., Roma, 1997.
- Stern D.N., *Il mondo interpersonale del bambino*, Edizioni Boringhieri, Torino, 1985.
- Widman C., (a cura di), *Il viaggio come metafora dell'esistenza*, Edizioni Scientifiche MaGi, Roma, 1999.

Processi mentali: dalla frammentazione alla ricomposizione*

Anna Maria Gheltrito
Musicista, musicoterapista, Aqui Terme (AL).

Premessa

Con questo titolo iniziavo, una decina di anni fa, le mie ricerche nel campo musicoterapico in ambito psichiatrico. Lavoro infatti in diverse Comunità Terapeutiche i cui ospiti sono psicotici gravi. Man mano che passava il tempo si faceva sempre più vivo, dentro di me, il desiderio di scoprire un canale ancora inesplorato per confrontarmi con l'aspetto psicotico.

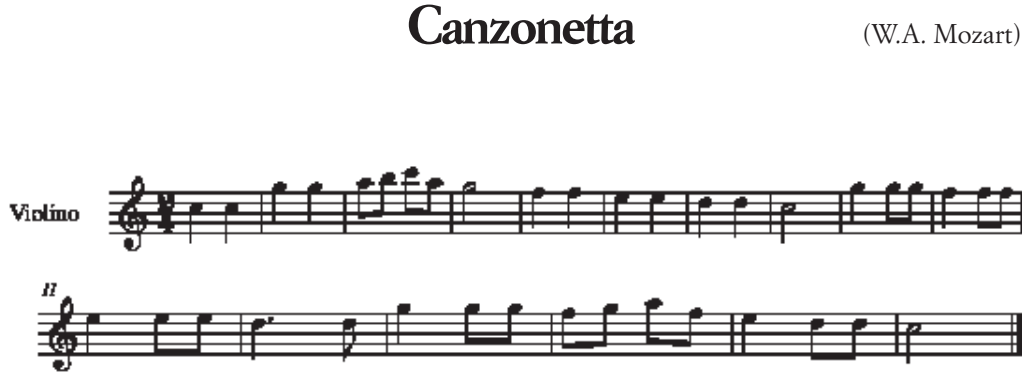
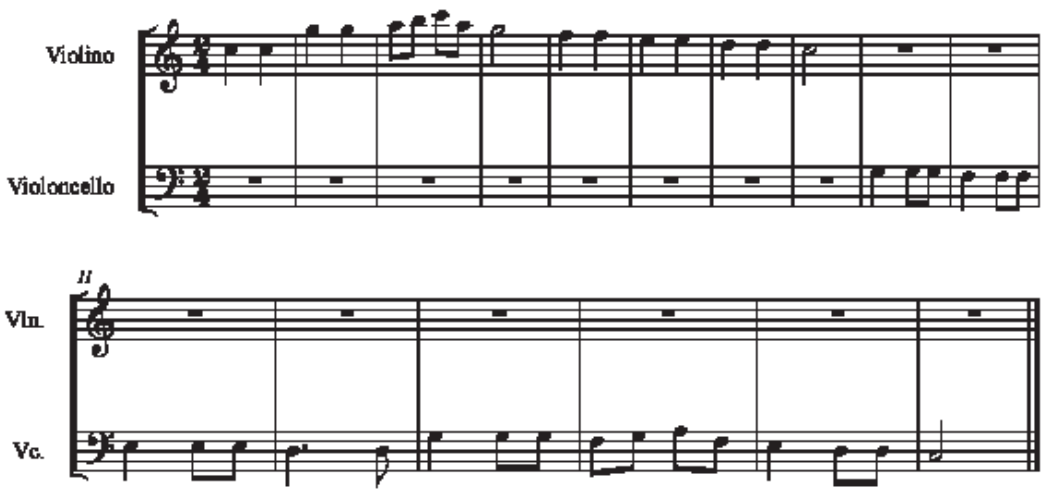
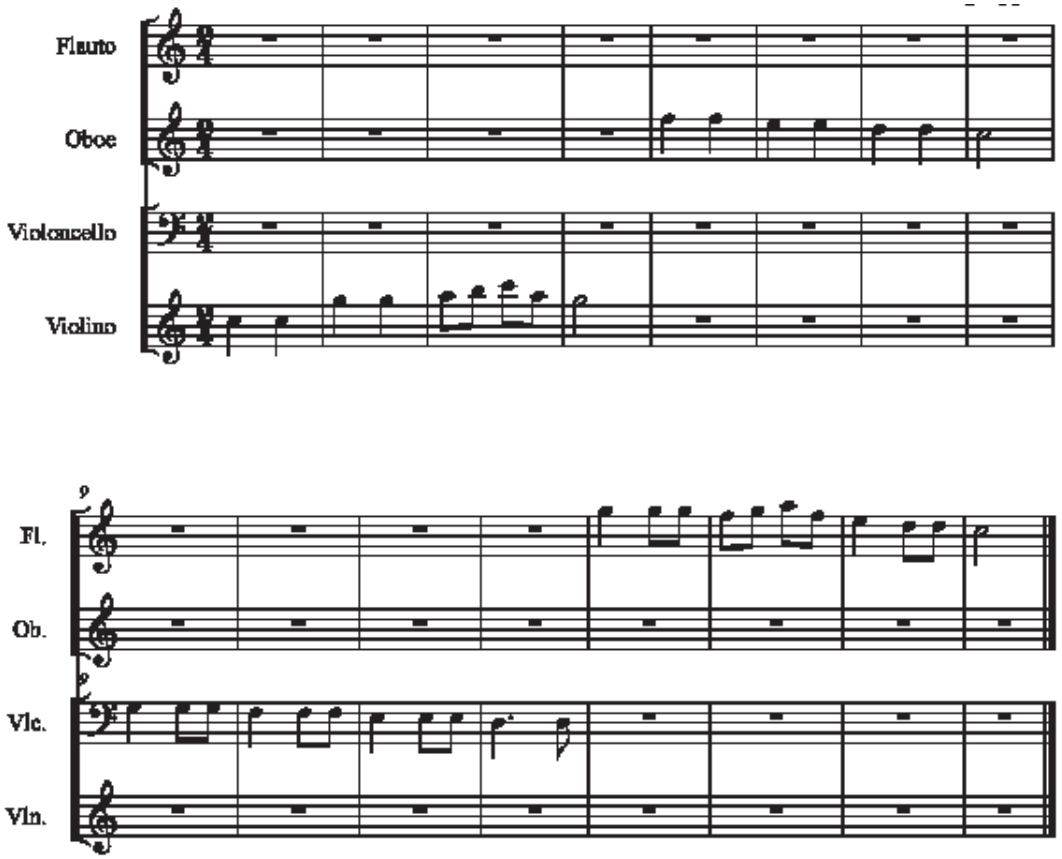
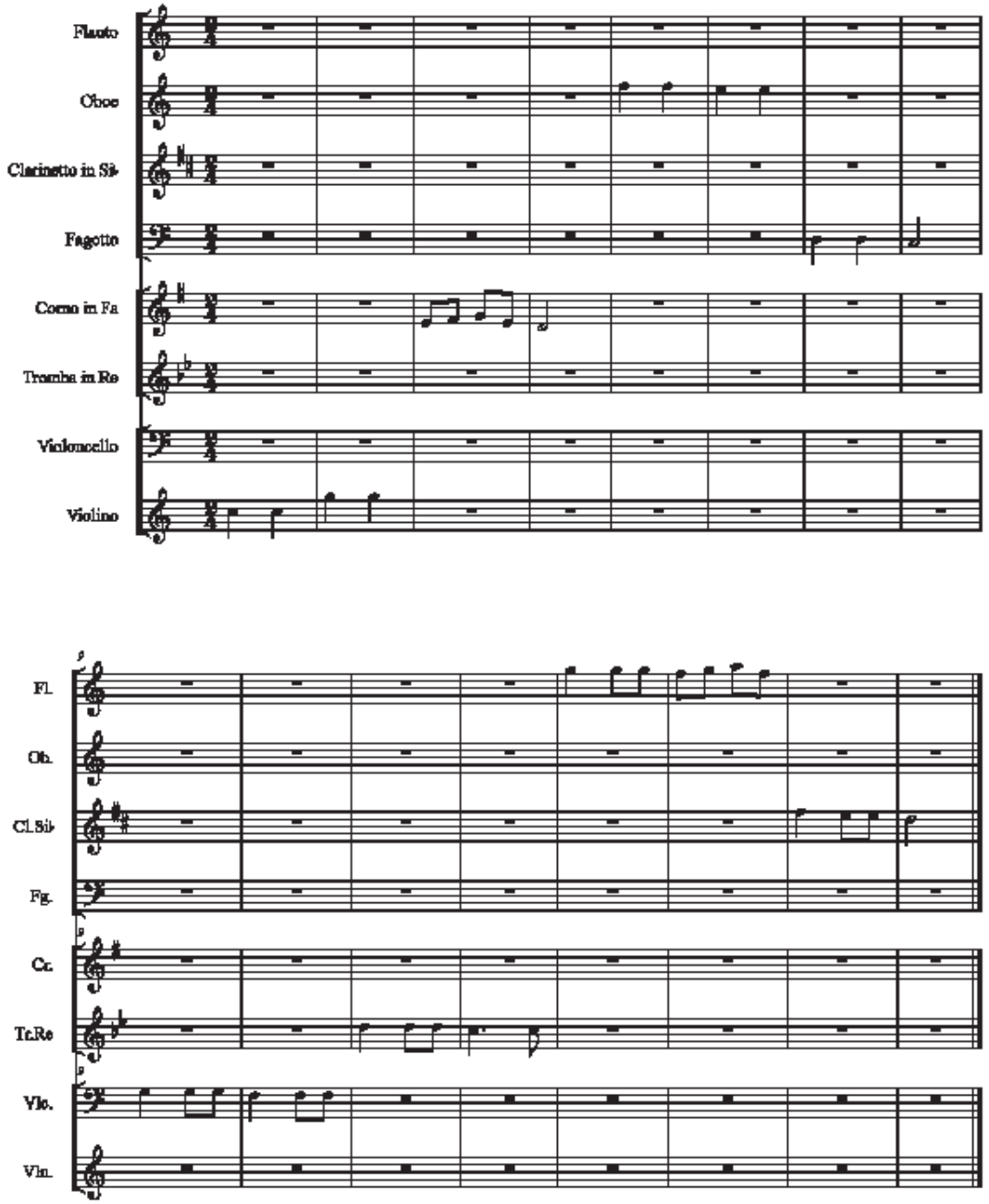
Iniziai così, con i partecipanti al laboratorio di musicoterapia, un lungo lavoro di analisi musicale dove l'attenzione veniva posta sul fraseggio e sulla struttura del brano ascoltato. Ricordo che la metodologia di analisi esposta è utilizzata esclusivamente con soggetti psicotici. Considerando la destrutturazione di questi pazienti, questo lavoro ha l'obiettivo di creare un percorso logico, consequenziale e sintattico, dove la frammentazione e la ricomposizione giocano un ruolo metaforico che conduce ad una sorta di catarsi che favorisce, nel limite del possibile, una riarmonizzazione del paziente. L'obiettivo non è semplice da raggiungere perché i soggetti ospitati nelle strutture sono gravissimi.

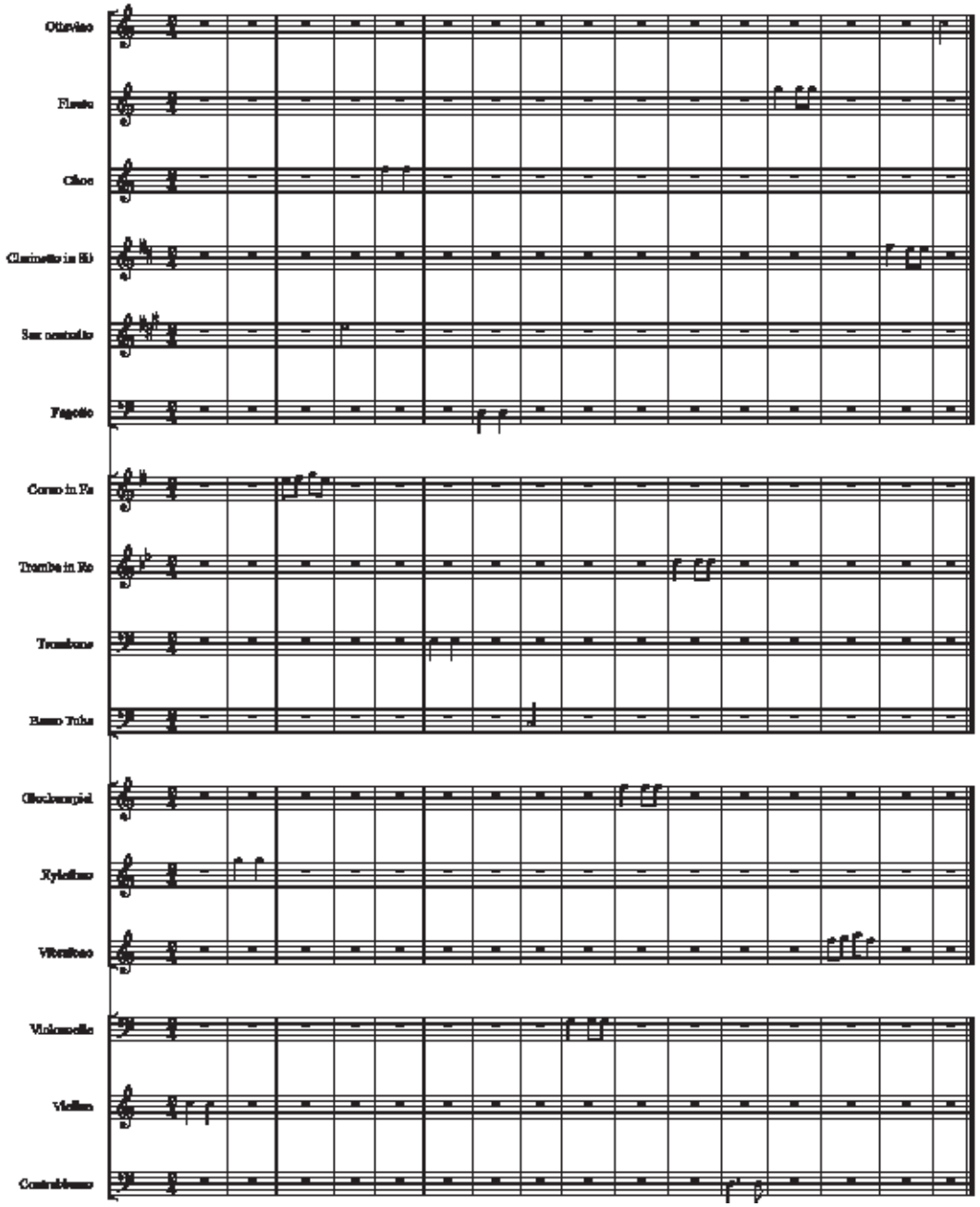
L'analisi

Il primo punto su cui ci siamo soffermati è stato quello di riconoscere la punteggiatura musicale, ho spiegato, infatti, come anche la musica rispetti determinate regole sia grammaticali che sintattiche. Ascoltando attentamente un brano noi possiamo capire tutti i momenti di posa e di sospensione che si possono paragonare alla punteggiatura di un brano letterario, si capiscono chiaramente le linee musicali che hanno una funzione di domanda e quelle che hanno una funzione di risposta e così per le forme musicali ecc.

Il primo brano analizzato è stato l'Inno alla gioia di L. Van Beethoven:

1. Ascolto del brano originale
2. Esecuzione vocale, da parte di tutto il gruppo, della linea melodica
3. Esecuzione strumentale, da parte del musicoterapista, di una versione facilitata della melodia (16 battute) e presa di coscienza della struttura del brano nella sua globalità
4. Prima frammentazione: ascoltando la melodia, sempre eseguita dal musicoterapista, individuare la metà del brano (2 periodo di 8 battute)
5. Seconda frammentazione: seguendo lo stesso metodo individuare la metà della metà (4 frasi di 4 battute)
6. Terza frammentazione: individuare la metà delle frasi (8 semifrasi di 2 battute)
7. Quarta frammentazione: individuare la metà delle frasi (16 incisi di una battuta)

La seconda fase è stata quella di scrivere su pentagramma ciò che è stato analizzato, ora inseriamo un esempio che riguarda un brano di Mozart che è stato il secondo pezzo che abbiamo affrontato:

Prima frammentazione

Seconda frammentazione

Terza frammentazione

Quarta frammentazione

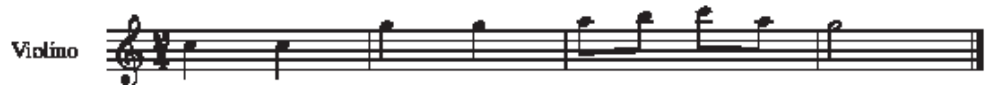


La frammentazione non è stata fatta solo scrivendo i segmenti separati, ma sono stati proprio tagliati concretamente i fogli, quindi l'atto di divisione è stato sottolineato dall'azione e dal risultato pratico. Questo passaggio, nel momento in cui si tratta con un paziente psicotico, assume un significato metaforico molto importante, il paziente, infatti, viene accompagnato, attraverso un percorso pratico, a gestire un concetto astratto. Questo percorso gli facilita la comprensione di concetti ad elevato significato simbolico, quali la musica. Avviene quindi la gestione di una globalità "ordinata", con soggetti che di ordine non ne posseggono, attraverso un percorso di frammentazione. Con pazienti con gravi scissioni dell'io, spesse volte, ogni "frammento" perde il suo significato, sia a livello di singolo che in relazione alla struttura globale. Attraverso un'analisi guidata di questo tipo, si aiuta il paziente a percepire il senso di ciò che si sta ascoltando. Tramite la"metafora" si intraprende un percorso riabilitativo con l'obiettivo di raggiungere una migliore armonizzazione.

Una volta arrivati all'ultima frammentazione si inizierà la ricomposizione e quindi si dovrà riconoscere la funzione di ognuno di essi in relazione al globale per poter ricostruire il brano nella sua integrità.

Prima ricomposizione

Seconda ricomposizione

Terza ricomposizione

Quarta ricomposizione

Quinta ricomposizione

Si continua ad aggiungere una battuta fino al completamento del brano.

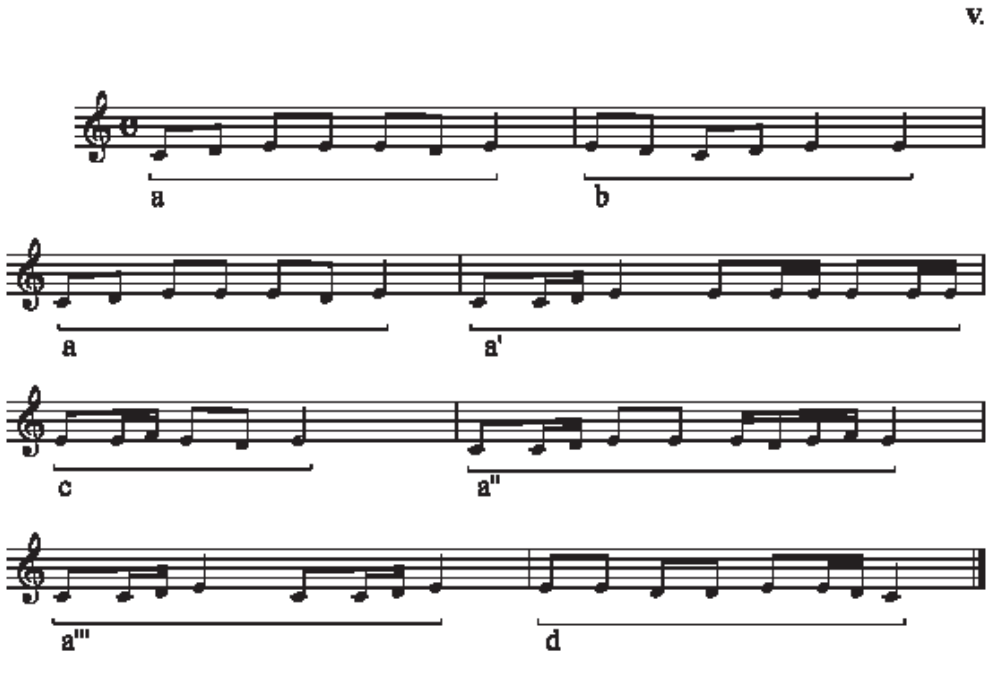
La fase successiva è stata quella di invitare i pazienti a comporre loro stessi una melodia. Il primo ostacolo è stato quello di ottenere, da parte loro, un'attenzione più consapevole di ciò che si stava facendo e su ciò che si voleva fare.

Inizialmente le loro esecuzioni non presentavano una linearità melodica, una logica di registro, una forma. Nessun paziente, tranne uno, riusciva a suonare o a cantare lo stesso frammento per due volte.

Il primo passo è stato quello di sviluppare una maggiore consapevolezza di ciò che si stava facendo e la capacità di eseguire un frammento e memorizzarlo in modo tale da poterlo ripetere.

Un'altra difficoltà incontrata è stata quella di scrivere sul momento le loro composizioni perché eseguivano frasi troppo lunghe da poter memorizzare e scrivere contemporaneamente. Se per un verso è stato un problema per l'altro è stato un momento molto importante sotto l'aspetto riabilitativo, perché ha dato la possibilità di lavorare sulla forma e sul fraseggio. Infatti, dicendo ai pazienti che dovevano pensare ad un periodo musicale lungo quanto volevano, ma diviso da frasi più brevi, in modo tale che mi permettessero di avere il tempo di scrivere, si è potuto lavorare sul fraseggio inserendo una punteggiatura al loro flusso continuo.

Per dare un'ulteriore contenimento ho ristretto molto il campo d'azione dando la possibilità di utilizzare solo tre note, la mossa è risultata vincente infatti, pur rimanendo esecuzioni molto semplici, i brani hanno acquistato un interesse anche a livello ritmico, a dimostrazione che, nel momento in cui i pazienti si muovono in un campo più limitato e strutturato la qualità del contenuto migliora notevolmente.

Un esempio:

Elementi da osservare durante l'analisi dei brani:

- utilizzo dei registri
- ritmo
- melodia
- fraseggio
- funzionalità armonica
- senso

- Utilizzo dei registri

Il paziente utilizza con un certo criterio la gamma dei registri del pianoforte (spesse volte capita che i pazienti suonino senza pensare a ciò che fanno, senza avere un progetto). Compito del musicoterapista è quello di stimolare il paziente ad avere un progetto che man mano potrà sviluppare, arricchire, variare ecc. In presenza di disordine bisognerà restringere ulteriormente il campo fino a quando il paziente riuscirà a muoversi con disinvoltura. Questo gli consentirà di produrre risultati musicali che abbiano un senso, per esempio dare al paziente la possibilità di utilizzare solo tre note.

- Ritmo

L'analisi ritmica deve tenere in considerazione:

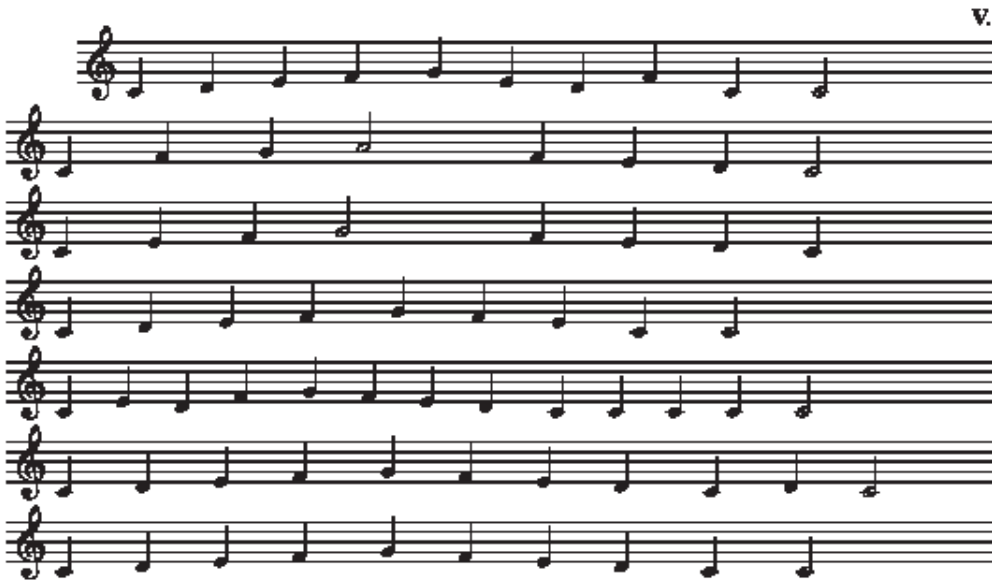
- la prevalenza di ritmi tetici, acefali, anacrusici
- la presenza di ripetizioni
- la presenza di progressioni
- la presenza di stereotipie
- la presenza di staticità
- la presenza di propulsività

- Melodia

L'analisi melodica deve tenere in considerazione:

- se viene rispettata la consegna data
- quale estensione viene utilizzata
- il moto che prevale
- quali salti vengono maggiormente utilizzati
- la varietà della melodia
- la presenza di progressioni
- la presenza di stereotipie
- la linearità melodica
- se esiste una capacità progettuale

Questi indicatori ci possono far capire quanto sia intenzione del paziente mettersi in gioco, quanto abbia voglia di esplorare l'esterno, quanto riesca a soffermarsi su un progetto, quanto riesca a seguire una logica, quanto tutto riesca ad avere un senso.

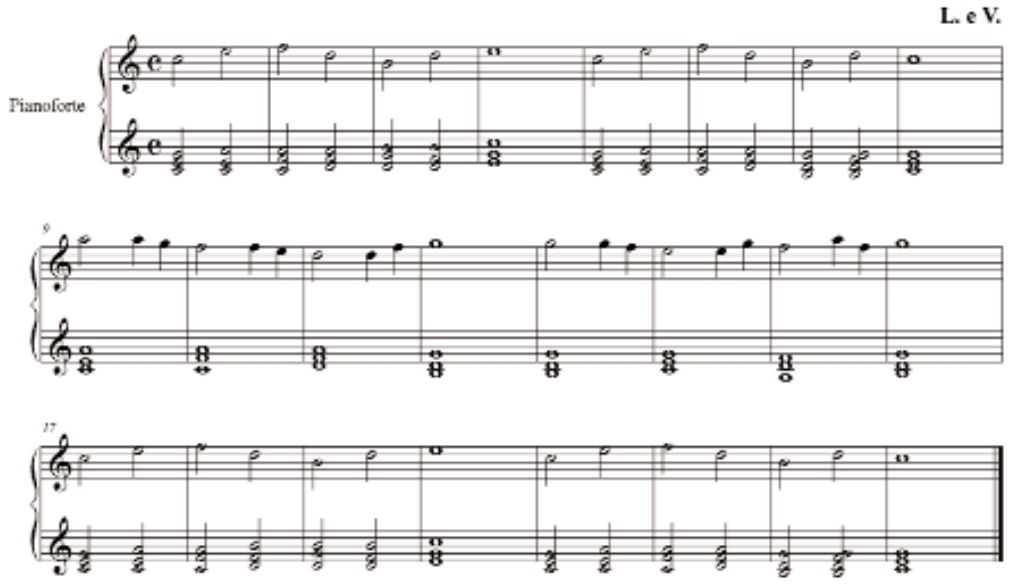
Allargando l'estensione, avendo cioè a disposizione più note, il contenimento si affievolisce ed ecco che la qualità del contenuto diminuisce notevolmente.

Continua...

Come si può vedere dall'esempio il contenuto perde moltissimo di qualità, la prima cosa che si affievolisce è la varietà ritmica, la seconda cosa che risalta è la continua ripetitività della melodia, sembra paradossale, ma più materiale hanno a disposizione più scarso è il risultato.

Bisognava trovare un altro elemento che facesse da contenitore, siamo tornati, così, ad un' analisi più approfondita: abbiamo preso i brani che avevamo frammentato e ricomposto e li abbiamo analizzati in ambito formale. Abbiamo preso in considerazioni brani semplici con strutture prevalentemente ABA, o AABA e abbiamo cercato di comporre melodie che rispettassero le forme analizzate, naturalmente con alcuni pazienti il risultato estetico è stato più soddisfacente in altri meno, ma l'importante è il procedimento strutturale.

Le difficoltà maggiori si sono riscontrate nel comporre la parte B che doveva essere diversa ma con un nesso logico con la parte A.

Riportiamo qui un esempio composto da due pazienti che non dimostravano particolari doti musicali ma che erano dotati di grande intelligenza, questo lavoro è stato svolto tutto a tavolino pensando prima ad una struttura armonica e poi a quella melodica, la verifica al pianoforte si faceva alla fine di ogni semifrase.

Melodia allegra

Con questi due pazienti sono riuscita ad affrontare non solo il concetto di tema, sviluppo e ripresa, ma anche quello di elaborazione e concertazione, infatti la prima fase è stata quella di comporre il brano per pianoforte con la melodia affidata alla mano destra ed una serie di accordi alla mano sinistra. La fase successiva è stata quella di mantenere la melodia alla mano destra, ma dare alla sinistra un accompagnamento più arpeggiato. Sia L. che V. hanno apprezzato questo lavoro così abbiamo continuato a giocare con lo stesso brano adattandolo per pianoforte a quattro mani ed infine trasformandolo in un trio per chitarra, violino e violoncello.

Come si può vedere dall'esempio la melodia è semplice ma gradevole, nelle parti A il culmine della semifrase viene raggiunto una volta sola e più o meno verso la metà della semifrase, nella prima semifrase dello sviluppo abbiamo una linea melodica discendente che poi risale, si vede quindi non solo una struttura armonica funzionale, ma anche una conduzione della melodia equilibrata!

Lo stesso lavoro viene svolto attualmente con pazienti meno dotati su di un piano intellettivo, i risultati a livello musicale sono meno interessanti, ma il nostro obiettivo non è quello di raggiungere un'alta qualità musicale bensì quello di lavorare sulla strutturazione, sull'armonizzazione, sull'integrazione psico-sociale di un paziente.

Conclusioni

Durante il percorso musicoterapico di analisi e composizione i pazienti iniziano un cammino di ascolto, esecuzione e creazione musicale strutturata dove la forma di-

venta il contenitore non solo dell'elemento sonoro ma anche del malessere psicotico. In questo modo il paziente si sente talmente contenuto da poter esprimere al meglio le sue potenzialità.

Sebbene la ricerca sia iniziata nel 2000 e siano già passati dieci anni, il lavoro è ancora in via di evoluzione, i risultati musicali sono sicuramente positivi, ma rimarrebbero fine a se stessi se non si rispecchiassero anche nella quotidianità dei pazienti. Anche se è sempre molto difficile stabilire se i miglioramenti dei pazienti siano da attribuire ad una o altra attività, in molte occasioni gli stessi pazienti mi hanno dimostrato che tutto il lavoro svolto nel laboratorio di musicoterapia ha contribuito al loro miglioramento generale, ma soprattutto al rapporto con la realtà esterna che è sempre un elemento molto destabilizzante per un soggetto psicotico.

* L'articolo fa implicito riferimento ad esperienze applicative svolte nelle seguenti Comunità Terapeutiche:
- "La Conchiglia" (Monastero Bormida, AT)
- "San Rocco" (Grondona, AL)
- "Villa San Giorgio" (Varzi, PV)
- "Sant'Eusebio" (Carezzano, AL)

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- A.A.V.V., *La Nuova Enciclopedia della musica*, Garzanti, Milano, 1983.
- A.A.V.V., *L'Enciclopedia*, Utet, Torino, 2003.
- Anzieu D., *Il gruppo e l'inconscio*, Borla, Roma, 1987.
- Arieti S., *Interpretazione della schizofrenia*, Feltrinelli, Milano, 1963.
- Arieti S., *Manuale di psichiatria*, Bollati Boringhieri, Torino, 1970.
- Avanzini G., *La musica come strumento di Diagnosi, Mente & Cervello*, n. 1, 2003.
- Azzaroni L., *Canone infinito, lineamenti di teoria della musica*, Clueb ed., Bologna, 1997.
- Bellomi F., *Improvvisare per capire*, Borla, Roma, 1984.
- Benenzon R., *Manuale di musicoterapia*, Borla editore, Roma, 1996.
- Bent I., Drabkin W., *Analisi musicale*, edizione italiane a cura di C. Annibali, E.D.T., Torino, 1990.
- Bertolini M. (1984), *La formazione del Sé come elemento di separazione tra soma e mente*, in "La nascita psicologica e le sue premesse neurobiologiche", Yes Mercury, Roma, pp. 183-195.
- Bion W.R. (1967), *Analisi degli schizofrenici e metodo psicoanalitico*, Armando ed., Roma, 1970.
- Bion W.R. (1961), *Esperienze nei gruppi*, Armando ed., Roma, 1971.
- Bion W.R. (1962), *Apprendere dall'esperienza*, Armando ed., Roma, 1972.
- Bion W.R. (1965), *Trasformazioni*, Armando ed., Roma, 1973.
- Bion W.R. (1970), *Attenzione e interpretazione*, Armando ed., Roma, 1973.
- Blacking J. (1973), *Come è musicale l'uomo?*, Ricordi-Unicopli ed., Milano, 1986.
- Bleuler E., (1911-1960), *Trattato di psichiatria,* Feltrinelli, Milano, 1967.
- Bolognini S., *Empatia ed empatismo*, Relazione letta al Centro psicoanalitico di Bologna, aprile 1995.
- Bolognini S., *L'empatia psicoanalitica*, Bollati Boringhieri ed., Torino, 2002.
- Bonaminio V., Carratelli T.J., *Il bambino borderline psicotico*, Neuropsich. Ml., 145, 427, 1973.
- Borghesi M., Postacchini P.L., Ricciotti A., *Valutare i risultati in musicoterapia*, in "Musica Domani", Ricordi ed., Milano, pp. 11-13.
- Borghesi M., Ricciotti A., *Il setting in musicoterapia*, "Musica et Terapia", n. 4, ed. Cosmopolis, Torino, 2001.
- Borghesi M., Strobino E., *Musicoterapia a scuola*, "Musica et Terapia", n. 6, ed. Cosmopolis, Torino, 2002.

- Braunschweig D., Fain M., *I ritmi della vita mentale*, Borla ed., Roma, 1983.
- Bruscia K.E. (1989), *Definire la musicoterapia*, Gli archetti Ismez, Roma, 1993.
- Bruscia K.E. (1987), *Modelli di improvvisazione in musicoterapia*, trad. it., Ismez, Roma, 2001.
- Buccino G., Gallese V., *Il segreto dell'empatia è nei neuroni specchio*, Darwind, n. 8, 2005.
- Bunt L., *Musicoterapia. Un'arte oltre le parole*, Kappa, Roma, 1994.
- Camerini G.B., Postacchini P.L., *Il concetto di patologia borderline in età evolutiva*, Rassegna critica di alcuni recenti contributi, Neuropsich. Inf., 246, 113, 1983.
- Caterina R., Ricci Bitti P., *L'Artiterapie e regolazione delle emozioni*, in P.E. Ricci Bitti (a cura di), "Relazione delle emozioni e arti-terapie", Carocci ed., Roma, 1988.
- Chowing N., *Le strutture della sintassi*, Laterza, Bari, 1970.
- Ciccone A., Lhopital M. (1991), *La nascita alla vita psichica*, Borla ed., Roma, 1994.
- Collisani A., *Musica e simboli*, Sellerio, Palermo, 1989.
- Combarieu J. (1982), *La musica e la magia*, Mondatori ed., Milano, 1982.
- Conforto C., Pezzoni F., *Simbolo e Schizofrenia*, in "Il giudice Schreber e altre storie", Conforto C., (a cura di) Piccin, Padova, 1989.
- Critchley M., Henson R.A., *La musica e il cervello*, Piccin, Padova, 1987.
- Dalcroze E.J., *Ritmo, musica, educazione*, Hoepli, Milano, 1919.
- De Natale M., *L'analisi musicale: modello o occasione? Saggio su R. Schumann*, Morano Editore, Napoli, 1981.
- De Natale M., *Strutture e forme della musica come processi simbolici, Lineamenti di una teoria analitica*, Morano Editore, Napoli, 1978.
- De Natale M., *L'armonia classica e le sue funzioni compositive*, I e II, Ricordi, Milano, 1986/88.
- De Natale M., *Analisi musicale*, Ricordi, Milano, 1991.
- Di Francesco M., *L'io e i suoi Sé. Identità personale e scienza della mente*, Raffaello Cortina ed., Milano, 1998.
- Dogana F., *Suono e senso*, Angeli, Milano, 1983.
- Edelman G.M., *Sulla materia della mente*, Adelphi, Milano, 1993.
- Fraisse P. (1974), *Psicologia del ritmo*, Armando ed., Roma, 1979.
- Gaita D., *Il pensiero del cuore: musica, simbolo, inconsci*, Bompiani, Milano, 1991.
- Galimberti U., *Dizionario di psicologia*, Utet, Torioi, 1992.

- Galimberti U., *Il corpo, Feltrinelli*, Milano, 1997.
- Galimberti U., *Enciclopedia di psicologia*, Garzanti, Torino, 2003.
- Gheltrito A.M., *Criteri predittivi in musicoterapia*, Atti del convegno "La comunità e i suoi tempi", Monastero Bormida, 2001.
- Gheltrito A.M., *Una volta c'era un re*, Abaco Intersound Net Records, 2002.
- Gheltrito A.M., *Musica e Matematica: valutare la difficoltà attraverso esperienze musicali*, in P.B. Longo, A. Davoli, P. Sandri (a cura di), Atti del Convegno Nazionale n 11-12 "Osservare, valutare, orientare gli alunni in difficoltà", Pitagora Editrice, Bologna, 2003.
- Gheltrito A.M., *I linguaggi del suono, della musica e del movimento,* in "Difficoltà di apprendimento 9/4", ed. Erickson, Trento, 2004.
- Gheltrito A.M., *Alunni, insegnanti, matematica. Progettare, animare, integrare*, in "Matematica & Difficoltà 13", Atti del Convegno Nazionale n. 14 "Percorso pedagogico musicale per lo sviluppo dei prerequisiti logico matematici nei bambini dai 3 ai 10 anni", ed. Pitagora, Bologna, 2005.
- Gheltrito A.M., *Il ritmo nelle parole, le parole nel ritmo. Laboratorio musicale per l'integrazione*, in "Difficoltà di apprendimento 10/4", ed. Erickson, Trento, 2005.
- Gheltrito A.M., *La composizione in musicoterapia*, in "Manuale di Musicoterapia", ed. Cosmopolis, Torino, 2006. Già pubblicato in "Musica et Terapia", ed. Cosmopolis, Torino, 2006.
- Gheltrito A.M., *I nodi del linguaggio: sintonizzazione ed armonizzazione*, in R. Imperiale, B. Piochi, P. Sandri (a cura di), Atti del Convegno Nazionale n 15, "Matematica e difficoltà: i nodi dei linguaggi", Pitagora Editrice, Bologna, 2007.
- Gheltrito A.M., *Esperienze di Musicoterapia in comunità terapeutiche*, Musica Practica, Torino, 2009.
- Gilberti F., *Diagnosi e Schizofrenia*, in "Il giudice Schreber e altre storie", Conforto C., (a cura di) Piccin, Padova, 1989.
- Gilberti F., Rossi R., *Manuale di psichiatria*, Piccin & Vallardi, Padova, 1996.
- Giordano E., *Fare arteterapia*, Cosmopolis, Torino, 1999.
- Gombrich E.H., *Freud e la psicologia dell'arte*, Einaudi, Torino, 1967.
- Goleman D., *Intelligenza emotiva*, Rizzoli, Milano, 1997.
- Green A.M., *L'ifluenza dello spazio sulla ricezione musicale*, in "Enciclopedia della musica", vol. V, Einaudi, Torino, 2005.
- Hall E.T., *La dimensione nascosta*, Bompiani, Milano, 1968.
- Heidegger M., *Il concetto di tempo*, Adelphi, Milano, 2001.
- Hume C., Pullen I., *La riabilitazione dei pazienti psichiatrici*, Cortina, Milano, 1994.

- Iacoboni M., *I neuroni specchio, come capiamo ciò che fanno gli altri*, Bollati Boringhieri, Torino, 2008.
- Imberty M., *L'acquisition des structures tonales dell'enfant*, Kleinksieck, Paris, 1969.
- Imberty M., *Entendre la musique*, Dumond Bordas ed., Paris, 1979.
- Imberty M., (1979), *Suoni emozioni significati. Per una semantica psicologica della musica*, Clueb ed., Bologna, 1986.
- Imberty M., (1981), *Le scritture del tempo. Semantica psicologica della musica*, Ricordi Unicopli, Milano, 1990.
- Kernberg O. (1980), *Mondo interno e realtà esterna*, Bollati Boringhieri ed., Torino, 1985.
- Kernberg O. (1984), *Disturbi gravi della personalità*, Bollati Borringhieri ed., Torino, 1987.
- Klein M. (1946), *Note su alcuni meccanismi schizoidi*, in "Scritti 1921-1958", Bollati Borighieri ed., Torino, 1978.
- Lacque Labarthe P. (1979), *La melodia Ossessiva*, Feltrinelli, Milano, 1980.
- Langer S.K., (1941), *Filosofia in una nuova chiave. Linguaggio, mito, rito e arte*, Armando ed., Roma, 1972.
- Langer S.K., (1953), *Sentimento e forma*, Feltrinelli, Milano, 1975.
- Laplanche J., Pontalis J.B., (1967), *Enciclopedia della psicoanalisi*, vol. I e II, Latenza ed., Bari, 1973.
- Lecourt E., *La pratique de la musicothérapie*, E.S.F. ed., Paris, 1997.
- Lecourt E., *La musicoterapia*, Cittadella, Assisi, 1992.
- Lecourt E., (1993), *Analisi di gruppo e musicoterapia*, Cittadella editrice, Assisi, 1996.
- Lecourt E., (1994), *L'experience Musical, résonances Psychoanalytique*, l'Hermattan, Paris.
- Lerdahl F., Jackendoff A., *A generative theory of tonal music*, M.I.T. Press, Cambridge, 1983.
- Liberman R.P., (1992), *La riabilitazione psichiatrica*, Raffaello Cortina ed., Milano, 1997.
- Lorenzetti L.M., *La psicologia della musica per lo sviluppo della persona*, Clueb ed., Bologna, 1985.
- Lorenzetti L.M., *Dalla educazione musicale alla musicoterapia*, Zanibon, Padova, 1989.
- Manarolo G., Del Puente G., Pistarino P., Vecchiato C., *Ascolto musicale e musicoterapia*, in "Musica & Terapia", vol. II, n. 1, Ugo Boccassi ed., Alessandria, 1994.

- Manarolo G., Garcia M.E., *Il laboratorio di ascolto*, in P.L. Postacchini (a cura di) "Emozioni e musicoterapia", op. cit. Quaderni di musica applicata, Assisi, 2000.
- Manarolo G., *L'angelo della musica*, Omega, Genova, 1996.
- Manarolo G., *Manuale di musicoterapia. Teoria, Metodo e Applicazioni della Musicoterapia*, ed. Cosmopolis, Torino, 2006.
- Marconi L., *Musica espressione emozione*, Clueb ed., Bologna, 2001.
- Meyer L.B. (1956), *Emozione e significato della musica*, Il Mulino, Bologna, 1984.
- Montinari G., *Il buco nella rete. Le strategie impossibili della terapia comunitaria*, ECIG, Genova, 1990.
- Montinari G., *L'agnello e la scure*, Franco Angeli, Milano, 1998.
- Montinari G., *La malattia istituzionale dei gruppi di lavoro psichiatrici*, Franco Angeli, Milano, 1999.
- Montinari G., *Psicoterapia al limite*, Franco Angeli, Milano, 2001.
- Montinari G., *Psichiatria ad assetto variabile, Le determinanti strutturali della riabilitazione*, Franco Angeli, Milano, 2005.
- Nielsen R., *Le forme musicali*, Bongiovanni editore, Bologna, 1961.
- Nietzsche F., *La nascita della tragedia*, Adelphi, Milano, 1979.
- Nietzsche F., *Scritti su Wagner*, Adelphi, Milano, 1979.
- Ping-nie Pao, *Disturbi schizofrenici, Teoria e trattamento da un punto di vista psicodinamico*, Raffaello Cortina Editore, 1979.
- Piston W., *Armonia*, edizione italiana riveduta ed ampliata da M. Devoto, E.D.T., Torino, 1989.
- Postacchini P.L., *Integrazione neuropsicologica dei dati percettivo-sonoro*, Acta Phoniatrica Latina, 1,3,1979.
- Postacchini P.L., Ruggerini C., *Un approccio strutturale al problema dell'handicap*, in M. Piatti (a cura di) "Disturbi del linguaggio e musica", Quaderni di musica applicata n. 8, P.C.C. ed., Assisi, 1984, pp. 23-40.
- Postacchini P.L., *La psicologia della musica per la terapia*, Clueb ed., Bologna, 1985a.
- Postacchini P.L., *La patologia borderline ed i disturbi di apprendimento*, Prospettive in psicologia, 1,2,6,1985b.
- Postacchini P.L., *Comportamento psicotico e disturbi dell'apprendimento. Evoluzione di un caso seguito in psicoterapia*, Atti XIX Cong. Naz. Soc. Psicoterapia Medica: "La relazione psicoterapica nelle psicosi", Bologna, 1985.
- Postacchini P.L., Borghesi M., Flucher B., Guida L., Mancini M., Nocentini P.,

Rubin L., Santoni S., *Ricerche sulle sinestesie in un caso di grave regressione infantile seguito con la musicoterapia*, in P.L. Postacchini, M. Piatti (a cura di), Quaderni di musica applicata, "Musicoterapia: Metodi, Tecniche, Formazione in Italia e in Europa", P.C.C. ed., Assisi, 1991, 67-77.

- Postacchini P.L., *Patologie delle condotte motorie e Arteterapia*, in "Psiche-corpo, suono-movimento, musica-danza", Quaderni di musica applicata, 9, P.C.C. ed., Assisi, 1987.
- Postacchini P.L., *La musicoterapia tra espressione e regolazione delle emozioni*, in P.E. Ricci Bitti (a cura di) "Regolazione delle emozioni e artiterapie", Carrocci ed., Roma, 1988.
- Postacchini P.L., *Percorsi dell'integrazione*, in "Musica e scuola", Bologna, 1989, 14, 19-23.
- Postacchini P.L., *Armonizzare l'handicap*, in Piatti M. (a cura di), "Handicap e musica: educazione e terapia", Quaderni di Musica Applicata n. 16, P.C.C. ed., Assisi, 1994, pp. 30-46.
- Postacchini P.L., *La musicoterapia tra espressione e regolazione delle emozioni*, in Ricci Bitti (a cura di), "Le artiterapie tra espressione e regolazione delle emozioni", La Nuova Italia, Firenze, 1995.
- Postacchini P.L., Uguzzoni U., *I modelli della mente*, in "Quaderni di Psicoterapia Infantile 2, n. 32, Borla ed., Roma, 1996, pp. 11-23.
- Postacchini P.L., Ricciotti A., Borghesi M., *Musicoterapia*, Carocci ed., Roma, 2001; già pubblicato come: *Lineamenti di musicoterapia*, Carocci ed., Roma, 1997.
- Postacchini P.L., *Rappresentazione degli affetti e forme musicali*, in P.L. Postacchini (a cura di) "Emozioni e musicoterapia", Quaderni di Musica Applicata, P.C.C. ed., Assisi, 2000b.
- Postacchini P.L., *Musica, emozioni e teoria dell'attaccamento*, in "Musica et Terapia, n. 3, ed. Cosmopolis, Torino, 2001.
- Postacchini P.L., *Musicoterapia e tossicodipendenza*, in "Musica et Terapia", n. 4, ed. Cosmopolis, Torino, 2001.
- Postacchini P.L., *Evoluzione del concetto di Riabilitazione in Musicoterapia*, "Musica et Terapia", n. 5, ed. Cosmopolis, Torino, 2002.
- Postacchini P.L., *In viaggio attraverso la musicoterapia, scritti di musicoterapia*, ed. Cosmopolis, Torino, 2006.
- Scardonelli M., *Il dialogo sonoro*, Cappelli, Bologna, 1992.
- Stefani G., *Musica con coscienza*, Paoline, Cinisello Balsamo, 1989.
- Stefani G., (1987), *Il segno della musica*, Sellerio, Palermo.
- Stefani G., Marconi L., Ferrari F., *Gli intervalli musicali*, Strumenti Bompiani, Milano, 1990.
- Stefani G., Marconi L., *La melodia*, Strumenti Bompiani, Milano, 1992.

Musicoterapia e riabilitazione cognitiva nella schizofrenia: uno studio controllato*

Paolo Alberto Caneva
Musicoterapeuta, Musicista, Conservatorio di Musica di Verona.

Enrico Ceccato
Psicologo, Psicoterapeuta, Dipartimento di Salute Mentale, ULSS 5, Montecchio Maggiore (VI).

Dario Lamonaca
Psichiatra, Dipartimento di Psichiatria, ULSS 21, Legnago (VR).

Introduzione

I deficit cognitivi nella patologia schizofrenica sono oggetto di attenzione e di ricerca da molto tempo, già Krepelin aveva riscontrato una riduzione dell'efficienza mentale di questi pazienti (Ey, Bernard & Brisset, 1995).

Nonostante ciò nello studio della patologia schizofrenica, sia nei suoi aspetti eziopatogenetici che clinico-terapeutici, alle disfunzioni cognitive è stato riservato un ruolo solamente secondario. Le alterazioni cognitive, infatti, sono state ritenute per molto tempo solamente aspetti secondari legati per lo più agli effetti dell'istituzionalizzazione o alla riduzione della motivazione nei pazienti schizofrenici. È ormai accertato che le disfunzioni cognitive sono, invece, una caratteristica primaria della malattia e, per alcuni autori, hanno assunto il significato di caratteristica centrale e primitiva del disturbo (Harvey, 1997).

Sembra essere accertato, inoltre, che tali deficit sono indipendenti dal decorso dei fenomeni psicopatologici: sia studi trasversali che studi longitudinali sembrano dimostrare che diverse alterazioni persistono durante tutto il corso della malattia a prescindere dalle fasi di remissione o di esacerbazione dei sintomi clinici nel corso del disturbo (ibid., Aleman, Hijman, De Haan & Kahn, 1999).

Sembra, ancora, che i soggetti che sviluppano la schizofrenia mostrino precocemente segni di deficit cognitivo, segni che rimangono comunque lievi (alcune difficoltà nella lettura e nello svolgere compiti relativi alla matematica) fino alla comparsa del primo episodio di malattia, momento in cui si verifica una caduta marcata nelle prestazioni cognitive. Nella maggior parte dei pazienti, queste prestazioni deficitarie persistono senza progressivi peggioramenti fino a tarda età (Hoff et al., 1999).

Le disfunzioni cognitive connesse alla schizofrenia riguardano molteplici aspetti dell'attività mentale. Le principali alterazioni si riscontrano comunque nell'attenzione, nella memoria e nelle funzioni esecutive (Rund & Borg, 1999; Tamlyn et al., 1992). L'attenzione nelle sue componenti quali la vigilanza, l'attenzione sostenuta, l'attenzione selettiva e la discriminazione visiva; la memoria in componenti quali il richiamo a breve termine ed il richiamo verbale; le funzioni esecutive nell'abilità di pia-

nificare, organizzare ed eseguire le azioni, nel modulare il livello di attività, nell'integrare il comportamento, nell'automonitoraggio e nel riconoscimento degli errori.

L'esito della malattia è altamente correlato ai deficit nelle funzioni appena indicate, nel senso che la presenza di tali disfunzioni sembra essere predittiva di un esito, a lungo termine, sfavorevole (Green & Nuechterlein, 1999).

Numerose ricerche indicano come, in pazienti con diagnosi di schizofrenia, la compromissione delle funzioni cognitive si associa ad un peggiore outcome funzionale (Green, 1996; Silverstein, Shenkel, Valone & Nuernberger, 1998; Green, Kern, Braff & Mintz, 2000) e come vi sia una notevole correlazione tra deficit cognitivi e numerose variabili del funzionamento sociale (Addington, Mcleary & Munroe-Blum, 1998; Addington & Addington, 2000; Liddle, 2000; Bell & Bryson, 2001).

Sembra inoltre accertato che le alterazioni cognitive nella schizofrenia, in genere, non subiscono processi di carattere degenerativo durante l'evoluzione della patologia (Rund, 1998),

L'entità di tali deficit può naturalmente variare da soggetto a soggetto ma in generale la gravità del danno di ogni funzione si distribuisce come nella tabella 1.

Tabella 1 - Livello di compromissione delle funzioni cognitive in pazienti affetti da schizofrenia.

Gravità di compromissione delle funzioni cognitive nei pazienti schizofrenici		
LIVELLO DI COMPROMISSIONE		
LIEVE	**MODERATO**	**GRAVE**
- Capacità percettive	- Distraibilità	- Apprendimento di serie
- Memoria a lungo termine	- Riconoscimento differito	- Funzioni esecutive
- Confronto di parole	- Capacità visuo - motorie	- Vigilanza
	- Ampiezza della memoria immediata (sensoriale)	- Velocità motoria
	- Memoria di lavoro	- Fluenza verbale
Il livello di compromissione è indicato dal numero di deviazioni standard (DS) al di sotto della media dei soggetti normali: - lieve = 0,5 DS - moderato = 1-2 DS - grave = 2-5 DS Tratto da ***Harvey***, 1997.		

Come evidenziato da Silverman (2003) nella letteratura in ambito musicoterapico si ritrovano molti studi che riguardano l'applicazione della musicoterapia in pazienti con schizofrenia o psicosi in genere. La maggior parte di questi studi però sono di tipo qualitativo e, nella visione dell'autore, di conseguenza, difficilmente generalizzabili per popolazioni di pazienti che soffrono del medesimo disturbo. Alcuni studi di

tipo quantitativo invece, sebbene siano ancora poco numerosi e presentino numerose difficoltà dal punto di vista metodologico, come ha ben evidenziato David Aldridge (1993), riportano l'evidenza che, in aggiunta alle cure tradizionali, la musicoterapia possa migliorare il livello di benessere globale, lo stato mentale ed il livello di funzionamento sociale dei pazienti schizofrenici nel breve e medio periodo (Gold, Hendal, Dahle & Wigram, 2005).

A parte il lavoro di Glickson e Cohen (2000) che hanno recentemente condotto uno studio interessante per verificare se l'ascolto di alcune melodie, e non di un particolare intervento terapeutico di natura musicale, potesse influire sul livello di "arousal" al fine di migliorare le prestazioni attentive in pazienti schizofrenici, non ci sembrano esserci altri studi o particolare tecniche o metodi che si occupano di questo particolare campo.

Dal nostro punto di vista l'utilizzo della musica sembra comunque essere una via privilegiata al fine di ottenere dei risultati in ambito riabilitativo-terapeutico (Tang, Yao & Zheng, 1994; Pavlicevic, Trevarthen & Duncan, 1994; Verucci, Fedeli, Giordanella Perilli & Spalletta, 1998; Glickson & Cohen, 2000; Hayashi el al., 2002) in quanto, da un lato, si pone come mezzo attraverso cui attivare e stimolare numerose funzioni a livello cognitivo e motorio, mentre dall'altro, può essere proposta e fruita accentuando quell'aspetto di ludicità e piacere che può favorire l'attuazione e la realizzazione di programmi riabilitativi.

Obiettivo

La ricerca è stata costruita per valutare i possibili effetti di un particolare tipo d'intervento musicoterapeutico (il protocollo STAM) su delle specifiche componenti dell'attenzione e della memoria.

Lo STAM è un protocollo costituito da una serie progressiva di proposte sonoro/musicali create e successivamente riversate su CD che diventano lo strumento per proporre una sequenza di esercizi "step by step", finalizzati appunto a stimolare e verificare l'attenzione e la memoria.

Il focus relativo all'attenzione riguarda l'attenzione selettiva intesa come capacità di selezionare fonti di stimolazione esterna o interna alla presenza di informazioni in competizione e quindi la capacità di concentrarsi su ciò che interessa e di elaborare in modo privilegiato le informazioni rilevanti per gli scopi perseguiti (Stablum, 2002); l'attenzione sostenuta intesa come capacità di mantenere l'attenzione su un evento per periodi di tempo prolungati; l'attenzione alternata intesa come flessibilità mentale di spostarsi da un compito ad un altro. Per quanto riguarda la memoria si è presa in considerazione la memoria a breve termine considerata come memoria di lavoro in quanto deputata alla manipolazione non meno che alla conservazione dell'informazione (Baddeley, 1992). È stato inoltre valutato come il possibile miglioramento nelle stesse possa essere esteso alla vita quotidiana dei pazienti, in particolare al loro funzionamento sociale. A tal fine è stato utilizzato uno strumento di valutazione della disabilità sociale dei pazienti schizofrenici, la Life Skills Profile (LSP) (Rosen et al., 1989).

Lo STAM si basa, per quanto riguarda l'attenzione, sul modello gerarchico proposto da Posner e Rafal (1987) e relativamente alla memoria sul modello di memoria di lavoro proposto da Baddeley (1992).

L'intervento si può collocare all'interno di un sentiero che tenterebbe di fornire alla disciplina "musicoterapia" dei dati il più "oggettivi" possibile su cui poggiare le proprie speculazioni. L'aspirazione non è certo quella di rispondere in maniera esauriente a tale intenzione, quanto quella di intraprendere la strada della ricerca e della sperimentazione, di qualsiasi tipo essa sia, all'interno di una disciplina che ha raggiunto un livello tale di maturità per il quale risulta difficile spiegare la mancanza di lavori che cerchino di valutare l'operato e l'efficacia della stessa in maniera "meno soggettiva" e aneddottica (Ricci Bitti, 2001).

A fianco di numerose descrizioni ed analisi di casi clinici peraltro utilissime, proposte dagli Autori sulla base dei loro orientamenti teorici, è da ritenere e da augurarsi che con l'andare del tempo gli interventi, che si proporranno una verifica sperimentale dei risultati che riescono ad ottenere, avranno un notevole incremento, questo a fronte di una sempre maggiore esigenza di verifica clinica e di confronto scientifico.

Dal nostro punto di vista rimangono ancora quesiti cui rispondere e che riguardano soprattutto il che cosa si faccia realmente negli interventi di musicoterapia, se si raggiungano dei risultati, quali siano i motivi per i quali si raggiungono e attraverso quali processi.

L'intervento si pone quindi come studio pilota per la verifica delle potenzialità riabilitative del particolare protocollo proposto.

Campione

Il campione è stato selezionato tra i soggetti che frequentano il Centro Diurno "Il Tulipano" di Legnago (VR) che volontariamente hanno scelto di partecipare all'intervento. Sono tutti pazienti che soffrono di schizofrenia in accordo con i criteri diagnostici del DSM IV (APA, 2000).

I partecipanti (13 uomini e 3 donne) sono stati divisi in modo da formare due gruppi il più "omogenei" possibile considerando come criteri di omogeneità il fatto che i gruppi abbiano avuto lo stesso numero di partecipanti (almeno in partenza, l'abbandono dell'intervento da parte di alcune persone o l'assenza in singole sedute è stato fin dall'inizio considerato fisiologico ed è stato valutato in fase di elaborazione dei dati) e che gli stessi siano stati divisi in maniera che in entrambi i gruppi fossero presenti simmetricamente pazienti con storie cliniche accomunabili. A tal fine si sono utilizzati la portata del deficit cognitivo, l'età (media = 34,17; DS = 10,29 anni), il sesso e la scolarizzazione del soggetto come criteri di scelta.

Non sono state invece utilizzate variabili di tipo sociale (tipologia famiglia, stato civile, etc.).

Metodo

La ricerca è stata condotta in modo sperimentale e su gruppi. I 16 pazienti sono stati divisi in due gruppi di 8: uno sperimentale, che ha partecipato all'intervento specificatamente progettato, lo STAM; ed uno di controllo, che ha partecipato a sedute di musicoterapia attiva di tipo improvvisativo.

La scelta di far partecipare comunque i pazienti del gruppo di controllo ad una

attività di tipo musicoterapico è derivata da una riflessione di tipo etico. Il nostro mandato presso il centro rimaneva comunque di tipo "clinico" e non specificatamente rivolto alla ricerca. Si è quindi ritenuto opportuno far provare un'esperienza musicoterapica anche ai pazienti del gruppo di controllo. La scelta di un approccio improvvisativo è in linea con la formazione del musicoterapeuta.

Per lo svolgimento della ricerca si sono ipotizzati dei criteri di equivalenza in modo tale da ridurre, per quanto possibile, eventuali fattori aspecifici di cambiamento. Si sono effettuati per entrambi i gruppi 16 incontri a cadenza settimanale della durata di 55 minuti. Gli interventi sul gruppo di controllo e su quello sperimentale sono avvenuti nella medesima stanza, l'uno successivamente all'altro e con la conduzione del medesimo musicoterapeuta. Vista la condizione di prossimità temporale, alternativamente una settimana iniziava il gruppo di controllo e la successiva il gruppo sperimentale. Ad entrambi i gruppi hanno inoltre partecipato gli autori del protocollo, due operatori del Centro Diurno.

Sono stati somministrati prima e dopo l'intervento la Wechsler Memory Scale (WMS; Wechsler, 1963) ed il Paced Auditory Serial Addition Test (PASAT; Gronwall, 1977) per la valutazione neuropsicologica e la Life Skills Profile (LSP; Rosen et al., 1989) per la valutazione della disabilità sociale.

I test di ingresso sono stati somministrati nella settimana antecedente l'inizio dell'intervento, quelli d'uscita nella settimana successiva alla fine dell'intervento. La somministrazione dei test (di ingresso e di uscita) è avvenuta sempre nel medesimo orario, nel medesimo luogo, nella medesima stanza e con lo stesso ordine. I soggetti sono stati esaminati uno alla volta.

Protocolli di intervento

- Protocollo di intervento gruppo sperimentale

Il protocollo STAM è articolato in quattro fasi, una per ogni particolare funzione (vedi sopra). Ogni fase dello STAM è articolata in esercizi che si evolvono in maniera progressiva, dal semplice al più complesso, sia in gruppo che individualmente.

Fase n 1: Associazione stimolo-movimento

Al presentarsi di particolari stimoli sonori, precedentemente registrati sopra una base musicale, la musica si interrompe per un determinato tempo, che può essere stabile o variabile, si esegue il movimento associato allo stimolo percepito per tutta la durata della pausa. Al ricominciare delle musica i pazienti ricominciano a camminare.

Fase n 2: Risposta a stimoli acustici

Il compito consiste nel rispondere a stimoli acustici bersaglio precedentemente fatti ascoltare. Vengono utilizzati gli stimoli sonori dell'esercizio precedente. Per risposta si intende discriminare il tipo di stimolo, contare e annotare quante volte compare all'interno di una registrazione in concomitanza di rumori di fondo distrattori.

Fase n 3: Spostamento dell'attenzione (1)

Il compito consiste nel rispondere ad uno stimolo target, il tamburo, battendo le mani dopo averlo udito ma non quando è preceduto da un secondo stimolo target, il

piatto. Al segnale del conduttore si dovrà invertire la risposta e rispondere con un battito di mani soltanto quando il tamburo è preceduto dal piatto.

La difficoltà del compito è aumentata diminuendo il tempo tra un cambio di compito e l'altro.

Fase n 3: Spostamento dell'attenzione (2)

Viene presentata una sequenza di stimoli ritmici costanti, ovvero una sequenza alternata regolare di cassa e rullante.

Il compito è di seguire alternativamente, attraverso il battito delle mani, la pulsazione della cassa e, attraverso il battito di un piede a terra, la pulsazione del rullante.

Fase n 4: Ripetizione ordinata e inversa

Il compito consiste nel ripetere, in modo ordinato o inverso, sequenze di suoni precedentemente registrate. Gli stimoli sono rappresentati da campioni di suoni degli strumenti selezionati per l'esercizio. L'esercizio passerà da ripetizioni molto semplici, ad esempio tre suoni, a ripetizioni via via più difficili.

- Protocollo di intervento gruppo di controllo

Le caratteristiche delle attività proposte a questo gruppo si ispirano a modelli di musicoterapia attiva ed improvvisativa (vedi bibliografia).

Non casualmente molti aspetti di questo modello sono quasi agli antipodi del protocollo STAM. Per prima cosa non esiste una serie di esercizi così rigidamente codificata e progressiva: in un certo senso parlare di protocollo è un po' paradossale. L'operatore mette a disposizione dei partecipanti degli strumenti, intesi come "dispositivi" sonoro-musicali-espressivi. Il tutto viene vissuto nel qui ed ora dell'incontro.

I dispositivi sono riducibili all'esplorazione, all'improvvisazione, alla creazione/composizione e all'esecuzione di materiale sonoro-musicale. Gli strumenti sono voce, corpo e lo strumentario proposto dal musicoterapeuta. L'intento generale è quello di favorire l'espressione positiva delle proprie emozioni con modalità diverse o non solo appartenenti al verbale, di far emergere il proprio "io musicale".

La caratteristica del gruppo di controllo risiede anche nel tipo di conduzione che è prevalentemente di sostegno e di suggerimento più che di proposta precisa e di guida. Si lascia molto spazio alla creatività del partecipante.

Materiali

- Valutazione dell'attenzione

Il Paced Auditory Serial Addition Test (PASAT) (Gronwall, 1977; Tombaugh, 2006) è un test che valuta l'attenzione uditivo-verbale. Nell'esecuzione del compito sono anche coinvolte l'attenzione selettiva e sostenuta. È costituito da una serie di 61 cifre che l'esaminatore deve leggere a diverse velocità che differiscono tra di loro di 0,4 secondi e che vanno solitamente dal ritmo di una cifra ogni 1,2 secondi a una ogni 2,4 secondi.

La presentazione viene di norma effettuata attraverso una registrazione. Ai pazienti è richiesto di sommare 60 coppie di cifre casuali in modo che ogni cifra sia aggiunta

a quella che la precede. Se l'esaminatore legge, ad esempio, i numeri "2, 8, 6, 1, 9" le risposte corrette, da quando l'esaminatore dice 8, sono "10, 14, 7, 10".

La prestazione viene valutata attraverso la percentuale di risposte corrette o con il punteggio medio.

- Valutazione della memoria

La Wechsler Memory Scale (WMS) (Wechsler, 1997) è una batteria di valutazione della memoria costituita da sette sub test che riguardano:

1) *Informazione:* vengono poste al soggetto domande circa la propria età, data di nascita, il nome del Presidente della Repubblica, il nome del Presidente della Repubblica precedente, il nome del Papa e quello del sindaco della propria città;

2) *Orientamento:* vengono poste cinque domande circa l'anno, il mese, il giorno, il posto e la città in cui si trova il soggetto;

3) *Controllo Mentale:* il soggetto è sottoposto a tre compiti a tempo: contare dal numero 20 al numero 1, ripetere le lettere dell'alfabeto, contare di tre in tre;

4) *Memoria Logica:* ripetizione immediata di due brevi storie

5) *Ripetizione di cifre:* digit span avanti e a rovescio;

6) *Riproduzione visiva:* riproduzione immediata, a memoria, di disegni geometrici;

7) *Associazioni:* vengono presentate 10 associazioni di parole accoppiate; subito dopo l'esaminatore legge le prime parole di ogni coppia ed il soggetto deve ricordare la seconda parola di ciascuna coppia. Vengono effettuate tre presentazioni e tre ripetizioni.

Il punteggio totale (somma dei punteggi ottenuti in ogni subtest) permette, attraverso un coefficiente di correzione secondo l'età, di ottenere un punteggio corretto tramite il quale è possibile individuare un quoziente di memoria (Q.M.).

La scala è validata per la popolazione Italiana (Saggino, 1983).

- Valutazione della disabilità sociale

La Life Skills Profile (LSP) (Rosen, Hadzi-Pavlovic & Parker, 1989) è una scala elaborata specificatamente per valutare il funzionamento globale e le disabilità sociali in pazienti schizofrenici.

Valuta 5 aree di funzionamento: cura di sé; non turbolenza; contatto sociale; comunicatività; responsabilità.

Il punteggio totale conferisce una misura globale del funzionamento sociale.

La scala è validata per la lingua italiana (ZIzolfi et al, 1995).

Risultati

- Analisi statistica

I risultati ottenuti (Tabella 2) sono stati elaborati mediante il test di Wilcoxon per due campioni dipendenti (Tabella 3). Il livello di significatività statistica è stato predefinito, in tutti i casi, pari al 5 % ($P<0,05$). I soggetti che hanno partecipato all'attività sperimentale di musicoterapia hanno migliorato, in maniera statisticamente significativa, le loro prestazioni alla WMS ($p=0.01$) e alla LSP ($p=0.01$).

Il gruppo di controllo ha incrementato il risultato solo alla LSP ($p=0.04$).

Non si rilevano cambiamenti statisticamente significativi per quanto riguarda il PASAT.

Tabella 2: Medie e deviazioni (tra parentesi)

Gruppo	Pre Test			Post Test		
	PASAT	WMS	LSP	PASAT	WMS	LSP
Sperimentale	93.5 (63.92)	92.25 (6.90)	138.7 (11.08)	76.8 (53.0)	101.6 (10.09)	144 (9.13)
Controllo	128.83 (108.79)	89.5 (14.38)	127.3 (16.85)	114.3 (90.31)	91.5 (12.94)	133.1 (16.93)

Tabella 3: Risultati del test Wilcoxon (i numeri 1 e 2 significano rispettivamente pre-test e post-test).

GRUPPO DI CONTROLLO	N. Validi	T	Z	p-level
Confronto tra pasat 1 e pasat 2 PASAT_1 & PASAT_2	6	4	1,36	0,17
Confronto tra wms 1 e wms 2 WMS_1 & WMS_2	6	3	1,21	0,22
Confronto tra lsp 1 e lsp 2 LSP_1 & LSP_2	6	1	1,99	0,04

GRUPPO SPERIMENTALE	N. Validi	T	Z	p-level
Confronto tra pasat 1 e pasat 2 PASAT_1 & PASAT_2	8	8	1,40	0,16
Confronto tra wms 1 e wms 2 WMS_1 & WMS_2	8	1	2,38	0,01
Confronto tra lsp 1 e lsp 2 LSP_1 & LSP_2	8	0	2,36	0,01

Discussione

I dati risultati dall'analisi statistica testimoniano una variazione positiva e statisticamente significativa per quanto riguarda le prestazioni di memoria misurate con la WMS, ciò però non permette di escludere che vi possano essere ulteriori elementi di significatività rilevati anche con altri test qualora il campione fosse stato più vasto.

L'aver ottenuto questo risultato alla LSP in entrambi i gruppi ci lascia supporre che entrambe le attività possano migliorare il funzionamento globale e le abilità sociali nei pazienti schizofrenici. Questo sembra dimostrare le nostre ipotesi iniziali e sottolinea l'importanza della riabilitazione cognitiva con le persone che soffrono di questa patologia. Si tratta evidentemente di uno studio pilota e l'esiguo numero di persone coinvolte non permette di generalizzare i risultati ottenuti. In ogni caso il lavoro può essere considerato un ottimo punto di partenza al fine di implementare l'u-

tilizzo del protocollo STAM nella riabilitazione di attenzione e memoria in pazienti schizofrenici. Ovviamente abbiamo bisogno di più dati per affermare che lo STAM possa essere un buon protocollo per ottenere risultati in questa direzione.

Al di là della significatività statistica si può notare come vi sia stato un cambiamento positivo nei soggetti del gruppo sperimentale rispetto al gruppo di controllo.

Il protocollo proposto si è dimostrato attuabile a fronte di alcuni timori iniziali relativi alla possibilità di drop out dovuti alla dimensione maggiormente "strutturata" dell'intervento. C'è da rilevare comunque come una buona relazione con i pazienti costituisca prerequisito fondamentale per la riuscita dell'intervento. Sono inoltre emerse alcune considerazioni relative al miglioramento del protocollo che riguardano l'opportunità di valutare con maggiore attenzione se i risultati ottenuti sono generalizzabili alla vita quotidiana. Altre considerazioni entrano più nel merito dello svolgimento degli esercizi sui quali si dovrà intervenire al fine di definire in maniera più oggettiva come e quando passare da un'attività ad un'altra. Nel nostro caso è stato deciso, prima di iniziare l'intervento, che avremmo dedicato quattro incontri per ogni fase a prescindere dal modo in cui venivano svolti gli esercizi e le loro variazioni da parte di ogni componente del gruppo.

Come discusso nell'introduzione sottolineiamo l'esigenza di cominciare a pensare la disciplina musicoterapia in termini di Evidence Based Practice (EBP) (Vink & al., 2002; Edwards 2002), consci delle difficoltà che questo comporta, ma nello stesso tempo sicuri del fatto che si possa e che sia ormai una necessità.

Nella pratica professionale ragionare in termini di evidence - based implica un'integrazione delle personali osservazioni cliniche con i risultati forniti dai trials di efficacia e quindi la possibilità di fornire ai clienti i migliori interventi possibili in relazione ai propri problemi al di là delle convinzioni personali o delle esperienze formative dei terapeuti.

Nel prendere in considerazione il modello basato sull'EBP, che prevede l'utilizzo di RCT (Randomized Controlled Trials) e di meta analisi come metodi d'elezione nell'identificazione dell'efficacia delle terapie, lo facciamo da un punto di vista non completamente asservito alla ricerca in sè; né possiamo essere considerati come osservatori staccati dalla pratica clinica.

In accordo con Aldridge che descrive molto chiaramente come la ricerca sia "inquinata spesso dalle realtà giornaliere" (2003), riteniamo che, affinché sia realmente utile, la ricerca dovrebbe essere strettamente correlata con la pratica clinica. In altre parole gli esiti devono essere clinicamente rilevanti per i pazienti ed in questo senso la pratica basata sulle evidenze può solamente essere un sostegno alla pratica clinica e non un ostacolo (Geddes, Reynolds, Streiner, Sztmari & Haynes, 1999).

Riteniamo, in accordo con Rolvsjord, Gold e Stige (2005), che la combinazione di pratica clinica e ricerca empirica possa essere un fattore reale di sviluppo nell'identificare i migliori trattamenti per i pazienti. L'idea che un musicoterapista si ponga nel lavoro clinico in una posizione di "flessibilità rigorosa" (ibid.) può essere un collegamento importante fra i due ambiti e un punto di partenza interessante per la ricerca futura. Crediamo inoltre sia importante comprendere che cosa realmente accade durante le attività musicoterapiche e se effettivamente vi sono dei risultati ottenuti attraverso quali processi. A questo proposito, può risultare molto utile dirigersi verso la standardizzazione dei protocolli a nostra disposizione.

In primo luogo, descrizioni chiare e complete degli interventi e degli studi di ricerca rendono più facile replicare gli interventi e gli studi stessi.

Ciò aumenterebbe la validità esterna, che è spesso molto limitata a causa del fatto che la pratica musicoterapica può variare considerevolmente fra un terapista ed un altro (Gold ed altri, 2005). Secondariamente, procedure e strumenti di valutazione comuni facilitano il confronto dei risultati tra gli studi.

In terzo luogo, la standardizzazione migliora il controllo della "sporcizia dei dati" (noise), aumenta la validità interna degli studi e favorisce l'eliminazione di spiegazioni alternative dei risultati.

Per concludere, la standardizzazione può aumentare l'efficacia di un trattamento aumentando l'integrità del trattamento per quanto usato da diversi terapisti.

Quanto stiamo descrivendo si può collocare all'interno di un sentiero che tenterebbe di fornire alla disciplina "musicoterapia" dei dati il più "oggettivi" possibile su cui poggiare le proprie speculazioni. L'aspirazione non è certo quella di rispondere in maniera esauriente a tale intenzione, quanto quella di intraprendere la strada della ricerca e della sperimentazione, di qualsiasi tipo essa sia, all'interno di una disciplina che ha raggiunto un livello tale di maturità per il quale risulta difficile spiegare la mancanza di lavori che (Silverman, 2003; Gold et al., 2005) cerchino di valutare l'operato e l'efficacia della stessa in maniera "meno soggettiva" e aneddottica (Ricci Bitti, 2001).

A fianco di numerose descrizioni ed analisi di casi clinici peraltro utilissime, proposte dagli Autori sulla base dei loro orientamenti teorici, è da ritenere e da augurarsi che con l'andare del tempo gli interventi, che si proporranno una verifica sperimentale dei risultati che riescono ad ottenere, avranno un notevole incremento, questo a fronte di una sempre maggiore esigenza di verifica clinica e di confronto scientifico. In questo senso la nostra ricerca può essere considerata come uno studio pilota condotto per verificare le potenzialità riabilitative del protocollo STAM. Desideriamo specificare inoltre che lo scopo della ricerca non è certamente quello di affermare la superiorità di un metodo rispetto a qualsiasi altro, quanto piuttosto di indagare l'efficacia del protocollo STAM delle disfunzioni cognitive specifiche dei pazienti in questione.

Speriamo che questo articolo possa contribuire a stimolare la discussione in tal senso.

---

* Articolo apparso sulla rivista "Musica et Terapia" n. 20, edizioni Cosmopolis, Torino, 2009.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Addington J., Mcleary L., Munroe-Blum H., *Relationship between cognitive and social dysfunction in schizophrenia*, Schizophrenia Research, 34, 59-66, 1998.
- Addington J., Addington D., *Neurocognitive and social functioning in schizophrenia: a 2.5 year follow-up study*, Schizophrenia Research, 44(1), 47-56, 2000.
- Aleman A., Hijman R., De Haan E.H.F., Kahn R.S., *Memory impairment in schizophrenia: a meta-analysis*, American Journal of Psychiatry, 159(9), 1358-1366, 1999.
- Aldridge D., *Music therapy research: A review of medical research literature within a general context of music therapy research*, The Arts in Psychotherapy, 20, 11-35, 1993.
- Aldridge D., *Staying close to practice: Which evidence, foe whom, by whom, Music Therapy Today (online)*, Vol. IV, Issue 5, available at http://musictherapyworld.net, 2003.
- APA, American Psychiatric Association, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, Washington, D. C., 2000.
- Baddeley A., trad. it. di Anna Berti, *La memoria umana*, Il Mulino, Bologna, 1992.
- Bell M.D., Bryson G., *Work rehabilitation in schizophrenia: does cognitive impairment limit improvement?*, Schizophrenia Bulletin, 27(2), 269-79, 2001.
- Edwards J., *Using the Evidence Based Medicine Framework to support music therapy posts in healthcare settings*, British Journal of Music Therapy, 16(1), 29-34, 2002.
- Ey H., Bernard P., Brisset Ch., trad. it. di F. Vicentini, *Manuale di Psichiatria*, Masson, Milano, 1995.
- Geddes, Reynolds, Streiner, Sztmari Haynes, *Dalla ricerca alla pratica, Introduction to the Italian edition of Evidence-based Mental Health*, Vol. 0, N. 0, Sept, 1999.
- Glickson J., Cohen Y., *Can music alleviate cognitive dysfunction in schizophrenia?*, Psychopathology, 33, 43-47, 2000.
- Gold C., Heldal T.O., Dahle T., Wigram T., *Music therapy for schizophrenia or schizophrenia-like illnesses*, Cochrane Database Syst Rev: CD004025, 2005.
- Green M.F., Nuechterlein K.H., *Should schizophrenia be treated as a neurocognitive disorder?*, Schizophrenia Bulletin, 25, 309-318, 1999.
- Green M.F., *What are the functional consequenses of neurocognitive deficits in schizophrenia?*, American Journal of Psychiatry, 153, 321-330, 1996.
- Grenn M.F., Kern R.S., Braff D.L., Mintz J., *Neurocognitive deficits and functional outcome in schizophrenia: are we measuring the "right stuff"?*, Schizophrenia Bulletin, 26(1), 119-136, 2000.
- Gronwall D.M., *Paced auditory serial-addition task: a measure of recovery from concussion*, Percept Mot Skills, 44(2), 367-373, 1977.
- Hayashi N., Tanabe Y., Nakagawa S., Noguchi M., Iwata C., Koubuchi Y. et al.,

Effects of group musical therapy on inpatients with chronic psychoses: A controlled study, Psychiatry and clinical Neurosciences, 56(2), 187, 2002.

- Harvey P., *Schizofrenia e funzioni cognitive*, Jansenn-cilag, 1997.
- Hoff A.L., Sakuma M., Wieneke M., Horon R., Kushner M., Delisi L.E., *Longitudinal neuropsychological follow-up study of patients with first-episode schizophrenia*, American Journal of Psychiatry, 156(9), 1336-1341, 1999.
- Liddle P.F., *Cognitive impairment in schizophrenia: its impact on social functioning*, Acta Psychiatrica Scandinava, Suppl 2000, 400, 11-16, 2000.
- Pavlicevic M., Trevarthen C., Duncan J., *Improvisational music therapy and the rehabilitation of persons suffering from chronic schizophrenia*, Journal of music therapy, 31(2), 86-104, 1994.
- Posner M.I., Rafal R.D., *Cognitive theories of attention and rehabilitation of attentional deficits*. In M.j. Meier, A.L. Benton, L. Diller (ed.), "Neuropsychological Rehabilitation", pp. 182-201, The Guilford Press, New York, 1987.
- Ricci Bitti. P., *Ricerca e musicoterapia, la valutazione del processo e degli effetti*. In L.M. Lorenzetti (ed.), "Prospettive in musicoterapia", pp. 119-127, Franco Angeli, Milano, 2001.
- Rosen A., Hadzi-Pavlovic D., Parker G., *The Life Skills Profile: a measure assessing function and disability in schizophrenia*, Schizophrenia Bulletin, 15, 325-337, 1989.
- Rolvsjord R., Gold C., Stige B., *Research rigour and therapeutic flexibility: Rationale for a therapy manual developed for a randomised controlled trial*, Nordic Journal of Music Therapy, 14:15-32, 2005.
- Rund B.R., *A review of longitudinal studies of cognitive functions in schizophrenia patients*, Schizophrenia Bulletin, 24(3), 425-435, 1998.
- Rund B.R., Borg N.E., *Cognitive deficits and cognitive training in schizophrenic patients: a review*, Acta Psychiatrica Scandinava, 100(2), 85-95, 1999.
- Saggino A., *Rassegna della letterature sulla Wechsler Memory Scale come strumento clinico e di ricerca*, Bollettino di Psicologia Applicata, n.165, 37-44, 1983.
- Silverman M.J., *The influence of music on the symptoms of psychosis: A meta-analysis*, Journal of Music Therapy, 40(1), 27-40, 2003.
- Silverstein S.M., Schenkel L.S., Valone C., Nuernberger S.W., *Cognitive deficits and psychiatric rehabilitation outcomes in schizophrenia*, Psychiatric Quarterly, 69(3), 169-191, 1998.
- Stablum F., *L'attenzione*, Carocci, Roma, 2002.

Forme aperte, forme chiuse: una esperienza di musicoterapia di gruppo*

Roberto Bolelli
Musicista, musicoterapista, Bologna.

Il presente studio, pur facendo ricorso ad analisi anche di tipo parametrico, resta entro i confini della ricerca teorico-qualitativa.

Il Centro Diurno "Il Porto" di Oderzo è una struttura semiresidenziale del Dipartimento di Salute Mentale di Treviso. Ho avviato la convenzione col Centro nel 1994 e i miei interventi di musicoterapia (M.T., d'ora in poi) sono proseguiti fino ad oggi, anche se non in modo continuativo (e con un monte-ore annuo via via più esiguo), attraverso delle sedute di gruppo. Oltre al laboratorio di M.T. gli utenti partecipano a varie altre attività espressivo-creative e motorie. Prima dell'avvio del mio progetto, nessuna attività analoga era mai stata praticata nei due-tre anni di esistenza della struttura.

Inizialmente il progetto faceva riferimento a varie teorie della psicologia e della musicoterapia; in seguito ho soprattutto adottato lo sfondo teorico dell'Armonizzazione dell'handicap (Postacchini e AA.VV., 1997-2001). Quest'ultimo modello operativo, piuttosto flessibile, non esclude l'impiego di tecniche provenienti da altri modelli.

La frequenza media presso il Centro, su un numero complessivo di 48 utenti da me 'schedati' in 12 anni, è stata quasi sempre attestata sui 10-12 pazienti, suddivisi in due gruppi di 4-5-massimo 6 persone.

I pazienti sono giovani adulti (dai 18 ai 45 anni) di entrambi i sessi; le sedute, a cadenza più o meno settimanale, hanno una durata di 45 minuti - un'ora circa.

Nel corso degli anni, con il consolidamento del gruppo, è stato possibile arricchire via via i contenuti delle attività stesse, ma, essenzialmente, a tutt'oggi le sedute sono impostate alternativamente sull'improvvisazione sonoro-musicale (Bruscia, 1987; Barbagallo, 2000) e sull'ascolto di dischi e cassette, utilizzando soprattutto materiale proposto dagli utenti, secondo la metodologia delle autobiografie musicali (Damasio, 1999-2000; Demetrio, 1996, 1999; Demetrio-Disoteo, 1995; Disoteo-Piatti, 2002).

Ma veniamo al principale criterio che ho adottato per questo articolo, e cioè la dicotomia forme aperte/forme chiuse. Apparentemente la metodologia operativa da me utilizzata presso il Centro di Oderzo sembrerebbe mantenere una netta distinzione tra le pratiche cosiddette 'attive' e 'recettive', ma in realtà il confine tra i due tipi di esperienza sonora è sempre estremamente labile.

Grosso modo per 'chiusa' intendo una forma piuttosto strutturata, secondo dei parametri e/o regole riconoscibili, mentre per 'aperta' intendo una forma dalle caratteristiche contrarie: nel nostro caso, l'ascolto 'autobiografico' è caratterizzato soprattutto dalla forma-canzone, struttura chiusa; l'altra pratica, l'improvvisazione sonoro-musicale, per sua natura rimanda essenzialmente al concetto di forma aperta.

In effetti l'articolazione aperto/chiuso è del tutto trasversale alle due pratiche metodologiche. Le forme 'chiuse' dell'esperienza di ascolto si 'aprono' nella pratica improvvisativa per andare poi a modificare la successiva esperienza di ascolto basata su quelle stesse forme. Spesso i pazienti, soprattutto dopo i primi set improvvisativi, se ne escono con frasi del tipo: "Ma è solo un gran casino!", oppure "Ma non sarebbe meglio provare a suonare una canzone? Perché non m'insegni gli accordi sulla chitarra?". Ma in realtà, dopo un periodo di assestamento, necessario per la strutturazione del gruppo, quasi tutti i pazienti cominciano a cogliere, consapevolmente o meno a seconda dei casi, le potenzialità espressive della pratica improvvisativa e imparano istintivamente a passare 'armonicamente' dalle forme aperte a quelle chiuse e viceversa, siano esse contenute sui dischi o sulle cassette, o prodotte nei set vocali-strumentali eseguiti dal vivo.

Il caso di Ugo (nome di fantasia), che adesso presenterò, svilupperà e amplierà questo concetto e la descrizione del suo percorso evolutivo dimostrerà come abbiano avuto un ruolo determinante forme sonoro-musicali (ed altri meccanismi ad esse collegati) comuni ai due livelli.

Ugo oggi ha 52 anni (all'epoca del suo inserimento nel gruppo ne aveva 43); è affetto da psicosi paranoidea post-traumatica. Dal 1997 è stato inserito nei gruppi di M.T. a Oderzo, che tuttora frequenta.

Nel 1978 Ugo ha avuto un grave incidente motociclistico nel quale ha perso la vita una ragazza che viaggiava con lui: da allora ha preso a manifestare un delirio persecutorio che lo porta a non ammettere la colpa.

Ugo è di carattere mite (ma prima del suo invio al Centro era soggetto a frequenti accessi di aggressività, con episodi di violenza sulle persone e sulle cose, e diverse volte era stato necessario ricorrere al Trattamento Sanitario Obbligatorio, con intervento della Forza Pubblica); vive con gli anziani genitori, parla spesso di sorelle, fratelli e nipoti. Di un'intelligenza vivace e di cultura media (ha frequentato le prime due classi del Liceo Classico), Ugo è piuttosto fantasioso e creativo, parecchio loquace (parlava spesso dell'incidente, soprattutto nei primi anni), facile alla commozione, ma anche ironico e gran conoscitore di barzellette. Spesso interrompe ciò che si sta dicendo o facendo nei gruppi, ma lo fa sempre con garbo e delicatezza, e quando se ne rende conto se ne dispiace.

Ugo ha sempre ricercato in modo evidente un rapporto esclusivo con me: entra spesso prima nella sala di M.T. con qualche scusa, una barzelletta, una richiesta di canzoni registrate o, soprattutto nel primo periodo, di trascrizioni di brani che lui 'compone'.

Ugo ha una vocalità precaria, stonacchiata (anche se racconta di quando, ancora voce bianca, cantava nel coro della parrocchia) e non ha grande dimestichezza strumentale. Egli se ne rende conto e spesso, proprio per questa consapevolezza, resiste a richieste di produzioni sonore, e anche quando ascoltiamo dischi o cassette dice di non riuscire a "Sentire bene la musica". Ma Ugo non si nega mai del tutto e alla fine dimostra sempre di avere una sua personale musicalità.

Sin dalle prime sedute Ugo ha mostrato un curioso modo di andare fuori tempo (per lo più predilige l'uso di un piccolo metallofono coi tasti colorati): per sua stessa ammissione vuole "restare indietro, al tempo precedente all'incidente", quando stava bene e la sua vita era felice. Così Ugo rispetto agli altri era sempre in ritardo di quella piccola semicroma. Sin dai primi anni ho avuto l'impressione che Ugo il più delle volte lo facesse quasi apposta, soprattutto quando io gli facevo notare che, tutto sommato, le sue produzioni sonore non erano poi così fuori tempo. Col passare del tempo poi, questi sfasamenti ritmici si sono alquanto diradati, e l'improvvisazione melodica consentita dalla tastiera diatonica del metallofono facilitava la buona performance temporale di Ugo.

Un'altra interessante circostanza s'è accompagnata a quella appena descritta: stimolato a parlare dei suoi gusti musicali, Ugo ha ben presto manifestato una sua particolare sensibilità nei confronti di una canzone di Francesco Guccini, "In morte di S.F.", conosciuta anche come "Canzone per un'amica", contenuta nel primo album del cantautore emiliano. Ugo non ha dischi o cassette da portare, ogni tanto chiede a me di portare qualcosa di mia scelta, o mi fa qualche richiesta specifica, come fu nel caso di questa canzone. Il brano parla di un incidente d'auto nel quale una donna perde la vita; la parte musicale presenta tonalità maggiore e metro mediamente veloce, che diventa più rapido nella versione più diffusa, eseguita dal vivo assieme al gruppo dei Nomadi: qui sembra quasi di ascoltare un allegro brano country, coi cori di Augusto Daolio e il riff del violino.

In questi anni abbiamo più volte ascoltato e cantato questa canzone; Ugo, salvo qualche vuoto di memoria, ne conosce quasi tutte le parole.

Dal '97 ad oggi Ugo ha espresso su questa canzone sensazioni piuttosto contrastanti. All'inizio si commuoveva, anche fino alle lacrime, e io mi chiedevo se non fosse il caso di escludere il brano dalle nostre attività, ma lo stesso Ugo richiedeva con estrema pacata risolutezza di cantarla e ascoltarla. Col passare del tempo Ugo ha cominciato a commuoversi sempre meno, o comunque in modo sempre più contenuto, fino a quando ha preso a commentare l'esecuzione o l'ascolto del brano con frasi del tipo: *"Questa canzone non è per nulla triste, anzi è allegra!"*. In ogni caso era sempre visibile in lui una certa emozione rispetto al testo del brano. Alcuni anni fa, dopo l'ennesima evocazione di questa canzone, Ugo se n'è uscito con la seguente domanda: *"Ma perché la canzone più allegra del mondo mi rende così triste?"* Io, d'istinto, gli ho risposto: *"La domanda potrebbe anche essere capovolta... Forse le canzoni sono come l'esistenza, che contiene sia la gioia che la tristezza, sia la vita che la morte..."* (Imberty, 1981-1990, 1986, 1988; Klein, 1978). Ugo è rimasto in silenzio, annuendo col capo.

La durata è senz'altro il parametro fondamentale nell'esperienza sonora di Ugo: il ritmo, per quanto riguarda il suo restare indietro nelle produzioni sonore, mentre elementi agogici sembrano caratterizzare la sua appropriazione della canzone di Guccini. Il timbro e la melodia sembrano i parametri che più di tutti veicolano il testo letterario, dunque la componente triste della canzone. Ma per quanto riguarda la componente allegra, che esprime la ricerca di Ugo volta ad esorcizzare il senso di morte che sta alle radici dell'insorgere della sua patologia, il tratto maggiormente pertinente è senz'altro il metro della versione quasi 'country' coi Nomadi.

Ugo prosegue tuttora nelle sue dinamiche identificative e proiettive, in questo labile esercizio autobiografico sempre in bilico tra vita e morte, tra suoni allegri e suoni tristi. L'idea che ho maturato nel tempo è che Ugo oramai padroneggi emotiva-

mente l'evocazione del brano di Guccini e la connessa proiezione del proprio vissuto, in una sorta di necessità rituale dagli effetti in qualche modo catartici. E anche sul suo stare indietro col tempo, l'ultimo commento che ho registrato da parte di Ugo è che *"Tutto sommato, anche questo è un modo di tenere il tempo"*.

Ma torniamo alla questione forme aperte/forme chiuse e proviamo a vedere se e come si possa estendere il concetto a tutte le componenti che caratterizzano l'intervento musicoterapico.

Innanzi tutto, esiste un uso 'aperto' o 'chiuso' degli strumenti musicali che si osserva da parte dei pazienti (un classico esempio è la chitarra coricata sulle gambe e suonata come un salterio, o addirittura col fondo rivolto in alto e percossa come un tamburo). Le strutture musicali poi offrono validi e comodi esempi, se pensiamo ai vari livelli d'improvvisazione nel jazz (e non solo), oppure, in ambito colto, all'esperienza della musica aleatoria nel corso del novecento, con la quale le prescrittive partiture chiuse si aprono nelle cosiddette partiture informali.

La stessa intermediarietà delle strutture riabilitative diurne si presta in qualche modo alla categorizzazione aperto/chiuso: a Oderzo, per esempio, un certo stile 'comunitario' è piuttosto marcato sin dagli esordi del Centro, e ciò ne fa un luogo 'aperto'. I ragazzi trascorrono lì l'intero giorno e la quotidianità vissuta piuttosto liberamente viene scandita dalle forme chiuse delle attività strutturate, come il laboratorio di M.T.

Altre strutture analoghe hanno un'organizzazione diversa, limitando la presenza degli utenti ad alcuni momenti in alcuni giorni, secondo criteri funzionali ai laboratori, più vicini dunque alle forme chiuse (Lang, 1982).

Anche la struttura del setting musicoterapico offre spunti di riflessione sul concetto aperto/chiuso, in particolare la dimensione temporale, che abbiamo visto essere fondamentale nel caso di Ugo. Il tempo è una categoria convenzionale, aperta, che, in generale, scorre senza soluzione di continuità, e nella quale si inscrive la vita degli esseri umani: questi poi ne ritagliano di volta in volta delle forme cronologicamente chiuse, a seconda delle proprie esigenze e della propria operatività.

In musica si riscontra la dicotomia durata/scansione: il tempo musicale scorre, può scorrere con continuità, fino al momento in cui la musicalità degli esseri umani ne isola, ne ritaglia, anche in questo caso forme ritmiche discrete e riconoscibili, secondo appunto delle precise scansioni (Stefani, 1982). Nell'operatività musicoterapica forme temporali chiuse sono tutte quelle regole di ordine pratico, quali la durata e la frequenza delle sedute o la durata di un intero trattamento.

In M.T. i nostri obiettivi riabilitativo-terapeutici perseguono un cambiamento, che generalmente si verifica, se si verifica, in un tempo medio-lungo (Borghesi-Ricciotti, 2001; Sarcinella e AA.VV., 2003). Le forme sonore felici più o meno chiuse che noi di volta in volta riconosciamo e rilanciamo ai nostri pazienti, vengono ribadite, ripetute nel tempo apparentemente uguali, ma non del tutto, perché più o meno consapevolmente si lascia quella minima possibilità di scarto, d'inesattezza che alla lunga genera il cambiamento, incidendo poi nella relazione e nella struttura cognitiva e psichica delle persone (lo scarto di quella piccola semicroma con cui Ugo restava indietro, per esempio).

Come c'insegna Kuhn è il pensiero debole che genera l'idea illuminante che fa

muovere la scienza e la cultura, piuttosto che un pensiero forte, rigido. E cos'altro è il pensiero debole se non una forma aperta? (Kuhn, 1978; Postacchini, 1990).

Dunque l'apertura sembra più facilmente riferibile alla creatività che non la chiusura. Le forme chiuse sembrano più connesse alle strutture degli specialismi che non alle libertà della competenza comune, più alle scienze sperimentali che a quelle umane, più al digitale che all'analogico. Ovviamente tutto ciò è da assumere tutt'altro che rigidamente (in modo aperto, direi). Volendo poi applicare questo concetto alla disabilità psichica, si potrebbe essere tentati di stabilire che con pazienti esuberanti, ipertonici da contenere, si utilizzeranno più proficuamente forme chiuse (per dar loro delle regole, dei limiti), mentre con pazienti introversi, ipotonici si dovrebbe ricorrere a forme aperte, per stimolarne, 'liberarne' l'espressività. In effetti anche in questo caso le due possibilità non sono così nettamente distinte, contrapposte. Il caso di Ugo ne è un ottimo esempio: all'interno del contenitore aggregante costituito dal gruppo, Ugo sperimenta armonicamente l'articolazione tra l'espressività personale e la relazione con l'esterno, secondo un unico principio di ascolto 'attivo' che caratterizza qualsiasi tipo di esperienza sonoro-musicale, in cui forme aperte e chiuse convivono, si alternano, si sovrappongono, si fondono.

Dunque non sempre tutto è completamente bianco o completamente nero, anzi forse quasi mai. Il bianco e il nero sono dei riferimenti irrinunciabili, ma nella realtà fenomenica essi restano ad un livello pressocchè virtuale: il grigio è il colore più ricorrente in tutte le sue sfumature, e bisogna sempre aguzzare bene la vista (e magari anche gli altri analizzatori sensoriali) per distinguerne le varie tonalità. Così anche le nostre forme non sono quasi mai del tutto aperte o del tutto chiuse: abbiamo già visto le varie sfumature dell'improvvisazione sonoro-musicale, e allo stesso modo le strutture socio-sanitarie 'intermedie', già nel nome votate al grigio, non sono mai del tutto aperte o del tutto chiuse; e cos'altro è se non una condizione intermedia quella che noi viviamo in quanto musicoterapisti, come professionisti cioè di un'area che nella stessa denominazione rimanda chiaramente a due poli distinti, quasi un bianco e un nero? Ciascuno, se crede, attribuisca a proprio piacere il carattere bianco o nero alla musica o alla terapia...

Anche la stessa musica oscilla tra la razionalità delle scienze esatte - pensiamo alle vere e proprie formule matematiche che regolano i rapporti armonici tra i suoni - e le scienze umane - le emozioni, le sintonizzazioni affettive (Postacchini, 2001; Postacchini e AA:VV., 1997; Stern, 1985): a noi il compito quotidiano di dosare il giusto grigio tra queste componenti, per favorire quell'ascolto attivo che regoli il giusto equilibrio tra la musica del cuore proposta da un paziente e una performance improvvisativa del gruppo, facendo di tutto questo un'unica esperienza sonoro-musicale condivisa.

Tutto ciò non esclude, ovviamente, la necessità di definire e ri-definire di volta in volta il bianco e il nero, alla ricerca di quei modelli fenomenico-teorici che sono strumenti utili alla nostra operatività.

---

* Articolo apparso sulla rivista "Musica et Terapia" n. 15, edizioni Cosmopolis, Torino, 2007.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Barbagallo A.M., *L'improvvisazione nell'armonizzazione dell'handicap: un'esperienza in un Centro Diurno AIAS di Bologna*, in Borghesi M. e AA.VV., a cura di, "Assisi 2000: Musicoterapie a confronto", PCC, Assisi, 2000.
- Benenzon R.O., *La nuova Musicoterapia*, Phoenix, Roma, 1997.
- Borghesi M., Ricciotti A., *Il setting in musicoterapia*, in "Gli Argonauti", n. 89, 2001.
- Bruscia K.E., *Improvisational Models of Music Therapy*, Charles Thomas Springfield; trad. italiana: "Modelli di improvvisazione in musicoterapia", Ismez, Roma, 1987.
- Damasio A. (1999), *The feeling of what happens. Body and emotion in the making of consciousness*; trad. italiana di S. Frediani: "Emozione e coscienza", Adelphi, Milano, 2000.
- Demetrio D., Disoteo M., *Autobiografie musicali*, in Piatti M., a cura di, "Io-tu-noi in musica: identità e diversità", PCC, Assisi, 1995.
- Demetrio D., *Raccontarsi. L'autobiografia come cura di sé*, Raffaello Cortina, Milano, 1996.
- Demetrio D., a cura di, *L'educatore auto(bio)grafo*, Unicopli, Milano, 1999.
- Disoteo M., Piatti M., *Specchi Sonori. Identità e autobiografie musicali*, Franco Angeli, Milano, 2002.
- Giberti F., Rossi R., *Manuale di Psichiatria*, Piccin Vallardi, Padova, 1996.
- Imberty M. (1981), *Les èchritures du temps*, Dunod, Paris; trad. italiana: "Le scritture del tempo. Semantica psicologica della musica", Ricordi-Unicopli, Milano, 1990.
- Imberty M., *Il concetto di morte e temporalità nel Wozzeck di Alban Berg*, in "Lo Spettacolo", 36/2, pp. 107-136, 1986.
- Imberty M., *Suono emozioni e significati*, a cura di L. Callegari e J. Tafuri, Clueb, Bologna, 1988.
- Klein M., *Scritti 1921-1958*, Boringhieri, Torino, 1978.
- Lang M., a cura di, *Strutture intermedie in psichiatria*, Raffaello Cortina, Milano, 1982.
- Lecourt E. (1988-1992), *La musicotherapie*, Presses Universitaires de France, Paris; trad. Italiana di G. Manarolo: "La Musicoterapia", Cittadella, Assisi, 1992.
- Manarolo G., *L'angelo della musica Musicoterapia e disturbi psichic*i, Omega Edizioni, Torino, 1996.
- Piatti M., a cura di, *Io-tu-noi in musica: identità e diversità*, PCC, Assisi, 1995.
- Postacchini P.L., *Punto di vista/umano/integrale*, in Stefani G., a cura di, "Studi musicali: verso un nuovo paradigma", PCC, Assisi, 1990.

- Postacchini P. L., Ricciotti A., Borghesi M., *Lineamenti di musicoterapia*, Carocci, Roma, 1997.
- Postacchini P.L., *Musica, emozioni e teoria dell'attaccamento*, in "Musica et Terapia", n. 3, ed. Cosmopolis, Torino, 2001.
- Sarcinella M., Pozzi L., Mutalipassi S., Moroni M., Mattazzi L., Consonni M., Bolelli R., Barbagallo A.M., *La clessidra sonora. Metodologia di una ricerca di gruppo*; in "Quale scientificità per la musicoterapia: i contributi della ricerca", Atti del V Congresso Nazionale di Musicoterapia ConfIAM, PCC, Assisi, 2003.
- Scardovelli M., *Il dialogo sonoro*, Cappelli, Bologna, 1992.
- Spaccazocchi M., *Condotte musicali: neofilia e neofobia*; in "Quale scientificità per la musicoterapia: i contributi della ricerca", Atti del V Congresso Nazionale di Musicoterapia ConfIAM, PCC, Assisi, 2003.
- Stefani G., *La competenza musicale*, Clueb, Bologna, 1982.
- Stern D.N., *Il mondo interpersonale del bambino*, Boringhieri, Torino, 1987.

Schizoaffettività e musicoterapia. L'esperienza della stabilità*

Simona Neri
Musicoterapista, Imola (BO).

Prendo in carico G. alla fine dell'ottobre 2007 dopo un lungo ricovero per l'ennesima crisi psicotica; negli ultimi anni le crisi ricorrenti hanno costretto la ragazza a vivere tra la casa e la clinica psichiatrica rendendola incapace di mantenere un qualsiasi lavoro che le permettesse di essere indipendente a livello economico e sociale. L'équipe della clinica in cui è ricoverata, per le peculiarità musicali che la ragazza dimostra, decide un intervento di tipo musicoterapico e mi interpella per la sua presa in carico. G. presenta un quadro schizoaffettivo e le sue crisi sono caratterizzate da deliri, allucinazioni, sdoppiamento di personalità, depressione e impulsi suicidiari. Gli incontri con G. avvengono all'interno della stanza di musicoterapia (il nome si è reso necessario per distinguerla dai setting terapeutici già affrontati dalla ragazza). All'interno del setting musicoterapico G. si muove molto lentamente, sembra non avere un corpo e cerca risposte al perché ora si trovi lì con me. G. mi chiede spesso se so che è malata. Sottolinea che sta molto male da quando è a casa e ritiene che nessuno sia in grado di aiutarla. Il lavoro da intraprendere con G. sarà mirato all'accoglienza e alla riscoperta del suo Sé fragile, confuso e sdoppiato, sarà un cammino insieme a lei, che nascerà da lei e dalle sue richieste, un cammino insieme a me nel confronto e nell'esternazione delle sue paure e delle sue gioie vissute attraverso una figura (la mia) che possa esaltare le caratteristiche di quanto sta vivendo.

Le prime sedute sono caratterizzate dall'ascolto di se stessa e delle emozioni che sta vivendo. Conduco G. in un ascolto guidato attraverso musiche adatte alla regressione (colonna sonora del "Paziente inglese"). In questo contesto la ragazza costruisce con la fantasia un giardino giapponese dove può camminare tra ponti e laghetti e ninfee di cui odorare il profumo. Spesso il giardino si trasforma in un deserto cupo, grigio e vuoto e lei si vede camminare sull'orlo di un precipizio; mi confida che vorrebbe buttarsi di sotto. Nei primi mesi non cerca la sua musica ma piuttosto la necessità di vivere in maniera forte quelle emozioni che contrastano in lei. All'inizio del trattamento crea situazioni di disagio per vedere se anche io decido di abbandonarla come un caso impossibile; legge di volta in volta quanto annota minuziosamente sul suo quaderno degli appunti ed esprime la sua costante e crescente voglia di suicidarsi; osserva se il mio stupore aumenta e se, in qualche maniera, io possa criticare il suo atteggiamento, ma dopo diversi mesi di prove accurate e fallite G. decide di aprirsi e di lasciarsi guidare.

Attraverso una nuova regressione (sollecitata da ascolti musicali questa volta suggeriti dalla paziente) G. visualizza una bambina piccola e sola che piange disperata. G. mi chiede cosa fare e le suggerisco di parlare a questa bambina, di farsela amica affinché non rimanga più sola. G. affronta la bambina visualizzata e cerca di scoprire i perché del suo pianto. Attraverso questo processo in G. si attenua l'impulso suicidiario, aumenta l'amore verso se stessa e arriva la prima richiesta di utilizzare la voce. Finalmente si sente pronta a chiedere; attraverso un urlo liberatorio al microfono decide di essere accolta nel qui e ora.

I primi approcci con la voce sono timidi e molto auto-criticati; la pz non si apprezza né fisicamente, né psicologicamente e la sua voce non le piace affatto. Il rinforzo sonoro l'aiuta ad esprimersi e a piacersi di più perché per un po' dimentica la sua patologia psichiatrica e s'identifica con Laura Pausini, Tiziano Ferro o Paolo Meneguzzi. Le canzoni di questi cantanti la rappresentano in tutta la sua forma depressiva e lei si sente se stessa nell'immedesimarsi in esse. I testi di Tiziano Ferro sono, in modo particolare, l'esternazione di tutto il suo malessere. Spesso è costretta a fermarsi per piangere e riflettere sulla sua situazione "sfortunata", come è definita da lei stessa. Il suicidio evocato dalla canzone "Sere nere" di Ferro rappresenta il massimo del suo coinvolgimento e lo appunta in più riprese nel suo quaderno. Nella riflessione fatta insieme sui testi, G. mi fa notare quanto lei si identifichi in quelle parole. Le canzoni di Ferro sono spesso in tonalità minori e vestite di colori cupi, accompagnate da testi altamente depressivi e seppur in maniera negativa influenzano il Sé fragile di G., ma d'altro canto l'aiutano per la prima volta a dare un'espressione, un'emozione, al suo Sé ed a gridare tutto il suo dolore.

Portare fuori da Sé il dolore è per G. un passo molto importante, permette di dar voce a qualcosa che fin'ora era esternato solo da lunghi pianti notturni e da crisi schizoidi ma mai confrontato. "Per ricercare il senso nel lavoro di cura è necessario portare lo sguardo anche al dolore, alla gioia, alla speranza, alla tenerezza, alla compassione (non intesa in senso pietistico bensì come espressione dell'appartenenza alla medesima esistenza umana) e alle dimensioni fondamentali dell'esperienza emotiva" (Iori, 2009). Il periodo depressivo è molto lungo e accompagnato da una varietà di tonalità emotive. "L'essere umano vive di continuo in qualche stato emotivo. Ma non sempre ne è consapevole. Il come delle tonalità emotive rimane generalmente misterioso, anche quando cerchiamo di dominarle con la ragione o la volontà. Soltanto quando le emozioni e i sentimenti, anche quelli difficili da accettare vengono ascoltati, riconosciuti, nominati è possibile trasformarli in risorse." (Iori, 2009). Il dolore confrontato ed esternato nel contesto musicoterapico porta la paziente (pz) verso un'ulteriore apertura di se stessa, inizia un confronto mirato a quello che sarà il punto di arrivo dell'intervento, la sua affettività.

L'intervento prende una nuova forma e diventa la ricerca del Sé; ma quale Sé e soprattutto quale forma? È G. a definire il percorso da seguire e a condurmi nell'evoluzione della sua voce che di volta in volta diventa più piena e profonda. Le canzoni scelte hanno contenuti più sereni o per lo meno più positivi. Nascono le poesie di G. e la necessità di leggerle a voce alta per condividere con me il dolore lacerante di questo Sé interno che grida tutto il bisogno di essere aiutato e ascoltato.

Con la lettura delle sue poesie, G. apre un'altra parte del suo Sé estremamente fragile e complesso.

Nasce il desiderio omosessuale, argomento finora evitato, nascosto invece tra le pieghe delle sue poesie (diverse sono le allusioni a tale argomento). G. è pronta anche per affrontare il dubbio omosessuale che la tormenta. Nei mesi seguenti questo dubbio è l'argomento principale dei nostri dialoghi, sia sonori che parlati. Il conflitto la spinge alla necessità di un ricovero. La crisi che sente arrivare in realtà non è e

non sarà una crisi schizoide, ma la necessità di un confronto atto a verificare quanto sia ancora malata.

Dal ricovero ne esce fortificata e sicura, perché si rende conto di stare molto meglio e di non avere quasi nulla in comune con le persone ricoverate nella clinica psichiatrica. Il cammino è più fluido: G. cerca in Sé le motivazioni necessarie allo stare bene e pur non trovando risposte alla propria latente omosessualità decide la strada della convivenza con il fidanzato e il ritorno a tempo pieno nel lavoro. Le sedute ora sono mirate al mantenimento della serenità raggiunta e a dare punti di riferimento che possano aiutarla nei momenti di crisi. I ricoveri annuali di alcune settimane sono ormai conferme per il suo Sé fortificato dalla necessità di star bene. Le crisi schizoidi si sono trasformate in attacchi di panico e attraverso le sedute di musicoterapia G. raggiunge un equilibrio più o meno stabile. Da tre anni non si manifestano più crisi schizoidi. Da pochi mesi G. sta elaborando la sua paura per ciò che non ha affrontato in passato e quest'ultimo conflitto è in rapporto con gli attacchi di panico, meno potenti e laceranti delle crisi schizoidi. G. continua le sedute settimanalmente confrontandosi su tutto ciò che vive e affrontando la voglia di scrivere.

* Articolo apparso sulla rivista "Musica et Terapia" n. 23, edizioni Cosmopolis, Torino, 2011.
L'esperienza si è svolta presso la scuola di Educazione Musicale Vassura/Baroncini di Imola, sede dell'Annunziata, dove è allestito un laboratorio per la musicoterapia. Il lavoro viene svolto in collaborazione con il Comune di Imola e con un'équipe coordinata dal dott. Enrico Beverini (Neuropsichiatra della Clinica Privata "Villa Azzurra" di Riolo Terme da cui proviene la maggior parte dei pazienti).

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Baconcini C., Manarolo G., Rossi R., Scarsi F. (a cura di), *Musicoterapia e turbe psichiche*, Corigraf, Genova, 1991.
- Benenzon R.O. (1981), *Manuale di musicoterapia*, Borla, Roma, 1984.
- Bollnow O.F., *Le tonalità emotive*, Vita e Pensiero, Milano, 2009.
- Borgna E., *Le emozioni ferite*, Feltrinelli, Milano, 2009.
- Borgna E., *Le intermittenze del cuore*, Feltrinelli, Milano, 2003.
- Borgna E., *L'arcipelago delle Emozioni*, Feltrinelli, Milano, 2001.
- Bruzzone D., *Ricerca di senso e cura dell'esistenza*, Erickson, Trento, 2007.
- Calvino I., *Le città invisibili*, Mondadori, Milano, 1993.
- Husserl E., *Idee per una fenomenologia pura e per una filosofia fenomenologica*, Einaudi, Torino, 1981.
- Iori V., *Emozioni e sentimento nel lavoro educativo e sociale,* Guerini, Milano, 2003.
- Iori V., *Il Sapere dei Sentimenti, vita emotiva e formazione*, Franco Angeli, Milano, 2009.
- Manarolo G., *L'angelo della musica*, Omega, Torino, 1996.
- Manarolo G., *Manuale di Musicoterapia. Teoria, Metodo e Applicazioni della Musicoterapia*, ed. Cosmopolis, Torino, 2006.
- Postacchini P.L., Ricciotti A., Borghesi M., *Lineamenti di Musicoterapia*, Nuova Italia Scientifica, Roma, 1997.
- Ricci Bitti P.E. (a cura di), *Regolazione delle emozioni e arti-terapie,* Carocci, Roma, 1998.

Un concerto di storie*

Silvia Cornara
Psicologo, musicoterapista, Lecco.

Nel presente articolo si vuole descrivere in modo schematico e sintetico l'esperienza pluriennale realizzata con differenti gruppi in ambito psichiatrico. Si tratta di un intervento di musicoterapia recettiva, centrato sull'ascolto condiviso di brani musicali e la successiva discussione di gruppo.

Presupposti

Ad onor del vero, il tutto ha avuto origine come prima sperimentazione nel 2000 per soddisfare l'esigenza di attivare un intervento musicoterapico a basso costo in ambito psichiatrico. Non c'era in origine alcuna possibilità di dotarsi di uno strumentario sonoro e quindi ci si è indirizzati verso un intervento di tipo recettivo in cui risulta indispensabile un buon impianto di riproduzione e una stanza accogliente.

Il successo che questo tipo di attività ha sempre riscontrato in tutti i contesti in cui è stata proposta, mi ha però fatto riflettere sia sui presupposti teorici che sulle sue potenzialità.

Innanzitutto, la musica può essere considerata come la colonna sonora della vita di ogni persona, che ancora prima di nascere sente e immagazzina informazioni sonore sulla realtà. L'elemento sonoro-musicale contribuisce a costruire e definire l'identità di ogni individuo e può essere considerato come una fondamentale dimensione dell'essere umano. Attraverso essa possiamo descriverci e descrivere la nostra storia, riconoscendone i passaggi salienti.

Molto pertinente a tutto ciò è il concetto di ISO di Benenzon, di cui, in questo tipo di intervento, risulta saliente sia la dimensione gestaltica, con una attenzione quindi ad ogni singolo individuo partecipante all'attività, che quella gruppale, costruita e sempre meglio delineata con il trascorrere degli incontri.

A livello metodologico, il modello di riferimento è quello dell'armonizzazione dell'handicap di Postacchini, che prevede un'attenta analisi delle differenti dimensioni della condizione esistenziale delle persone, individuando gli aspetti disarmonici su cui cercare di lavorare, così che il benessere e quindi la qualità della vita delle persone possa migliorare.

Come è strutturata l'attività

Va innanzitutto precisato che si tratta di un'attività molto flessibile, che permette di costruire percorsi ad hoc rispetto al contesto in cui si va a lavorare e alle finalità che ci si è posti.

Si propone un intervento di gruppo (da un minimo di 4 a un massimo di 12 partecipanti) basato sull'ascolto condiviso di brani musicali e sulla discussione di gruppo, con incontri settimanali di un'ora e mezza.

Ogni incontro è caratterizzato da una forma strutturata, nel cui andamento regolare siano riconoscibili tre momenti (per una puntuale descrizione dell'attività si rimanda a Marinoni G., Lazzarotto B., Vitali M., Cornara S, 2005):

- l'inizio: la scelta del primo brano da parte del musicoterapista, seguita dalla discussione di gruppo;
- lo sviluppo: il concatenarsi delle scelte dei pazienti, ognuna seguita da un momento di discussione di gruppo;
- la conclusione: la scelta concordata tra il musicoterapista e il gruppo di pazienti del brano conclusivo.

Il ruolo del conduttore è molto importante e delicato, avendo il compito di favorire la costruzione di un buon clima, il rispetto del setting, la comunicazione e la circolazione della parola, l'espressione personale. In particolare grazie al suo essere memoria del gruppo, fornendo collegamenti tra le scelte operate nella stessa seduta o in sedute diverse, così come collegamenti tra commenti e interventi della stessa persona o di persone differenti, egli aiuta i partecipanti a creare legami nella propria storia e nel rapporto con gli altri.

A differenza della maggior parte degli interventi musicoterapici, vi è la possibilità di realizzare un "prodotto finale", ossia una "compilation" del gruppo composta da una selezione dei brani ascoltati. Sono i partecipanti stessi a scegliere quali brani introdurre e per ognuno, oltre che per la struttura, viene realizzata una copia, che diviene così una traccia del percorso realizzato.

Obiettivi/strategie

Per comprendere come mai un tale tipo di intervento abbia un buon riscontro in ambito psichiatrico, è importante interrogarsi su cosa sia disarmonico nella vita delle persone che soffrono di un disagio mentale.

Certo si tratta di una semplificazione, ma possiamo individuare alcuni elementi che ricorrono con grande frequenza, come:

1. il senso di frammentazione: la disgregazione del proprio mondo interiore (nel qui ed ora) e della propria identità (rispetto allo scorrere del tempo);
2. la cronicità del proprio disagio, che congela il tempo e rende insignificante ciò che accade;
3. la confusione tra mondo interno e mondo esterno con la perdita dei confini ;
4. le difficoltà nelle relazioni interpersonali, con particolare interesse, in questo caso, alle difficoltà tra pazienti stessi, che spesso risultano intolleranti e intransigenti l'uno verso l'altro.

Questo tipo di attività, svolta all'interno di un clima di condivisione e ascolto, permette di affrontare questi aspetti disarmonici facilitando:

- l'espressione personale di ogni partecipante, tramite l'assunzione di un proprio ruolo e di una propria posizione all'interno del gruppo, grazie all'approfondimento della conoscenza reciproca man mano che gli incontri si susseguono;
- il riconoscimento e la valorizzazione dell'unicità di ogni persona e della sua storia, attraverso l'accoglimento e la condivisione dei gusti personali di ognuno. Questo permette anche di sperimentare la tolleranza reciproca e l'accettazione della differenza;

- la comunicazione e il confronto tra i partecipanti attraverso la discussione in merito a quanto ascoltato;
- il coinvolgimento delle differenti dimensioni (corporea, affettiva, cognitiva) della persona, grazie alla versatilità del linguaggio musicale, capace di avvicinarsi all'unicità e all'unità delle persone, valorizzandone e sostenendone gli aspetti funzionali e cercando di colmarne le parti deficitarie.

Valutazione

Lo strumento di rilevazione utilizzato è una griglia (per una descrizione più dettagliata vedi Bonanomi C., Cornara S., 2003), in cui vengono registrati i punteggi dei singoli partecipanti, composta da nove variabili:

- tre relative alla dimensione dell'Io (emozioni-scambio): l'autoreferenziale storico, l'espressione emotiva attuale, la reazione alla stimolazione del gruppo;
- tre relative alla dimensione del Tu (presenza-partecipazione): presenza, modalità recettiva, modalità di partecipazione;
- tre relative alla dimensione dell'Egli (contenuti-elaborazioni): capacità descrittiva, capacità elaborativa, capacità di sintesi.

Ogni variabile si articola su nove livelli, da un grado minimo di assenza ad uno massimo ottimale, tutti specificatamente definiti. L'elaborazione dei dati avviene tramite l'utilizzo di un software appositamente costruito che permette di estrapolare dei grafici grazie ai quali è possibile osservare l'evoluzione delle singole variabili nonché il loro confronto. In questo modo è possibile raccogliere informazioni sullo stato delle persone partecipanti al trattamento e sui loro cambiamenti nel tempo.

* Articolo apparso sulla rivista "Musica et Terapia" n. 23, edizioni Cosmopolis, Torino, 2011.
Il contributo fa implicito riferimento ad esperienze applicative svolte nei seguenti contesti di cura:
- Centro Diurno gestito dalla cooperativa "Luciano Donghi" di Lissone (MI)
- CRT (ora CRA) di Garbagnate Rota (Frazione di Bosisio Parini) dell'Azienda ospedaliera "Ospedale A. Manzoni" di Lecco
- Centro Diurno "Il Girasole" dell'associazione ASVAP di Lecco
- Centro Diurno "La casa" di Bernareggio dell'Azienda ospedaliera di Vimercate

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Bonanomi C., Cornara S., *Una possibilità di verifica in musicoterapia attraverso il contributo della teoria dei sistemi dinamici non lineari*, contenuto in "Quale scientificità per la musicoterapia: i contributi della ricerca", PCC, Assisi, 2003.
- Borghesi M., Postacchini P.L., Ricciotti A., *Lineamenti di Musicoterapia*, Carocci, Roma, 1998.
- Disoteo M., *Il suono della vita*, Meltemi, Roma, 2003.
- Marinoni G., Lazzarotto B., Vitali M., Cornara S., *Farsi sentire. La musica negli interventi socioeducativi*, Franco Angeli, Milano, 2005.

Il suono dentro. Un percorso di musicoterapia di gruppo in un Centro Diurno psichiatrico*

Maria Santonocito
Psicologo, Psicoterapeuta, Musicoterapeuta, Palermo.

Spesso quando iniziamo un nuovo lavoro partiamo dall'idea della progressiva strutturazione, da un'idea che principia nel caos per organizzarsi progressivamente e nel tempo. Invece io per raccontarvi questa esperienza vorrei partire da un pensiero opposto quello della frammentarietà, della sospensione, della discontinuità. Il nucleo centrale delle mie riflessioni nasce, infatti, dall'intersecarsi di un'esperienza lavorativa caratterizzata dalla precarietà legata a fattori istituzionali, dalla frammentarietà connessa alla malattia mentale dei pazienti e dal sorprendente incrocio che ne viene fuori nell'esperienza musicoterapica.

L'esperienza in oggetto si è svolta presso il centro diurno di Bagheria della Asl 6 di Palermo, in un rapporto in cui gli operatori della riabilitazione psichiatrica sono "operatori-nomadi" cui non è garantita la continuità - ancorchè temporalmente discontinua - con strutture e pazienti. Ciononostante mi ritrovo per quattro anni nella medesima struttura; specularmente ai pazienti mi trovo in un percorso di progettazione, loro della propria esistenza accompagnata da sofferenza ma anche da possibilità offerte dal lavoro che il centro diurno offre supportandoli nella ristrutturazione delle loro vite, io pensando che man mano l'esperienza poteva arricchirsi di qualcosa che non restasse sospeso nel tempo, potendo iniziare a pensare di articolare maggiormente il nostro progetto terapeutico.

Le sedute di gruppo erano settimanali e la durata è andata progressivamente a crescere dagli iniziali 30 minuti a 50 minuti. Si è trattato di un gruppo semiaperto formato da pazienti schizofrenici di età compresa tra i 35 e i 55 anni circa, per un totale massimo di sei pazienti. Al gruppo ha costantemente preso parte un infermiere, il cui ruolo sonoramente attivo ha costituito altresì un "trait d'union" rispetto alla musicoterapista estranea all'istituzione, costituendo quindi la memoria storica del lavoro e del percorso articolatosi nel corso degli anni.

I pazienti

G. è isolato e silenzioso, rigido rispetto alla gestione del tempo, nel gruppo di musicoterapia è stato uno dei poli essenziali per il determinarsi della "problematizzazione sonora" dell'incontro relazionale. Suonava con intensità forti, producendo ritmi sostenuti e incalzanti, senza pause, utilizzando più strumenti e proponendo soprattutto improvvisazioni di natura ritmica; nel corso del tempo si è andato costruendo un proprio micro setting strumentale. Emergeva come presenza sonoramente affermativa nel gruppo, gli altri membri si ponevano in modo gregario rispetto a lui.

L. riservato ma disponibile alla relazione. Inizialmente utilizzava esclusivamente il triangolo con modalità incistata, portandolo alle orecchie, producendo sonorità aleatorie e ritmi incalzanti. In lui si sono osservati cambiamenti sostanziali nel corso degli anni, giungendo a una modalità sonora comunicativa, caratterizzata da un atteggiamento di ricerca e sperimentazione timbrica, spostandosi verso gli strumenti melodici e alternando poi produzioni ritmiche e melodiche dotate di dinamicità.

M. è un'ex studentessa di pianoforte del Conservatorio, esperienza questa strettamente connessa all'esordio della malattia. Per ogni anno che ha preso parte al gruppo M. inizialmente riproduceva al metallofono brani che mostrassero le sue competenze esecutive residue; l'atteggiamento accogliente del gruppo le ha consentito di abbandonare queste esecuzioni per esprimersi in modo più libero, a volte manifestando la difficoltà di farlo, altre volte riuscendo ad entrare in contatto con la musicoterapeuta, che l'ha incoraggiata ad uscire da un cliché che la confrontava con una frustrazione ed un fallimento, non consentendole di vivere la dimensione presente. M. si è affacciata alle proprie emozioni abbandonando gli strumenti melodici ed utilizzando le percussioni in legno ed in pelle e soprattutto gli strumenti più regressivi quali i sonagli ed il tubo della pioggia.

C. con personalità bipolare aveva tentato molte volte il suicidio. È entrato nel gruppo nel suo terzo anno di esperienza ed ha immediatamente espresso un forte malessere. I suoi tentativi di razionalizzazione lo ponevano fuori dall'esperienza musicoterapica. Nell'improvvisazione utilizzava soltanto strumenti melodici, da cui emergevano scale e note congiunte, segno di una forte coartazione emozionale, suonava con intensità debole, introducendo lunghe pause in cui cercava di ascoltare strumenti la cui voce risultava flebile all'interno del contesto improvvisativo.

Metodologia

Il percorso del gruppo di musicoterapia può essere suddiviso in tre fasi che coincidono con tre passaggi metodologici:

1) Il gruppo improvvisativo

Nei primi due anni il gruppo è stato caratterizzato da una conduzione semidirettiva, esclusivamente basata sulla tecnica della libera improvvisazione di gruppo ed i cui tratti specifici sono stati: la possibilità individuale di contattare le proprie peculiarità sonoro/musicali, lavorando quindi su una dimensione intrapersonale ed intrapsichica in cui far emergere le peculiarità sonore di ciascuno. La possibilità di prendere contatto con una modalità di espressione sonora legata a istanze personali soggettive ha determinato il formarsi di un assetto esperienziale condiviso, in cui il rapporto dei pazienti si esplicava quale relazione comunicativa ad una via, in cui cioè gli scambi e i contatti si indirizzavano prevalentemente verso la musicoterapista. Riferendoci ai criteri organizzativi del campo sonoro di Porena (1999), possiamo dire che il gruppo si organizzava attraverso un criterio di addizione, in cui emergevano i singoli. "L'organizzazione per addizione contempla i casi in cui i campi e le figure si sovrappongono in maniera indipendente, senza legami di identità, somiglianza, opposizione. È un criterio che implica un basso livello

di comunicazione, che si verifica soprattutto nei momenti esplorativi, di ricerca, quando si procede per tentativi. Le condotte principali sono quelle della ripetizione di sequenze già sperimentate (la pratica del già conosciuto) e dell'improvvisazione individuale (quando uno o più esecutori si dedicano prevalentemente alla propria creazione senza tener conto del resto)".

2) Il gruppo recettivo

Nel terzo anno del gruppo l'inserimento del paziente C. attiva un conflitto "sonoro"che si manifesta come scontro tra due dimensioni del tempo, come due unicità e due vissuti di solitudine che viaggiano parallele. Silenzi e pause, contrapposti a suoni forti e ritmi incalzanti, utilizzo esclusivo e coartato dello strumento, contrapposto alla creazione di un micro setting sonoro articolato e chiuso al proprio interno. Nonostante i molti tentativi della musicoterapeuta di offrire uno spazio di riflessione successivo all'improvvisazione, in cui si sottolineava come la presenza di due tempi diversi nel gruppo sembrava esprimere voci diverse, modi diversi di stare nel gruppo e nel mondo, ciò non sembrava poter contribuire in modo fattivo all'apertura di uno spazio in cui si costituisse una trasformazione, sonora, uno spazio in cui potessero coesistere tempi diversi che non entrassero in evidente collisione. Il malessere di C. rispetto al suo bisogno di silenzio, di pause, di rallentamenti era crescente e l'impossibilità di G. a rallentare, ad abbassare i toni delle sue improvvisazioni sempre più forti era altrettanto crescente. Erano due solitudini che non si potevano incontrare. Nelle verbalizzazioni successive alle improvvisazioni è emerso in modo chiaro lo scontro tra due tempi diversi, dove la parola esplicita, semplice e diretta ha aperto una possibilità al costituirsi di uno spazio non saturo, in cui può nascere qualcosa che ancora non è.

È stato come se per la prima volta ciascuno dei due pazienti fosse costretto a guardarsi attraverso gli occhi di un altro, a decentrarsi per vedersi. Stavamo finalmente destrutturando ciò che ciascuno aveva in sé già prestabilito, l'abbandono del cliché. L'idea di modificare l'impostazione metodologica è stata accompagnata da un'attenta riflessione, non volevo rischiare di esporre ad un eccessivo senso di destrutturazione pazienti che con sofferenza, fatica e tempo avevano raggiunto un certo livello di integrazione. Per cui si è proposto l'ascolto ed uno scambio verbale che potesse contenere le emozioni, dando a queste un senso che si potesse poi convogliare compiutamente nelle successive improvvisazioni.

Si è deciso di introdurre una variazione tecnico/metodologica nel setting. Il setting era ora così articolato: ascolto di brani portati dapprima dalla musicoterapista e poi dai pazienti; verbalizzazione sull'ascolto da parte del paziente e poi del gruppo, focalizzazione del tema di fondo e improvvisazione finale. L'idea che ha guidato questa impostazione era di offrire ai pazienti una condivisione di vita ed emozioni, che confluissero nella possibilità di prendere una forma comune nel senso sonoro dell'improvvisazione che poi ne emergeva. Le scelte effettuate dalla musicoterapista si sono basate sulla metodologia della sequenza sonda utilizzata in musicoterapia recettiva (Manarolo, 2006), poiché introducono il gruppo all'ascolto e all'attivazione di un'ampia riflessione rispetto ai vari temi esistenziali. Successivamente sono stati i pazienti a proporre brani musicali significativi per loro; ciò ha consentito una condivisione nel gruppo, un'esperienza nuova ed intensa, aprendo agli altri squarci della propria vita emozionale; nelle verbalizzazioni la direzione

data dal conduttore è stata la ricerca di un'emozione di fondo che accomunasse il sentire del gruppo e che ne guidasse la successiva improvvisazione. Ne sono scaturite improvvisazioni caratterizzate da un'organizzazione che lasciava emergere l'instaurarsi di una matrice di base substrato accomunante, la cui presenza consente l'immediata possibilità di comprendersi. Erano attivi fattori terapeutici di gruppo quali: l'universalità legata alla possibile condivisione della propria sofferenza con una ricaduta sulle problematiche narcisistiche e su quelle di isolamento; lo sviluppo del sé interpersonale e vicario legato all'identificazione, all'osservazione degli altri e al confronto reciproco.

Per la prima volta, dopo molti anni, alcuni di questi pazienti hanno offerto, gli uni agli altri, frammenti del proprio senso di vuoto, di solitudine, d'inadeguatezza, desiderando altresì qualcosa che fosse una possibilità, uno spazio per l'esistenza. Il gruppo ha realizzato una svolta in cui ciascuno ha abbandonato il cliché del brano su cui identificarsi, fondersi in maniera identitaria e identica per mostrare fragilità ed emozioni ma in un luogo simbolicamente e sonoramente condiviso. In conclusione di questo percorso recettivo C. chiede al gruppo di ascoltare insieme a lui "Cercami" di Renato Zero, che ha molto emozionato tutti noi, sia per il testo, sia per la scelta fatta da questo paziente di mostrare un uomo che dal vivo canta la sua difficoltà esistenziale.

3) Il gruppo del riascolto

Nell'ultimo anno di questo percorso si è deciso di lavorare ancora sull'improvvisazione di gruppo, registrata e poi riascoltata. Questa scelta è stata motivata dalla percezione di una maturità storica del gruppo, il passaggio, infatti, fondamentale sperimentato nella precedente fase era stato focalizzato sulla possibilità di mostrarsi per ciò che si è ed il poter chiedere aiuto all'esterno. Siamo dunque tornati a lavorare su una dimensione che da intrasoggettiva era passata all'intersoggettività, per transitare ora verso una dimensione gruppale matura.

Sonoramente le improvvisazioni sono state caratterizzate da utilizzi non convenzionali dello strumentario, organizzazioni sonore per contrasto e dialoghi sonori a due e tre membri del gruppo. Abbandono di ritmiche prestabilite, sperimentazioni e cambi di ruolo nella conduzione sonora: cioè l'emergere di un campo sonoro gruppale. Ciò è riferibile al criterio della similitudine gestaltica in cui si coglie una sorta di affinità diffusa. "La similitudine è il criterio di organizzazione più utilizzato dai gruppi d'improvvisazione musicoterapica poiché rappresentativo della possibilità di stare insieme pur essendo diversi. Attraverso di essa prende corpo sonoro la matrice dinamica nei suoi aspetti evolutivi e dialettici" (Masotti, 2002). Nelle esperienze improvvisative si percepiva la storia che ci aveva attraversati, le emozioni che avevamo condiviso. L'ascolto delle registrazioni ci ha restituito una sonorità gruppale, la sensazione di avere costruito nel tempo un campo condiviso e la possibilità di entrare ed uscire dal gruppo portandosi dentro i suoi suoni.

Conclusioni

Nonostante la frammentarietà dell'intervento nel suo snodarsi nel tempo, il gruppo in oggetto ha costruito una propria storia, che prescinde dalle singole presenze

dei pazienti poiché è la storia del gruppo. È proprio questo che consente di affermare che al di là della presenza addizionale degli individui, si è costituito un campo condiviso che si è evoluto nel suo divenire, giungendo ad essere gruppo come dimensione interna, transpersonale, sovra individuale ed interiorizzata in maniera inconscia, che esiste nell'esperienza istituzionale.

* Articolo apparso sulla rivista "Ar-té" n. 8, edizioni Cosmopolis, Torino, 2010.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Benenzon R.O., *Manuale di musicoterapia*, Borla, Roma, 1992.
- Di Maria F., Lo Verso G., (a cura di), *La psicodinamica dei gruppi. Teorie e tecniche*, Raffaello Cortina, Milano,1995.
- Lecourt E., *Analisi di gruppo e musicoterapia, il gruppo e il "sonoro"*, Cittadella Editrice, Assisi, 1996.
- Manarolo G., *Manuale di Musicoterapia. Teoria, Metodo e Applicazioni della Musicoterapia*, ed. Cosmopolis, Torino, 2006.
- Masotti A., *Il cerchio sonoro ed i nodi musicali,* tesi di diploma in musicoterapia, Assisi, 2002.
- Porena B., *Ipotesi metaculturale: un'ipotesi per la composizione delle diversità ossia per la sopravvivenza,* ed. EUE, 1999.
- Santonocito M., Inzerillo F., *Ricerca teorico-metodologica su uno strumento di analisi del setting gruppale musicoterapico*, in "Quaderni di musica applicata n. 22", PCC, Assisi, 2003.

La musicoterapia presso il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura*

Antonio Sarcinella
Musicoterapista, Torino.

Premessa

Il seguente contributo descrive l'intervento di Musicoterapia (mt) che si sta svolgendo presso il reparto Spdc del Dipartimento di Salute mentale dell'ex Asl 3 di Torino (ora Asl 2) situato presso l'Ospedale "Amedeo di Savoia". Il periodo preso in analisi è quello che va dal 30 gennaio 2007 al 30 marzo 2008; in questi mesi si sono svolte 34 sedute a cui hanno partecipato in totale 165 pazienti, sui 426 che sono stati ricoverati in struttura. La riflessione è partita da una semplice domanda: *"Ha senso un intervento di musicoterapia gruppale in SPDC, struttura che accoglie pazienti in fase di crisi acuta?"* Per rispondere ci siamo lasciati guidare da alcune riflessioni proposte da Franco Fasolo, già Direttore del Dipartimento di Salute Mentale di Padova, che in un seminario svolto per l'Asl invitava a soffermarsi sui seguenti punti:

- sebbene i pazienti in crisi siano, per forza di cose, ripiegati su se stessi, essi creano comunque un gruppo all'interno della struttura; gruppo che va utilizzato e valorizzato. "Gruppo che giace, Gruppo che già c'è";
- questo gruppo esiste per un livello di omogeneità fra i pazienti, che in esso si riconoscono e si incontrano dandosi visibilità reciproca. Questo incontro va organizzato e strutturato;
- le sedute di Musicoterapia offrono un'occasione di riflessione sul gruppo formatosi e di valorizzazione delle "dissonanze" personali presenti in esso e tipiche del ricovero in Spdc.

Ovviamente nella formalizzazione degli obiettivi da perseguire in un simile contesto vanno tenute in considerazione le caratteristiche proprie della struttura ospitante. In modo particolare l'attenzione sarà posta sul fatto che ci troviamo di fronte a una frequente rotazione dei fruitori, per cui l'obiettivo di un lavoro di gruppo, con l'utilizzo del parametro sonoro, non sarà tanto finalizzato ad un processo elaborativo dei propri vissuti, quanto ad affiancare e rafforzare, con modalità relazionali, l'obiettivo "contenitivo" messo in atto dalla struttura. Sarà dunque importante riuscire a creare una situazione il più possibile rilassata e non costrittiva dove utilizzare tale parametro, in modo da offrire un momento privilegiato per favorire i processi di idealizzazione, valorizzando gli aspetti positivi evocati dall'esecuzione musicale e fornire un'occasione per rafforzare i propri meccanismi di difesa.

Modalità d'intervento

Le sedute hanno una cadenza settimanale, il pomeriggio del Martedì, e si svolgono nel salone del reparto che funge da luogo di aggregazione (utilizzato per la mensa, per la visita parenti, per fumare, etc.)

All'arrivo si cerca di sistemare la stanza affinché possa avere, il più possibile, caratteristiche per essere riconosciuta come sede dello svolgimento della seduta: vengono spostati i tavoli e le sedie lungo il perimetro del muro, viene srotolato un tappeto e su esso collocati gli strumenti.

Prima dell'inizio della seduta si effettua un pregruppo, dove, in coincidenza con il passaggio di consegne per il cambio turno degli infermieri, si raccolgono le informazioni (diagnosi, età, ambulatorio di riferimento e stato del ricovero) dei pazienti ospiti del reparto, sia verbalmente che dalle cartelle cliniche. I dati raccolti permettono agli operatori di elaborare una strategia di intervento che, in questo caso specifico, non può essere a lungo termine e improntata su un percorso che prevede più incontri, ma deve essere impostata settimanalmente in base ai ricoveri effettuati in struttura. Segue a questa riunione il giro nelle stanze per invitare gli ospiti a partecipare.

La seduta, che ha una durata molto variabile a secondo della tipologia dei pazienti presenti in reparto, ha come caratteristiche principali:

- Il Gruppo Aperto: per la particolare tipicità della situazione dei pazienti, la seduta si svolge in una stanza con la porta aperta che permette loro di entrare ed uscire dalla seduta in qualsiasi momento. Inoltre la situazione gruppale permette di garantire, anzi richiede, una simultaneità di interventi, caratteristica necessaria nella fase acuta della crisi (Lecourt, 1996).
- L'Improvvisazione: le sedute sono di tipo improvvisativo per offrire ai pazienti la possibilità di esternare la rappresentazione del proprio mondo interno attraverso la produzione sonora (Postacchini, 1997).
- La Cogestione: La seduta è gestita da un Terapeuta ed un Coterapeuta, per garantire un'attenzione maggiore alle richieste di ciascun paziente in seduta e per garantire anche attenzione ai pazienti che si avvicinano durante lo svolgimento della seduta. Collabora con i Terapeuti un tirocinante della scuola di Musicoterapia Apim di Torino.

Postgruppo

Segue poi il momento del rimando ai medici e agli infermieri del reparto. Nel postgruppo i musicoterapeuti raccontano l'andamento della seduta, la partecipazione dei singoli e il grado del loro coinvolgimento emotivo, apportando ulteriori elementi di conoscenza dei diversi pazienti. Al termine dell'incontro vengono aggiornate le cartelle cliniche dei degenti. Per alcuni pazienti viene valutata la possibilità di essere inseriti, dopo le dimissioni dal reparto, nel gruppo di musicoterapia gestito dagli stessi musicoterapeuti nella struttura diurna del dipartimento.

Supervisione

Sono previsti incontri periodici di supervisione per i musicoterapeuti, svolti con uno psichiatra del dipartimento, formatosi in ambito musicoterapico con la metodologia Benenzon.

Punti Critici

Dal lavoro in supervisione (e da quello svolto da un'allieva infermiera in prepara-

zione della tesi di diploma), sono emersi alcuni punti critici del nostro intervento che, nel futuro prossimo, saranno soggetti a maggior analisi attraverso l'elaborazione di adeguati strumenti (questionari da somministrare agli operatori della struttura, confronti con altre équipe, organizzazione di seminari, etc...).

In modo particolare vengono messi in evidenza i seguenti punti, come si vede concatenati fra loro:

- mt in ambiente istituzionale: si porta uno strumento in un ambiente non preposto ad un certo tipo di terapia;
- il reparto è condizionato fortemente dalla tempistica. Il lavoro sul tempo biologico e terapeutico, tipico del nostro intervento, va a scontrarsi con il tempo, necessariamente maggiormente strutturato, dell'istituzione;
- come viene vissuto dagli altri operatori, medici ed infermieri, il nostro intervento?
- reparto in terapia o terapia in reparto? Cosa succede durante l'intervento? La richiesta di sospendere la normale vita del reparto per far convogliare l'attenzione generale su questo tipo di intervento è particolarmente esosa, priva di realismo e in antitesi con l'intervento attuato in struttura? O ne è il naturale prolungamento?

* Articolo apparso sulla rivista "Musica et terapia" n. 20, edizioni Cosmopolis, Torino, 2002.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Aldridge D., *Music therapy research: A review of medical research literature within a general context of music therapy research*, The Arts in Psychotherapy, 20, 11-35, 1993.
- Aldridge D., *Staying close to practice: Which evidence, foe whom, by whom, Music Therapy Today (online)*, Vol. IV, Issue 5, available at http://musictherapyworld.net, 2003.
- Albano F., *Un'esperienza di formazione in musicoterapia*, Tesi di laurea, Facoltà di Lettere e Filosofia, D.A.M.S., Università di Bologna, 1994-'95.
- Albano F., Artale G., *Sistemi dinamici e ricerca in musicoterapia: studio sull'evoluzione della relazione musicoterapeuta paziente attraverso il sistema di decodifica relazionale di A.*, Convegno APIM svoltosi a Rimini nel 2003.
- Benenzon R.O., *Manuale di Musicoterapia*, Borla, Roma, 1992.
- Benenzon R.O., *La nuova Musicoterapia*, Phoenix, Roma, 1997.
- Bruscia K., *Casi clinici di Musicoterapia-Adulti*, Gli Archetti ISMEZ, Roma, 1995.
- Cano C., *Simboli sonori*, Franco Angeli, Milano, 1985.
- Delalande F., *Le condotte musicali*, Clueb, Bologna, 1993.
- Ducourneau G., *Elementi di Musicoterapia*, ed. Cosmopolis, Torino, 2001.
- Ezzu A., Messaglia R., *Introduzione alla Musicoterapia*, Musica Pratica, Torino, 2006.
- Fasolo F., *Psichiatria senza rete*, ed. Cleup, Padova, 2007.
- Fogel, in M. Borghesi, M. Mancini, A.M. Barbagallo, M. Olivieri, (a cura di), *Quale scientificità per la musicoterapia: i contributi della ricerca*, Quaderni di musica applicata n. 22, PCC, Assisi, 2003.
- Lecourt E., *Analisi di gruppo e Musicoterapia*, Cittadella, Assisi, 1996.
- Manarolo G., Borghesi M. (a cura di), *Musica & Terapia*, ed. Cosmopolis, Torino, 1998.
- Manarolo G., *Manuale di Musicoterapia. Teoria, Metodo e Applicazioni della Musicoterapia*, ed. Cosmopolis, Torino, 2006.
- Postacchini P.L., Ricciotti A., Borghesi M., *Lineamenti di Musicoterapia*, Nuova Italia Scientifica, Roma, 1997.

L'intervento musicoterapico in ambito psichiatrico: invio al trattamento, sintomatologia e strategie riabilitative*

Stefano Navone
Musicoterapista, coordinatore Centro Studi Musicoterapia Alto Vicentino, Thiene (VI).

Il presente contributo rappresenta una breve sintesi della mia esperienza professionale come musicoterapista presso le strutture del Centro Servizi di Montecchio Precalcino (Vicenza) facenti parte dell'Ulss 4 "Alto Vicentino" e gestite da molti anni in convenzione diretta con l'Ente "La Casa" di Schio (Vicenza).

La mia collaborazione professionale come musicoterapista inizia nel novembre del 1999 ed è dunque oggi al suo undicesimo anno di attività in forma continuativa.

L'approccio teorico da me seguito e condiviso, ovvero la musicoterapia ad indirizzo psicodinamico-relazionale, prevede una metodologia operativa fondata sui criteri di non direttività nei confronti del paziente e un atteggiamento di osservazione-ascolto legato ai concetti di neutralità e controtransfert così come intesi nel lavoro psicoanalitico più tradizionale. Dal punto di vista operativo, in questo contesto metodologico, come musicoterapista metto in atto tutte quelle strategie utili a favorire la massima libertà espressiva del paziente e della sua creatività, facilitando in questo modo una reale espressione del Sé: l'improvvisazione musicale legata a una tecnica di approccio non verbale risulta quindi essere lo stile peculiare di questo tipo d'intervento.

Il mio orientamento musicoterapico rientra dunque nella cosiddetta Musicoterapia attiva che prevede la manipolazione diretta degli strumenti musicali o di oggetti quotidiani utilizzati con finalità sonoro-musicali; questo approccio, essenzialmente non-verbale, è basato sull'improvvisazione corporeo-sonoro-musicale e sulle sintonizzazioni affettive tra paziente e musicoterapista. Il mio lavoro è settimanalmente suddiviso nelle seguenti tre strutture integrate all'interno del Centro Servizi:

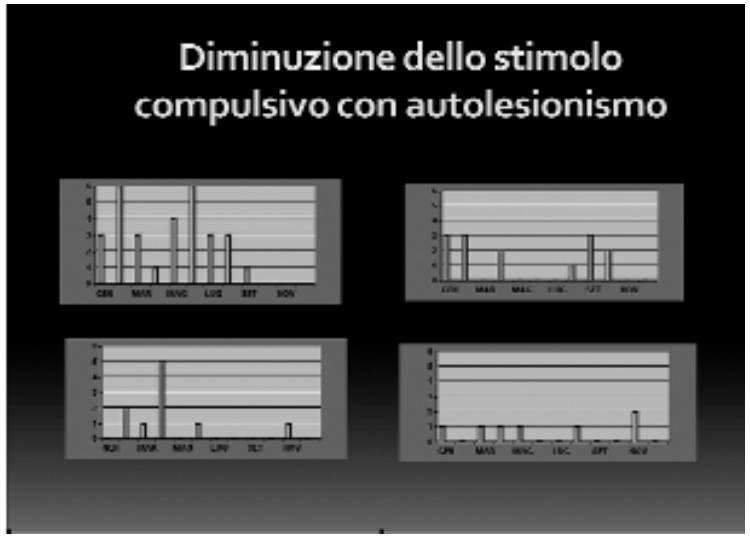
RSA (Residenza Socio-Assistenziale) Il Cardo

Si tratta di una struttura residenziale sanitaria che ospita 38 pazienti affetti da handicap neuropsichico e da grave ritardo mentale; la mia attività presso "Il Cardo" inizia nel 1999 ed è rivolta in particolare agli utenti che presentano, in aggiunta al quadro deficitario di base, degli innesti psicotici e importanti disturbi del comportamento.

- Ospiti presi in carico: 25
- Trattamenti individuali
- Principali obiettivi riabilitativi a lungo termine:
  - Diminuzione di stereotipie motorie
  - Diminuzione di condotte autolesionistiche
  - Diminuzione di comportamenti di tipo ossessivo-compulsivo

Di seguito vorrei brevemente riportare uno studio relativo ad un caso di un paziente adulto cerebropatico, G.C. di 48 anni, con tendenza all'autolesionismo, nella

fattispecie con frequente grattamento agli arti inferiori; il trattamento di Musicoterapia individuale ha favorito una costante e progressiva diminuzione della sintomatologia. La tabella riportata di seguito evidenzia la diminuzione delle medicazioni da grattamento dall'anno 2003 all'anno 2006; la verifica e la compilazione dei dati riportati è stata monitorata dal personale sanitario della struttura.



RSA San Michele

Il "San Michele" è una struttura residenziale sanitaria che ospita circa 106 pazienti adulti e anziani con diagnosi psichiatrica e disturbi comportamentali; quasi un terzo dei pazienti, ospitati a causa di un naturale declino psicofisico e cognitivo dovuto all'avanzare dell'età, presenta quadri che rientrano nell'ambito della cosiddetta psicogeriatria.

L'attività di Musicoterapia è presente dal 2001 ed è riassumibile in sintesi nella tabella seguente:

- Ospiti presi in carico: 38
- Trattamenti individuali e in piccolo gruppo
- Principali obiettivi riabilitativi a lungo termine:
  - Contenimento dei sintomi depressivi
  - Mantenimento del senso di identità della persona
  - Mantenimento delle capacità relazionali e cognitive residue

C.T.R.P. Comunità Terapeutica Residenziale Protetta

La comunità terapeutica residenziale protetta ospita circa una trentina di pazienti adulti affetti da disturbi psichiatrici in assetto cronico; rispetto agli utenti dell'RSA San Michele gli ospiti della comunità terapeutica presentano un grado più elevato di autonomia personale e minima necessità di assistenza sanitaria e infermieristica mantenendo così uno stile di vita relativamente indipendente e autonomo all'interno del Centro Servizi.

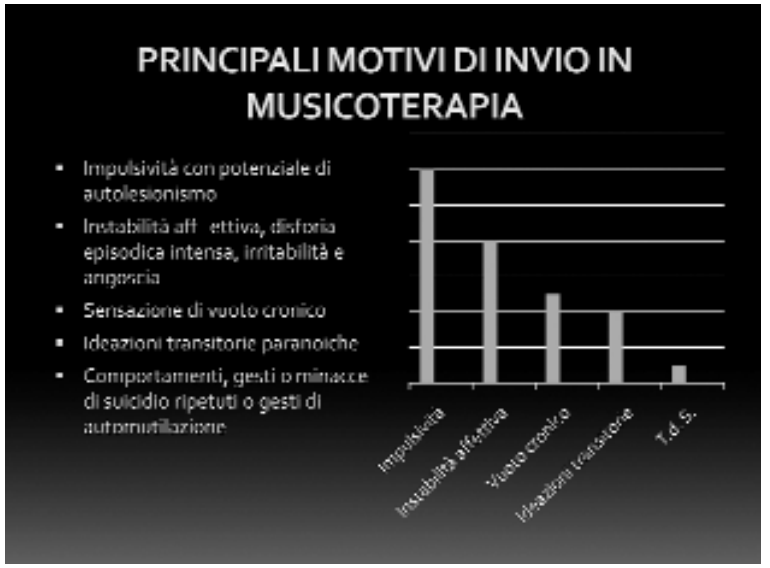
La musicoterapia è presente in questa struttura come servizio dal 2002 con i seguenti riferimenti e obiettivi:
- Ospiti presi in carico: 21
- Trattamenti individuali e in piccolo gruppo
- Principali obiettivi riabilitativi e terapeutici a lungo termine:
  - Diminuzione della sintomatologia negativa
  - Maggiore aderenza alla realtà e maggiore capacità di collaborazione
  - Riduzione degli stati di pseudo-assenza.

Nella tabella seguente si riassumono, rispetto al numero totale di pazienti presi in carico nel periodo 1999-2010 (84), le principali indicazioni diagnostiche incontrate e trattate durante la mia attività musicoterapica complessivamente presso tutte e tre le strutture del Centro Servizi.

Come appare evidente dalla tabella precedente il disturbo psichiatrico trattato con più frequenza nel mio lavoro risulta indubbiamente la schizofrenia con 47 pazienti (pz) inviati, di cui 21 di tipo disorganizzato e 26 di tipo catatonico, ovvero più del 50% del totale dei pazienti ad oggi presi in carico. Seguono quantitativamente i disturbi dell'umore (11 pz.), i pazienti con disturbo bipolare (6 pz.), e i pazienti con disturbi dissociativi (4 pz.). Un ruolo a parte va riservato alle psicosi di innesto (16 pz.) che, per loro natura, vengono normalmente inserite nell'ambito della disabilità.

Analizzando con più attenzione le motivazioni dell'invio al trattamento musicoterapico e ponendomi in un'ottica longitudinale rispetto alle indicazioni diagnostiche che, pur nella loro precisione, risultano a mio avviso fotografie momentanee del percorso evolutivo psicopatologico di ogni paziente esaminato, sono arrivato ad evidenziare e riassumere i principali motivi di invio al trattamento che di fatto risultano sempre ascrivibili ad una sintomatologia prevalente nel paziente in un dato periodo.

Ho riscontrato che molte di queste caratteristiche sintomatologiche possono risultare spesso "trasversali" rispetto ai quadri diagnostici sopra indicati come per esempio l'irritabilità e gli episodi disforici; l'impulsività e l'autolesionismo possono appartenere sia al paziente disabile con innesto psicotico, sia allo schizofrenico catatonico pur essendo espressioni sintomatologiche che nei casi citati rimandano a dimensioni mentali ben diverse e distanti tra loro.



Rispetto al totale dei pazienti seguiti ho verificato, con l'aiuto del personale medico del Centro Servizi, la frequenza sintomatologica determinante l'invio al trattamento di Musicoterapia che riporto con maggior precisione nel grafico seguente:

In quest'ottica e alla luce di un'esperienza ormai decennale ho sviluppato e affinato nel tempo delle strategie riabilitative riferite in primo luogo al sintomo prevalente determinante l'invio.

Dal punto di vista sonoro musicale ho sperimentato e verificato l'estrema importanza dell'utilizzo del sistema modale nell'improvvisazione, soprattutto in riferimento alle ideazioni paranoiche del paziente che molto spesso corrispondono a delle produzioni melodiche ripetitive e stereotipate.

Le possibilità improvvisative, legate allo sviluppo su più scale dello stesso frammento melodico, possono diventare un efficace ausilio per il musicoterapista per facilitare il paziente a generare delle prospettive multiple rispetto alla rigidità della propria produzione sonoro musicale.

Conclusioni

La mia attività musicoterapica presso queste strutture si è configurata nel tempo come una prassi riabilitativa ben precisa e connotata; i medici psichiatri e gli psicologi clinici invianti utilizzano il trattamento musicoterapico come modello riabilitativo, all'interno di un'ottica di intervento che tende ad includere a pieno titolo la musicoterapia nell'ambito della riabilitazione psichiatrica più accreditata e disciplinata.

Una disamina approfondita dei risultati e dei criteri di valutazione non mi è possibile in questa sede ma mi è sufficiente ricordare che le ricadute maggiormente significative del trattamento musicoterapico avvengono, in base alla mia esperienza, nei confronti delle situazioni patologiche che presentano una più marcata compromissione dei processi comunicativi ed espressivi del proprio mondo interno; l'intervento musicoterapico assume una particolare valenza proprio come strumento riabilitativo privilegiato per la regolazione interna dei propri stati emotivi e per la ridefinizione del cosiddetto campo intersoggettivo del paziente in un lavoro di co-regolazione e sintonizzazione affettiva con il terapista.

Colgo l'occasione per ringraziare sinceramente tutto il personale socio-sanitario del Centro Servizi di Montecchio Precalcino per la collaborazione e l'interesse per la mia disciplina dimostratomi in tutti questi anni.

* Articolo apparso sulla rivista "Musica et terapia" n. 22, edizioni Cosmopolis, Torino, 2010.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- APA (American Psychiatric Association), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*, trad. it, Milano, Masson, 1996.
- Benenzon R., *La nuova Musicoterapia*, Phoenix, Roma, 1997.
- Colombo G., *Manuale di Psicopatologia generale*, Cleup, Padova, 1999.
- Dettore D., *Il disturbo ossessivocompulsivo*, McGraw-Hill, Milano, 1998.
- Galimberti U., *Dizionario di Psicologia*, UTET, Torino, 1992.
- Heidegger M., *Il concetto di Tempo*, Adelphi, 1994.
- Husserl E., *L'idea della Fenomenologia*, Einaudi, Milano, 1982.
- Karolyi O., *La grammatica della musica*, Einaudi, Torino, 1965.
- Lecourt E., *La Musicoterapia*, Cittadella, Assisi, 1992.
- Manarolo G., *L'angelo della musica*, Omega, Torino, 1996.
- Manarolo G., *Manuale di Musicoterapia. Teoria, Metodo e Applicazioni della Musicoterapia*, ed. Cosmopolis, Torino, 2006.
- Manarolo G., Borghesi G., *Musica & Terapia*, a cura di, Cosmopolis, Torino, 1998.
- Navone S., Goldwurm. G., *Gli studi in ambito psichiatrico*, contenuto in "Musicoterapia e scientificità: dalla clinica alla ricerca", a cura di A. Raglio, Franco Angeli, Milano, 2008.
- Navone S., *Musica tra le Menti*, La Casa, Schio, 2009.
- Postacchini P.L., Ricciotti A., Borghesi M., *Lineamenti di Musicoterapia*, Nuova Italia Scientifica, Roma, 1997.
- Pizzo Russo L., *So quel che senti, neuroni specchio, arte ed empatia*, ETS, Pisa, 2009.
- Polk M., Kertesz A., *Music and language in degenerative disease of the brain*, Brain Cogn, 1993 May.
- Postacchini P.L., Ricciotti A., Borghesi M., *Lineamenti di Musicoterapia*, NIS, 1997.
- Raglio A., Manarolo G., Villani D., a cura di, *Musicoterapia e Malattia di Alzheimer: proposte applicative e ipotesi di ricerca*, Cosmopolis, Torino, 2001.
- Raglio A., *Musicoterapia e Scientificità: dalla clinica alla ricerca*, Franco Angeli, Milano, 2008.
- Rauscher F.H., Shaw G.L., Ky K.N., *Music and spatial task performance*. Nature. 1993 Oct.
- Scardovelli M., *Il dialogo sonoro*, Cappelli, Bologna, 1992.
- Schön A., *L'interpretazione dei suoni*, Borla, Roma, 1993.
- Stern D.N., *Le interazioni madre bambino: nello sviluppo e nella clinica*, Raffaello Cortina, Milano, 1998.
- Stern D.N., *Il momento presente*, Raffaello Cortina, Milano, 2005.
- Winnicott D., *Gioco e Realtà*, Armando, Roma, 1974.

"Mai dire mai" live: Musicoterapia per l'integrazione sociale

Margherita Ligorio
Musicoterapista, Milano.

Lavoro come musicoterapista presso il Centro di Riabilitazione psichiatrica "S.Ambrogio" Fatebenefratelli di Cernusco sul Naviglio (MI) dal 1992.

Nel 2003 nasce l'idea di costituire una band e di realizzare un progetto che, mediante esibizioni pubbliche, favorisse l'integrazione nel territorio di persone con disagio psichico sensibilizzando nel contempo la società. Per costituire la band selezionai gli strumentisti tra i pazienti che già avevo in trattamento, in base al grado di motivazione ad aderire al progetto e alle competenze acquisite nel corso del trattamento stesso. Solo tre mesi dopo ci esibimmo per la prima volta in pubblico in occasione della "festa dei popoli" organizzata dal comune. Il repertorio comprendeva solo tre pezzi, la band era composta da quattro elementi ma avevamo già un nome: "Mai dire mai" (nome ideato dal gruppo stesso). Gli strumenti impiegati erano tamburi, xilofoni, una chitarra.

Seppur ancora in forma embrionale la nostra prima esibizione fu già un grande successo. Da lì in poi il progetto prese forma e consistenza: attualmente la band è composta da 9 elementi, tra i 30 e 50 anni, alcuni risiedono nelle comunità del centro, altri afferiscono al servizio di musicoterapia in regime di degenza diurna.

Ci si riunisce settimanalmente per le sessioni di prova, lo strumentario comprende una batteria, una tastiera, un pianoforte, percussioni, voce, basso elettrico, un impianto di amplificazione insomma una strumentazione degna di una band che si esibisce in concerti.

Inizialmente abbiamo aderito a manifestazioni musicali ove si esibivano a turno gruppi di disabili provenienti da vari centri del territorio, successivamente abbiamo sentito l'esigenza di differenziarci e di rivolgerci a luoghi e contesti più normalizzanti e come unico gruppo (la durata del repertorio ci consentiva di tenere un'intera serata). Pertanto negli anni siamo stati contattati per animare feste, un happy hour in un locale della zona, siamo stati ospiti di un'emittente televisiva privata, per tre volte ci siamo esibiti in una scuola di musica (alternando i brani del nostro repertorio a quelli degli allievi delle classi di musica moderna: una sorta di scambio-incontro tra gli studenti e noi), abbiamo tenuto un concerto-convegno in cui è stato presentato il progetto anche nei suoi aspetti teorico-metodologici. Il progetto è ancora in corso e sono previste nuove esibizioni.

Ma come si è costituita la band e il suo repertorio?

Come detto prima tutti gli strumentisti sono stati selezionati tra alcuni dei pazienti che già avevo in trattamento musicoterapico. Provengono quindi da un percorso di musicoterapia dapprima individuale, poi di gruppo. Ciò vuol dire che tutti hanno già acquisito discrete capacità di stabilire sintoniche comunicazioni sonoro-musicali, le quali hanno rafforzato le singole identità individuali fino alla creazione di un'identità gruppale. Quello della band rappresenta il punto di "approdo" di una precedente esperienza musicoterapica, in cui si attivano ulteriori percorsi evolutivi e con finalità specifiche, anche dal punto di vista sociale. È un'esperienza atta a sviluppare il gusto musicale, a stimolare l'apprendimento, un ulteriore stimolo all'incontro, alla progettualità, alla cooperazione, alla costanza.

Partendo da un'attenta osservazione e analisi delle singole peculiarità di ogni partecipante (nel rispetto anche della scelta dello strumento, delle modalità di manipolazione e delle singole identità musicali e culturali) si è proceduti verso la strutturazione della libera produzione circoscrivendola poi all'interno di una specifica forma musicale, riproducibile nel tempo; attraverso la registrazione, il riascolto e la ripetizione delle strutture realizzate, si sono apportate modifiche e miglioramenti per il conseguimento di un risultato estetico.

Non si è trattato di un addestramento ma si è favorito l'apprendimento e l'acquisizione di competenze, ad esempio tramite la realizzazione di partiture informali costituite da segni-suono, o numeriche, o di successioni di colori, una sorta di rappresentazione grafica dei suoni, più intuitiva, analogica. Il graduale stabilirsi di una struttura ha consentito un contenimento, pur favorendo e garantendo la libera espressione, stimolando ogni singolo ad esprimersi con maggiore forma e coerenza, distaccandosi sempre più da forme di espressione stereotipate. Dall'improvvisazione spontanea ci si muove, quindi, in una dimensione creativa ed empatica, verso la "composizione", attraverso fasi di esplorazione, di generazioni di idee, di pianificazione, attivando riflessioni e revisioni, rispettando la struttura e la forma musicale che orienta e definisce le scelte degli strumentisti.

Nel corso del lavoro sono emerse sensibilità e attitudini talora inaspettate. La costruzione di un oggetto musicale con aspetti estetici ed espressivi rimanda al soggetto un'immagine integrata e gratificante e acquista così valenze strutturanti (Manarolo, 2006). L'attenzione è sempre rivolta al processo ma non in ultimo anche al prodotto finale.

Il repertorio è attualmente costituito da 11 brani, ognuno con un titolo. In ogni brano vi sono uno o più strumentisti principali, su di essi è calibrato il brano, gli altri strumentisti a turno hanno funzione di rinforzo. Vi sono brani più lenti e prevedibili ed altri più rapidi e complessi, alcuni connotati nel genere rock, altri in quello blues (qualcuno ci ha definiti british rock-progressive!), due canzoni i cui testi sono dello stesso cantante, e persino una cover dei Doors.

Affrontare un palcoscenico e un pubblico è per chiunque un'esperienza molto intensa che richiede determinazione, energia, controllo delle emozioni. Il grande e costante impegno nel perseguire un obiettivo comune ha favorito ottimismo, slancio, forza e vitalità, senso critico, soddisfazione e autostima. Diventando i protagonisti di un'esperienza si è per gradi successivi passati da una situazione di dipendenza all'autonomia, alla collaborazione, al senso di altruismo, al sostegno e incoraggiamento reciproci: un vero spirito di squadra.

Dalla riforma psichiatrica del prof. Basaglia (1974) ad oggi è profondamente mutato l'approccio alla malattia mentale e si sono liberate energie e esperienze pratiche di cambiamento che mettono al centro la persona, la cura e la riabilitazione verso la

restituzione delle persone al loro contesto di appartenenza. Per cui è molto importante tutto ciò che fluidifica il rapporto tra le persone che vivono nelle strutture e il mondo che li circonda, contribuendo alla lotta allo stigma, al pregiudizio. È solo l'incontro con queste persone che permette di superare questi pregiudizi. Il prof. Basaglia (1974) non negava la malattia ma suggeriva di metterla tra parentesi e di "incontrare la persona".

Così noi con i nostri concerti suggeriamo di incontrarci, di ascoltare la nostra musica aprendo le orecchie, la mente e il cuore, come si fa sempre quando si va ad ascoltare musica e ci si augura di ascoltare buona musica.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Basaglia F., *L'istituzione negata*, Einaudi, Torino, 1974.
- Benenzon R., *Manuale di musicoterapia*, Borla, Roma, 1984.
- Bruscia K., *Modelli di improvvisazione in musicoterapia*, Ismez, Roma, 2001.
- Berger D.M., *L'empatia clinica*, Casa ed. Astrolabio, Roma, 1989.
- Delalande F., *Le condotte musicali*, Clueb, Bologna, 1993.
- Giberti F., Rossi R.,, *Manuale di psichiatria*, Piccin Editore, Padova, 1986.
- Grandi L., Boscuso G., *Il ruolo delle emozioni nella terapia delle psicosi*, Atti del XIX Congresso Nazionale "La relazione terapeutica", Verona, Maggio 1998.
- Imberty M., *Suoni emozioni significati*, Clueb, Bologna, 1986.
- Lecourt E., *La musicoterapia*, Cittadella Editirice,Assisi, 1992.
- Lecourt E., *Analisi di gruppo e musicoterapia*, Cittadella, Assisi, 1996.
- Manarolo G., *L'angelo della musica*, ed. Omega, Torino, 1996.
- Manarolo G., *Manuale di Musicoterapia. Teoria, Metodo e Applicazioni della Musicoterapia*, ed. Cosmopolis, Torino, 2006.
- Postacchini P.L., Ricciotti A., Borghesi M., *Lineamenti di musicoterapia*, Carocci Editore, Roma, 2001.
- Scardovelli M., *Il dialogo sonoro*, Cappelli, Bologna, 1992.

Un suono per sentirsi*

Daniele Pinato
Musicoterapista, Padova.

Mario Degli Stefani
Psichiatra, 2° Servizio Psichiatrico ULSS 16, Padova.

La malattia mentale è un malessere complesso che influenza tutte le dimensioni dell'uomo, fisico, psicologico e spirituale. L'applicazione della musica in un contesto simile è utile al raggiungimento di obiettivi in tutte le dimensioni sopracitate.

Vogliamo brevemente presentarvi una particolare forma di applicazione della musicoterapia in grado di essere il fulcro delle attività terapeutiche di un ambulatorio psichiatrico. A questo scopo ci serviremo di una succinta descrizione della nostra esperienza in un ambulatorio di Psichiatria nella Regione Veneto.

Il contesto è un centro di salute mentale (CSM) nel quale affluiscono pazienti cronici del territorio di competenza, la struttura è un ex ospedale psichiatrico con diversi stabili tipici della prima metà del novecento, la stanza quasi esclusivamente dedicata alla musicoterapia si trova in un alloggio adiacente alla chiesa del complesso ospedaliero; è una stanza di 30 metri quadrati, con un bagno e tre armadi per contenere il materiale cartaceo e lo strumentario.

Al gruppo di musicoterapia hanno partecipato 20 pazienti, con patologie gravi e medio gravi in condizione di compenso; il gruppo si incontra per due ore ogni settimana. Una media di un'ora e mezza è dedicata settimanalmente alle riunioni d'équipe del gruppo. Il personale addetto alla conduzione del gruppo è composto da Psichiatra, Psicologo, Infermiere, Musicoterapista, Tirocinanti. Il gruppo di lavoro conta in media 15 presenze ad ogni incontro.

Nell'arco di due anni sono stati raggiunti diversi obiettivi in pazienti che hanno partecipato al gruppo per almeno un anno, in sintesi:

- accrescimento nella sfera affettivo-relazionale: attraverso una lettura simbolica e una successiva verbalizzazione dei temi legati all'affettività, suscitati da una musica scelta, ascoltata, interpretata, letta e risuonata, è stato possibile effettuare un lavoro di tipo psicoterapico, con il setting proprio del gruppo verbale;
- espressione di nuovi stili di socializzazione: la dimensione del gruppo musica ha dato inizio ad un cambiamento nel percepire il percorso di cura dei pazienti che hanno condiviso la fatica della terapia in un contesto accogliente e divertente;
- processi di stabilizzazione dell'umore e delle relazioni: attraverso la sperimentazione di un ritmo stabile, pazienti che avevano una scarsa aderenza alla cura hanno beneficiato della continuità degli incontri mantenendo una frequenza settimanale più continuativa, questo ha contribuito anche a migliorare il controllo della terapia farmacologica e psicologica;
- accettazione della fatica di prendersi cura di sé e di sperimentare la noia senza che essa susciti malessere: si riferisce a molti processi di consolidamento della relazione paziente-istituzione;
- accoglimento dell'altro come qualcosa di separato da sé: risoluzione di tranfert con i componenti che conducevano e diminuzione di comportamenti di outing;
- ridefinizione di aspetti identitari frammentati: restituzione di un'immagine di sé più integrata con la realtà della malattia, del servizio e del territorio;
- addestramento musicale e ricalibrazione: si è lavorato sulla postura, sui movimenti grosso-motori, fino-motori, sulle competenze ritmiche e melodiche, sulla vocalità, sull'espressività mimica e sonoro-musicale.

Di seguito elenchiamo i processi generali che si sono succeduti; la loro pronta lettura ha permesso al gruppo e alla conduzione di adattarsi e trovare nuove strategie per far fronte ai cambiamenti:

- costituzione del gruppo: ha necessitato di un setting rigido con compiti precisi e poco strutturati, in grado di accogliere e contenere le emozioni che la novità suscitava e di gestire la fatica di pensare a se stessi, in questa fase bisognava dare il senso della proposta ai pazienti, i quali non erano abituati a pensare ad un percorso musicale per prendersi cura di sè. Il singolo paziente deve essere motivato a investire sull'attività nonostante sperimenti una conseguente perdita di controllo soprattutto quando si suona all'unisono o si canta;
- identificazione: nel momento in cui ogni componente proponeva la propria canzone, la cantava o la suonava assieme al gruppo, il singolo si identificava con l'attività del gruppo e il gruppo stesso si arricchiva di un frammento di identità. In questa fase sono stati osservati alcuni comportamenti che rivelavano dinamiche di investimento personale in attività correlate alla musica suonata ed ascoltata. I pazienti cominciano a sperimentare emozioni positive durante il gruppo, con conseguente paura di perdere tale condizione;
- frammentazione: viene sperimentata ad ogni fine incontro fino al successivo, durante le pause festive, ad ogni uscita di qualche paziente, ai cambiamenti di setting; in tale fase il gruppo ha una funzione lenitiva, d'accudimento e protezione, in quanto compensa tale stato dando ai pazienti la sensazione di "essere pensati" dal gruppo e da chi lo conduce. Questo particolare è cruciale in quanto i pazienti normalmente si considerano soli;
- coesione: viene sperimentata nei momenti in cui il gruppo si fa forte di esperienze esterne alla terapia, come ad esempio animazioni musicali in piazza o feste comunitarie o semplicemente situazioni in cui si sperimentano emozioni positive legate al trovarsi assieme. In questi momenti il gruppo è uno solo, non esistono più differenze tra pazienti e conduttori, ci si sente tutti nella "stessa barca";
- supporto alla cronicità o sviluppo di nuove strategie: attraverso una progressiva acquisizione di modalità relazionali (a partire dal corpo, fino al livello raffinato dell'emozione e dell'affettività). In questa fase il gruppo ha l'aspetto di una famiglia in cui vi sono ruoli ben definiti e il lavoro si concentra sullo schema individuale;
- apertura e dinamismo del gruppo: nei confronti dei nuovi ingressi, dei cambiamenti della conduzione (infermieri-tirocinanti-psicologi), delle nuove proposte;
- mantenimento: nel momento in cui il gruppo ha una identità forte e stabile, il senso del gruppo prende il sopravvento sulla dinamicità dei singoli pazienti. Il

gruppo si può permettere una conduzione blanda perchè si autoalimenta da solo.

Ogni Persona del gruppo ha colto nella proposta musicoterapica un'occasione di sviluppo e di crescita in rapporto alle proprie possibilità e volontà, con alcune differenze rispetto alle diagnosi.

I risultati raggiunti sono implicabili alla tipologia di intervento resa possibile dalle condizioni che abbiamo trovato all'interno della struttura, in generale:
- psichiatra interessato ad organizzare gruppi di musicoterapia;
- équipe formata da infermieri, psicologi, psichiatra, musicoterapisti, tirocinanti, organizzata ai fini dell'integrazione dell'attività di musicoterapia con gli interventi ambulatoriali;
- musicoterapisti disposti ad un lavoro di co-conduzione;
- struttura con disponibilità finanziarie e con la propensione alla riabilitazione sul territorio.

* L'esperienza descritta si è svolta presso l'ambulatorio del secondo Servizio di Psichiatria dell'Ulss 16 (Padova).

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Alvin J., *Terapia Musicale*, Armando editore, 1986.
- Ancona L., *Della regressione in gruppoanalisi*, Coirag, 1986.
- Anzieu D., *Il gruppo e l'inconscio*, Borla, Roma, 1976.
- Benenzon R.O., Gainza V.H., Wagner G., *La nuova musicoterapia*, Il Minotauro, Roma, 2006.
- Bion W.R., *Analisi degli schizofrenici e metodo psicoanalitico*, Armando editore, Roma, 1970.
- Bruscia K.E., *Modelli di improvvisazione in musicoterapia*, Ismez, Roma, 1987.
- Ferrara C., (a cura di), *Musicoterapia e psichiatria*, Phoenix, Roma, 2002.
- Gaggero G., *Esperienza musicale in musicoterapia*, Mimesis, Milano, 2003.
- Keller M.S., *Musica come rappresentazione e affermazione di identità*, in "Universi sonori" di T. Magrini, ed. Enaudi, 2002.
- Lecourt E., *Analisi di gruppo e musicorterapia*, Cittadella editrice, Assisi, 1996.
- Manarolo G., Borghesi M., *Musica & Terapia*, ed. Cosmopolis, Torino, 1998.
- Manarolo G., *Manuale di Musicoterapia. Teoria, Metodo e Applicazioni della Musicoterapia*, ed. Cosmopolis, Torino, 2006.
- Scardovelli M., *Musica e trasformazione*, Borla, Roma, 1999.
- Schwabe C., Reinhardt A., *The European handobook of psychiatry and mental health*, pubblicato da A. Seva, 1997.
- Wingram T., Pederson I.N., Bonde L.O., *Guida generale alla musicoterapia*, ed. Ismez, 2002.

Musicoterapia di gruppo e disturbi del comportamento alimentare

Paolo Giacopello
Tecnico psicologo, Musicoterapista, Portogruaro (VE).

Generare un pensiero utile all'evoluzione delle pratiche cliniche rivolte ad un determinato disturbo psichico è forse il principale obiettivo che ci si pone nello sviluppo del rapporto con una patologia.

Partendo da tale spunto vorrei provare a descrivere, in questo breve elaborato, la genesi della mia personale esperienza nel trattamento dei disturbi del comportamento alimentare attraverso la pratica della musicoterapia di gruppo.

Tutta l'esperienza qui riportata si è svolta, e sta svolgendosi, all'interno del Centro per il trattamento dei disturbi del comportamento alimentare e del peso di Portogruaro (ULSS 10 Veneto Orientale) di cui è responsabile il Dott. Pierandrea Salvo.

Cominciare un percorso significa anche inserirsi in punta di piedi in un contesto già esistente, fatto di pratiche consolidate e di professionisti capaci di dare risposta ad un'emergenza patologica.

È così che il musicoterapeuta tenta di dipingere la tela del suo operato, comprendendo le tecniche di chi da più tempo di lui lavora sul campo ed osservando accuratamente la quotidianità delle persone che stanno vivendo un ricovero.

I media si sono tanto affaccendati per cercare di dare un'immagine il più possibile drammatica di chi soffre di anoressia nervosa e bulimia nervosa, i due disturbi maggiormente trattati in un contesto comunitario riabilitativo, lasciandoci impreparati rispetto ad una visione ben più veritiera della situazione. Escludendo, per onor del vero, i casi limite di pazienti con stati di sottopeso particolarmente severi, è opportuno delineare quella che è l'immagine d'insieme che si compone negli occhi del neofita: un gruppo di adolescenti, donne, in molti casi normopeso, splendide nel loro essere ragazze. È chiaro che l'immagine di un malato si distanzia parecchio da queste ultime affermazioni eppure queste ragazze sono malate tanto da essere ricoverate in una struttura riabilitativa. Il primo sentimento percepito è stato proprio lo sgomento per una malattia così invisibile, per una sovrapposizione così perfetta con ciò che abitualmente siamo portati a chiamare normalità.

Il pensiero di violare quest'immagine è, a giudizio personale, il vero grosso scoglio da superare, il dover guardare oltre, il sedersi a comprendere un fenomeno più distante da ciò che ci si aspetta. Parlare di anoressia o bulimia è tanto difficile quanto curarla, poiché la causa è diversa da donna a donna, è unica ed intrecciata ad una complessità paradossale se rapportata a ciò che vediamo, che in realtà appare semplice e spesso prevedibile: donne, come detto, in difficoltà difronte al cibo ed al corpo, sempre uguali nei loro rituali; come se il cibo fosse un anello di congiunzione per mascherare una difficoltà inaccessibile.

Comincia qui il lavoro di ascolto più sottile e personale che continua e si sviluppa fino all'interno della seduta di musicoterapia, alla ricerca di qualche caratteristica comune lontana dalle già ampiamente trattate, dai professionisti della cura, e inerenti le "questioni alimentari". Ecco allora la necessità di ascoltare a fondo il proprio sentire, quello che abitualmente chiamiamo controtransfert, poiché lì risiede quella costante percepita necessaria al processo terapeutico.

Quello che stupisce in questa fase è la chiarezza e la costanza con cui i sentimenti vissuti dall'osservatore si ripetono, tanto in contesti liberi, quanto all'interno del setting terapeutico ed hanno a che fare con la rigidità, la solitudine e l'impotenza.

Rigidità intesa come schematica organizzazione del pensiero, della postura, dei movimenti; solitudine come conseguenza diretta della rigidità che sembra levare ogni spazio alla relazione; impotenza di fronte ad una struttura così "meccanica" da lasciare coartato tutto ciò che è emozione.

Partendo da tale prospettiva è stato facile delineare un possibile percorso musicoterapico che tenesse fede ad obiettivi utili alle pazienti trattate, focalizzato, quindi, sull'espressività, come strumento evolutivo contrapposto alla rigidità, e sulla relazione, elemento fondante di questo particolare processo di cambiamento.

Raggiungere obiettivi di questa portata non è certo questione facile e ciò si è chiaramente esplicitato nelle prime fasi. Ogni seduta finiva con vissuti personali estremamente frustranti, poiché nulla cambiava, ogni proposta sembrava cadere nell'acqua e muovere nelle pazienti solo un profondo vissuto di noia, soprattutto durante i tentativi di utilizzo di tecniche attive di libera improvvisazione, che aggiungevano inoltre sentimenti di profonda angoscia. Tale risposta mi portava a modificare di continuo le strategie e conseguentemente ad offrire proposte sempre nuove, che hanno solo rinforzato quei vissuti e consolidato in me un forte senso di impotenza.

È a questo punto che ho deciso di modificare la proposta di lavoro superando il contesto attivo ed optando per una scelta diversa legata esclusivamente all'attesa ed all'ascolto. Proprio dall'attesa è nato un approccio diverso e quel gruppo aperto, costituito da 12 pazienti, in media, ha dato vita ad un lavoro sulla condivisione degli ascolti personali, dunque, ad un'esperienza recettiva. Nasce qui l'alleanza terapeutica che ha portato le pazienti ad usare l'esposizione in gruppo, consentita e mediata dall'ascolto delle musiche personali, come strumento di profonda condivisione del sé, come embrione di una possibile relazione di gruppo. Per quasi dieci mesi questa metodologia è stata il centro del mio intervento. Tutto andava bene, o meglio, tutto andava come mi aspettavo ed i miei vissuti erano sempre più appaganti e rassicuranti. Era, però, diventato un percorso rigido e controllato, esattamente in linea con la patologia delle pazienti trattate. Dovevo fare qualcosa, proporre un cambiamento, slegarmi dal vincolo che ingenuamente avevo creato. Proposi allora nuovamente delle tecniche attive, libere improvvisazioni seguite da verbalizzazioni. L'impatto emotivo fu nuovamente troppo forte, poiché la rottura totale con il controllo non faceva altro che far sprofondare nuovamente molte pazienti in un baratro di angoscia.

Provai allora ad unire le tecniche recettive a quelle attive, a garantire il controllo di cui le pazienti avevano bisogno attraverso la condivisione degli ascolti e proponendo a seguire un'improvvisazione sul materiale ascoltato con una verbalizzazione di gruppo conclusiva. Questa semplice modifica fu per me la vera chiave d'accesso a queste persone.

Sono ormai oltre 50 le sedute svolte con tale metodo e l'idea sviluppata, soprattutto in seguito all'analisi dei contenuti emersi nelle verbalizzazioni finali, è che gli aspetti delle relazioni interne al gruppo e la perdita momentanea della rigidità cognitiva siano, in effetti, gli aspetti su cui sto lavorando.

Queste parole vogliono essere solo una condivisione delle mie riflessioni in quanto fondamento di ricerche scientifiche destinate a prossime pubblicazioni.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Benjamin L.S., *Terapia ricostruttiva interpersonale, promuovere il cambiamento in coloro che non reagiscono*, Las, Roma, 2003.
- Duesund L.,Brewerton T.D., Wilson D.B., Hodges E.L., *Use the body, and forget the body. Treating anorexia nervosa with adapted physical activity*, International journal of eating disorders, 14, p.p. 219-222, 1993.
- Frank-Schwebel A., *The Sound Object in Anorexia Nervosa*, paper presented at the Music Therapy in Europe. The 5° European Music Therapy Congress, Naples, Italy, Manuscript from the author, 2001.
- Frisch M.J., Herzog D.B., Franko D.L., *Residential treatment for eating disorders*, International journal of eating disorders, 35 (9), p.p. 434-442, 2005.
- Frisch M.J., Herzog D.B., Franko D.L., *Arts-Based therapies in the treatment of eating disorders*, International journal of eating disorders, 14, p.p. 131-142, 2006.
- Gabin A.M., *I gruppi nei distirbi alimentari, terapie, formazione, ricerca*, Franco Angeli, Milano, 2009.
- Gold C., Solli H.P., Kruger V., Lie S.A., *Dose-response relationship in music therapy for people with serious mental disorders, Systematic review and meta-analysis*, Clinical Psychology Review 29, p.p. 193-207, 2009.
- Grocke D., Wingram T., *Receptive methods in Music Therapy*, Jessica Kingsley Publishers, London, 2007.
- Halmer-Stein R., *Do I exist? Music Therapy as a Psychotherapeutic Method with Severely Multiply Disabled Children*, paper presented at the Music Therapy in Europe. The 5° European Music Therapy Congress, Naples, Italy, Manuscript from the author, 2001.
- Heal M., O'Hara J., *The music therapy of a mentally handicapped anorexic adult*, British journal of medical Psychology, 66, 33-41, 1993.
- Heal M., *The development of symbolic function in a young woman with down's syndrome*, in D. Dokter (ed.), *Arts Therapies and Clients with eating disorders. Fragile Board*, London, Bristol, Pennsylvania: Jessica Kingsley Publishers, p.p. 229-246, 1995.
- Helferich C., *Due animali in una stanza, diario di controtransfert*, Franco Angeli, Milano, 2008.
- Hilliard R.E., *The use of cognitive-behavioral music therapy in the treatment of woman with eating disorders*, Music Therapy Perspectives, 19 (2), p.p. 109-113, 2001.
- Justice R.W., *Music therapy interventions for people with eating disorders in an inpatient setting*, Music Therapy Perspectives, 12 (2), p.p. 104-110, 1994.
- Laansma, Byx M.M.J., *A matter of choice: the client's choice*, paper presented at the Music Therapy in Europe. The 5° European Music Therapy Congress, Naples, Italy, Manuscript from the author, 2001.

- Loth H., *There is no getting away from anything in here: a music therapy group within an impatient programme for adults with eating disorders*, in A. Davies & E. (eds), "Music Therapy and group work", Sound Company: Jessica Kingsley Publishers, 2002.
- Manarolo G., *Manuale di Musicoterapia. Teoria, Metodo e Applicazioni della Musicoterapia*, ed. Cosmopolis, Torino, 2006.
- Nolan P., *Music as a transitional object in the treatment of bulimia*, Music Therapy Perspectives, 6, p.p. 49-51, 1989a.
- Nolan P., *Music therapy improvisation techniques with bulimic patients*, in L.M. Hornyak & E.K. Baker (eds): "Experimental therapies for eating disorders", 1989b.
- Parente A.B., *Feeding the hungry soul: music as a therapeutic modality in the treatment of anorexia nervosa*, Music Therapy Perspectives, 6, p.p. 44-48, 1989a.
- Parente A.B., *Music as a therapeutic tool in treating anorexia nervosa*, in L.M. Hornyak & E.K. Baker (eds): "Experimental therapies for eating disorders", p.p. 252-277, 1989b.
- Perls F., *L'io, la fame, l'aggressività*, Franco Angeli, Milano, 1995.
- Pioch A., Drieschner K., *Developing standardized methods for specific target groups: A pragmatic approach*, paper presented at the Music Therapy in Europe. The 5° European Music Therapy Congress, Naples, Italy, Manuscript from the author, 2001.
- Robarts J.Z., Sloboda A., *Perspectives on music therapy with people suffering from anorexia nervosa*, Journal of British Music Therapy, 8 (1), p.p. 7-14, 1994.
- Robarts J.Z., *Towards Autonomy and sense of self. Music therapy and the individuation in relation to children and adolescence with early onset anorexia nervosa*, in D. Dokter (ed.), Arts Therapies and Clients with eating disorders. Fragile Board, London, Bristol, Pennsylvania: Jessica Kingsley Publishers, p.p.229-246, 1995.
- Rogers P.J., *Sexual abuse and eating disorders. A Possible connection indicated through music therapy?*, in D. Dokter (ed.), "Arts Therapies and Clients with eating disorders. Fragile Board", London, Bristol, Pennsylvania: Jessica Kingsley Publishers, 1995.
- Siegel D.J., *La mente relazionale. Neurobiologia dell'esperienza interpersonale*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2001.
- Sloboda A., *Individual therapy with a man who has eating disorder*, in M. Heal and T. Wigram (eds), "Music Therapy in Healt and Education", London: Jessica Kingsley Publishers, 1993.
- Sloboda A., *Individual music therapy with anorexic and bulimic patients*, in D. Dokter (ed.), "Arts Therapies and Clients with eating disorders. Fragile Board", London, Bristol, Pennsylvania: Jessica Kingsley Publishers, 1995.
- Smeijsters H., Van Den Hurk J., *Research in practice in the music therapeutic treatment of client with symptoms of anorexia nervosa*, in M. Heal and T. Wigram (eds), "Music Therapy in Healt and Education", London: Jessica Kingsley Publishers, 1993.
- Smeijsters H., *Music therapy with anorexia nervosa: an integrative theoretical and methodological perspective*, British Journal of Music Therapy 10 (2), p.p. 3-13, 1996.
- Spoto A., Petriglieri G., *First reflections up on a workshop about music as a therapy in a psychiatric clinic*, paper presented at the Music Therapy in Europe. The 5° European Music Therapy Congress, Naples, Italy, Manuscript from the author, 2001.
- Trondalen G., *Self-listening in music therapy with a young woman suffering from anorexia nervosa*, Nordic Journal of Music Therapy, 12 (1), p.p. 3-17, 2003.
- Trondalen G., *Significant moments in music therapy with young persons suffering from anorexia nervosa*, June 16-20, University of Jyvaskyla, Finland, 2004.
- Wosh T., *Emotion-process-measurement of music therapy improvisation. A contribution to basic music therapy research*, paper presented at the Music Therapy in Europe. The 5° European Music Therapy Congress, Naples, Italy, Manuscript from the author, 2001.

La cultura e la risposta all'ascolto musicale. Le immagini come garanti metapsichici*

Giovanni Del Puente
Ricercatore, Sezione di Musicoterapia, DINOG, Università di Genova.

Silvia Guida
Specializzanda in psichiatria, Sezione di Musicoterapia, DINOG, Università di Genova.

Gerardo Manarolo
Psichiatra, Dir. Med. DSM, ASL 3, Sezione di Musicoterapia, DINOG, Università di Genova.

Premessa

La musica suscita (possiamo dire inevitabilmente) risposte emotive. Queste emozioni hanno spesso la capacità di andare a sollecitare dinamiche psichiche più profonde, andando a interagire col mondo interno. Ogni individuo si trova letteralmente costretto a venire in contatto con queste dinamiche e deve fare i conti con le modificazioni che in quel preciso momento, attraverso quegli stimoli, si creano dentro di lui. Diverse possono essere queste modificazioni e diverse possono essere le loro manifestazioni esteriori. Risposte somatiche, emotive, psicologiche, verbali, comportamentali, mnesiche, empatiche partecipano tutte, se pur con gradazioni e declinazioni diverse, di tali manifestazioni. All'interno di tutta questa varietà di risposte colpisce la frequenza con cui, sia nel corso delle sedute di un gruppo di musicoterapia recettiva attuato con pazienti ricoverate nella Clinica Psichiatrica, sia come risposte ai brani di un "test" musicale, si presentano da parte degli ascoltatori alcuni collegamenti/associazioni all'ascolto dei brani. La loro frequenza risulta essere così alta che possono essere raccolte addirittura sotto poche semplici voci. Intendiamo ragionare su questa ristrettezza della gamma delle risposte e soprattutto sul significato che essa racchiude, ma soprattutto sul ruolo giocato in questo processo dalla cultura. Questa agisce su due aspetti: il primo, più superficiale, si sviluppa sui collegamenti che si costituiscono tra i vari tipi di musica e le diverse condizioni emotive/esistenziali. Ogni cultura suggerisce ovviamente le proprie proposte e disegna quelle analogie che prendono la forma quasi di riflessi condizionati. Il secondo aspetto è quello che merita maggiore attenzione. Le immagini che si accompagnano all'ascolto di un brano musicale vengono indotte e proposte dalla cultura con un chiaro fine difensivo. Il loro scopo è infatti quello di proteggere la stabilità psichica di fronte all'emergere di stati d'animo altrimenti conturbanti o inquietanti. In questa veste queste immagini si presentano con le caratteristiche di quelli che Kaës definisce i garanti metapsichici.

I garanti metapsichici

La musica sembra possedere pertanto la capacità di stimolare la evocazione e di rendere espliciti i garanti metapsichici. Sembra spesso dunque che i pazienti non abbiano molta "fantasia" nelle risposte che forniscono ai brani. Frequentemente i loro riferimenti si ripetono e si ripresentano con quasi monotona prevedibilità. Scene idilliache (fidanzati che ballano, ecc.), immagini bucolico/pastorali/agresti (prati e panorami dolci), sentimenti ed emozioni romantiche o evocative delle vicende e dei personaggi di un romanzo. Le immagini tendono ad essere espresse all'inizio della verbalizzazione, sia quando lo stato d'animo predominante è negativo (paura, angoscia, delusione, rabbia), sia quando è positivo (eccitazione). Più facilmente in seguito emergono vissuti in quanto tali. Riportiamo a tale proposito alcuni esempi da sedute diverse con pazienti diversi:

- *"Mi è venuto in mente una cantante sul palco, tutto scuro con le luci su di lei. Poi due persone che vanno a cavallo, corrono in un prato. Ho provato una sensazione di allegria, euforia."*
- *"Mi è venuto in mente un campo di papaveri in cui mi rotolavo. Da piccola facevo tante capriole. Una sensazione di dolcezza."*
- *"Ho immaginato un uomo con il suo cavallo con la sua donna nella fattoria in mezzo al bosco nella prateria con la sua famiglia. È una vita semplice. Mi sono sentita calma, forse un po' malinconica."*
- *"Ho immaginato un walzer dell'800, l'epoca in cui mi sarebbe piaciuto nascere perché c'erano i cavalli, i circoli degli intellettuali, i walzer viennesi. Mi piace pensare al passato, qualunque cosa ma non il periodo di adesso, troppo triste."*
- *"A me fa pensare alle sorelle Kessler. All'inizio la musica aveva qualcosa che mi allontanava, non sapevo dove mi voleva portare. Poi andando avanti con la musica ho capito che potevano essere le due sorelle Kessler e allora mi sono avvicinata."*

Vorrei partire dall'ipotesi che queste ripetitività ed uniformità non siano casuali e neppure assolutamente così banali come potrebbe inizialmente apparire. Esse possono essere facilmente attribuite al condizionamento culturale a cui siamo tutti assoggettati. È ovvio che tutta la sollecitazione (se non il bombardamento) mediatica, letteraria, pubblicitaria che accompagna tutta la nostra vita, infiltrandosi praticamente in tutti i meandri della nostra giornata qualche effetto infine riesca a produrlo. Siamo quindi forniti, senza che ce ne rendiamo conto, di una varietà enorme di collegamenti musicali a molte nostre emozioni o situazioni. Forse a quasi tutte. Non solo non ce ne rendiamo conto, ma spesso crediamo di esserne noi stessi i geniali, romantici, poetici creatori. Ne usciamo chiaramente lusingati.

Si viene quindi a formare un archivio musicale che va ad accompagnare appunto le varie emozioni. Può essere eccessivo ma credo renda l'idea ricorrere all'immagine del juke-box, in cui ad ogni pulsante (emozione) che si pressa esce una canzone. (Non pertinente al tema è la considerazione che la tensione verso l'individualismo, a cui la società spinge tutti i suoi membri, si risolve in un rassicurante quanto inconsapevole conformismo). Ma non vogliamo ridurre tutto il processo solo a questa tanto automatica quanto superficiale corrispondenza. Riteniamo che le immagini evocate dagli ascoltatori siano equivalenti di garanti metapsichici. Siano anzi esse stesse veri e propri garanti metapsichici. Esse hanno il compito di far affiorare quelle rappresentazioni della vita (soprattutto quella psichica) che contengono le angosce e le difese nei confronti di queste angosce. Queste immagini sono il modo, il mezzo con cui queste angosce e difese possono essere dette. Racchiudono in sé, in una formulazione già culturalmente precostituita, l'epifania di tutti quegli elementi emotivi e af-

fettivi che sono costitutivi della mente di ogni persona. Ognuno di tali elementi trova un equivalente rappresentativo ed evocativo nella realtà esterna. La cultura (con i suoi strumenti educativi, letterari, artistici) fornisce immagini, luoghi, situazioni, modi di pensare che possiedono un sicuro valore simbolico ed una potente capacità evocativa di specifiche condizioni emotive. Ricorriamo ad un facile esempio per sottolineare quanto stereotipato e meccanico divenga il potere evocativo della musica. Qui non si tratta di emozioni bensì di richiami sociali ed antropologici.

Molti films di costume ci hanno abituati a collegare la musica cadenzata e grave suonata da una banda in cui dominano gli ottoni alla scena di un funerale che si svolge in Sicilia. Ora, quando ascoltiamo questa musica l'immagine che ci viene spontaneamente alla mente non è certo quella di piazza Duomo a Milano, bensì inevitabilmente quella di qualche assolata cittadina siciliana in cui gran parte dei partecipanti al funerale presenta gli inequivocabili tratti somatici, le pettinature e le forme di abbigliamento caratteristici di persone siciliane (ovviamente accentuate nella loro dimensione stereotipata, se non addirittura macchiettistica, dall'intento di ricerca del colore locale voluta dal film e confermata anche qui da una abitudine culturale ormai consolidata).

È più che probabile che senza le immagini che scaturiscono dalla musica tali emozioni esisterebbero solo in una dimensione talmente diffusa e incerta che le renderebbe senz'altro più inquietanti e quindi ancor più difficilmente gestibili. Esse rischierebbero di non avere nome.

Dunque, come ricordavamo sopra, il ricorso a queste immagini già precostituite risulta meno ingenuo di quanto potrebbe apparire a prima vista.

Ma a questo punto occorre chiarire quale significato possiedano appunto queste immagini. Esse si propongono come artefatti e si situano quindi in una dimensione in cui, tramite il valore simbolico che contengono, partecipano contemporaneamente sia dell'apporto della cultura sia della interpretazione psicologica individuale. Sono un ponte tra la sfera pubblica e condivisa, rappresentata dalla cultura, e quella privata.

L'importanza e il ruolo formativo del rapporto tra il Sé e la realtà esterna è precisato dagli assunti della psicologia culturale, riassunti con chiarezza dalle parole di Inghilleri: *"Il Sé è un prodotto dell'interazione sociale e della cultura, si forma cioè attraverso relazioni tra gli individui di una comunità"* (2009).

Questa relazione tra il Sé e gli altri è mediata da simboli, soprattutto linguistici, e può perciò prendere la forma di dialogo. Secondo diversi autori le pratiche narrative sono atti che permettono di creare, praticare e trasformare le realtà sociali. Le pratiche narrative, il dialogo tra persona e persona diventerebbero cioè non solo una forma di rappresentazione ma una pratica che connette il Sé personale con altri Sé, con altre storie individuali e di gruppo. Questo processo porta alla costruzione di nuovi significati e alla co-costruzione sia dei Sé individuali, sia della cultura in cui le persone agiscono, pensano e si muovono.

In altri casi la mediazione tra i vari Sé avviene attraverso artefatti sociali, cioè routine quotidiane, oggetti, miriadi di pratiche sociali verbali o non verbali...

Il Sé è quindi un'entità complessa, costituita da processi intrapsichici, da materiale che deriva dall'interiorizzazione di simboli e artefatti culturali, da elementi che derivano dall'interiorizzazione degli altri, cioè delle figure significative della vita quotidiana, da sistemi di azione e dall'esperienza soggettiva legata a questi sistemi di interazione.

Vi è comunque un continuo rapporto di influenza reciproca tra cultura esterna con i suoi artefatti e i suoi simboli e il Sé: "la prima influenza la costruzione del Sé e questo, con i suoi processi, tramanda, modifica, costruisce la cultura..." (Inghilleri, 2009)

Della dimensione culturale abbiamo già fatto cenno. Può essere aggiunta la riflessione sui modi e sui perché la cultura abbia costruito tali artefatti. Spiegano gli Antropologi che ciò avviene per buona parte sull'onda delle spinte individuali e quindi risponde proprio ai bisogni che le persone portano con sé. E questo ragionamento ci riporta inevitabilmente a valutare tutte le angosce da cui ogni persona si deve difendere.

La morte, la precarietà dell'esistenza, il timore delle malattie, l'incertezza degli obiettivi, la debolezza dei valori delle società attuali, i continui, imprevedibili e fluttuanti cambiamenti dei punti di riferimento (la "vita liquida" descritta da Bauman, 2006): sono questi alcuni dei grandi temi che accompagnano la vita di ogni individuo.

Questa precarietà diviene ancora più esasperata se si trova associata alla sofferenza psichica, condizione che, oltre ad accentuare i livelli di sensibilità e dolore, priva degli adeguati strumenti difensivi.

L'interpretazione psicologica individuale

Usare il termine interpretazione in ambito musicale apre immediatamente la considerazione di quanto l'interpretazione si carichi di una importanza essenziale. L'opera d'arte, il brano musicale ha bisogno dell'interpretazione per arricchirsi, per rendere evidente e godibile tutta la genialità e la bellezza che contiene. Ma non è su questo tipo di interpretazione che intendiamo ragionare, anche se esso ci offre lo spunto per intendere meglio la spinta individuale che si cela in tutti i passaggi che andiamo ad illustrare.

Nell'archivio di ogni persona sono raccolti brani, immagini, emozioni, sentimenti. Noi andiamo a selezionare le voci di questo archivio, affidando a loro il compito fondamentale di dare corpo e riconoscibilità a tratti emotivi più o meno consapevoli. Senza questa riconoscibilità questi tratti risulterebbero molto difficilmente gestibili nella loro angosciante incomprensibilità. Essi rischierebbero di rimanere confinati in una dimensione che possiamo definire quasi esclusivamente somatica, non riuscendo a raggiungere il livello della mentalizzazione. In altre parole ogni volta che sperimentiamo una emozione questa assumerebbe le caratteristiche di una vera e propria novità, caricandoci inevitabilmente della pesantissima fatica di dover progettare ogni volta una nuova strategia. La cultura (proprietaria di questo archivio) si candida pertanto come garante non solo della stabilità "sociale" ma anche di quella individuale.

Dopo questa digressione torniamo ancora una volta alle immagini proposte in maniera quasi stereotipata. Abbiamo già constatato come la loro banalità sia solo apparente. Ma ancor più dobbiamo rilevare come esse racchiudano elementi molto più sofisticati di quanto si sarebbe portati a supporre.

Esse si caricano infatti della funzione di costituire dei veri e propri garanti metapsichici, al pari del ruolo svolto da enti senz'altro molto più complessi di loro, quali la famiglia, la religione, la politica, ecc. Ma la loro dimensione ridotta non deve trarre in inganno sulla effettiva portata del loro ruolo e della loro funzione. Il loro peso è costituito dalla loro capacità di contenere aspetti inconsci, sia individuali che del mondo esterno. Kaës spiega che l'inconscio non ha infatti residenza solo intrapsichi-

ca ma si colloca anche nella realtà esterna. L'opera di questo Autore risulta estremamente illuminante per individuare i rapporti che intercorrono tra l'identità individuale e l'appartenenza alle istituzioni sociali e alla cultura.

È proprio l'analisi di questo ultimo aspetto che ci aiuta a meglio comprendere i fenomeni che stiamo descrivendo, permettendo di cogliere la complessità che li qualifica. Ogni persona non è portatrice soltanto di una dimensione psichica individuale ma partecipa anche ad una realtà psichica che condivide con le altre persone, situandosi quindi in una dimensione che appartiene contemporaneamente alla realtà interna e a quella esterna. La relazione tra questi due mondi acquista il valore di una vera e propria funzione sinaptica, negando di fatto qualsiasi separazione netta tra di loro. Ne deriva che le persone devono essere osservate all'interno dei processi e dei rapporti che le legano tra loro.

Strumenti essenziali attraverso i quali si snodano queste relazioni sono i garanti metapsichici. Kaës sotto questa definizione individua prodotti sociali e culturali quali i miti, gli ideali, le credenze, i valori, gli obblighi e i divieti, le aspettative condivise, e infine le alleanze inconsce intersoggettive.

Pertanto i garanti metapsichici assolvono una funzione fondamentale: essi permettono che si attuino i processi psichici individuali, mediante la possibilità che venga mantenuta una continuità con la realtà psichica condivisa. Questa, a propria volta, fornisce la capacità di offrire significato e identità alla persona. I garanti riescono a svolgere un compito così importante soprattutto per mezzo della loro profonda valenza simbolica e della loro capacità di fornire strumenti di rafforzamento e di coesione per il soggetto, che si rivelano in tutta la loro portata nelle fasi di fragilità che questo sperimenta. I momenti di angoscia, il timore della perdita dell'integrazione psichica sono situazioni in cui l'effetto coesivo dei garanti supplisce la incapacità (o difficoltà) individuale.

Ma Kaës si spinge ancora oltre. Egli ritiene che questi garanti metapsichici acquistino importanza ulteriore perché permettono l'attuazione di processi psichici individuali fondamentali, come la capacità di pensare, di costruire e di elaborare i simboli, di sviluppare il linguaggio, di individuare e rafforzare le sicurezze fondamentali, di sviluppare meccanismi di identificazione.

Come si vede la formazione di processi psichici primari, quali appunto pensiero e linguaggio, sembra quindi non tanto essere garantita ma addirittura determinata dall'azione dei garanti metapsichici.

La musica sfugge abilmente ai tentativi di catalogarne tutti gli effetti e mal si presta ad essere costretta nell'individuazione di tutti i meccanismi che ne sostengono l'azione a livello psichico. Le miriadi di ricerche, che a livello neurofisiologico inseguono neurone dopo neurone le vie percorse dallo stimolo musicale, offrono inevitabilmente risposte e descrizioni solo parziali di quanto la musica sia effettivamente in grado di suscitare.

La lettura che abbiamo proposto tenta di osservare invece gli effetti della musica attraverso la sua partecipazione, in quanto elemento culturale, alla costruzione del Sé.

La possibilità di permettersi un punto di osservazione così privilegiato viene favorita dall'ipotesi di Kaës sulla sede extra-individuale dell'inconscio.

Oltre alla sua collocazione intra-psichica esso va a situarsi negli spazi esterni alla persona e più esattamente nei processi intersoggettivi e nelle relazioni tra il Sé e gli altri.

La musica, le emozioni che essa suscita e le difese che vengono messe in atto (tra cui quelle immagini stereotipate su cui stiamo qui argomentando) si situano in questi spazi relazionali. Questa collocazione sottolinea fortemente l'importanza del ruolo rivestito dalla cultura, che proprio questi spazi nutre e da questi è nutrita. Da un lato infatti la cultura struttura e sviluppa il Sé utilizzando proprio la rete delle relazioni sociali, dall'altro lato permette che questo sviluppo fornisca autonomia autentica all'individuo e gli garantisca piena soggettività, con un uso appropriato degli artefatti culturali.

---

* Articolo apparso sulla rivista "Musica et Terapia" n. 21, edizioni Cosmopolis, Torino, 2010. Il contributo fa riferimento ad esperienze applicative svolte presso l'Istituto di Clinica Psichiatrica dell'Università di Genova.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- APA, American Psychiatric Association, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, Washington, D.C., 2000.
- Benenzon R., *La nuova Musicoterapia*, Phoenix, Roma, 1997.
- Bonino S., Lo Coco A., Tani F., *Empatia. I processi di condivisione delle emozioni*, Giunti, Firenze, 1998.
- Bauman Z. (2005), *Vita liquida*, Laterza, Bari, 2006.
- Cano C., *Simboli sonori*, Franco Angeli, Milano, 1985.
- Delalande F., *Le condotte musicali*, Clueb, Bologna, 1993.
- Di Nuovo S., Lo Verso G., Di Blasi M., Giannone F. (a cura di), *Valutare le psicoterapie. La ricerca italiana*, Franco Angeli, Milano, 1998.
- Ducourneau G., *Elementi di Musicoterapia*, Cosmopolis, Torino, 2001.
- Ey H., Bernard P., Brisset Ch., trad. it. di F. Vicentini, *Manuale di Psichiatria*, Masson, Milano, 1995.
- Ferrara C., Raglio A., (a cura di) *Musicoterapia e Ricerca*, Phoenix, Roma, 2000.
- Gaita D., *Il pensiero del cuore: musica, simbolo, inconscio*, Bompiani, Milano, 1991.
- Galimberti U., *Dizionario di Psicologia*, UTET, Torino, 1992.
- Heggebrecht H.H., *Il senso della musica*, Il Mulino, Bologna, 1987.
- Imberty M., *Suoni emozioni significati*, Clueb, Bologna, 1986.
- Inghilleri P., *Psicologia culturale*, Raffaello Cortina, Milano, 2009
- Kaës R., *Le identificazioni e i garanti metapsichici del riconoscimento del soggetto*, in “Identità e cambiamento. Lo spazio del soggetto”, Atti del XIV Congresso SPI Giornate Italiane, Roma, 23-25 Maggio 2008.
- Lecourt E., *La Musicoterapia*, Cittadella, Assisi, 1992.
- Manarolo G., *L’angelo della musica*, Omega, Torino, 1996.
- Mc Williams N., *La diagnosi psicoanalitica*, Astrolabio, Torino, 1999.
- Miller G., Galanter E., Pribram K. (1960), *Piani e strutture del comportamento*, Franco Angeli, Milano, 1973.
- Polk M., Kertesz A., *Music and language in degenerative disease of the brain*, Brain Cogn, 1993 May.
- Postacchini P.L., Ricciotti A., Borghesi M., *Lineamenti di Musicoterapia*, NIS, 1997.
- Ricci Bitti P., *Ricerca e musicoterapia, la valutazione del processo e degli effetti*, in L.M. Lorenzetti (ed.), “Prospettive in musicoterapia”, Franco Angeli, Milano, pp. 119-127, 2001.
- Schaffer H.R. (1996), *Lo sviluppo sociale*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1998.
- Siegel D.J. (1999), *La mente relazionale*, Raffaello Cortina, Milano, 2001.
- Spaccazocchi M., *Musica Umana esperienza*, ed. Quattroventi, Urbino, 2000.
- Trevarthen C., *Empatia e biologia*, Raffaello Cortina Edizioni, Milano, 1998.’

Musicoterapia cognitivo-comportamentale di gruppo

Alberto Maccabruni
Psicologo, Musicista, Comerio (VA).

Introduzione

L'esperienza di musicoterapia che intendo descrivere è inserita all'interno delle attività di riabilitazione del Centro Socio-Culturale "Somsart" di Comerio (VA). La struttura accoglie pazienti con patologie psichiatriche, ritardi mentali e disturbi di personalità, inviati da strutture pubbliche e private della zona di Varese e provincia.

Il Centro si occupa di riabilitazione utilizzando metodologie artistiche e non; nello specifico organizziamo laboratori che spaziano dal teatro, alla pittura, alla musica, all'autobiografia, al corso di cucina, alle uscite sul territorio, all'educazione al benessere, ecc. La fascia di età di cui si occupa la nostra struttura è compresa tra l'adolescenza e l'età adulta.

In questa sede descriverò l'avvio e lo sviluppo del laboratorio di musicoterapia che tengo da qualche anno all'interno del Centro. Le attività della struttura mirano al miglioramento delle capacità comportamentali e cognitive dei pazienti avendo come fine ultimo il benessere personale. Il punto di partenza è sempre il paziente che, in un'ottica di riabilitazione e risocializzazione, sviluppa le risorse che già gli appartengono o che ha perso nel decorso della malattia.

Nello specifico, il trattamento musicoterapico che ho impostato mira al miglioramento delle condizioni generali di vita e all'uso dei suoni come stimoli che possano evocare nel tempo l'uso di comportamenti più adattivi nella società. Le sedute hanno una durata di 60 minuti ed una cadenza settimanale.

Nella mia ottica l'intervento musicoterapico deve mirare, come primo obiettivo, al benessere psico-fisico del paziente, quindi è importante che gli interventi perseguino la sintonizzazione del linguaggio del corpo (sensoriale, percettivo) con le strutture fondamentali del comportamento (Postacchini et al. 1997). L'approccio che ho usato nella mia attività è di tipo cognitivo-comportamentale (World Federation of Music Therapy, 1999).

Oggi sappiamo quanto sia importante nelle pratiche riabilitative la ricerca scientifica; ebbene l'esperienza che esporrò vuole aderire a questo paradigma, le attività svolte sottendono infatti, in buona parte, le evidenze scientifiche che la ricerca nazionale e internazionale ci mette a disposizione in svariati campi (Matematica, Scienze naturali, Arti, Scienze sociali e comportamentali) (Hillecke, et al. 2005). Non per ultimi i principi dell'Apprendimento che risultano essere fondamentali in qualsiasi attività per un miglioramento della performance.

Obiettivi e metodologia

Per quanto riguarda la formazione del gruppo, ho deciso per la formazione di un

gruppo eterogeneo (un paziente bipolare, due pazienti con deficit intellettivo, una paziente schizofrenica e un paziente affetto da un disturbo paranoide di personalità) viste le caratteristiche e il numero dei pazienti che avevano fatto richiesta di partecipazione al gruppo di musicoterapia. Questa scelta mi ha motivato a impostare il lavoro affinchè si potessero raggiungere obiettivi comuni per la maggior parte dei pazienti.

Il presente intervento musicoterapico ha avuto molteplici finalità; innanzitutto ho voluto sperimentare nel gruppo la possibilità di diminuire il livello di ansia dei partecipanti attraverso l'ascolto di musiche scelte da loro su una vasta gamma di proposte del musicoterapeuta (Gerdner, 2000). In questo senso anche gli ascolti potrebbero essere dei veicoli molto importanti per la diminuzione del livello di stress nei pazienti (Takahashi, 2006). Successivamente un punto nodale della terapia è stato aumentare la motivazione e la compliance al percorso di cura (Gold et al., 2005); a questo scopo ho proposto un gruppo di musicoterapia attiva impiegando strumenti a percussioni di tipo idiofono (bastone della pioggia, sonagli, tamburello basco, maracas, claves, triangolo) e membranofono (tamburelli), con la consegna di suonarli in modo libero.

Lavorando con il gruppo è stato importante aumentare il desiderio di conoscenza e il piacere di stare insieme (Hayashi et al., 2002). A tal proposito, attraverso l'utilizzo libero degli strumenti e lo svolgimento di esercizi musicali mirati, ho messo i pazienti in condizione di lavorare insieme per affrontare le reciproche difficoltà relazionali.

L'uso degli esercizi di cui sopra, agendo sulle loro capacità di attenzione e di concentrazione, ha migliorato il senso di autoefficacia. Questi esercizi si costituivano in prove ripetute di imitazione e di creazione di ritmi che con il passare delle sedute venivano rinforzati dal miglioramento della performance e dai rinforzi del musicoterapeuta. Chiaramente la richiesta e le difficoltà delle attività guidate sono aumentate nel tempo in rapporto alle competenze acquisite. La ripresa e la ripetizione delle attività nelle diverse sedute si sono rilevati un punto vincente nello svolgimento del percorso musicoterapico.

La coppia terapeutica ha avuto la funzione fondamentale di modello che oltre a mostrare come fosse possibile svolgere l'esercizio, si ponesse come riferimento all'interno e all'esterno della struttura.

Al fine di aumentare l'efficacia della riduzione dell'ansia attraverso gli ascolti, ho unito l'ascolto musicale ad alcuni esercizi tratti dal rilassamento muscolare progressivo di Jacobson. In questo caso la musica era uno stimolo ulteriore e fungeva da rinforzo all'attività di rilassamento. Gli esercizi che ho utilizzato erano indirizzati agli arti inferiori, superiori e al collo. La scelta di una modalità di rilassamento muscolare è stata fatta per ovviare alle difficoltà di un rilassamento di tipo immaginativo. Gli ascolti sono avvenuti sempre nella parte finale della seduta.

Risultati e conclusioni

Alla fine di un anno di trattamento, posso affermare che il livello di competenza media del gruppo è aumentato e ciò è stato evidenziato dal fatto che alcuni pazienti hanno imparato ad affrontare situazioni nuove con un livello d'ansia inferiore, inoltre gli operatori delle comunità psichiatriche, nelle quali alloggiano i pazienti, riferiscono la richiesta degli stessi di voler partecipare ad altre attività di gruppo (Yoga, Biodanza, ecc.) a cui prima non erano interessati. Chiaramente sarebbe sbagliato

pensare che il lavoro musicoterapico da solo abbia messo in condizione i pazienti di migliorare, è però ipotizzabile che la musicoterapia, insieme alle altre terapie farmacologiche e psicoterapeutiche, abbia sostenuto e potenziato le risorse dei pazienti. Per la nostra struttura è stato interessante, oltre che gratificante, sapere che i pazienti, che durante la mattinata svolgevano le attività con noi, nella rimanente parte della giornata risultavano essere più collaborativi e complianti. Per esempio una paziente arrivata in struttura con una sintomatologia molto complessa, che non le permetteva neppure di salire le scale e non le permetteva di svolgere nessuna attività senza forti pianti e crisi d'ansia, già dopo pochi mesi di trattamento risultava essere più rilassata e collaborativa non solo nelle nostre attività ma anche in Comunità, dove erano molto preoccupati per una situazione che risultava essere di difficile gestione. Risultato importante è stato anche verificare il cambiamento di espressione mimica durante l'attività, che risultava essere più sereno e maggiormente orientato verso gli altri membri del gruppo.

Oggi non abbiamo evidenze scientifiche su quanto la relazione influisca nel processo musicoterapico tra paziente e terapeuta, ma è chiaro che una buona alleanza terapeutico-musicale può aumentare l'efficacia del trattamento. Spero si possa riuscire a dimostrare, a livello nazionale e non, in ricerche empiriche oltre che nelle evidenze esperienziali, tale efficacia.

Reputo che la musicoterapia cognitivo-comportamentale, basandosi sulla ricerca e su esperienze multidisciplinari, possa favorire anche in Italia l'inserimento della stessa in un contesto istituzionale.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Benenzon R., *La nuova musicoterapia*, Phoenix, Roma, 2002.
- Gerdner L.A., *Effects of individualized versus classical "relaxation" music on the frequency of agitation in elderly person with Alzhimer's disease an related disorders*, International Psichogeriatrics, 12 (1), 49-65, 2000.
- Gold C., Rolvsjord R., Aaro L.E., Aarre T., Tjemsland L., Stige B., *Rsource-oriented Music therapy for psychiatric patients with low therapy motication: protocol for a ramdomised controlled trial*, BMC Psychiatry, 31, 5-39, 2005.
- Goldwurm G.F., Sacchi D., Scarlato A., *Le tecniche di rilassamento nella terapia comportamentale*, Franco Angeli, Milano, 1986.
- Hayashi N., Tanabe Y., Nakagawa S., Noguchi M., Iwata C., Koubuchi Y., Watanabe M., Okui M., Takagi K., Sugita K., Horiuchi K., Sasaki A., Koike I., *Effects of group musical therapy on impatients with chronic psychoses: a controlled study*, Psychiatry Clinical Neuroscience, 56, 187-193, 2002.
- Hillecke T., Nickel A., Volker Bolay H., *Scientific prospective on music therapy*, New York Academy of Sciences, 1060, 271-272, 2005.
- Madsen C.K., *A behavioral approach to music therapy*, Journal of Music Therapy, 5, 69-71, 1968.
- Nickel A.K., Hillecke T., Argstatter H., Volker Bolay H., *A step on the long road to an Evidenced-Based Trearment*, New York Academy of Sciences, 1060, 283-293, 2005.
- Postacchini P.L., Ricciotti A., Borghesi A., *Musicoterapia*, Carocci, Roma, 1997.
- Raglio A., *Musicoterapia e scientificità: dalla clinica alla ricerca*, Franco Angeli, Milano, 2008.
- Takahashi T., Matsushita H., *Long-term effect of music therapy on elderly with moderate/severe dementia*, Journal of Music Therapy, 43 (4), 317-333, 2006.
- Talwar N., Crawford M.J., Maratos A., Nur U., Mc Dermott O., Procter S., *Music therapy for in-patients with schizophrenia*, British Journal of Psychiatry, 189, 405-409, 2006.

La Composizione Facilitata di Canzoni nella riabilitazione psichiatrica*

Paolo Alberto Caneva
Musicoterapeuta, Musicista, Conservatorio di Musica di Verona.

Premessa

Quando mi è stato chiesto di scrivere un report per pubblicare l'intervento presentato al Convegno "Musicoterapia e Psichiatria: Contributi di Ricerca ed Esperienze" (Legnago, 6 giugno 2008) ho vissuto un "fritto misto" di sensazioni: da una parte mi eccitava l'idea di pubblicare qualche cosa di mio su quella che storicamente è la rivista di riferimento per chi fa musicoterapia in Italia e dall'altra sperimentavo, con un'intensità uguale e contraria, una serie di contro intenzioni. Giusto per condividerne qualcuna con il lettore, la mia mente sosteneva con forza che:

1) non si può comunicare efficacemente con la parola scritta l'emozione che si percepisce dall'ascolto di una canzone;
2) la lettura del semplice testo o della partitura dei pezzi non avrebbe veicolato quella carica affettiva presente nelle voci registrate dei ragazzi del Centro Diurno;
3) descrivere teoricamente cos'è il songwriting, definire la composizione guidata di canzoni, entrare nel dettaglio della tecnica di facilitazione, sarebbe stata un'operazione troppo spudorata di copia incolla dal volume "Songwriting. La Composizione di Canzoni come strategia di intervento musicoterapico" (Caneva, 2007) e non sarebbe stato un report fedele del mio intervento.

Quando ormai pensavo di declinare l'invito, improvvisamente la soluzione si è presentata: avrei pubblicato sul supporto cartaceo il testo e la partitura delle canzoni presentate al convegno e contemporaneamente avrei sfruttato la tecnologia e la rete internet (nello specifico il servizio di hosting offerto dal portale YouTube) per permettere anche al lettore l'esperienza che i presenti al Convegno "Musicoterapia e Psichiatria: Contributi di Ricerca ed Esperienze" avevano vissuto ascoltando le canzoni eseguite dagli stessi ragazzi che le avevano composte insieme con me. Come ci sono più possibilità di facilitare le canzoni così esistono più tecniche di registrazione delle stesse: c'è chi ricorre ad un fonico professionista che fa le riprese e la post produzione con apparecchiature sofisticate, c'è chi porta tutti in uno studio di registrazione. Nel mio caso non mi sono preoccupato di ottenere un bel suono quanto un suono "vero".

La scelta

Nel mio lavoro in psichiatria ho facilitato la composizione di una trentina di canzoni in sei centri diurni. Tutte le canzoni sono state registrate e trascritte. Per l'intervento al Convegno ne ho selezionate tre: "Io sono qui", "Sogno" e "Un uomo dottore". Ognuna di queste canzoni rappresenta in sé, con sufficiente chiarezza, una o più caratteristiche dell'utilità applicativa della tecnica del songwriting in musicoterapia.

Le Canzoni

- "Io sono qui" - *Per ascoltare il pezzo su YouTube*: http://www.youtube.com/watch?v=heGSnIwp62o

Questa canzone è stata creata insieme ai ragazzi del centro diurno "Il Tulipano" di Porto di Legnago. Il gruppo, composto da quindici pazienti psichiatrici di età variabile tra i 19 e 56 anni, si riuniva per partecipare alla attività musicoterapica ogni giovedì pomeriggio.

Una delle fasi più delicate nel songwriting è arrivare a trovare l'argomento sul quale scrivere la canzone. Nel caso di "Io sono qui" il gruppo inizialmente sembrava privo di qualsiasi intento creativo.

La maggior parte delle persone nella stanza non vedeva l'ora di terminare l'appuntamento con il sottoscritto e non faceva nulla per nascondere apatia e noia. Tutti i miei tentativi di stimolare e motivare gli utenti ad una presenza partecipata venivano regolarmente vanificati. Ad un certo punto, mosso più da una frustrazione crescente che da un creativo intento modificatore, ho espresso al gruppo il mio disappunto chiedendo in modo provocatorio *"Ma ragazzi che ci state a fare qui?"* e aggiunsi *"Se volete potete anche andarvene"*. Con sorpresa poco alla volta tutti i partecipanti iniziarono a condividere pensieri e motivazioni del loro stare al Centro ma insieme anche della loro voglia di non stare in un luogo per certi versi vissuto come "stretto".

Ho iniziato a scrivere sulla lavagna a fogli mobili le idee che il gruppo stava producendo dividendo da un lato le motivazioni che venivano espresse sul senso dello stare e dall'altro quelle che invece riguardavano la voglia di andarsene.

In alcuni casi la frase che riportavo sul foglio era frutto del contributo allargato di più di una persona, in altri invece rappresentava il punto di vista specifico di un ospite. Il mio intervento cercava di coinvolgere anche le persone più ritirate, quelle che difficilmente trovavano la motivazione o il coraggio per esporsi in prima persona e a tal fine suggerivo possibili contenuti stimolando una risposta diretta. Nel giro di mezz'ora avevo trascritto sulla lavagna una quantità di materiale sufficiente per ipotizzare la creazione di una canzone con almeno tre strofe.

Dopo aver raccolto le idee, la fase successiva, quella della "messa in forma" metrico-sillabica è stata sorprendentemente veloce. Dal punto di vista dello stile musicale, la ribellione sottile e l'ironia che condiva tutto il testo non potevano non concretizzarsi in un RAP. L'esecuzione vede il gruppo che canta tutto (strofe e ritornelli), senza selezioni di voci soliste. Di seguito il testo:

Io sono qui per colpa del dottore
Per non restare a casa, per fare l'amore
Per farlo virtualmente per farlo con la mente
Perché son lazzarone e un porco farfallone

Io sono qui per stare tranquillo
Per farmi i fatti miei e non muovere uno spillo
Un po' per abitudine un po' perché sto male
Io qui mi riposo, mi tiro su il morale

Uffa che palla... Uffa
Uffa che palla qui faccio la muffa (bis)

Io sono qui il tempo mi comanda
L'autobus mi aspetta mentre tu fai la domanda
A casa sono in più qui invece in compagnia
Soddisfo i miei bisogni e anche l'anima mia

Io sono qui perché sono un santo
Cerco di tradirvi ma senza rimpianto
Ho bisogno di sostegno, di felicità
Fare un po' di sport ed uscire di qua

Rit.

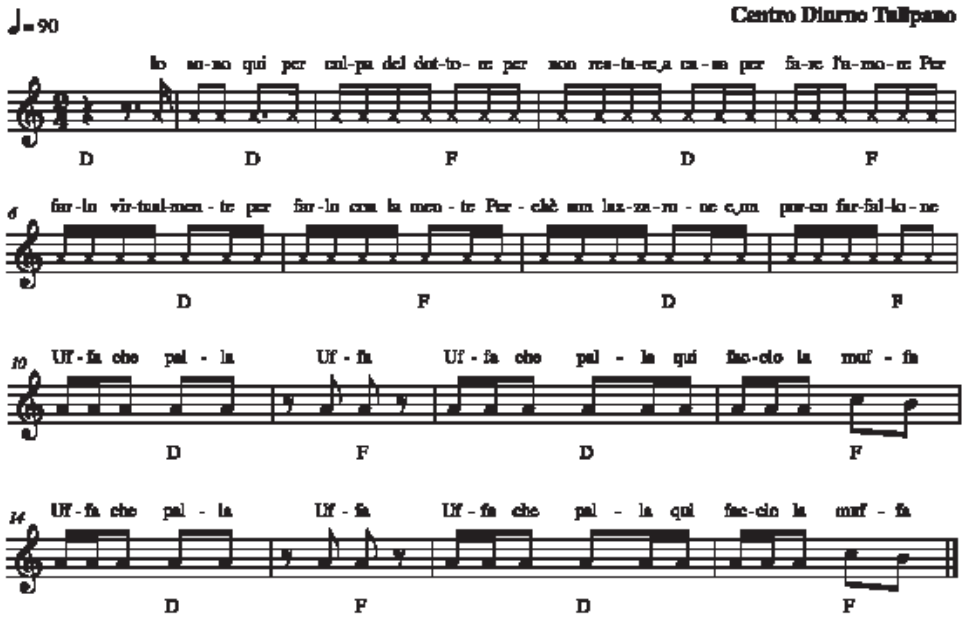
Io sono qui in cerca di una cura
Per riabilitarmi e dare un calcio alla paura
Per dimenticare le sfighe del passato
E urlare a squarciagola quel che è stato è stato

Io sono qui e sono felice
Per passare il tempo gioco al toto-operatrice
Non vince mai la stessa si cambia di frequente
E ogni nuovo arrivo rende il gioco più avvincente

Rit.

Io sono qui per dirti finalmente
Di tutto quel che ho detto non è vero niente
Se solo per un attimo tu mi hai prestato fede
Allora caro amico questa è la tua sede

Rit.



- "Sogno" - *Per ascoltare il pezzo su YouTube:*
  http://www.youtube.com/watch?v=baggzdzrM_A

Questa canzone è stata composta dai partecipanti al Centro Diurno "Il Girasole" dell'ULSS 21 di Legnago (VR). Il loro era un gruppo decisamente più piccolo ma molto appassionato. Se il processo compositivo del testo è lo stesso di "Io sono qui" (ogni partecipante esprime il proprio punto di vista su un particolare argomento ed io trascrivo il tutto su una lavagna a fogli mobili), la prima grande differenza è che in questo caso l'argomento è stato proposto da una delle ragazze presenti al gruppo, mentre la seconda (percepibile solo nella registrazione) è che questa canzone viene eseguita e registrata in modo completamente diverso dalla precedente. Mentre prima tutto il gruppo canta sia strofe che ritornello, qui tutti gli ospiti hanno la possibilità di cantare da soli un pezzo della canzone ad eccezione dell'ultimo ritornello che viene eseguito coralmente.

Grazie a questa scelta (per altro fatta dal gruppo) l'ascoltatore può recuperare sensazioni e vissuti mossi dai vari registri e colori della voce dei singoli "cantanti". Lo stile di questo pezzo è quello di una ballata dove il testo passa in rassegna con lucidità, orgoglio, romanticismo e disincantata consapevolezza i desideri dei partecipanti, per altro non tutti giovanissimi (l'età varia tra i 25 e i 60). Di seguito il testo:

Sogno un lavoro tutto mio
Dove posso dire io
Io ci sono e sono qui
Stare a contatto con la gente
Un lavoro intelligente
No, non voglio carità

No non c'è nessuno
Che mi toglierà i miei sogni
Niente più fantasmi
Voglio solo libertà (x2)

Cerco uno sguardo innamorato
Non dal tempo limitato
Che mi dia qualcosa in più
Cuore, indomabile padrone
Che non vuol sentir ragione
E mi fa volare via

Rit.

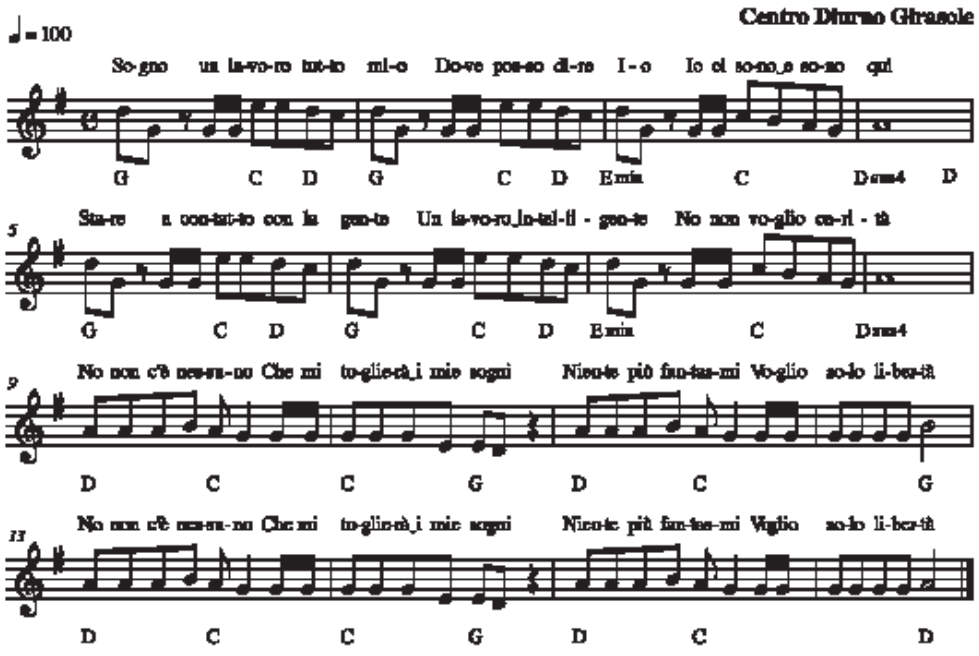
Voglio uno spazio personale
Dove niente mi fa male
E sentirmi proprio io
Io, un portiere a tempo pieno
Che non sciopera nemmeno
Quando tutti vanno via

Rit.

Sogno un domani senza cura
Che non faccia più paura
Anche se non prendo l'EN
Dove non ci sono più ricette
Che confondono la mente
E non faccio più il DEPOT

Rit.

Sogno di non mettere più piede
In quel luogo senza fede
Che si chiama psichiatria
Dove, dentro un camice i gendarmi
Addormentano i fantasmi
Con un po' di MODITEN

Rit.

- "Un uomo dottore" - *Per ascoltare il pezzo su YouTube:* http://www.youtube.com/watch?v=HwNcMZfIZjM

Terza canzone, terzo gruppo di utenti.

I ragazzi che hanno inventato il testo di questa canzone sono gli ospiti del Centro Diurno "La Fontanina". Si tratta del gruppo più numeroso (più di 18 persone). Questo lavoro sfrutta nello specifico la tecnica della parodia: si prende una canzone già esistente (Bocca di Rosa di Fabrizio De Andrè) e si lavora solo sul testo creandone uno ex novo in base all'argomento scelto. Il contenuto del pezzo, in questo caso, viene suggerito non da un partecipante ma da un evento esterno: il trasferimento del medico.

Quando in un gruppo entra od esce qualcuno, l'assetto del gruppo stesso subisce uno scossone. Se ad andarsene è lo psichiatra che ha creato e fatto crescere il Centro Diurno, sia chi parte che chi resta vive il distacco con sentimenti molto forti. In questi casi una canzone può riassumere molte storie, molte emozioni, molti momenti indimenticabili. Da notare, per quanto riguarda la forma, che in questa canzone la struttura non prevede un ritornello testuale ma un semplice non-sense sillabico. La modalità esecutiva, in questo caso, è di un paio di righe per ciascun partecipante, mentre il ritornello viene cantato da tutto il gruppo. Di seguito il testo:

In un giorno ormai lontano
arrivava Lorini, borsello in mano
Dopo aver guardato in silenzio
decise di fare un gran cambiamento
Con tutta la sua competenza
organizzò tutta quanta l'utenza
Lui non faceva soltanto ricette
voleva inserirci in mezzo alla gente

Lui cammina in punta di piedi
con passo legnoso e fare ingommato
Arriva ad un palmo dal naso
ti prende la mano in modo educato
Con la schiena è sempre bloccato
la braga alta il calzino abbassato
È comunque un tipo piacente
se senti le donne è un uomo avvenente

Pur essendo un bravo dottore
anche lui come tutti è un peccatore
Son famose le sue manie
che noi chiamiamo le litanie
"Spegni la luce chiudi la porta
risparmia il gas che tutto costa"
E poi d'estate chiude gli scuri
accende le pale appese ai muri

Per evitare l'isolamento
si fa la gita andiamo a Trento
Per risparmiare un po' di soldini
guida il pulmino il dottor Lorini
Quando arriviamo a destinazione
lui si trasforma in Cicerone

Ama le foto per ricordare
trova la RAI quando c'è da mangiare

Se non lo trovi a far la ricetta
è sempre occupato con la cornetta
Alla finestra c'è chi l'ha beccato
con le sue unghie indaffarato
Le sue energie sono rivolte
a fare gruppo almeno tre volte
E sul divano ben rassettato
occupa il posto a lui riservato

Parliamo per ore senza fermarci
neanche un minuto per riposarci
E tutti quanti abbiamo un momento
per dire a parole quel che c'è dentro
Se poi qualcuno è da moderare
il mutacin bisogna ordinare
E si conclude in armonia
bevendo un tè in compagnia

In questa storia abbiamo cantato
di un uomo dottore da qui passato
Alla fine son solo parole
ma quello che vale rimane nel cuore
Per evitare discorsi scontati
frasi banali e occhi bagnati
Qui ci fermiamo con questa canzone
e confidiamo in un'altra occasione

Conclusione

Qualora il lettore fosse giunto a questo punto senza aver ascoltato i brani, mi permetto di risottolineare l'intensità dell'esperienza che solo l'ascolto può offrire.

Fino a pochi anni fa questa "occasione sonora" era impensabile o realizzabile con costi ed impegni editoriali importanti. Oggi la comunità di chi fa musicoterapia può condividere e confrontarsi oltre che sui risultati scientifici e resoconti testuali anche su frammenti sonori e prodotti musicali. Questo è il mio contributo.

* Articolo apparso sulla rivista "Musica et Terapia" n. 20, edizioni Cosmopolis, Torino, 2009.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Baker F., Wigram T., *Songwriting. Methods, Techniques and Clinical Applications for Music Therapy Clinicians*, Educators and Students, Jessica Kingsley Publishers, London, 2005.
- Caneva P.A., *Songwriting. La Composizione di Canzoni come strategia di intervento musicoterapico*, Armando editore, Roma, 2007.
- Ficken T., *The use of songwriting in a psychiatric setting*, Journal of Music Therapy 13(4), 163-172, 1976.
- Kamsika A., *The process of recording a CD with a music therapy group of adults with profound needs*, Many Faces of Music Therapy Proceedings of the 6th European Music Therapy Congress, Jyväskylä, Finland, 2004.
- Pizziolo P., Corti N., *Liete Dissonanze. A digital audio recording experience in a songwriting music therapy intervention with psychiatric adult clients. An application of new technologies in the therapeutic process*, Many Faces of Music Therapy, Proceedings of the 6th European Music Therapy Congress, Jyväskylä, Finland, 2004.
- Rolvsjord R., *Collaborations on songwriting with clients with mental health problems*, in F. Baker & T. Wigram, "Songwriting. Methods, Techniques and Clinical Applications for Music Therapy Clinicians", Educators and Students, Jessica Kingsley Publishers, London, 2005.
- Silverman M., *Contingency songwriting to reduce combativeness and noncooperation in a client with schizophrenia: a case study*, The Arts in Psychotherapy, 30(1), 25-33, 2003.

Il coro come esperienza di socializzazione*

Alicia Isabella Gibelli
Musicoterapista, Cagliari.

Le riflessioni che seguono riguardano la creazione e l'attività del coro Kirkende di Cagliari. Il coro nasce nel 2007 a seguito di una generica richiesta, fattami dal CSM di Cagliari-Ovest, facente capo al DSM della ASL n. 8 di Cagliari, di attivare un intervento musicoterapico che potesse coinvolgere il maggior numero di utenti possibile e con finalità di socializzazione.

Come venivano intesi termini quali socializzazione e musicoterapico e come poteva essere data risposta a questa richiesta?

Il termine socializzazione rappresenta un concetto molto ampio e complesso, così ricco di sfaccettature e così intrecciato con ogni aspetto dello sviluppo umano, che consente innumerevoli possibilità di analisi in funzione del punto di osservazione che viene scelto. È un termine, tuttavia, che oggi viene talmente usato, al di fuori della comunità scientifica, che spesso ha finito per essere svuotato di significato. Non di rado, per socializzazione viene inteso far star bene insieme delle persone, senza contemplare la possibilità che questo star bene insieme rappresenti il punto di arrivo di un processo di cambiamento nel tempo, capace di essere esplicitato anche al di fuori del contesto di incontro. Ne consegue che il termine musicoterapico nasconda, spesso, una richiesta di animazione musicale.

Personalmente intendo per socializzazione la molteplicità di processi che avvengono all'interno di un contesto relazionale e l'interazione tra le persone, aspetti che favoriscono l'inserimento e l'adattamento di queste all'interno della propria società o comunità in cui vivono, attraverso la trasmissione dei propri modelli di comportamento sociale, dei valori, delle credenze predominanti nella propria cultura di riferimento. All'interno di questi processi due concetti, intimamente intrecciati tra loro, diventano chiave: individuazione e Sé.

Intendo per individuazione quel processo attraverso il quale diveniamo consapevoli di avere una propria identità personale e sociale, che si sviluppa, partendo dalle proprie caratteristiche biologiche di base, attraverso le innumerevoli interazioni interpersonali in cui siamo coinvolti sin dalla nascita e che necessita della formazione del senso di essere distinto e separato dagli altri, di avere un proprio corpo coeso, di avere emozioni e sentimenti propri che possono essere espressi e condivisi, di essere agente delle proprie azioni, di avere delle proprie intenzioni che possono concretizzarsi in progetti e piani di azione e che possono essere condivise con gli altri, di agire all'interno e di partecipare a sistemi di comunicazione, di essere "uno" lungo la traiettoria esperienziale e temporale.

Socializzazione ed individuazione si presentano come due processi inscindibili l'uno dall'altro e interdipendenti dallo sviluppo del senso e della consapevolezza di Sé. E il Sé, percepito, rappresentato, narrato diviene uno dei più importanti concetti sociali.

Quali sono le qualità, le abilità che una persona deve sviluppare per divenire socialmente abile, socialmente competente?

Da più parti le competenze sociali nella nostra cultura vengono identificate con: lo sviluppo della capacità di stringere e intrattenere relazioni con gli altri e di coinvolgersi in complesse interazioni interpersonali; il saper integrare il proprio comportamento con quello degli altri; il saper far fronte e risolvere conflitti in modo accettabile, mettendo in atto abilità di contrattazione e negoziazione; l'essere in grado di assumere, riconoscere e rispettare ruoli diversi; il riconoscere e rispettare le regole proprie di ogni ambiente e situazione e saper contraddirle in modo socialmente adeguato; lo sviluppo della capacità di condividere con gli altri oggetti, spazi, esperienze; l'essere in grado di produrre e comprendere segnali sociali e diventare consapevoli delle conseguenze che questi stessi segnali producono; lo sviluppo della capacità di comunicare con gli altri in modo efficace; l'esprimere e regolare in modo socialmente adeguato le proprie emozioni; il saper comprendere e capire gli altri, essendo capaci, inoltre, di empatia.

A partire da queste assunzioni teoriche, proposi la creazione di un coro che fosse costituito sia da persone con disturbo psichico, sia da persone estranee alla patologia.

Il coro rappresenta un contenitore spazio-temporale definito, che prevede l'incontro tra individui che partecipano ad una esperienza collettiva, comune, in questo caso musicale, consistente nell'acquisire una preparazione vocale-musicale sufficiente ad affrontare un repertorio di brani corali e, forse anche, nell'impegnarsi in obiettivi comuni come l'organizzazione e/o la partecipazione a rassegne o concerti, incontrando altri cori e cantando per altre persone.

Nel coro, sin dall'inizio, le persone vanno incontro ad una sorta di identificazione, dipendente dalla qualità della propria voce, che li definirà di volta in volta come soprano, contralto, tenore o basso e determinerà, almeno in parte, il ruolo che svolgeranno e la collocazione che avranno all'interno del coro stesso.

Attraverso la preparazione tecnica e la creazione di un proprio repertorio si affronta il processo di sviluppo e affermazione progressiva della propria voce individuale e della propria voce capace di incontrare e fondersi con quella degli altri e si vive l'esperienza della costruzione corale di ogni singolo brano che prevede lo sviluppo progressivo di un insieme fatto prima di singole sezioni, fino ad arrivare all'incontro-dialogo del coro intero e che vede il suo culmine nel cogliere ed esprimere il senso e gli affetti che animano il brano stesso. L'attività corale, inoltre, può far vivere ai partecipanti l'esperienza collettiva di: faticare; ridere; provare la frustrazione del pezzo non riuscito, dell'errore; provare il piacere dell'obiettivo raggiunto; provare il piacere fisico-psichico che spesso produce il cantare, sia attraverso la percezione uditiva che attraverso la percezione fisico-corporea della vibrazione e della risonanza della propria voce e di quella degli altri; condividere le proprie sensazioni e emozioni. Ma il coro può essere anche un luogo attraversato da tensioni e conflitti a cui bisogna imparare a far fronte esercitando di continuo la propria capacità di comprensione, di tolleranza, di sopportazione verso gli altri. Inoltre, attraverso l'utilizzo di tecniche che riportano alla sensorialità e la coinvolgono globalmente, può essere attivato un processo in grado di migliorare le capacità percettive anche cinestesiche e propriocettive. L'attività corale, se ben indirizzata, può restituire un senso di autoefficacia, così come può diventare un luogo di allenamento per migliorare la propria resistenza alla frustrazione.

Potevo chiamare la mia proposta intervento musicoterapico?

Io possiedo una doppia competenza: musicale e musicoterapica. L'intervento veniva basato in gran parte sul modello psicologico di Stern ed era disegnato attorno a concetti quali senso e consapevolezza di Sé. Da un punto di vista musicoterapico l'intervento si proponeva di sviluppare delle relazioni attraverso l'esperienza musicale, capaci di avviare processi di cambiamento nei partecipanti, di promuovere il recupero di funzioni compromesse, nel nostro caso maggiormente riferite al funzionamento sociale, e di prevenire complicanze del disturbo psichico quali l'isolamento e l'auto ed etero stigma. Erano previste delle tecniche precise anche se non solo riferite all'improvvisazione. La valutazione era attuata seguendo degli indicatori oggettivi predefiniti e attraverso il confronto con l'équipe di riferimento.

Nonostante questo la numerosità del gruppo divenne un fattore determinante, che limitò la profondità dell'intervento stesso, non consentendo al conduttore di tenere sotto controllo tutte le variabili e di contenere ogni situazione possibile. A mio parere l'esperienza con il coro Kirkende ha rappresentato innanzi tutto una buona pratica, che può essere collocata in uno spazio intermedio tra il musicoterapico-riabilitativo e quello educativo, il cui campo d'azione non si esaurisce in se stesso, ma può favorire processi di cambiamento anche duraturi nel tempo.

* Articolo apparso sulla rivista "Ar-tè" n. 8, edizioni Cosmopolis, Torino, 2010.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Iacoboni M., *I Neuroni Specchio: come capiamo ciò che fanno gli altri*, Bollati Boringhieri, Torino, 2008.
- Lavelli M., *Intersoggettività: origini e primi sviluppi*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2007.
- Raglio A., *Quale ricerca in Musicoterapia?*, in "Musica Et Terapia", n. 20, ed. Cosmopolis, Torino, 2009.
- Schaffer H.R., *Lo Sviluppo Sociale*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1998.
- Schaffer H.R., *I concetti fondamentali della psicologia dello sviluppo*, Raffaello Cortina Editori, Milano, 2008.
- Stern D.N., *Il mondo interpersonale del bambino*, Bollati Boringhieri, Torino, 1987.
- Stern D.N., *Il momento presente in psicoterapia e nella vita quotidiana*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2005.
- Videsott M. e Sartori Elena, (a cura di), *La voce in Musicoterapia*, Edizione Cosmopolis, Torino, 2008.

L'incanto del canto: un laboratorio musicale in un centro di salute mentale*

Cristina Roveran
Psicologo, Musicista, Musicoterapeuta, Padova.

Mario Degli Stefani
Psichiatra, 2° Servizio Psichiatrico ULSS 16, Padova.

Manuela Guadagnini
Musicoterapista, 2° Servizio Psichiatrico ULSS 16, Padova.

L'esperienza di questo laboratorio musicale nasce dall'esigenza di coniugare l'attività musicoterapica ad un miglioramento della performance esecutiva. Gli utenti sono pazienti psichiatrici seguiti ambulatorialmente nel servizio stesso: la valutazione dell'idoneità a partecipare al gruppo è effettuata dagli psichiatri del servizio tramite colloqui individuali. Gli utenti sono eterogenei sia per patologia (nell'ambito delle patologie gravi e medio gravi in stato di compenso) che per estrazione socioculturale, che per età. Il Centro di Salute Mentale (C.S.M.) di riferimento si trova in Veneto ed annovera, ormai da quattro anni, l'utilizzo della musicoterapia attiva tra i propri servizi.

I gruppi di musicoterapia seguono sedute settimanali per una durata di due ore. La modalità adottata è di tipo attivo e s'impernia sostanzialmente nell'esecuzione di canzoni italiane suggerite e scelte dagli utenti stessi: il paziente diventa protagonista, è portato a sentire, comprendere, creare e, se lo desidera, può decidere di suonare lo strumento che in quel momento ritiene essere il più significante.

I gruppi di musicoterapia (semiaperti) sono condotti da due musicoterapisti (uno per gruppo) ed uno psichiatra ai quali poi si affiancano un infermiere del servizio e alcuni tirocinanti di psicologia o musicoterapia. Durante le sedute la musicoterapista, oltre a proporre la canzone scelta dal gruppo la volta precedente, lascia uno spazio aperto per attività ritmiche o canore a seconda dell'evolversi della seduta stessa. Di fatto ogni settimana l'apertura avviene con la canzone di saluto e termina con una canzone di arrivederci alla settimana successiva. Gli utenti sono rigorosi nella puntualità e nell'avvisare quando non possono partecipare alle sedute.

A giugno del 2009 si è creato un ulteriore spazio dedicato alla musica, che non fosse però "terapeutico" e strutturato come nelle sedute dei gruppi, ma che fosse maggiormente orientato alla riabilitazione e all'aspetto ludico-artistico. Molte sono state le riflessioni necessarie prima di iniziare: chi e come gestirà questo nuovo impegno? Come lo vivranno i pazienti? E se poi si stancano perché troppo incalzati da impegni? Quali attività proporre che non vadano ad interferire con le attività dei gruppi di musicoterapia già esistenti?

Il gruppo inizia il proprio percorso con una musicoterapeuta, uno psichiatra, una

tirocinante in psicologia ed un infermiere del servizio: l'attività pensata per il laboratorio musicale con cadenza quindicinale, per la durata di due ore a seduta, è ad orientamento riabilitativo. Gli utenti che partecipano al gruppo mediamente sono una quindicina, alcuni di questi partecipano anche ai gruppi di musicoterapia. Da qui l'esigenza di una massima collaborazione tra il personale dei gruppi di musicoterapia e quelli che seguono il laboratorio onde evitare ridondanze o disarmonie nelle attività proposte.

Intento principe del laboratorio "Collincanto" sta nel rafforzo identitario, nella capacità di ognuno di essere se stesso anche in presenza di persone "non sempre conosciute", nella prospettiva di possibili "uscite canore". Non è stato semplice unire chi non ha mai partecipato ad un gruppo "musica" con chi invece, proprio perché facente parte di un gruppo di musicoterapia, sa come la musica riesca a suscitare le più disparate emozioni ed è pronto a mostrare qualcosa di sé.

Nel laboratorio, grazie al contenimento dei conduttori, gli utenti sono in grado di modificare l'esecuzione di un brano suonato per parecchio tempo nel gruppo di musicoterapia apprendendo nuove competenze, imparando ad ascoltare il tempo e a seguire le direttive con maggior cognizione. Questa presa di coscienza ha permesso agli stessi di lasciarsi andare ad improvvisazioni musicali fino a quel momento non pensabili. Ad esempio, durante una seduta di gennaio, due pazienti hanno duettato nel ritornello di una canzone in perfetta armonia e sincronia creando un sound da ammutolire tutti i presenti.

La sostanziale differenza tra i gruppi di musicoterapia ed il laboratorio è insita nello scopo: nel gruppo di musicoterapia gli utenti sono sempre gli stessi e l'intenzione è specificatamente terapeutica; nel laboratorio l'accesso è più flessibile e l'accento viene posto sull'aspetto riabilitativo ed estetico della musica. Non sarebbe stata possibile quest'esperienza se prima non ci fossero stati i gruppi musicoterapici. L'ottica in cui il C.S.M. di riferimento opera è quella di ridare agli utenti un'identità di persona ed una vita sociale. Il paziente, nel laboratorio, può sperimentare la propria capacità di stare con gli altri, può condividere momenti ludico-espressivi dove rafforzare il proprio essere. E non lo percepisce solo nell'attività pratica ma anche in alcuni aspetti del setting: accetta la modificazione della disposizione degli strumenti; richiede la pausa a metà dell'incontro, come un vero gruppo prove, dove poter chiacchierare. Ad ulteriore testimonianza della capacità degli utenti di distinguere i due momenti (quello di musicoterapia e quello del laboratorio) riportiamo un particolare episodio accaduto con la Sig.ra che chiamerò LA, che dopo una sua esclamazione ha contestato l'intervento dello psichiatra asserendo che quello non era un contesto terapico e che quindi si sentiva libera di esprimersi come riteneva più idoneo.

Vorrei concludere con un caso clinico che indicherò come Sig. DO. Il Sig. DO è un paziente psichiatrico di trentotto anni di Padova con diagnosi di "schizofrenia di tipo disorganizzato attualmente in buona fase di compenso". L'esordio di malattia avviene quando il paziente ha diciotto anni in seguito alla morte del padre. All'epoca del suo ultimo ricovero aveva ventiquattro anni. A venticinque fu inserito in un laboratorio organizzato dal Centro Diurno del Servizio Psichiatrico dell'USLL di competenza. Due anni dopo decide di riprendere gli studi di musica, interrotti alla fine della terza media: si iscrive al conservatorio di Venezia nella classe di corno francese. Dopo cinque anni di corsi nei quali svolge attività didattiche personali e orchestrali

non prosegue la formazione e scrivendo una lettera al Direttore del Conservatorio sancisce la fine della sua frequentazione a causa di una sua inadeguatezza psicologica. Ad oggi il Sig. DO ha riacquistato tutto ciò che aveva lasciato ed è regolarmente iscritto presso il Conservatorio di Musica di una cittadina del Veneto.

Il laboratorio, così costituito, ha dato vita ad un'armonia di suoni e persone ed ha permesso alle stesse di esibirsi pubblicamente in alcune manifestazioni istituzionali locali: la meraviglia dei "Collincanto" ha dato agli utenti la fierezza di appartenere a questo gruppo. Fondamentale la cooperazione tra i conduttori dei vari gruppi: i vissuti non sempre facili e le innumerevoli difficoltà hanno trovato un totale appagamento nel senso di soddisfazione ed appartenenza percepito negli utenti.

* L'esperienza descritta si è svolta presso L'Azienda ULSS 16 Padova 2° Servizio Psichiatrico.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Alvin J., *Terapia Musicale*, Armando editore, 1986.
- Benenzon R., *Manuale di musicoterapia*, ed. Borla, Roma, 1998.
- Di Maria F., Lo Verso G., *La psicodinamica dei gruppi*, Cortina, Milano, 1995.
- Scardovelli M., *Il dialogo sonoro*, ed. Cappelli, Bologna, 1992.
- Scardovelli M., *Musica e trasformazione*, ed. Borla, Roma, 1999.
- Spaltro E., *Pluralità*, Patron, Bologna, 1986.
- Vezzani B., *Socchiudere il gruppo*, Franco Angeli editore, Milano, 2005.

"La musica che accompagna". Il caso clinico di un paziente psichiatrico in riabilitazione post-traumatica.

Rita Meschini
Musicista, Musicoterapista, Istituto di Riabilitazione S. Stefano, Porto Potenza Picena (AN).

Elisabetta Leonardi
Psicomotricista, Diplomanda in Musicoterapia presso Fo.Ri.Fo., Roma.

Il Centro Ospedaliero di Riabilitazione S. Stefano di Porto Potenza Picena è dedicato specificamente alla riabilitazione di persone con Gravi Cerebrolesioni Acquisite. Da più di tredici anni nel centro è presente il servizio di musicoterapia finalizzato al recupero della coscienza di tali pazienti con particolare riguardo agli aspetti legati all'espressione e alla comunicazione (Meschini, 2008).Tra le cause delle gravi cerebrolesioni acquisite non sono infrequenti comportamenti autolesivi determinati da pregresse situazioni di disagio psichico già in carico presso i servizi psichiatrici territoriali.

Il presente lavoro intende proporre la questione dal punto di vista della presa in carico neuroriabilitativa portando l'attenzione sulle conseguenze di queste situazioni e sugli esiti molto severi e complessi con cui questi pazienti necessariamente ritornano nel contesto di provenienza.

A titolo esemplificativo viene proposto il caso clinico di un paziente ricoverato presso la nostra struttura con diagnosi di stato vegetativo da esiti di grave trauma cranico in politrauma per precipitazione dalla finestra della propria abitazione. Il paziente da circa vent'anni era in cura presso l'Unità di psichiatria territoriale per sindrome depressiva, per la quale era stato sottoposto a diversi ricoveri ospedalieri e a terapia farmacologica.

Alla valutazione neurologica d'ingresso il paziente non presentava alcuna forma di comunicazione, né si evidenziavano risposte finalizzate a stimolazioni verbali e/o sensoriali, esclusa una modesta reazione mimica facciale allo stimolo nocicettivo, in un quadro motorio caratterizzato da doppia emiparesi, più severa a sinistra.

Dall'anamnesi sonoro-musicale risultava un forte legame con la musica. Infatti il paziente suonava la tromba nella banda del paese e la fisarmonica da autodidatta, oltre ad aver allestito, con un importante investimento di risorse, una propria sala di registrazione.

La finalità dell'intervento di musicoterapia è stata inizialmente quella di individuare un possibile canale di comunicazione per favorire il recupero della coscienza e della responsività attraverso l'elaborazione di proposte sonoro-musicali con la voce e con gli strumenti. Presupposto fondamentale per l'avvio del processo riabilitativo complessivo, tuttavia, risultava essere la riduzione dello stato di agitazione psicomotoria proprio della fase dell'amnesia post-traumatica, per cui le tecniche musicoterapiche sono state utilizzate al fine di indurre lo stato di rilassamento e di recuperare l'orientamento spazio-temporale.

Nel corso delle settimane, man mano che il paziente riprendeva contatto con la realtà esterna si evidenziavano i tratti del disagio psichico, manifestati da frequenti comportamenti aggressivi e d'importante agitazione che condizionavano e limitavano decisamente i vari trattamenti riabilitativi. Nel setting musicoterapico invece egli recuperava una discreta consapevolezza di sé e riusciva perciò ad esprimere in modo adeguato le proprie emozioni e stati d'animo, anche a livello verbale. Di conseguenza la musicoterapia ha assunto una funzione di mediazione all'interno dell'équipe medico-riabilitativa. Negli ultimi due mesi di ricovero il paziente è stato seguito da una tirocinante (diplomanda in musicoterapia) con la supervisione settimanale della musicoterapista.

Al momento della presa in carico da parte della tirocinante il paziente presentava le seguenti caratteristiche:

- G. era in carrozzina; utilizzava in maniera dominante la mano destra, mentre la mano sinistra paretica veniva spesso omessa. Presentava un notevole rallentamento ideo-motorio in parte accentuato dalla terapia farmacologica. Egli manteneva brevemente il contatto visivo; con lo sguardo seguiva i movimenti della terapista, oltre a controllare le proprie azioni.
- G. era in grado di riprodurre sequenze melodiche fino a 4-5 elementi per imitazione esatta, mentre difficilmente riproduceva il ritmo e la dinamica; collaborava con interesse alle attività, anche se con un'importante labilità attentiva; egli era parzialmente consapevole delle proprie difficoltà nel realizzare le attività proposte in seduta fino a verbalizzarle spontaneamente.
- G. presentava un basso livello di tolleranza della frustrazione e un forte bisogno di rassicurazione e contenimento affettivi, con frequenti richieste verbali di aiuto e/o di sospensione o di sostituzione dell'attività con l'ascolto musicale. L'espressività corporea era piuttosto ridotta in un quadro complessivo d'inerzia e di passività.

Il paziente utilizzava il linguaggio verbale in modo congruo rispetto ai contenuti, seppure fosse molto rallentato, con voce disfonica per la presenza della cannula tracheostomica e con importanti episodi di scialorrea. Nelle fasi di agitazione tendeva invece alla ripetizione di parole-frase e alla perseverazione.

Privo d'iniziativa, interagiva con gli strumenti musicali solo se coinvolto e sollecitato; preferiva gli strumenti a barre, suonati percussivamente con il battente, per un tempo di manipolazione tra i 5 e i 10 minuti consecutivi. Le produzioni sonoro-musicali erano caratterizzate da battiti isocroni con un'intensità forte o fortissima e timbro rigido e aspro. A livello ritmico si limitava alla riproduzione di cellule ritmiche elementari e solo su imitazione. G. gradiva particolarmente l'ascolto musicale, soprattutto di brani di musica classica, con predilezione per Beethoven; nelle fasi di affaticamento e di marcata agitazione spesso era proprio lui a proporlo e a chiederlo.

Sulla base di tale osservazione la tirocinante aveva individuato alcuni obiettivi a breve termine quali:

- il recupero dello stato rilassato;
- l'incremento dell'iniziativa;
- il prolungamento dei tempi attentivi;
- la facilitazione dell'espressione personale.

Le tecniche individuate per il perseguimento di tali obiettivi sono state il dialogo sonoro e l'ascolto musicale.

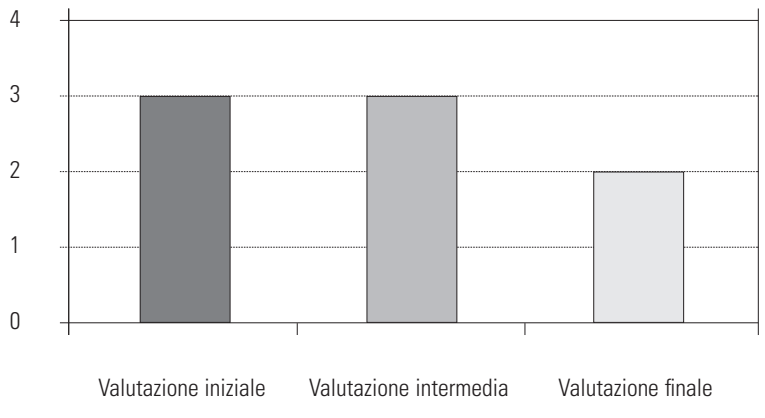
Per monitorare il proprio lavoro la tirocinante si è servita dell'ICF, Classificazione Internazionale del Funzionamento, delle Disabilità e della Salute (Organizzazione Mondiale della Sanità, OMS, 2001).

In un ambiente dove si lavora in équipe, questa Classificazione fornisce un *"(...) linguaggio comune ed universale che può avere applicazioni relative alla clinica, alla salute pubblica ed alla ricerca, così da facilitare la documentazione e la misurazione della salute e delle disabilità (...) i problemi relativi alle funzioni ed alle strutture corporee, alle limitazioni dell'attività e alle restrizioni della partecipazione (...). È anche uno strumento ideale per coniugare, in un unico linguaggio, le esigenze osservativo-valutative anche al servizio dell'integrità della persona."* (Cajola, Pecoraro, Rizzo, 2008).

Sono stati selezionati alcuni items utili al caso, a ciascuno dei quali si assegna un valore numerico da 0 (nessuna difficoltà) a 4 (problema grave). Rilevati in tre momenti diversi, iniziale, intermedio e finale, i valori sono stati elaborati in grafici che hanno consentito un'osservazione precisa e condivisibile del processo musicoterapico effettuato.

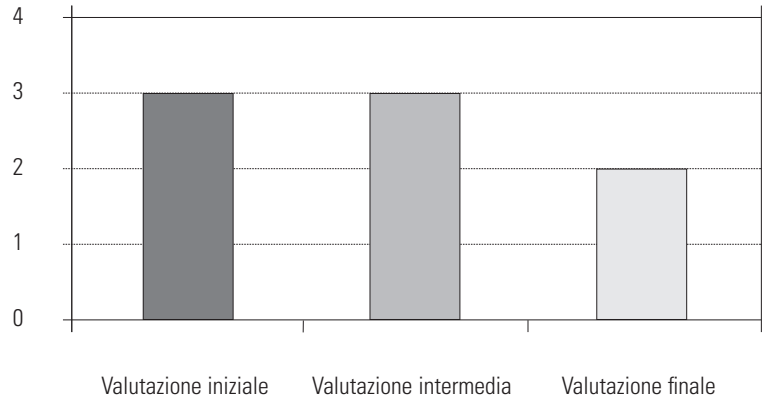
Analizzando i seguenti grafici è possibile evidenziare alcuni miglioramenti relativi agli items considerati.

1 - Controllo del movimento volontario semplice



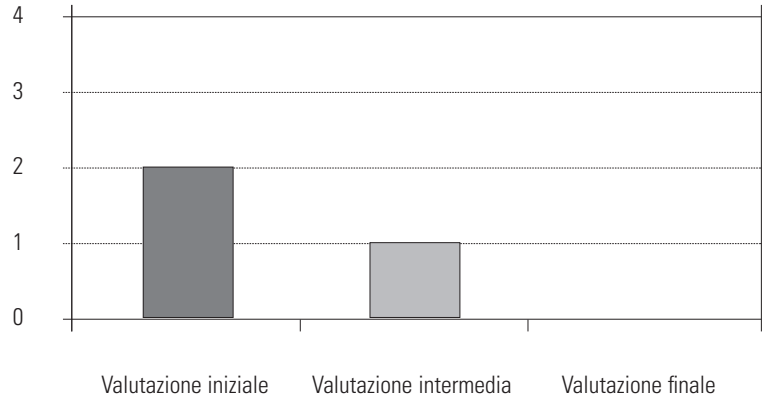
La funzione del movimento volontario semplice si riferisce in modo particolare agli arti superiori; solo verso la fine del percorso G. riusciva a controllare meglio il movimento della mano per suonare uno strumento.

2 - Funzioni dell'orientamento rispetto al tempo



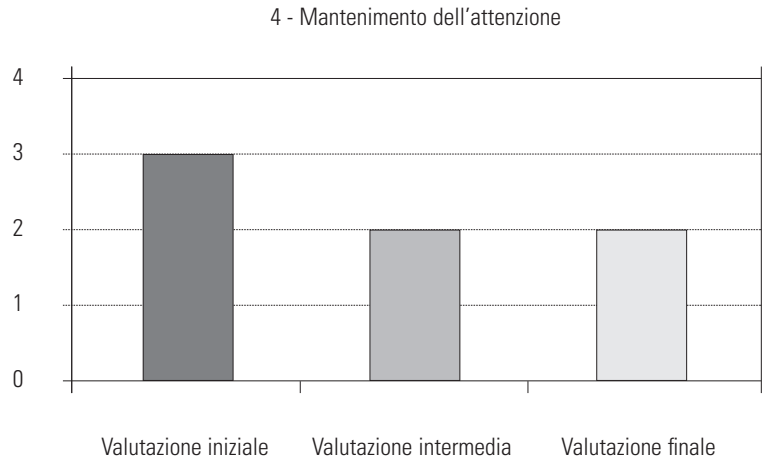
Per ciò che riguarda l'orientamento temporale, G. percepiva la scansione della settimana e ricordava i giorni in cui doveva partecipare alle sedute di musicoterapia.

3 - Funzioni dell'orientamento rispetto allo spazio

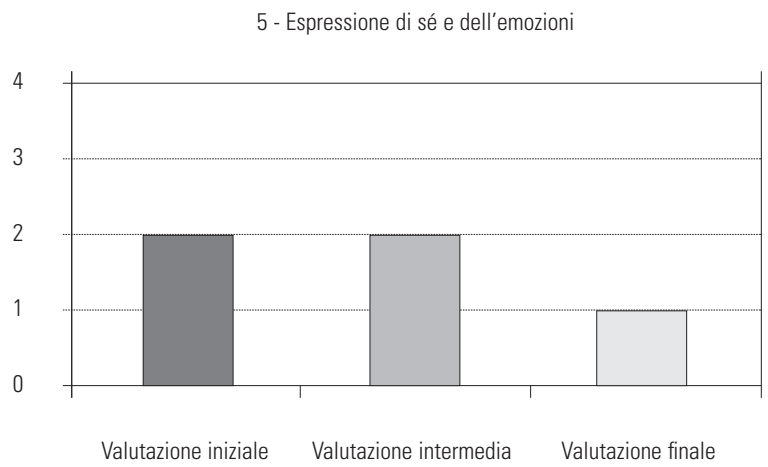


In riferimento all'orientamento spaziale, G. riusciva a individuare e differenziare i vari luoghi della struttura ospedaliera. Rispetto al setting di musicoterapia, G. era in grado di organizzarsi sullo strumento scelto, il metallofono, anche in relazione allo strumento della musicoterapista.

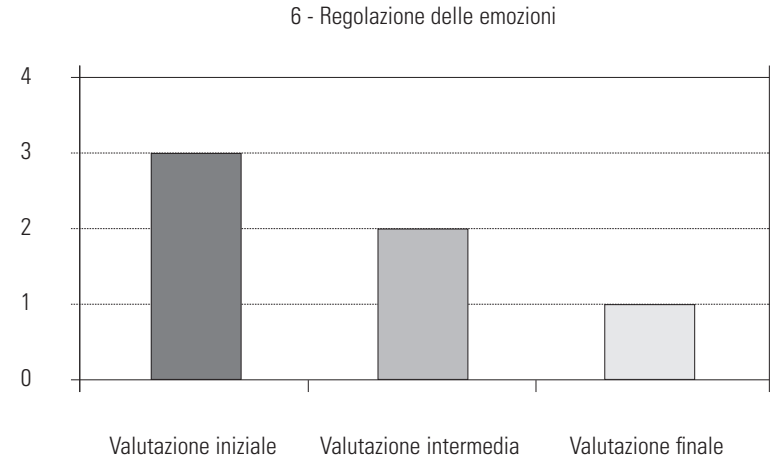
L'attenzione, relativa all'utilizzo dello strumento, veniva prolungata fino a 15 minuti consecutivi. I tempi di permanenza in seduta si sono attestati sui 30-35 minuti complessivi.



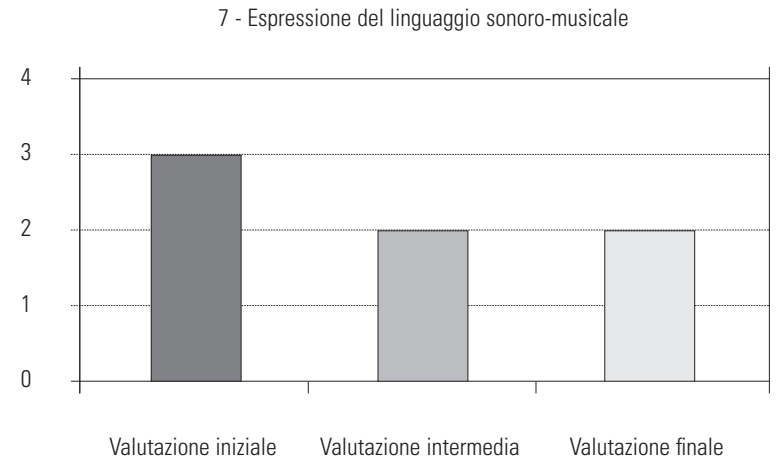
G. verbalizzava quasi sempre i suoi stati d'animo, relativamente ai suoi vissuti attuali in ospedale; nell'ultima seduta il paziente ha espresso spontaneamente il proprio dispiacere per la dimissione imminente, soprattutto per la conclusione del percorso musicoterapico, e la preoccupazione per il suo futuro di vita.



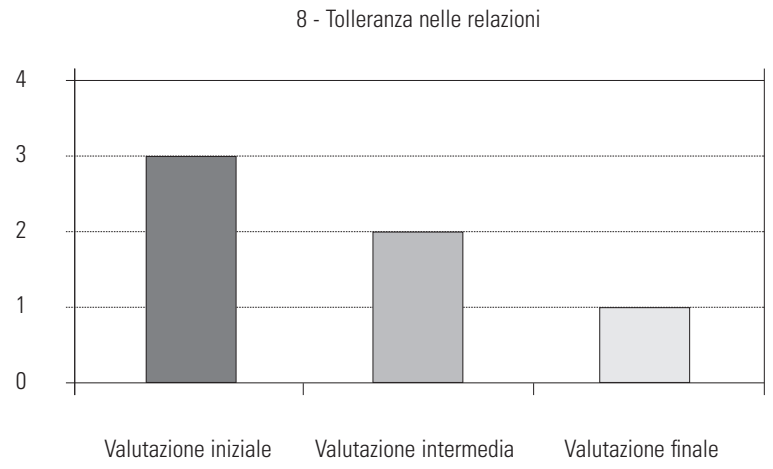
Nella regolazione delle emozioni, G. è passato da un urlare generico per esprimere un qualsiasi disagio o malessere, anche di lieve rilevanza, ad un utilizzo più modulato dell'espressione vocale e comportamentale per riferire sue esigenze specifiche.



Per ciò che concerne l'espressione attraverso il linguaggio sonoro-musicale, G. ha sempre manifestato una spiccata preferenza per la modalità imitativa. A volte accettava anche proposte differenti, come ad esempio il dialogo sonoro, ma poi collaborava per pochissimi istanti.



La tolleranza nelle relazioni è progressivamente migliorata in seduta di musicoterapia, mentre è rimasto come aspetto problematico e inficiante negli altri contesti sanitari e riabilitativi.



RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Cajola L., Pecoraro P., Rizzo A., *Musicoterapia per l'integrazione*, Franco Angeli, Milano, 2008.
- Meschini R., *La musicoterapia nel rilassamento del paziente in stato vegetativo. Presentazione di un caso clinico*, in AA. VV., "Musica tra Neuroscienze", Arte e Terapia, Edizioni Musica Pratica, Torino, 2007.
- Meschini R., *La voce che incontra il silenzio dei pazienti in stato vegetativo*, in Videsott M., Sartori E., (a cura di), "La Voce in Musicoterapia", Edizioni Cosmopolis, Torino, 2008.
- Meschini R., *L'esperienza della musicoterapia con pazienti in stato vegetativo*, in Benenzon R.O., (a cura di), *Musicoterapia e coma*, Phoenix, Roma, 2002.
- Meschini R., (a cura di), *Abili per la musica? Vivere da bambini: tra riabilitazione e socialità*, Franco Angeli, Milano, 2010.

"La musica è la mia vita". Musicoterapia individuale con un uomo colpito da trauma neurologico*

Manuela Guadagnini
Musicoterapista, Padova.

Premessa

Il signor M. di quarantaquattro anni, mentre si trovava in Brasile, subisce un'emorragia sub aracnoidea da rottura di aneurisma, con idrocefalo postemorragico. La tomografia assiale computerizzata (TAC) effettuata al ricovero evidenzia ampie lesioni degenerative ischemico-emorragiche. In urgenza è operato di craniotomia per clippare gli aneurismi cerebrali multipli ed alleggerire la pressione liquorale. Dopo un mese di degenza, M. rientra in Italia e segue una lunga degenza in una struttura neuroriabilitativa; è successivamente ospitato in una R.S.A. veneta.

Prima della malattia M. conduceva una vita molto dinamica con frequenti viaggi all'estero; parlava correntemente quattro lingue straniere; abile ed estroso chitarrista con ampio repertorio pop, rock.

Dieci mesi dopo l'emorragia, lo stato neurologico di M. evidenzia: vigile, disorientato nel tempo/spazio, non collaborante, deambulazione autonoma ma precipitosa e afinalistica. Il comportamento è impulsivo con disinibizione, agitazione e aggressività; il linguaggio pare rientrare in un quadro di afasia fluente caratterizzato da forti episodi di turpiloquio. Non è autonomo in alcuna attività quotidiana e pertanto bisognoso di continua assistenza.

Nel 2003 la R.S.A. ospitante chiede alla sua musicoterapista di progettare un percorso per M. con l'obiettivo di contenerne e ridurne i disturbi comportamentali e favorire una minima integrazione e interrelazione con gli altri ospiti. Si programmano sedute individuali settimanali di trenta minuti che tutt'ora stanno proseguendo. Gli scopi della terapia si rivolgono alla persona nella sua globalità con l'intento di integrare funzioni cognitive, affettive, fisiche ed interpersonali attraverso l'offerta di un ambiente musicale favorente e di contenimento. Pertanto si utilizzano una varietà di tecniche musicoterapiche, sia attive che recettive. I bisogni di M. sono così in primissimo piano. Nello specifico si suona e si canta musica pre-composta, canzoni d'azioni e hello song, e si propongono attività recettive d'ascolto e verbalizzazioni.

Il contatto

Ci vogliono diversi mesi per conquistare la fiducia di M.; stabilire un contatto e un'alleanza terapeutica risulta impegnativo. L'attenzione principale è focalizzata nell'offrire distanza sufficiente e, nel contempo, creare un luogo sicuro affinché M. possa cominciare a fidarsi. I tentativi di avvicinamento si sviluppano su un terreno musicale familiare, cantando i brani del suo beniamino Claudio Baglioni, dal vivo con l'accompagnamento della fisarmonica. Il processo prosegue per alcuni mesi, durante i quali manca, da parte di M., una qualsiasi interazione; a volte, manifesta particolare aggressività e agitazione con marcate espressioni di turpiloquio.

Il linguaggio

Nella seconda fase del trattamento il linguaggio musicale si va pian piano arricchendo con musiche che secondo la musicoterapista possono essere significative per M.: brani registrati di Carlos Santana, Pink Floid, Jimi Hendrix e Deep Purple. A questo punto M. inizia a dimostrare più presenza nel qui-ed-ora; gli episodi di agitazione e di turpiloquio si diradano lasciando spazio a brevi accenni di interazione verbale. L'atteggiamento della musicoterapista improntato ad un'estrema accoglienza e ricerca di sintonizzazione affettiva (Stern, 2005) porta M. verso una lenta ma progressiva apertura che si concretizza con i primi apprezzamenti ai brani cantati o ascoltati (Bello! Molto bello!) o con manifestazioni emotive di pianto. M. ora riconosce per nome la musicoterapista; presenta una postura più tonica e recettiva; sostiene e direziona lo sguardo; sorride di frequente; accetta e richiede brevi contatti fisici.

Musica che raggiunge il cuore

Compaiono le prime espressioni emotive; spesso i brani cantati o proposti in ascolto suscitano il pianto o elicitano un'attivazione motoria tale che la musicoterapista consente a M. di camminare per la stanza; in alcune occasioni si improvvisa un ballo di coppia con grande gioia e coinvolgimento di M. Si sta delineando la strada ideale per il riconoscimento, l'espressione e la condivisione delle proprie emozioni. Nel 2005 il percorso musicoterapico conosce un momento particolarmente intenso. La musicoterapista riesce a contattare Baglioni e, spiegando all'artista quale valenza avesse avuto la sua musica nel percorso musicoterapico di M., ottiene un incontro personale "ravvicinato". L'evento si svolge in una città veneta durante le prove di soundcheck precedenti il concerto. Baglioni incontra e s'intrattiene a lungo con M.; canta con lui e per lui dedicandogli "Buona Fortuna", uno dei suoi brani preferiti. L'intensità emotiva del momento ancora riemerge nei ricordi di M. quando in seduta si ascoltano o si cantano le canzoni di Baglioni.

Nuovi orizzonti musicali

Dopo tre anni di trattamento il materiale musicale si è modificato: da Baglioni, presente soprattutto nei momenti più intimistici, a Battisti, dai Beatles e Rolling Stones alla musica celtica, blues, jazz e classica. Spesso le richieste musicali vengono direttamente da M., altre volte è la musicoterapista che propone i brani, in un'ottica di rafforzamento del senso di Sé. La comparsa in setting della chitarra, quale strumento di accompagnamento al canto, rappresenta un altro importante punto focale del percorso musicoterapico. Le canzoni usate in terapia costituiscono ora spunti per brevi racconti biografici e recuperi di frammenti di vita vissuta. Aspetti ed elementi della realtà quotidiana vengono armonizzati ed elaborati attraverso il musicale. La relazione con la musicoterapista raggiunge un elevato livello empatico.

Conclusioni

Perché il signor M. ha risposto così positivamente alle sedute di musicoterapia? Il suo amore per la musica è stato un grosso fattore a cui si è aggiunta la forza della relazione instaurata con la musicoterapista alla quale M. ha spesso espresso frasi molto intense e significative: *"Mi hai ridato la vita"*, *"La musica è la mia vita"*. Nel corso delle sedute M. si è evoluto da persona passiva e ritirata a causa della malattia, soggetto a violente reazioni, a uomo disposto a rivalorizzare il proprio Sé e nuovamente capace di vivere ed esprimere emozioni. L'uso, nella fase iniziale, di materiale musicale a lui familiare ha consentito di costruire un ponte che lo ha transitato verso la sua nuova condizione, quella dell'oggi presente. Una nuova identità musicale è stata ricostruita e ha concesso a M. di elaborare ed accettare una modalità diversa di relazionarsi con la musica: da esecutore ad ascoltatore. La musica ha rappresentato una struttura flessibile, un terreno naturale d'incontro che ha permesso a M., dopo aver ripreso contatto con la sua originaria individualità musicale, di ristrutturare un nuovo Sé e di accettare di addentrarsi in territori musicali meno noti, desueti. Il signor M. ha cominciato ad ascoltare una nuova melodia della propria vita: *"Mi accetto così come sono ora..."*.

* L'esperienza descritta si è svolta presso il CRAUP (Centro Residenziale Anziani Umberto Primo) di Piove di Sacco (PD) nella la sede distaccata R.S.A. di Stra (VE).

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Bruscia K., *Definire la Musicoterapia*, ed. Ismez, Roma, 1993.
- Bruscia K., *Casi clinici di musicoterapia (adulti)*, a cura di, ed. Ismez, Roma, 1995.
- Bruscia K., *Modelli di improvvisazione in musicoterapia*, ed. Ismez, Roma, 2001.
- Cavallari L., *Appesi a un suono. La musicoterapia negli stati di coma*, La Nuova Phoenix, Roma, 2003.
- Manarolo G., *Manuale di Musicoterapia. Teoria, Metodo e Applicazioni della Musicoterapia*, ed. Cosmopolis, Torino, 2006.
- Manarolo G., *Psicologia della musica e Musicoterapia. Appunti per un dialogo*, ed. Cosmopolis, Torino, 2009.
- Pavlicevic M., *Musicoterapia applicata al contesto*, ed. Ismez, Roma, 1997.
- Stern D.N., *Il mondo interpersonale del bambino*,Bollati Boringhieri, Torino, 1987.
- Wigram T., Saperston B., West R. (a cura di), *Manuale di Arte e Scienza della Musicoterapia*, ed. Ismez, Roma, 1997.
- Wigram T., Pedersen I.N., Bonde L., *Guida generale alla musicoterapia*, ed. Ismez, Roma, 2002.

Aiutare chi aiuta: musicoterapia e prevenzione del burnout*

Giuseppe D'Erba
Musicoterapista, infermiere professionale DSM, ASL 3 Genova.

Raul Quinzi
Musicoterapista, infermiere professionale DSM, ASL 3 Genova.

Il concetto di burnout (alla lettera essere bruciati, esauriti, scoppiati) è stato introdotto per indicare una serie di fenomeni di affaticamento, logoramento e improduttività lavorativa registrati nei lavoratori inseriti in attività professionali a carattere sociale. Ciò che il burnout produce è una serie di conseguenze negative che si ripercuotono a catena sull'individuo, sui familiari e sull'ambiente lavorativo.

Da ormai 30 anni si parla di una vera e propria sindrome del burnout in quanto il fenomeno dà luogo ad una serie di sintomi di diversa natura.

I sintomi psichici sono i principali ed investono sia la sfera cognitiva che quella emotiva, tuttavia esistono importanti sintomi di tipo fisico e di tipo comportamentale. È evidente che in contesti lavorativi di tipo sanitario si dovrebbe avere una maggior attenzione a questa tematica e, soprattutto, all'attuazione di strategie di tipo preventivo.

Hanno un ruolo fondamentale, nella difesa dal problema in questione, le cosiddette "abilità interpersonali". Esse sono legate alle capacità relazionali e sono considerate una caratteristica innata o da acquisire con l'esperienza, per questo motivo non vengono inserite come obbiettivo nei corsi di formazione.

Noi lavoriamo in un Centro di Salute Mentale, ambito in cui l'aspetto relazionale ha un'importanza fondamentale sia tra operatori che tra operatori e pazienti, questo ci ha stimolato a cercare di creare uno spazio adeguato per questo bisogno formativo. Come strumento per avviare questo progetto abbiamo scelto la musicoterapia in quanto disciplina che ci consente di esplorare, riconoscere e modificare le modalità comunicative. Ci permette inoltre di intraprendere un percorso di consapevolezza ed espressione delle emozioni, bypassando le difese razionali messe in atto dall'individuo nella comunicazione verbale. Abbiamo poi ritenuto che il tipo di intervento più adatto fosse quello gruppale perché, all'interno del gruppo, il singolo coglie più ampiamente e in modo più differenziato le proprie percezioni e sviluppa una maggiore apertura per i sentimenti e i pensieri dell'altro.

All'inizio abbiamo scelto di lavorare con il gruppo degli infermieri perché conosciamo meglio le problematiche di questa categoria.

La modalità di accesso consisteva in un colloquio preliminare volto a valutare il rapporto del partecipante con l'elemento sonoro/musicale, in quella sede ed alla fine del percorso abbiamo somministrato i seguenti test di autovalutazione: la "Self-rating Anxiety State - SAS" (di Zung), e il test "Stress e Lavoro" (dell'American Institute of Stress), per poter effettuare una valutazione fondata su dati oggettivi. Abbiamo anche proposto un questionario da noi elaborato per evidenziare le aspettative, le difficoltà, le inibizioni dei partecipanti.

Il gruppo era "chiuso" e prevedeva un percorso annuale.

La frequenza è stata mensile, la durata della seduta era di un'ora, al termine della quale i conduttori compilavano un protocollo osservativo.

Riguardo le dinamiche di transfert e controtransfert ci siamo avvalsi della supervisione di una psichiatra del nostro servizio.

Abbiamo scelto di soffermarci sull'espressione dei sentimenti positivi e sul rafforzamento delle dinamiche comunicative. Questa modalità garantisce al partecipante il diritto di decidere l'intensità del suo processo di apprendimento.

Abbiamo elaborato un particolare tipo di seduta per utilizzare le diverse tecniche di musicoterapia, d'espressione corporea e vocale, costruendo uno strumento esportabile ad altri contesti applicativi.

Modello di seduta:
- I° ascolto (proposto dai conduttori)

Commento verbale:
- improvvisazione o gioco musicale

Commento verbale:
- II° ascolto (proposto da un partecipante)

I risultati positivi, emersi dalle riunioni di équipe, dal risultato dei test e dal riscontro diretto, sono stati evidenti. L'intervento musicoterapico ha creato un contesto di forte vicinanza tra i partecipanti, ha permesso di mettersi in gioco e di allenarsi emotivamente allo sviluppo di risorse e difese contro gli eventi stressanti.

Si è potuto sperimentare l'importanza di condividere all'interno del gruppo i propri sentimenti e riceverne un feedback emotivo.

Un anno dopo la sperimentazione abbiamo presentato il progetto all'Unità Operativa Formazione dell'ASL3 Genovese. Dopo diversi incontri è stato approvato come progetto formativo aperto a tutte le figure professionali con l'attribuzione di 13 crediti formativi validi per il programma ministeriale di formazione continua.

Abbiamo pensato di estendere il progetto alle altre categorie professionali coinvolgendo tutto il personale del Centro di Salute Mentale e di creare poi una formula esportabile anche ad altri contesti lavorativi. Il nostro intento è di dare spazio, all'interno dei programmi didattico/formativi, alla prevenzione del burnout ed allo sviluppo delle suddette "capacità interpersonali".

Il percorso prevede diversi livelli evolutivi che si susseguono nel tempo. Gli incontri che abbiamo previsto ammontano a 16 ore di sedute, condensati in 4 giornate di 4 ore ciascuna, per adeguarsi ai criteri previsti per l'accreditamento ECM.

Abbiamo deciso di dedicare la prima ora di ogni incontro alla lezione frontale d'aula in cui:

a) vengono spiegati i presupposti preventivi, terapeutici e riabilitativi della musicoterapica;
b) vi è la somministrazione dei test di autovalutazione: "Self-rating Anxiety State - SAS" (di Zung), "Stress e Lavoro" (dell'American Institute of Stress) e un questionario da noi elaborato;

c) si definisce la sindrome del burnout.

Le restanti tre ore comprendono lo sviluppo della seduta di musicoterapia secondo il modello da noi precedentemente ideato. I gruppi sono formati da infermieri, medici, assistenti sociali, educatori, OSS, psicologi.

Abbiamo progettato un percorso tematico per affrontare differenti aspetti, utilizzando più tecniche musicoterapiche. Quindi abbiamo così suddiviso i nostri incontri:

	TEMA	TECNICA
1	Accoglienza, presentazione	Esplorazione, utilizzo dello strumentario
2	Distanza, avvicinamento, contatto, fiducia, consapevolezza del proprio corpo	Utilizzo di attività corporee e di giochi musicali, body percussion
3	Condivisione, gruppo, coralità, sostegno	Il respiro, la voce
4	Ascolto verso l'interno, ascolto verso l'esterno,	Ascolti musicali, sequenza sonda, empatia, rumore/silenzio, ascolto musiche del cuore

I test somministrati all'inizio ed alla fine hanno confermato una tendenza positiva, come auspicavamo. Essendo un'esperienza di tipo transprofessionale molti operatori hanno potuto verificare come le proprie difficoltà, le proprie emozioni non dipendano dal ruolo specifico ma facciano parte dell'organizzazione lavorativa nelle diverse sfumature.

Nell'esperienza che abbiamo messo in pratica gli operatori si comunicavano soprattutto questo: so di cosa parli perché le tue difficoltà sono le mie ed il tuo dolore mi riguarda. Del resto la capacità di avere una visione empatica è salvaguardata dalla condivisione dei vissuti emotivi e la seduta di musicoterapia offre la possibilità di un investimento emotivo in un ambiente protetto.

Il contenitore setting-terapista-colleghi garantisce infatti una rete di protezione che il normale ambiente lavorativo non può dare; consente di canalizzare emozioni anche prorompenti e, nel corso del trattamento, permette di acquisire una maggiore consapevolezza e facilita un'eventuale rielaborazione della propria emotività.

Per concludere è importante ricordare che la dimensione estetico/ludica connessa all'elemento sonoro garantisce il crearsi di un clima piacevole nel quale conoscersi meglio e "giocare" insieme.

* Articolo apparso sulla rivista "Ar-tè" n. 7, edizioni Cosmopolis, Torino, 2010.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Benenzon R.O., *La nuova Musicoterapia*, Phoenix, Roma, 1997.
- Bruscia K.E., *Modelli di improvvisazione in musicoterapia*, Ismez, Roma, 2001.
- Cano C., *Simboli sonori*, Franco Angeli, Milano, 1985.
- Ferrata A., *Un lavoro terapeutico. L'infermiere in psichiatria*, Franco Angeli, Milano, 2000.
- Lecourt E., *La Musicoterapia*, Cittadella Editrice, Assisi, 1999.
- Manarolo G., *L'angelo della musica*, Omega, Torino, 1996.
- Manarolo G., Borghesi M., *Musica & Terapia*, ed. Cosmopolis, Torino, 1998.
- Manarolo G., *Manuale di Musicoterapia. Teoria, Metodo e Applicazioni della Musicoterapia*, ed. Cosmopolis, Torino, 2006.
- Maslach C., *La sindrome del burnout*, Cittadella Editrice, Assisi, 1997.
- Muti P.L., *Il lavoro di gruppo*, Franco Angeli, Milano, 1989.
- Pellegrino F., *La sindrome del burnout*, Centro scientifico editore, Torino, 2000.
- Postacchini P.L., Ricciotti A., Borghesi M., *Musicoterapia*, Carocci, Roma, 2004.
- Quaglino G.P., Casagrande S., Castellano A., *Gruppo di lavoro/lavoro di gruppo*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1992.
- Tacchini M.A., *Professione infermiere nei servizi psichiatrici. Dalla teoria alla prassi*, Masson, 1998.

Parte **Terza**

Anziani

La cura che passa attraverso la ricerca di vie di comunicazione alternative: le terapie non farmacologiche della demenza

Simona Gentile
Medico geriatra, "Casa di Cura Ancelle della Carità", Cremona.

Le demenze sono una serie di patologie che presentano disturbi di diverse funzioni cognitive superiori (memoria, pensiero, orientamento, comprensione, capacità di calcolo, di apprendimento e di giudizio critico). Le alterazioni della sfera cognitiva sono comunemente accompagnate e talora precedute da un deterioramento nel controllo delle emozioni e da un incapacità a mantenere un adeguato comportamento sociale, in assenza di compromissione dello stato di vigilanza.

Il declino della memoria riguarda sia la memoria esplicita, quella cioè sotto il controllo della consapevolezza e dell'attenzione, che la memoria implicita, quella che non necessita di esplicitare a se stessa quali cose compiere.

L'amnesia, il deficit di memoria, il più importante dei deficit cognitivi delle demenze, conduce a formulare discorsi "vuoti", ad utilizzare parafasie, a non riuscire a mantenere l'organizzazione delle frasi, all'impossibilità di utilizzare i numeri.

La comunicazione verbale diventa progressivamente impossibile; a questo si associa, anche se in genere più tardivamente, la perdita di comunicazione gestuale. L'aprassia impedisce di sequenziare i movimenti per raggiungere un obiettivo, impedisce di imitare gesti o di utilizzare strumenti in modo finalistico.

L'incapacità di mantenere l'attenzione, la comparsa di sintomi psichici (depressione, psicosi con allucinazioni, deliri, scorrette interpretazioni percettive) porta ad un ulteriore difficoltà nella comunicazione con gli altri. Proprio questa difficoltà di relazione con gli altri diventa frequentemente la causa primaria dei disturbi del comportamento. La malattia riguarda, quindi, sia l'area cognitiva (memorizzare, apprendere, ricordare...) sia quella funzionale (disturbo del cammino, incontinenza...), sia quella comportamentale (deliri, allucinazioni, ansietà, depressione, apatia, problematiche legate all'alimentazione e al sonno ecc...), quest'ultima di grande impatto sociale.

La valutazione dell'efficacia del trattamento quindi non può basarsi esclusivamente sui deficit cognitivi, senza tener conto dei deficit funzionali, poichè possiederebbe una rilevanza clinica limitata (AA.VV., 2005). La perdita dell'autonomia o la completa dipendenza in una o più attività della vita quotidiana, la necessità di istituzionalizzazione e l'aspettativa di vita devono, invece, essere considerate gli end-point più affidabili ai fini dello studio dell'efficacia di un trattamento (AA.VV., 2005).

La variabilità nella velocità di progressione della malattia e la presenza di un marcato effetto placebo costituiscono fattori che conducono inevitabilmente ad una sottostima delle reali dimensioni dell'efficacia dei trattamenti, anche in caso di trial clinici randomizzati e controllati sui farmaci (Vogel et al., 2005). È quindi facilmente intuibile come sia difficile la stima di terapie non farmacologiche già di per sé più difficili da valutare obbiettivamente nei risultati.

Le Linee Guida per il trattamento non farmacologico della malattia d'Alzheimer (tab. 1), uscite nel 2005, riconoscono scarsa efficacia alla maggior parte dei trattamenti. Solo la Terapia di Orientamento alla Realtà (ROT), gli interventi non farmacologici combinati e quelli specifici per famiglie e caregivers hanno classe di evidenza I, le altre passano dalla classe di evidenza II alla III (AA. VV., 2005).

Tabella 1

Evidenza	**Classe**	**Linee guida**	**"Forza" linea guida**
ROT: moderatamente efficace nel migliorare lo stato cognitivo e controllare i BPSD	I-II	Tutti i pz	Standard
Memory training: limitata evidenza sulla funzione cognitiva	II	Alcuni pz	Opzione pratica
Reminescenze therapy: insuff. evidenza	III	Alcuni pz	Opzione pratica
Validation therapy: insuff. evidenza	III	Scopo ricerca	Opzione pratica
Musicoterapia: insuff. evidenza	III	Alcuni pz	Opzione pratica
Aromaterapia: limitata evidenza	II	Riduzione BPSD in alcuni pz	Opzione pratica
Bright light e Snoezelen: insuff. evidenza	III	Scopo ricerca	Opzione pratica
Interventi non farmacol. combinati: effetti positivi su stato cognitivo e umore	I-II	Combinazioni di ROT, musicotp, esercizio fisico normalmente su tutti i pz	Standard
Interventi non farmacol. specifici per famiglie e caregivers (es consulenze): migliorano ansia, depressione, stress e migliorano QOL	I-II	Parte integrante nella gestione della malattia	Standard

Da questa difficoltà nel dimostrare l'efficacia dell'intervento terapeutico non farmacologico nasce l'idea sempre più affermata di effettuare classificazioni di interventi suddivisi per le aree di cura: cognitiva (Stimolazione Cognitiva, Training cognitivo, Musicoterapia, ROT, Terapia della Reminiscenza, Validation Therapie, Mnemoecniche...), funzionale (Training fisici, Snoezelen...) e comportamentale (Pet-

therapy, Aromatherapy Stimolazione Cognitiva, Training cognitivo, Musicoterapia, ROT, Snoezelen, Validation Therapie...) (Hulme et al., 2008).

Nel corso della malattia l'intervento cognitivo andrà progressivamente diminuendo per lasciare più spazio a strategie ambientali e comportamentali. Negli anni '80 si incomincia a parlare di "ambiente protesico", un ambiente, cioè, come quello proposto da Moira Jones con la Gentlecare (2005), modificato per supportare la cognitività e minimizzare l'insorgenza di problemi comportamentali o le loro conseguenze. Ma, come individuato dagli studi di Rose-Marie Dròes (2009) sugli interventi Psicosociali, non è sufficiente modificare l'ambiente in modo che funzioni come protesi alle menomazioni dei soggetti con demenza: è importante prestare attenzione anche al contesto sociale e alla relazione tra i pazienti e gli operatori.

Secondo i modelli psico-sociali, i problemi del comportamento sono sia il frutto del deterioramento cognitivo, che il risultato di fattori ambientali esterni e di reazione (emotiva) alla propria malattia. Per fornire un'adeguata assistenza è allora necessario conoscere il vissuto della persona con demenza, sapersi relazionare (emotivamente) con lei e creare le condizioni per un riequilibrio individuale che la malattia ha rotto.

In un recente convegno tenutosi a Milano, la professoressa Droes (2009) ha analizzato i risultati di 97 studi sugli interventi psicosociali effettuati tra il 1970 e il 2000. Sette le aree di intervento psicosociale individuate, all'interno del quale andare a posizionare diverse tecniche.

- *Coping con se stessi e le proprie disabilità:* i trattamenti sono basati sul mantenimento delle abilità funzionali tramite la riduzione dell'eccesso di disabilità (terapia psicomotoria, terapia comportamentale, attività di gruppo, ROT, Reminiscenza, psicoterapia di supporto, attività strutturate).
- *Mantenimento di un equilibrio emozionale:* i trattamenti sono focalizzati sul miglioramento delle funzioni affettive e la riduzione dei disturbi del comportamento (apatia, ansia, paranoia) (terapia psicomotoria, terapia comportamentale, attività di gruppo, musicoterapia, ROT, reminiscenza, Pet therapy, Snoezelen, educazione familiare, Validation).
- *Mantenimento di una positiva immagine di sè:* i trattamenti sono focalizzati sulla promozione dell'immagine di sé e sulla soddisfazione (terapia psicomotoria, musicoterapia, Snoezelen)
- *Coping con l'ambiente della RSA:* i trattamenti sono focalizzati sulla promozione di attività quotidiane significative e sulla creazione di un ambiente casalingo (terapia comportamentale, attività di gruppo, ROT, Pet-therapy)
- *Sviluppo di un'adeguata relazione di cura con lo staff della RSA:* i trattamenti sono focalizzati sulla promozione del desiderio di autonomia e sulla riduzione dell'eccessivo comportamento dipendente (terapia psicomotoria, terapia comportamentale, musicoterapia).
- *Sviluppo e mantenimento di relazioni sociali:* i trattamenti sono focalizzati sullo sviluppo e il mantenimento di contatti sociali, riducendo i sintomi causati dall'isolamento sociale (terapia psicomotoria, attività di gruppo, musicoterapia, ROT, reminiscenza, Pet-therapy, educazione familiare, Validation, Aroma therapy).
- *Preparazione verso un futuro incerto:* il focus è basato sui sentimenti con cui viene approcciato un futuro incerto e sul senso della vita.

La Droes evidenziava, al termine della sua relazione, come fosse necessaria una

maggiore qualità negli studi sulle terapie psicosociali (migliori disegni di studio, più controllati); che meglio venisse definito per chi e per quale problema utilizzare una piuttosto che l'altra delle terapie; che si valutassero metodi psicosociali idonei alla preparazione per un futuro incerto non presente in nessuno degli studi esaminati; ed infine che ci fosse maggiore informazione per spiegare ai caregivers formali/informali le difficoltà che i pazienti con demenza incontrano come conseguenza della demenza e quale possa essere il supporto dato loro dalle terapie psicosociali.

In linea con questa necessità di conoscenza, nel 2009, è iniziato un progetto europeo sulla costruzione di un "kit di sopravvivenza" per caregiver informali. Fanno parte del kit:

1) una metodica che prevede un approccio psicoeducativo sul benessere emotivo dei caregivers di soggetti con Alzheimer;
2) un libretto dedicato a chi si prende cura della malattia, la guida vorrebbe aiutare l'équipe di cura (famiglia, badanti, medico e personale infermieristico) a trovare gli spazi e i tempi necessari per raggiungere un accordo su quali trattamenti adottare nell'interesse del malato e nel rispetto dei suoi desideri sino alla fine;
3) una serie di estratti cinematografici.

La ricerca e l'attuazione di terapie capaci di individuare canali relazionali diversi da quelli consueti possono costruire obiettivi di miglioramento globale anche nelle fasi severe e avanzate di malattia (Clinical Dementia Rating Scale 4-5), quando il malato demente, a causa della progressiva perdita di conoscenza di ciò che è, rischia di rimanere isolato da sé e dagli altri. Ha scritto Manarolo *"il lavoro di chi opera sulla relazione è ridare voce alla soggettività che ancora sopravvive, operare una sorta di rianimazione della soggettività psicocorporea che ancora permane dentro corpi talvolta assistiti ma non curati, corpi privati della loro valenza simbolica e ridotti ad oggetti da mantenere in buono stato"* (2001). La stimolazione sensoriale può essere, quindi, via di comunicazione attraverso la quale il malato di Alzheimer può riaprirsi e tornare in relazione con ciò che lo circonda, riportando una condizione di seppur temporaneo benessere e nel contempo, chi è vicino al malato, può valutarlo con gli occhi del presente, valorizzando il suo essere persona indipendentemente dalla sua malattia. La musicoterapia, ad esempio, basa principalmente il suo approccio sulla riattivazione, attraverso il suono, delle forme di espressività più arcaiche, delle abilità di comunicazione non verbale che persistono lungo tutta la vita dell'individuo. Anche i disturbi del comportamento ed in particolare allucinazioni, agitazione, ansietà, apatia, irritabilità, attività motoria aberrante, disturbi del sonno risentono favorevolmente della musicaterapia come ben sottolineato da Raglio (Raglio et al, 2008).

Il trattamento delle demenze è sfida per tutti gli operatori a partire dal medico. L'approccio farmacologico ha creato possibilità di cura ma non di guarigione ed è sempre più evidente, anche scientificamente, l'importanza di associare a questo un approccio terapeutico psicosociale.

La ricerca e l'attuazione di terapie che vadano a trovare canali relazionali diversi da quelli consueti, effettuate da terapeuti più formati di altri ad ascoltare, osservare, rielaborare, costituiscono, ad oggi, non solo la possibilità di una cura più completa per questi malati, ma anche la possibilità di una scoperta per tutti i "curatori" (medici, infermieri, fisioterapisti ecc.) di un differente modo di porsi davanti ad una malattia che "allontana" da ogni cosa e persona chi ne è colpito.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- AA.VV., *Implicazioni patogenetiche e Linee Guida per il trattamento della Malattia d'Alzheimer*, Ass. Italiana di Psicogeriatria, 2005.
- AA.VV., *Pathogenetic Implications and Clinical Guidelines for the Treatment of Alzheimer's Disease*, vol. 22 (Sup. 1): 1-40, Drugs & Aging, 2005.
- Droes R.M., *Psychosocial interventions for people with dementia*, Atti Convegno "La demenza: identità di una malattia, significato della cura", ASAG, Milano, 2009.
- Hulme C. et al, *Non-pharmacological approaches for dementia that informal carers might try or access: A systematic review*, University of Leeds, 2008.
- Jones M., *Gentlecare. Un modello positivo di assistenza per l'Alzheime*r, Carocci, Roma, 2005.
- Manarolo G., *Musicoterapia e involuzione senile: orientamenti teorici e applicativi* in "Musicoterapia e Malattia di Alzheimer", a cura di, Raglio A., Manarolo G., Villani D., ed. Cosmopolis, Torino, 2001.
- Raglio A. et al, *Efficacy of Music Therapy in the Treatment of Behavioral and Psychiatric Symptoms of Dementia*, Alz. Dis. Assoc. Disord. 2008.
- Toffoletto D., *Lo stato dell'arte dei Centri Diurni Alzheimer in Olanda*, Atti Convegno "Alzheimer: Centro Diurno, e poi?", Regione Piemonte, Biella, 2008.
- Vogel C et al, *The effect of joint misclassification of exposure and disease on the attributable risk*, Stat Med, 2005.

La musicoterapia presso la Fondazione Sospiro: evoluzione, sviluppi scientifici e riflessioni*

Alfredo Raglio
Musicoterapeuta, formatore e ricercatore "Fondazione Sospiro", Cremona e Interdem Group (Psycho-Social Intervention in Dementia), EU.

Il presente contributo pone l'attenzione sul significato che l'esperienza musicoterapeutica ha assunto presso la "Fondazione Sospiro" di Cremona. I contenuti di seguito esposti si allontanano da un'idea autocelebrativa rispetto al lavoro prodotto nell'istituzione, ma, piuttosto, vogliono documentare un percorso, forse unico in Italia, di continuità dell'esperienza musicoterapeutica e di evoluzione della stessa. La musicoterapia viene introdotta nella Fondazione agli inizi degli anni '90 per la sensibilità di una consulente psichiatra (Maria Elisabetta Galizzi) e una disponibilità degli amministratori dell'istituzione che hanno creduto nella possibilità di utilizzare, in un enorme contesto in continua evoluzione, un approccio innovativo, particolarmente adeguato alla gravità delle patologie presenti nella struttura. Questa ospitava e ospita tuttora circa 700 persone con disabilità intellettiva e/o psichica e con patologie dell'età senile (tra cui un elevato numero di persone con demenza). Quando si è introdotta la musicoterapia nella Fondazione Sospiro (1990 circa) la disciplina, in Italia, era fortemente influenzata dalla presenza di alcuni pionieri tra cui Rolando Omar Benenzon (con cui si è attivata una lunga e proficua collaborazione) e Pier Luigi Postacchini. Proprio il contatto tra chi scrive e queste figure ha dato impulso a una prima fase applicativa, ricca di stimoli e anche di sorprendenti risultati. A questa prima fase di lavoro appartengono le esperienze realizzate con soggetti autistici adulti (Raglio, 1995a; 1995b; Galizzi et al., 1996; Raglio, 1997) nelle quali sono confluite le riflessioni fatte intorno all'approccio psicodinamico di R.O. Benenzon (Benenzon, 1984) e quelle legate al pensiero di D. Stern (Stern, 1985; 2004), proposto allora da P. Postacchini (Postacchini, 2006). Ciò ha avviato anche un ricco approfondimento sul piano teorico confluito nella messa a punto di un approccio musicoterapeutico che è andato via via evolvendosi in rapporto ai riscontri applicativi (Raglio & Oasi, 2009).

Da subito si è cercato di dare coerenza alla prassi cercando di plasmare sulla tecnica il punto di vista teorico più affine all'esperienza musicoterapeutica. Da subito si è intuito che i presupposti psicoanalitici (nati sulla base di esperienze terapeutiche di tipo verbale) potevano solo parzialmente integrarsi in un approccio non verbale/sonoro-musicale e che quest'ultimo costituiva il perno e la specificità della musicoterapia applicata soprattutto ad alcuni contesti psicopatologici. Un altro punto essenziale del lavoro è stato quello legato alla verifica dell'intervento musicoterapeutico: come mostrare gli evidenti risultati riscontrati empiricamente? La cultura alla base dell'intervento e gli scarsi mezzi a disposizione hanno permesso di approfondire tali aspetti da

un punto di vista qualitativo (Raglio, 1998; Raglio, 1999; Ferrara & Raglio, 2000), attraverso alcune griglie di osservazione, comprendendo che proprio questa modalità di verifica era quella che meglio si adattava allo studio del processo terapeutico.

I protocolli benenzoniani erano impostati con la finalità di rilevare alcuni dati che definirei "statici", cioè presentavano il punto di vista del musicoterapeuta e i suoi vissuti personali, ma non descrivevano e riportavano il dinamismo delle sedute. Ancora una volta l'imprinting osservativo estrapolabile dagli studi di Stern ha suggerito la creazione di specifiche griglie osservative per la musicoterapia (Galizzi et al., 1996; Raglio, 1998; Ferrara & Raglio, 2000) che potessero evidenziare i cambiamenti longitudinali riscontrabili nei trattamenti effettuati. La continuità dell'esperienza musicoterapeutica presso la Fondazione e l'intento di documentare adeguatamente quanto sperimentato ha permesso di creare un archivio di materiali (videotapes a tutt'oggi presenti nell'istituzione) incredibilmente significativi per quantità e varietà. Anche la possibilità di protrarre i trattamenti e di realizzare interventi a lungo termine ha permesso di valutare adeguatamente l'evoluzione dei processi attivati. In questa fase sino al 2000 circa il lavoro clinico e di ricerca ha interessato prevalentemente la disabilità psichica e intellettiva. Si sono contestualmente aperti contatti con altre istituzioni, prevalentemente in ambito nazionale e le esperienze realizzate sono state oggetto di pubblicazioni e comunicazioni a congressi e convegni oltre che materia di approfondimento in ambito didattico, cioè nei contesti formativi della musicoterapia. Verso la fine degli anni '90 la nuova Direzione Sanitaria (in particolare Daniele Villani) ha sollecitato l'applicazione di esperienze musicoterapeutiche anche nell'ambito geriatrico, in particolare nell'ambito delle demenze. Questo costituiva un ambito piuttosto nuovo per la musicoterapia. In realtà molte erano le esperienze attuate presso Case di Riposo o luoghi di residenza per anziani ma per lo più si trattava di esperienze che afferivano all'ambito dell'animazione musicale o dell'ascolto musicale piuttosto che all'ambito della musicoterapia. Su tale tematica, cioè quella che definisce e delimita i confini tra musicoterapia e generiche esperienze con la musica rimando il lettore a scritti precedenti (Raglio et al., 2006; Raglio, 2008; Raglio & Gianelli, 2009) in cui si è ampiamente trattato il tema. La raccolta delle prime esperienze, della presentazione del tipo di lavoro e della specificità della musicoterapia in questo ambito di intervento è stata oggetto della prima pubblicazione italiana sul tema (Raglio, Manarolo & Villani, 2001).

Le esperienze acquisite nell'ambito clinico e della ricerca e i contatti con alcune istituzioni esterne (Gruppo di Ricerca Geriatrica di Brescia, Istituto Auxologico Italiano di Milano e Università Cattolica di Milano, per citarne alcune) hanno gradualmente avvicinato all'approccio utilizzato il concetto (che è andato sempre più strutturandosi) di scientificità, concetto sul quale mi soffermerò successivamente. La ricerca che dagli anni 2002-2003 si è trasformata in ricerca scientifica ha avuto due sbocchi: uno relativo agli esiti dell'intervento musicoterapeutico e l'altro relativo al processo.

Nel primo caso gli studi sulla musicoterapia applicata alle demenze hanno creato una nuova prospettiva metodologica di ricerca e ciò ha costituito il punto più innovativo dei progetti. Tale nuova prospettiva si è basata fondamentalmente su alcuni punti cardine:

1. le premesse musicoterapeutiche: la definizione, cioè, dei contenuti dell'intervento e dell'approccio utilizzato. Gli studi realizzati, infatti, hanno avuto come punto di

partenza proprio tale aspetto, distinguendosi da buona parte della letteratura internazionale in cui il termine "music therapy" viene assimilato all'utilizzo della musica nel contesto patologico considerato e non come un insieme di tecniche facente riferimento a specifici approcci teorici e paradigmi applicativi.

2. La metodologia dello studio: la realizzazione di studi che, in virtù della presenza di un gruppo di controllo e della randomizzazione, della selezione di un campione numericamente significativo e clinicamente omogeneo, di adeguate modalità e di specifici strumenti di valutazione nonché di procedure statistiche di analisi dei dati, potessero garantire attendibilità, coerenza e valore scientifico.
3. Lo studio del processo: l' utilizzo, accanto a scale cliniche di valutazione, di strumenti basati sull'osservazione sistematica degli eventi che caratterizzano l'interazione musicoterapeutica.
4. Il rispetto del setting relazionale (musicoterapeutico): una particolarità degli studi realizzati è data dal fatto che sono consistiti in trattamenti terapeutici veri e propri, attraverso l'utilizzo di un setting naturale (non alterato), ai quali si è applicato un rigoroso protocollo di ricerca scientifica.

Tutto questo ha permesso di porre all'attenzione del mondo scientifico le questioni teoriche della musicoterapia (Raglio & Gianelli, 2009) e due importanti studi multicentrici (Raglio et al., 2008; 2010) relativi all'efficacia della musicoterapia sui disturbi del comportamento nelle demenze, oltre che uno studio pilota (Raglio et al., 2010b) in cui vengono utilizzati anche indicatori fisiologici di efficacia della musicoterapia (i parametri derivati dall'utilizzo dell'holter cardiaco). Ritengo che anche questa componente risulti essere piuttosto innovativa e rilevante al fine di rinforzare il concetto di scientificità e di coerenza nei risultati. Il lavoro di ricerca sugli esiti dell'intervento è stato svolto, per ragioni di opportunità e specifici interessi nati all'interno della Fondazione, nell'ambito delle demenze ma penso che un modello di ricerca analogo possa essere trasferito anche in altri ambiti applicativi. Un dato ulteriormente significativo è stato quello di utilizzare il canale delle pubblicazioni internazionali su riviste indicizzate o con impact factor. Gli studi menzionati costituiscono un importante e innovativo punto di riferimento nella letteratura internazionale e sono un esempio unico in Italia.

Nel secondo caso la ricerca scientifica presso la Fondazione Sospiro ha prodotto studi inerenti gli strumenti di valutazione del processo musicoterapeutico (Raglio et al., 2006; 2007). Se la ricerca sugli esiti, infatti, costituisce un particolare interesse clinico poiché conferisce valore all'efficacia dell'intervento e diventa quindi essenziale per il riconoscimento terapeutico della disciplina, lo studio sul processo risulta essere un altrettanto fondamentale cardine della musicoterapia poiché descrive e documenta quanto avviene all'interno del setting. Proprio la coerenza di risultati tra quanto accade esternamente al setting e internamente a esso costituisce un punto fondamentale. Nella letteratura musicoterapeutica sono assenti strumenti standardizzati e validati volti a valutare il processo (Wigram, 2005; Raglio, 2008).

Di seguito farò un breve accenno agli strumenti osservativi che sono stati creati nell'ambito delle esperienze realizzate presso la "Fondazione Sospiro".

A) Il primo strumento di osservazione creato è stato il Music Therapy Coding Sche-

me (Raglio et al., 2006) consistente in una griglia che include l'osservazione di quattro classi comportamentali:

- Comunicazione sonoro-musicale
- Comunicazione non verbale
- Espressione del volto
- Comunicazione verbale

I comportamenti espressi in tali categorie vengono rilevati attraverso l'analisi di videotapes relativi alle sedute da valutare. Tutto ciò avviene attraverso l'ausilio di un software (The Observer Video-pro 5.0, Tm Noldus Information Tecnology) che ne permette la scansione e che consente di memorizzare e organizzare temporalmente i comportamenti registrati dagli osservatori. Tali comportamenti vengono rilevati osservando il paziente e il musicoterapeuta e vengono distinti in "comportamenti stato" ed "eventi". I primi riguardano azioni che hanno uno sviluppo temporale (durata), i secondi si riferiscono a comportamenti di cui si rileva semplicemente la comparsa. L'output fornito dal software si traduce in barre orizzontali che evidenziano nel tempo l'andamento dei comportamenti espressi dal paziente e dal musicoterapeuta. È quindi possibile un monitoraggio, anche selettivo, che permette di valutare quantitativamente e qualitativamente la relazione intersoggettiva, in particolare i momenti di maggiore intensità emotiva (compartecipazione degli stati affettivi). Al proposito sono stati individuati quei parametri della relazione non verbale e sonoro-musicale che caratterizzano tali momenti. Gli osservatori, che devono possedere competenze musicoterapeutiche, effettuano uno specifico training finalizzato a raggiungere adeguate abilità nell'impiego dello strumento. Nelle sperimentazioni effettuate il valore dell'accordo tra i giudici è risultato essere $K = .83$ e l'indice di generalizzabilità è stato $\alpha = .87$.

Lo schema di codifica musicoterapeutico è un metodo utile per monitorare i progressi di una seduta musicoterapeutica e specialmente i suoi aspetti interattivi. Sono dettagliatamente descritti i cambiamenti nella relazione nonverbale e sonoro-musicale, punto centrale dell'interazione musicoterapeutica. Il suono può avere una differente connotazione ed acquisire una valenza espressiva e comunicativa-relazionale, inoltre può indicare interazioni qualitativamente differenti.

Sembra importante sottolineare e focalizzare l'attenzione sul rendere questo metodo di misurazione coerente con la teoria di riferimento. Le classi comportamentali, infatti, evidenziano aspetti con i quali Stern ha caratterizzato varie modalità di "relazioni intersoggettive". La griglia qui descritta può quindi identificare differenti livelli di compartecipazione affettiva, usando un criterio rigorosamente osservativo. Questo monitoraggio è utilizzabile sia nella valutazione per aggiungere elementi di diagnosi, sia longitudinalmente per cogliere cambiamenti, a livello clinico, nel processo terapeutico.

B) Il secondo strumento di osservazione prodotto è la Music Therapy Check List (Raglio et al., 2007), uno strumento cartaceo utilizzabile clinicamente per valutare il processo musicoterapeutico in una singola seduta o rispetto all'andamento del trattamento.

Per la costruzione di questo strumento si sono selezionati i comportamenti ritenuti più significativi (nell'ambito del Music Therapy Coding Scheme) al fine di cogliere i costrutti teorici indagati. Questo nuovo strumento è facilmente applicabile anche sen-

za l'ausilio di un PC e può essere utilizzato sia per la codifica dal vivo che per l'analisi di videoregistrazioni, con una tecnica di rilevazione a intervalli temporali. Le check-list presentano infatti una struttura simile a quella degli etogrammi: esse contengono liste di variabili che consentono al valutatore di esplorare tutti gli aspetti che ha deciso di osservare, senza correre il rischio di dimenticarne qualcuno (Conti, 1999).

I comportamenti selezionati consentono di effettuare un'analisi quali-quantitativa della relazione fra il musicoterapeuta e il paziente.

Prima di tutto, il livello di adesione al setting musicoterapeutico, che prevede l'utilizzo di modalità di comunicazione prevalentemente di tipo non verbale. La presenza o assenza della comunicazione verbale e la pertinenza della stessa rispetto al contesto costituiscono ulteriori indici significativi di tale adesione. Inoltre, la minore o maggiore presenza nella diade musicoterapeuta/paziente di elementi che rimandino ai concetti di "sintonizzazione affettiva" e "compartecipazione degli stati affettivi" (Stern, 1985), in cui la relazione non è un semplice rispecchiamento formale in senso imitativo, ma presuppone anche la condivisione di uno stato emotivo. Si ritiene infatti che, accanto a una sintonia sonoro-musicale, il concetto di "sintonizzazione affettiva" implichi l'emergere di stati d'animo condivisi, espressi dal paziente e dal musicoterapeuta attraverso segnali del corpo e variazioni sonoro-musicali quali la dinamica, l'agogica e il timbro che meglio riproducono gli "affetti vitali" (Stern, 1985), cioè le qualità dinamiche e cinetiche delle emozioni. Per contro, generalmente, la presenza di produzioni a-sintoniche indica una debole intersoggettività, uno scarso ascolto reciproco, una non sintonia emotivo-affettiva. Spesso la produzione a-sintonica esclude la presenza dei comportamenti sopra menzionati.

Come nel caso del Music Therapy Coding Scheme i comportamenti vengono osservati sia nel musicoterapeuta che nel paziente in una prospettiva intersoggettiva (Stern, 1985; 2004; Trevarthen e Aitken, 2001). Questo permette di porre l'attenzione anche sul comportamento del musicoterapeuta rispetto alle dinamiche relazionali e alle produzioni sonoro-musicali. Anche in questo caso gli osservatori, che devono possedere competenze musicoterapeutiche, effettuano uno specifico training finalizzato a raggiungere adeguate abilità nell'impiego dello strumento.

Nelle sperimentazioni effettuate il valore dell'accordo tra i giudici è risultato essere K = .76.

C) Recentemente è stato creato un altro strumento di osservazione, la Music Therapy Rating Scale (Raglio et al., submitted) creata in un'ottica di valutazione globale della seduta, riducendo le classi comportamentali sopra menzionate a 2, la classe dei comportamenti non verbali e quella dei comportamenti sonoro-musicali. Sono stati definiti in tali ambiti livelli/punteggi possibili di relazione (da 0 a 4) a cui corrisponde un'analoga intensità relazionale e un conseguente differente livello di sintonizzazione affettiva.

Credo che una particolare riflessione possa essere fatta in rapporto al termine "scientificità", limitando le considerazioni all'ambito musicoterapeutico. In tale ambito talvolta il termine suscita una reazione di rifiuto netto o, ancora, viene ritenuto inapplicabile alla disciplina (Postacchini & Spaccazocchi, 2010). Chiaramente chi scrive ha un diverso punto di vista. Personalmente ritengo che il contenuto di una terapia (quindi anche della musicoterapia) non possa prescindere da una rigorosa

applicazione e verifica di quanto proposto in termini di contenuti e di metodologia progettuale ed elaborativa. Questo non significa alterare il valore soggettivo dell'intervento o pervenire alla standardizzazione dello stesso, così come non significa uniformare gli interventi e creare un unico e rigido approccio (velleità non percorribile e poco pertinente). Credo che il concetto di scientificità sia oggi molto lontano da quello di verità assoluta o di dogma, ma piuttosto, nell'ambito da noi considerato, si riferisca alla possibilità di costruire l'intervento musicoterapeutico sulla base dell' Evidence Based Practice (Mace et al., 2001; Edwards, 2005) e di verificarlo tenendo conto dei criteri adottati dall'Evidence Based Music Therapy (Edwards, 2002; Vink et al., 2003). Ciò costituisce un fondamentale presupposto che sta alla base di qualsiasi intervento terapeutico, soprattutto se non ancora adeguatamente riconosciuto. L'ambito della complessità e delle scienze umane e sociali è naturalmente un ambito in cui non tutto è misurabile, ma il concetto di scientificità non include l'idea di quantificare ogni evento o di spiegare razionalmente ciò che non necessariamente si manifesta fenomenologicamente. Questa idea rigida e superata credo non corrisponda all'idea di scientificità, che vede nella ricerca il modo migliore per approfondire e condividere ipotesi con modalità consolidate ma al tempo stesso in continua evoluzione. Credo che la ricerca sia per definizione un insieme di contenuti dinamici, di sempre nuovi punti di partenza piuttosto che di certezze o punti d'arrivo. La ricerca fa pensare e costituisce una possibilità di confronto e di scambio su basi comuni garantendo maggiore obiettività nell'analisi dei risultati che vengono sottoposti a rigorose procedure metodologiche e statistiche e a processi di revisione. Ciò permette di allontanarsi dall'autoreferenzialità e dalla presunzione di alcune pretenziose affermazioni di cui anche in musicoterapia vi sono continui esempi.

Il vero problema, a mio parere, è quello di produrre uno sforzo di integrazione dei paradigmi qualitativi e quantitativi con il fine di pervenire ad adeguate metodologie di ricerca nel rispetto delle peculiarità del setting musicoterapeutico. L'aumento esponenziale degli studi scientifici in musicoterapia (e nelle terapie non farmacologiche in generale) indica un chiaro sforzo in questa direzione. Se la ricaduta della ricerca sugli aspetti clinici dell'intervento appare evidente, mi preme sottolineare anche la valenza etica della ricerca che, per quanto mi riguarda, è stato uno degli stimoli fondamentali che mi hanno indotto a intraprendere l'attività scientifica. Credo sia doveroso porsi domande (cercando di dare risposte) in rapporto alla legittimità dell'intervento musicoterapeutico. Ciò mi pare veramente un atto dovuto, in prima istanza ai destinatari del trattamento a cui si prospetta un intervento con finalità terapeutiche. Voglio concludere questo scritto augurandomi che tra qualche anno si possa pensare che le precisazioni di questa parte conclusiva dell'articolo siano totalmente inutili poiché ovvie e superate. La musicoterapia sarà allora, con tutta probabilità, una disciplina riconosciuta e applicata da professionisti qualificati e integrati nelle équipe multidisciplinari delle istituzioni.

---

* Articolo apparso sulla rivista "Musica et Terapia" n. 23, edizioni Cosmopolis, Torino, 2010.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Conti L., *Repertorio delle scale di valutazione in psichiatria*, SEE, Firenze, 1999.
- Edwards J., *Using the Evidence Based Medicine framework to support music therapy posts in healthcare settings*, British Journal of MusicTherapy, 16, 1, 29-34, 2002.
- Edwards J., *Possibilities and problems for evidence-based practice in music therapy*, The Arts in Psychotherapy, 32, 293-301, 2005.
- Galizzi M.E., Raglio A., Puerari F., *Musicoterapia e Autismo: uno studio pilota*, Phoenix, Trimestrale di ricerche ed esperienze sulla disabilità, 3, 1, 1996.
- Mace C., Moorey S., Roberts B., *Evidence in the psychological therapies: a critical guide for practitioners*, New York, 2001.
- Postacchini P.L., *In viaggio attraverso la musicoterapia (scritti di musicoterapia)*, ed. Cosmopolis, Torino, 2006.
- Postacchini P. L., Spaccazocchi M., *Musicoterapia. Scientifica o umana?*, "Musica et Terapia", n. 10, 21, ed. Cosmopolis, Torino, 2010.
- Raglio A., *Sintonizzazione ed empatia nella musicoterapia*, Arti Terapie, I, 1, 1995.
- Raglio A., *Aspetti metodologici, empatia e sintonizzazione nell'esperienza musicoterapeutica*, Musica Terapia, vol. 3, n. 2, Boccassi Editore, Alessandria, 1995.
- Raglio A., *Musicoterapia e Autismo: resoconto di un progetto di ricerca*, Arti Terapie, II, 3, 1996.
- Raglio A., *La musicoterapia applicata a casi di autismo in soggetti adulti*, Arti Terapie, III, 7, 1997 (Vincitore del 1° Premio Internazionale Arti Terapie 1996 promosso dall'Associazione Europea per le Arti Terapie).
- Raglio A., *Musicoterapia e Autismo: attività terapeutica e attività di ricerca*, in Perilli G.G. e Russo F. (a cura di), "La medicina dei suoni", ed. Borla, Roma, 1998.
- Raglio A., *La ricerca in musicoterapia*, in Benenzon R.O. (a cura di), "Musicoterapia. Esperienze di supervisione", Phoenix Editrice, Roma, 1999.
- Raglio A., Ferrara C. (a cura di), *Musicoterapia e Ricerca*, Phoenix Editrice, Roma, 2000.
- Raglio A., Manarolo G., Villani D., (a cura di), *Musicoterapia e malattia di Alzheimer: proposte applicative e ipotesi di ricerca*, ed. Cosmopolis, Torino, 2001.
- Raglio A., Villani D., *Musicoterapia e demenze: teoria, applicazione e ricerca*, Giornale di Gerontologia, 53, 528-32, 2005.
- Raglio A., Ubezio M.C., Puerari F., Gianotti M., Bellelli G., Trabucchi M., et al., *L'efficacia del trattamento musicoterapeutico in pazienti con demenza di grado moderato-severo*, Giornale di Gerontologia, 54, 164-9, 2006.
- Raglio A., Traficante D., Oasi O., *A coding scheme for the evaluation of the relationship in music therapy sessions*, Psychol Rep, 99, 85-90, 2006.

- Raglio A., Traficante D., Oasi O., *Comparison of music therapy coding scheme with the Music Therapy Checklist*, Psychol Rep, 101, 875-80, 2007.
- Raglio A., *Musicoterapia e scientificità: dalla clinica alla ricerca*, Franco Angeli, Milano, 2008.
- Raglio A., Bellelli G., Traficante D., Gianotti M., Ubezio M.C., Villani D., et al., *Efficacy of music therapy in the treatment of behavioral and psychiatric symptoms of dementia*, Alzheimer Dis Assoc Disord, 22, 158-62, 2008.
- Raglio A., Oasi O., *La musicoterapia in una prospettiva intersoggettiva*, Quaderni di Gestalt, Franco Angeli, XXII, 2, 31-44, 2009.
- Raglio A., Gianelli M.V., *Music therapy for individuals with dementia: areas of interventions and research perspectives*, Current Alzheimer Research, 6, 3, 293-301, 2009.
- Raglio A., *Music therapy and dementia, Non-pharmacological therapy in dementia*, 1, 1-14, 2010.
- Raglio A., Bellelli G., Traficante D., Gianotti M., Ubezio M.C., Gentile S, Villani D., Trabucchi M., *Efficacy of music therapy treatment based on cycles of sessions: a randomised controlled trial*, Aging and Mental Health, 14, 900-904, 2010.
- Raglio A., Oasi O., Gianotti M., Manzoni V., Bolis, Ubezio M.C., Gentile S., Villani D., Stramba-Badiale M., *Effects of Music Therapy on Psychological Symptoms and Heart Rate Variability in Patients with Dementia. A Pilot Study*, Current Aging Science, 3, 242-246, 2010.
- Stern D., *The Interpersonal World of the Infant*, Basic Book, New York, 1985.
- Stern D., *The Present Moment in Psychotherapy and Everyday Life*, Norton & Company Ltd., London, 2004.
- Trevarthen C. & Aitken K.J., *Infant intersubjectivity: Research, theory, and clinical applications*, Journal of Child Psychology and Psychiatry, 1, 3-48, 2001.
- Villani D., Raglio A., *Musicoterapia e demenze*, Giornale di Gerontologia, 52, 423-8, 2004.
- Vink A.C., Bruinsma M., *Evidence Based Music Therapy*, Music Therapy Today (online), 4, 5, 2003, http://musictherapyworld.net.
- Vink A.C., Birks J.S., Bruinsma M.S., Scholten R.J.S., *Music therapy for people with dementia*, The Cochrane Database Syst Rev, CD 003477, 2004.
- Wigram T., *Improvvisazione. Metodi e tecniche per clinici, educatori e studenti di musicoterapia*, Ismez, Roma, 2005.

La persona al centro dell'ascolto: esperienze di musicoterapia recettiva nel trattamento del paziente psicogeriatrico*

Claudio Bonanomi
Direttore Centro Artiterapie "La Linea dell'Arco", Lecco.

Maria Cristina Gerosa
Musicoterapista, docente Centro Artiterapie "La Linea dell'Arco", Lecco.

Maria Antonietta Puggioni
Musicoterapista, Lecco.

I dati dell'esperienza

Il presente lavoro si basa sull'esperienza condotta da due musicoterapiste, per un periodo complessivo di dieci anni dal 2000 al 2009, e illustra le motivazioni, il metodo e gli obiettivi del trattamento musicoterapico di pazienti anziani istituzionalizzati.

Le istituzioni nelle quali è stata svolta l'attività sono tre Residenze Sanitario Assistenziali del territorio delle province di Lecco e Como. Attualmente una musicoterapista è assunta a tempo pieno per 36 ore settimanali presso la "Fondazione G. Prina" di Erba (CO), e l'altra, con incarico rinnovabile per 10 ore settimanali, presso la Residenza San Giorgio di Oliveto Lario (LC). Sommando le singole esperienze abbiamo un totale di 102 pazienti trattati per una somma di circa 6700 trattamenti.

Tipologia dei pazienti

L'esperienza si riferisce a pazienti in R.S.A. (Residenza Sanitario Assistenziale) con patologie quali delirium, demenza e/o decadimento cognitivo, tutte accomunate da manifestazioni più o meno importanti quali: problemi cognitivi, disturbi comportamentali (agitazione psicomotoria, sopore, apatia o ipereccitabilità), sintomi psicotici (illusioni e false interpretazioni), e "sindrome del tramonto" (quando tutto quanto elencato si verifica nel tardo pomeriggio). Le espressioni delle patologie descritte sono spesso la causa prima di istituzionalizzazione e di impossibilità di gestione autonoma al domicilio. Le problematiche psicologiche spesso associate sono depressione, ansia, dolore, paura, deprivazione sensoriale ecc. Al primo posto troviamo la depressione che è infatti uno dei più frequenti disturbi psichiatrici nell'anziano, spesso sottovalutata e non curata con rischio di cronicizzazione e conseguente ritiro e precoce decadimento cognitivo. La necessità di interventi mirati alla prevenzione e/o al contenimento del disturbo depressivo e dei disturbi comportamentali è una delle principali motivazioni che indirizzano il medico alla scelta del trattamento musicoterapico che assume, in questo contesto, particolari caratteristiche.

L'inserimento del trattamento musicoterapico in R.S.A.

Nelle R.S.A. e negli istituti di cura per l'anziano il trattamento musicoterapico si inserisce all'interno di una rosa di attività varie, condotte in piccolo/grande gruppo, generalmente finalizzate alla socializzazione e al mantenimento delle abilità di base con lo scopo di preservare autonomie personali e facoltà residue. Dove esiste tale progettualità e qualità del servizio, che garantisce una cura e un'attenzione alla persona oltre all'accudimento assistenziale sanitario, può inserirsi con successo anche la musicoterapia.

L'utilità di affiancare interventi più mirati ad un recupero personale giustifica e valorizza le terapie artistiche ad impronta relazionale. Questi tipi di interventi uniti al trattamento farmacologico possono contenere il disagio psichico, svolgendo una funzione di prevenzione del possibile deterioramento precoce delle funzioni cognitive, dell'impoverimento, dell'isolamento sociale, della perdita di autostima.

Valenze e obiettivi dell'intervento musicoterapico

L'intervento musicoterapico con questi pazienti può assumere valenze preventive, sui rischi e complicanze descritti, e riabilitative-terapeutiche nel favorire la riattivazione delle parti sane e costruttive capaci di inserire l'individuo nuovamente all'interno di una situazione elaborativa del proprio mondo interiore e di conseguenza evolutiva nel tempo.

Quanto descritto ci porta ad enunciare subito l'obiettivo generale della terapia che si prefigge di costruire un ponte tra il mondo interno del paziente e quello esterno. È noto come la perdita della memoria (e quindi del ricordo) e dell'immagine della propria vita privi l'individuo del senso della propria 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 di una vita quotidiana adattata ai suoi bisogni e tramite un costante dialogo con quanto lo circonda. Ciò che rimane del suo passato è leggibile nella personalità dell'individuo e nelle sue svariate espressioni.

Deficit di memoria, disturbi del linguaggio e delle prassie, orientamento spaziale e temporale compromesso, sbalzi di umore, alterazione del comportamento sono tutti dati con i quali il malato e il terapista devono imparare a convivere e 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.

La perdita o la compromissione del senso d'identità è ciò che sembra maggiormente risaltare in un quadro di decadimento cognitivo, il quale determina, più o meno gradualmente, il disfarsi delle proprie conquiste, raggiunte nel corso dell'esistenza, e il deterioramento di quelle facoltà che permettono di conservare il senso della propria umanità e della propria storia personale. La terapia si preoccupa quindi della ricostruzione dell'integrità personale (nei limiti possibili dati dalla malattia) attraverso un lavoro indiretto che parte dal corpo, dalle emozioni e dai vissuti tramite l'instaurarsi di una relazione significativa tra paziente e terapeuta.

Il concetto di integrazione in riferimento al Sé è qui inteso e messo in relazione alle parti residue anche in quei soggetti nei quali il decadimento cognitivo è importante, come ad esempio nei vari tipi di demenza.

Consideriamo sempre possibile un recupero del mondo interno, seppur a volte "a brandelli", e l'esperienza mostra che la ricerca di risorse ancora integre, capaci di porre l'individuo in una situazione "dialogante", seppur con tutti i limiti del caso, ha sempre risultati positivi. Anche quando le competenze cognitive sono deteriorate e non è più possibile l'espressione verbale e sono in dubbio le competenze simboliche, è pur sempre ricercabile e contattabile l'individuo che, se accolto nel rispetto delle sue vie preferenziali di scambio, può sempre esprimersi attraverso modalità più arcaiche.

L'importanza del trattamento individuale

Il trattamento individuale risponde al bisogno osservato nei soggetti di usufruire di uno spazio personale di accoglienza, un contesto dedicato nel quale si possa creare quel clima di necessaria intimità e riservatezza garantito da questo tipo di rapporto. Il setting preposto al trattamento individuale assume un'importanza decisiva per la riuscita dell'intervento ed è fondato su una particolare attenzione alla persona ed ai suoi bisogni profondi, spesso trascurati e/o non visti. La possibilità di ridare voce all'individuo e alla sua capacità sempre presente di poter essere soggetto ancora attivo e dialogante con la realtà, è il primo e centrale fattore che determina scelte metodologiche e strategiche. La valorizzazione, la rivalutazione e il rispetto del soggetto anziano, spesso a rischio di depersonalizzazione e di un trattamento infantilizzante e uniformante, tipico dell'ambiente istituzione, sono le attenzioni prime che favoriscono una relazione fondata su un autentico ascolto empatico.

Ci sembra a questo punto importante descrivere brevemente alcune caratteristiche della R.S.A.

La giornata tipo di un ospite in istituto si svolge sulla cadenza standardizzata dell'accudimento: alzata dal letto e igiene, colazione, eventuale visita medica o infermieristica, pranzo, merenda, cena, messa a letto. Le persone che sono meno autonome e che per vari motivi non partecipano alle attività di fisioterapia, animazione, o altro, hanno possibilità di avere contatti o scambi personali e intimi quasi nulli, passando il tempo in attese lunghe scandite dall'iter descritto.

L'istituzionalizzazione per la maggior parte degli ospiti viene vissuta in prima istanza come un abbandono, in un ambiente in cui difficilmente la vita nella sua quotidianità dà spazio ai ritmi e tempi personali. La stessa istituzionalizzazione induce spesso i soggetti caratterialmente difficili ad operare un'ulteriore chiusura del proprio mondo interiore favorendo così un precoce decadimento.

Il paziente protagonista del rapporto terapeutico

Altro elemento fondamentale, che contribuisce alla rivalorizzazione individuale e al rinforzo dell'autostima, è la possibilità offerta al soggetto di essere protagonista nelle scelte che riguardano il rapporto terapeutico. L'invito al trattamento avviene ogni volta personalmente da parte del terapista, che in questo modo dà la possibilità al paziente di scegliere attivamente se voler o meno essere coinvolto e partecipe al processo terapeutico. Quindi, l'invito e il tragitto di andata e ritorno dall'ambulatorio musicoterapico al reparto sono considerati parte integrante e fondamentale della sessione che avviene all'interno di un ambiente specifico e dedicato con le caratteristiche note e descritte da diversi autori. La durata, che non supera i 60 minuti, è sempre dettata dalle esigenze personali del paziente che può e deve poter decidere se accettare il trattamento e determinarne la chiusura anche anticipata in base alle condizioni e bisogni del momento. Si assiste raramente a rifiuti che sono spesso dettati da condizioni psicofisiche fragili e fluttuanti tipiche di questo tipo di soggetti, mentre è più frequente osservare durate di volta in volta diverse, seppur all'interno di una media dei 45/50 minuti. Nel corso dell'esperienza pluriennale, si è osservato che generalmente questo tipo di pazienti rifiuta attività di gruppo accogliendo, per contro, la dimensione della relazione individuale. I risultati che si osservano consistono nella conquista di una relazione fattiva e costruttiva non sempre raggiungibile in trattamenti di gruppo, i quali necessitano solitamente di tempi più lunghi al fine di ottenere simili obiettivi, non sempre comunque garantiti.

È la relazione, dunque, ad essere al centro del trattamento: empatia e sintonizzazioni affettive (Postacchini, 1997) sono le strategie che la caratterizzano e che presuppongono capacità di accoglienza reale e franca del paziente. All'interno di questa diade il soggetto deve potersi fidare e lasciar emergere contenuti ed espressioni dell'interiorità spesso coartate per caratteristiche caratteriali e/o patologiche o semplicemente per assuefazione e abitudine all'ambiente tendenzialmente uniformante.

Tecniche e strategie al servizio della relazione e della persona

In accordo con Bruscia (1993) consideriamo le tecniche un semplice mezzo al servizio degli obiettivi e della relazione, la quale diviene il terreno privilegiato promotore del cambiamento e dell'apertura di nuove vie di apprendimento, assorbimento e veicolo di scambio con la realtà interna ed esterna dell'individuo. Questa scelta si fonda di nuovo sul rispetto e la valorizzazione delle abilità del paziente, delle sue caratteristiche personali e dei suoi canali preferenziali di scambio.

La scelta della tecnica principale (recettiva e/o attiva), da utilizzare al servizio della relazione, avviene in base alle preferenze espresse dal paziente (Bruscia, 1993).

Negli anni si è osservato, nella maggior parte dei pazienti trattati, la predilezione per l'ascolto di musiche. L'ascolto musicale è probabilmente scelto e preferito perché permette di superare l'imbarazzo che spesso la persona anziana prova di fronte allo strumentario; nei soggetti trattati si è osservato un timore prestazionale che genera ansia. Inoltre per alcuni pazienti è addirittura impossibile prevedere un utilizzo degli arti e quindi dello strumentario: la scelta dell'ascolto diviene, in questi casi, l'unica modalità possibile di trattamento.

La tecnica recettiva lascia comunque spazio alla spontanea espressione tramite il canto, il libero vocalizzo e/o altre espressioni corporee come il battito o il movimento delle mani, il movimento degli arti o di tutto il corpo. Oltre a queste risposte musicali, esplicite e/o implicite, abbiamo risposte extra-musicali, verbali e/o non verbali, sempre espressione di responsività allo stimolo musicale.

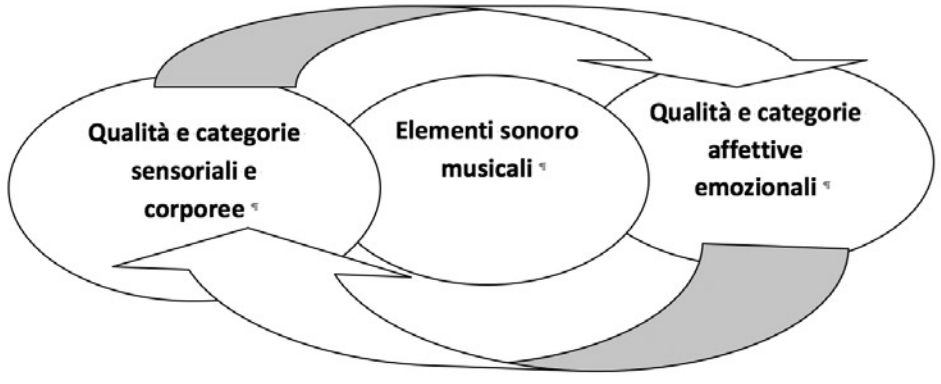
In questo contesto osserviamo che la tecnica recettiva consente anche risposte "attive" da parte del paziente. La rigida distinzione tra recettiva e attiva è in questo ambito superata dalle proposte stesse dei soggetti che, nella loro libertà espressiva, determinano scelte metodologiche e tecniche adattabili ai bisogni della persona e al servizio degli obiettivi, che in ultima analisi, sono quelli che ci interessano. L'espressione, qual-

siasi essa sia, è infatti sempre lasciata libera di emergere nel rispetto dei tempi individuali di attenzione, parola, silenzio, necessità di elaborazione privata e/o condivisa col terapista. È dunque possibile prevedere un utilizzo dell'ascolto che non abbia necessariamente bisogno di elaborazioni di tipo verbale e simbolico da parte del paziente più compromesso a livello cognitivo, ma che possa contemplare risposte anche di tipo non verbale e connotate da manifestazioni di tipo emozionale e/o corporeo-sensoriale varie, che il terapista raccoglie e seleziona per orientarsi nelle proposte musicali.

Il repertorio

Il repertorio impiegato dal musicoterapista è desunto dalla biografia musicale del paziente, dalle sue caratteristiche e dalle sue preferenze (generi, autori, ecc.). Il terapista opera delle scelte propositive in base a quanto rilevato e osservato su questi due fronti: personalità e background musicale; inoltre si avvale anche di associazioni sinestesiche nell'adottare un brano o una musica particolare.

L'ascolto del soggetto, delle sue preferenze e particolari predilezioni per alcuni aspetti musicali sono la base sulla quale effettuare prove e proposte al di fuori del repertorio già noto al paziente. In particolare, laddove non è possibile ricevere risposte di tipo verbale e chiaramente espressive di capacità di tipo simbolico-elaborativo, si opta per una lettura del dialogo non verbale, ponendo lo stimolo sonoro/musicale al centro e a confronto con le categorie e le qualità sinestesiche dell'area affettiva-emozionale e corporeo-sensoriale.



Tramite un lavoro fondato sulla strategia delle sintonizzazioni si pone l'elemento sonoro/musicale in relazione alle qualità sensoriali-corporee, emotive e affettive per orientare scelte che possano rinforzare e sostenere le risposte del paziente e anche per uscire da uno schema conosciuto e prevedibile proponendo quindi uno stimolo per aperture e variazioni interne di senso. Senza esclusione alcuna, la discografia attinge dall'ambito classico e leggero basandosi sempre sulle richieste esplicite, presunte o dedotte dal paziente. Nel corso del trattamento si costruisce così un repertorio ogni volta individuale con funzione di cornice rassicurante ove porsi dentro un bagno di vissuti da riassaporare e rielaborare ogni volta.

Dentro questa struttura, sempre personale, è possibile introdurre, con le dovute cautele, elementi nuovi che col tempo andranno a consolidarsi per ampliare e arricchire il materiale d'ascolto e i relativi vissuti e rimandi.

L'iter terapeutico

La presa in carico del paziente da parte del musicoterapista avviene in seguito alla segnalazione del medico e/o del personale di reparto (in ogni caso, prima dell'osservazione); vi è un contatto informale al fine di raccogliere le informazioni necessarie alla conoscenza del soggetto (diagnosi, elementi della biografia e della personalità). Colloqui con i parenti al fine dell'anamnesi sonoro/musicale avvengono il più delle volte informalmente durante le visite. Un primo periodo di osservazione e di conoscenza viene svolto in reparto, segue la proposta di intervento (laddove è possibile) e l'osservazione nel setting.

La conoscenza del soggetto nel suo contesto di vita usuale è molto importante. Il paziente affetto da demenza è molto disturbato dai cambiamenti spaziali che lo disorientano e l'osservazione, se svolta da subito nel setting, può essere falsata o addirittura suscitare un rifiuto. In questa fase il musicoterapista ha modo di osservare le modalità di interazione con cose e persone e di entrare gradatamente e con discrezione nella sua vita. La ricerca dei "canali preferenziali", che il singolo individuo utilizza per continuare a comunicare e a tessere relazioni con il mondo che lo circonda, prevede un'attenta osservazione mirata alla conoscenza della persona e delle sue modalità espressive.

Questi dati confluiscono a fornire un quadro generale del soggetto che viene sempre guardato e accolto nella sua globalità caratterizzata dall'interazione continua delle aree cognitiva, affettiva, relazionale, corporea e sensoriale. Questa tripartizione sarà poi oggetto di una valutazione specifica descritta sommariamente in seguito.

I primi contatti e le prime osservazioni avvengono in reparto e dopo 4/5 incontri di questo tipo vi è l'invito formale all'ingresso in setting. In questa fase, se le condizioni lo permettono, viene spiegato al paziente cosa si intende proporre e in cosa consiste il trattamento. Questo tipo di approccio pone le basi per la costruzione di un rapporto rispettoso incitante il soggetto a porsi come parte attiva nella relazione terapeutica.

Indicazioni e controindicazioni al trattamento

Le richieste del medico e/o del personale per questo tipo di trattamento sono generalmente indirizzate verso quei soggetti con le seguenti caratteristiche: problemi comportamentali, personalità più bisognose di un rapporto individuale, una spiccata propensione per il suono e la musica e l'impossibilità ad accedere alle altre attività presenti nell'istituzione.

Le controindicazioni sono sordità sensoriale marcata, franca agnosia uditiva e avversione e/o nessuna propensione verso l'elemento sonoro-musicale. Le condizioni fisiche difficili e l'allettamento non costituiscono un ostacolo al trattamento che, in casi rari e particolari, può avvenire, con le dovute accortezze che garantiscano una certa privacy, nella camera del paziente. La durata del ciclo dei trattamenti non ha termini precisi preventivati ed è la valutazione del musicoterapista a determinarne la conclusione che, solitamente, avviene quando si osserva che il mezzo sonoro-musica-

le perde la sua funzione mediatrice nella relazione. Le condizioni di questa eventualità sono dovute all'impossibilità del paziente di cogliere ed elaborare lo stimolo sonoro-musicale e solitamente questo succede dopo molto tempo e per condizioni generali di salute degenerate. Dobbiamo ricordare che il paziente anziano in R.S.A. termina il suo percorso esistenziale quasi sempre in istituto.

Il trattamento di musicoterapia assume in questo contesto anche, e soprattutto, la funzione di accompagnamento in questo periodo finale della vita che può essere più o meno lungo. La durata e il ciclo delle sessioni devono poter considerare questo aspetto. Il termine e le dimissioni più raramente sono determinati da una subentrata stanchezza del paziente che non trova più nella terapia uno stimolo per ulteriori elaborazioni e cambiamenti. In altri casi, meno rari di quest'ultimo, si conclude il ciclo quando si considera raggiunto quanto auspicato negli obiettivi, senza che questi necessitino più di consolidamento o mantenimento nel tempo.

La valutazione

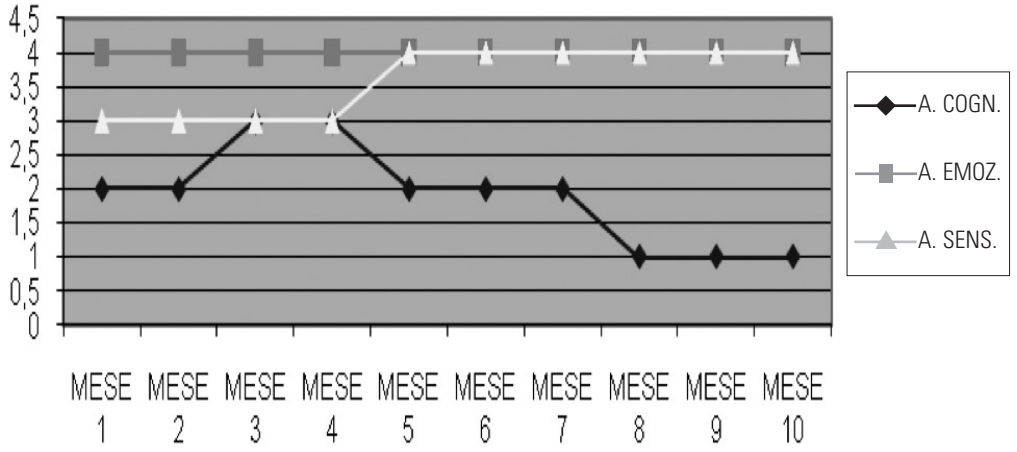
La valutazione dei risultati in corso e a fine trattamento avviene sempre tramite relazioni scritte con l'annessa scheda di valutazione. Sono previsti anche colloqui formali (riunioni di équipe) e/o informali con il personale che si prende cura del paziente. Le relazioni vengono redatte dal musicoterapista attraverso una descrizione dei trattamenti e accompagnate da un grafico che riporta la misurazione delle risposte pertinenti alle aree cognitiva, emotiva/relazionale e corporea/sensoriale.

Il punteggio (da 0 a 4) considera le capacità di base del soggetto e non si fonda su di un livello prestabilito e per tutti uguale e quindi va letto e valutato alla luce delle competenze di partenza appartenenti al singolo paziente. Si valuta il piano cognitivo in termini di attenzione, partecipazione e di risposte che provengono direttamente da quell'area; a livello emotivo si considerano le manifestazioni affettive e l'investimento nella relazione; a livello sensoriale e corporeo si osserva la postura e il contatto sensoriale.

AREE	**CATEGORIE**	
COGNITIVA	Attenzione	Risposte cognitive
EMOTIVA	Partecipazione emotiva	Manifestazioni affettive
CORPOREA E SENSORIALE	Postura	Contatto sensoriale
Punteggi da attribuire a ciascuna categoria: 0 = NULLO 1 = RARO 2 = DISCONTINUO 3 = PRESENTE 4 = MOLTO PRESENTE		

Tale valutazione in termini numerici è, come detto, sempre accompagnata da una relazione descrittiva e valutativa in termini ampi sempre riferiti alla persona e agli obiettivi raggiunti, che in ultima analisi riguardano sempre l'integrazione e l'aspetto relazionale. Si ha dunque una scheda che riporta i punteggi del metodo brevemente descritto e la relazione scritta aggiornata ogni due mesi, accompagnata da un grafico che esprime in termini visivi il risultato dei punteggi ottenuti e l'andamento degli stessi nel corso del tempo.

Questo tipo di misurazione ha consentito di osservare, come nell'esempio qui riportato, che a fronte di un calo delle risposte di tipo cognitivo (linea inferiore), dovuto all'avanzare della demenza, si assiste ad un livello stabile dei punteggi delle altre aree, a volte persino ad un incremento come per il soggetto del grafico d'esempio. Questo prova che, nonostante il deterioramento cognitivo, è sempre possibile contattare il paziente; infatti il paziente, quando è approcciato attraverso i suoi canali preferenziali di scambio e interazione, può rispondere e beneficiare dell'intervento musicoterapico anche negli stadi più avanzati della malattia.



Ciò che caratterizza un giudizio positivo della risposta del paziente al trattamento è soprattutto la qualità comunicativa dell'interazione, sia che essa avvenga a livello verbale o non verbale.

In generale tutte le risposte di tipo corporeo, ma anche aperti commenti verbali circa, per esempio, l'apprezzamento della musica o del momento vissuto, sono ovvi segnali della risposta del paziente e della sua adesione alla proposta relazionale.

Quando la relazione è consolidata e l'investimento e la motivazione si rendono evidenti è sempre osservabile un cambiamento del comportamento in termini di apertura, maggior fiducia e integrazione, e quasi sempre questi risultati vengono riscontrati dal personale che si prende cura del paziente. Indipendentemente dal grado e dalle modalità di contattabilità del soggetto è stato osservato un alto grado di risposta positiva, nei termini sopracitati, al trattamento musicoterapico.

Conclusioni

Da tutto quanto descritto dovrebbe essere chiaro che in questo contesto lo scopo della musicoterapia non è solo quello di attivare competenze perdute ma di mirare al benessere generale del soggetto. Il metodo utilizzato è sempre applicato e modellato sui bisogni e sull'accoglienza della persona che risulta quindi essere al centro dell'ascolto e del trattamento. Tecniche, strategie e prassi sono tutte orientate a questo fine: una sorta di rivitalizzazione del mondo interno del paziente che crediamo sopravviva sempre, anche in condizioni di malattia e di decadimento importanti.

Poco importa indurre singoli comportamenti, anche magari efficaci sul piano pratico o finalistico ad alcune attività, se non si considera l'integrità del paziente e la sua collocazione nella dimensione esistenziale. Il benessere si ottiene infatti solo quando si stabilisce una armonica relazione tra sé e la realtà che ci circonda.

Ogni malato presenta la "propria situazione" che è sicuramente spiegabile 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 alla progressiva perdita di riferimenti con la realtà. Riuscire a continuare a "dialogare" con il paziente attraverso modalità sensoriali e affettive, entrare nella sua realtà comprendendola e accogliendola, ridare significato ad un mondo che pian piano diventa sempre più minaccioso per chi non ne coglie più il significato sono gli obiettivi che le terapie ad impronta relazionale dovrebber proporsi con questo tipo di pazienti. È importante dunque imparare ad osservare con uno sguardo rispettoso il paziente, il quale manifesta, nel suo comportamento, la sua personalità passata e i propri bisogni del momento. I cosiddetti "disturbi comportamentali" le allucinazioni, le stravaganze dei nostri pazienti ci parlano del loro modo di essere e di sentire, della loro storia passata e del loro disagio presente. Comprendere e partecipare alla vita dei pazienti significa riuscire a immedesimarsi nel loro mondo e nelle loro modalità di percezione dello stesso. Bisogna quindi spogliarsi dal pregiudizio che con il demente non sia più possibile dialogare o credere che non sia più in grado di apprendere, ma al contrario aprire nuovi occhi e imparare a vedere al di là di quanto appare a volte desolante e privo di speranza. La lettura delle modalità di comportamento e la conseguente possibilità di relazione e apprendimento è una delle specificità del tipo di intervento.

Lo scopo ultimo della musicoterapia con i pazienti affetti da demenza è proprio quello di entrare in relazione con loro, affrontando il dolore della perdita quotidiana e quindi le emozioni e i contenuti profondi. Il tentativo è quello di ricostruire assieme al paziente una nuova dimensione accettabile nella quale sia possibile avvertire il senso della propria vita. L'intervento del musicoterapista in questo contesto deve, secondo il nostro punto di vista, fondarsi sull'accoglienza schietta e sincera dei bisogni del paziente in una cornice di rispetto, riservatezza e autentica empatia priva di giudizio o interferenze troppo penetranti e interpretative. Obiettivo principale di questo tipo di intervento è dunque l'accompagnamento e la cura dell'individuo anziano, con decadimento cognitivo e/o problematiche psichiatriche, nel suo percorso esistenziale; il reinserimento della persona in una corrente evolutiva personale e inscritta all'interno di relazioni e scambi ancora costruttivi tra sé e il mondo.

---

* Articolo apparso sulla rivista "Musica et Terapia" n. 23, edizioni Cosmopolis, Torino, 2010.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Aldridge D., *Music Therapy in Dementia Care*, Kingsley, London, 2000.
- Benenzon R. *La nuova musicoterapia*, Phoenix Editrice, Roma, 1997.
- Bruscia E.K., *Definire la musicoterapia*, ISMEZ, Roma, 1993.
- Delicati F., *Gli anziani e le campane*, in PUM n. 3, Pro Civitate Christiana, Assisi 1993, pp. 39-45.
- Delicati F., *Il canto fa venire fuori il paese più in fretta. Esperienza di musicoterapia con gli anziani di una casa albergo*, Pro Civitate Christiana, Assisi, 1997.
- Delicati F., *Musicoterapia e demenza senile*, Musica & Terapia, n. 1, 2000, pp. 27-38.
- Downie G., *Musica in una casa di riposo*, in PUM n. 9, Pro Civitate Christiana, Assisi 1996, pp. 38-42.
- Lipe A.W., *The use of music performance tasks in the assessment of cognitive functioning among older adults with dementia*, J Music Ther, 1995.
- Manarolo G., *Manuale di Musicoterapia. Teoria, Metodo e Applicazioni della Musicoterapia*, ed. Cosmopolis, Torino, 2006.
- Padoani W., Marini M., *Altre tecniche e approcci psicoterapeutici*, in "Manuale di Psicoterapia dell'Anziano", Scocco P., De Leo D., Pavan L. (a cura di), Bollati Boringhieri, Torino, 2001.
- Ploton L., *La persona anziana*, Raffaello Cortina, Milano, 2003.
- Postacchini P.L., *La musicoterapia tra espressione e regolazione delle emozioni,* in Ricci Bitti P. (a cura di), "L'arte terapia tra espressione e regolazione delle emozioni", La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1995.
- Postacchini P.L., Ricciotti A., Borghesi M., *Lineamenti di musicoterapia*, Carocci, Roma, 1997.
- Raglio A., Manarolo G., Villani D., (a cura di), *Musicoterapia e Malattia di Alzheimer: proposte applicative e ipotesi di ricerca*, Cosmopolis, Torino, 2001.

Il valore della musica: esperienze e riflessioni sull'applicazione della musicoterapia nella demenza*

Silvia Ragni
Musicoterapeuta, Psicoterapeuta, Psicologo, Resp. attività del Centro Diurno Alzheimer "La Cornucopia", Sacro Cuore, Roma.

Il contesto

Auguste D. aveva 51 anni quando il dottor Alzheimer, nel 1906, diagnosticò, attraverso la descrizione dei sintomi di questa paziente, quella malattia che poi prenderà il suo nome e sarà tanto diffusa nel nostro secolo. Tante alfa privative contraddistinguono questa patologia, caratterizzata, appunto, da privazioni progressive: amnesia, agnosia, aprassia. Nel giro di poco tempo i pazienti impoveriscono il patrimonio acquisito e consolidato da anni di esperienza rispetto alla percezione, al movimento, alle attività mentali, perdendo autonomie e identità. Le strategie farmacologiche per fronteggiare la malattia aiutano, soprattutto all'inizio, a rallentarne il decorso, ma la malattia, degenerativa, segue il suo corso. Le cosiddette strategie non farmacologiche e in particolare la musicoterapia, hanno sempre più rilevanza all'interno di équipe multidisciplinari che si occupano di Alzheimer. La medicina narrativa (Bert, 2007), riportando al centro dell'interesse la persona, i suoi vissuti e l'apporto che questa può portare al processo di cura, sta sostituendo il paradigma della Medicina basata sull'evidenza (EBM).

Il modello d'intervento

Il modello di intervento musicoterapico presentato in questa relazione è incentrato sulla relazione sonoro-musicale e modulato sugli stadi di malattia di Alzheimer. Le seguenti riflessioni costituiscono i presupposti e la base su cui è costruito il modello che si ispira al 'Gentle Care' di Moira Jones (2005), un approccio recente a questa patologia che guarda al paziente come una persona capace e degna di cure ed attenzione e con cui mantenere un contatto vitale per tutto il decorso della malattia.

In questa prospettiva orientata a prendere in considerazione ciò che c'è e non ciò che si sta perdendo, ciò che si può trasformare, anche la musica e la relazione con i suoni diventano dei preziosi alleati per mantenere il miglior grado di benessere percepito dal paziente, nell'ottica di un miglioramento della qualità della vita, pur in presenza di malattia.

Ogni essere umano ha una propria musicalità innata, impara a relazionarsi con l'ambiente e ad esprimersi ancor prima di acquisire il linguaggio. La peculiarità della musica è la comunicazione non verbale. Come linguaggio universale accede a livelli profondi e inconsapevoli, bypassando il livello cognitivo. La demenza colpisce irrimediabilmente e progressivamente l'ambito cognitivo, ma lascia preservati e sensibili molti aspetti, in particolare la componente emotiva e relazionale. Non esiste una fase in cui il paziente non è più idoneo alla musicoterapia; è necessario invece un passaggio consapevole e metodologico di approccio modulato sulle fasi di malattia. Il mediatore sonoro, grazie alla sua multimodalità e multisensorialità (Peretz, Coltheart, 2003), favorisce il risveglio di motivazione e piacere, permette l'armonizzazione delle sfere spirituali, cognitive, motorie, sociali ed affettive della persona, contribuendo al mantenimento delle capacità conservate. Studi recenti di neuroscienze confermano l'esistenza della plasticità cerebrale e orientano la ricerca e l'applicazione della musicoterapia nella riabilitazione (Lopetz, 2007). La componente pratica dell'attività musicale, attraverso l'uso degli strumenti, consente la sperimentazione di azioni concrete e non sottopone il paziente al confronto con capacità perdute, ma al contrario gli permette di sperimentare momenti gratificanti e di benessere che contribuiscono al mantenimento dell'autostima, di un buon tono dell'umore, di un senso di autoefficacia e di soddisfazione. Questi sono aspetti che il progredire della malattia progressivamente annulla, rischiando di far precipitare il paziente in un isolamento drammatico, che priva di dignità la persona.

La componente evocativa e il contemporaneo coinvolgimento pratico nel mondo dei suoni costituiscono lo sfondo in cui riavviare processi di relazione: del paziente con il suo io e la propria memoria autobiografica, dei pazienti tra di loro. Il processo è favorito dal musicoterapeuta che raccoglie, con le sue competenze musicali e le risonanze personali, i messaggi circolanti all'interno del setting, risintonizzandoli nella dimensione di gruppo. Le componenti ritmiche, timbriche, le variazioni di intensità e il tessuto armonico della musica contestualizzano la dimensione spazio-temporale che il paziente perde progressivamente, mantenendolo invece orientato e vigile. Il setting musicoterapeutico, stabile ma flessibile, permette l'espressione dei disturbi del comportamento che possono essere canalizzati verso attività più gratificanti per il paziente o che vi trovano contenimento e quiete. Il quadro di riferimento teorico del modello è di tipo integrato, si fonda sulla musicoterapia umanistico-esistenziale (Scardovelli, 2000) applicata al modello geriatrico Gentle Care, supportato da strumenti di valutazione (Ragni et. al., 2005).

L'impianto metodologico è basato sulla stadiazione secondo CDR (Clinical Dementia Rating, Hughes, Danziger et al., 1982) e si suddivide negli stadi di malattia secondo il seguente modello:

1. Musicoterapia cognitivo esistenziale
   CDR1, stadio Lieve
2. Musicoterapia per il benessere
   CDR2, stadio Moderato
3. Musicoterapia che accompagna
   CDR3, Stadio Grave (Ragni, 2007)

Per ogni stadio un approccio mirato consente l'individuazione di una metodologia e degli obiettivi calibrati sulle possibilità del paziente. Il setting subisce il cambiamento necessario perché il paziente possa trovare un ambiente stimolante adeguato alle sue capacità.

Musicoterapia cognitivo esistenziale
CDR1, stadio Lieve

In questa fase della malattia è importante il contemporaneo esercizio delle capacità cognitive conservate per fronteggiare il progredire della malattia e sostenere le funzioni psichiche fortemente provate dai momenti di consapevolezza dei deficit che comporta vissuti angosciosi e depressivi che hanno bisogno di essere espressi in un ambiente protetto.

In questo livello si mantiene un setting di gruppo, da 8 a 10 pazienti, e una durata della seduta di circa 50 minuti, con una suddivisione dell'incontro in:

- percezione e contatto, in cui esperienze psicomotorie abbinate alla musica permettono l'instaurarsi di un ascolto esterno ed interno e una sintonizzazione di gruppo;
- fase di ascolto, in cui i brani musicali consentono l'evocazione, il richiamo alla memoria autobiografica e l'emergere dei diversi ISO (Benenzon, 1997), cioè delle identità sonoro-musicali, da quelle universali a quelle gestaltiche e gruppali;
- fase di produzione musicale, basata sulla improvvisazione da cui possono nascere dialoghi sonori;
- termina l'incontro una fase di chiusura con l'utilizzo della voce, del canto, della danza, a seconda di come il 'qui e ora' dell'incontro si è sviluppato.

In questa fase della malattia, il lavoro di gruppo è particolarmente significativo perché permette la socializzazione e la condivisione dei vissuti, da cui scaturiscono alcuni dei fattori di gruppo che Yalom segnala (Yalom, 1974): universalità, senso di appartenenza, catarsi. Il gruppo e il conduttore si configurano come 'base sicura' (Bowlby, 1998), un ambiente rassicurante e non giudicante il cui il paziente si sente ascoltato, protetto e rincuorato.

Musicoterapia per il benessere
CDR2, stadio Moderato

Nel secondo stadio di malattia le capacità cognitive del paziente si sono ridotte, aumenta la confusione e il disorientamento, i deficit del linguaggio possono essere molto marcati. Il setting deve adeguarsi a tutto questo: durata più breve della seduta, numero di partecipanti inferiore, minore strutturazione dell'incontro per lasciar emergere ciò che c'è senza giudizio o richiesta di prestazione. L'obiettivo è il benessere dei pazienti e il rinforzo delle capacità conservate, la possibilità di avere uno spazio espressivo non verbale, in cui l'azione sia sostitutiva della parola e il contatto con gli altri non sia mediato dal linguaggio. L'attività psicocorporea con la musica può essere molto gratificante, permette il contatto con un corpo ancor sano che attraverso l'azione, sia essa canto, movimento, ballo, produzione sonora, può scaricare le tensioni e armonizzarsi con la musica.

Lo spazio alla comunicazione verbale è ridotto al minimo, mentre sono valorizzati tutti quei comportamenti comunicativi non verbali che la musica permette e che costituiscono il nuovo 'alfabeto espressivo' dei pazienti che non riescono più a comunicare con il mondo esterno con i normali codici e rischiano un isolamento e una regressione profonda.

Musicoterapia che accompagna
CDR3, stadio Grave

Nel terzo stadio di malattia le funzioni cognitive sono gravemente compromesse, il linguaggio quasi inesistente, impossibile l'astrazione. Possono esserci disturbi del comportamento, dall'apatia all'agitazione, dal wondering all'aggressività. Il setting di musicoterapia, di tipo individuale in questo stadio, può costituire un contenitore 'amico' per il paziente che trova nelle proposte non verbali, nella dimensione ludica e libera, nell'atteggiamento non verbale del conduttore, uno specchio non giudicante, ma rassicurante, stimolante se necessario, ma anche tranquillizzante, pronto a calibrarsi con la situazione. In musica, la gioia e il dolore esistono simultaneamente e, di conseguenza, ci permettono di vivere un senso di armonia, "...due voci dialogano simultaneamente, ognuna si esprime nella forma più piena e, al tempo stesso, ascolta l'altra". Queste parole del direttore d'orchestra Daniel Baremboim (Baremboim, 2007), sembrano illustrare molto bene ciò che può succedere in un dialogo sonoro con un paziente durante una seduta di musicoterapia.

In questa fase la musicoterapia e il musicoterapeuta, con la sua presenza calda e rispettosa, possono essere un 'accompagnamento' ai momenti di espressione apparentemente senza senso, al cammino finale per quei pazienti a livello terminale di malattia. Il suono discreto, il silenzio vissuto insieme e perciò abitato da una presenza affettuosa, il contatto fisico diventano momenti irripetibili e preziosi. Il musicoterapeuta con la sua sensibilità affinerà i propri mezzi per saper stare vicino, senza invadere, facendo sentire contenuto, ascoltato, il paziente a lui affidato.

Evoluzioni ed involuzioni a confronto

Il continuo confronto con una patologia degenerativa mette a dura prova l'operatore. Come resistere, come fronteggiare l'inarrestabile impoverimento cognitivo che il paziente manifesta giorno dopo giorno? Il cammino inesorabile verso la morte? Il burnout, la frustrazione sono in agguato e un profondo e sottile lavoro formativo è necessario per il musicoterapeuta che, qualche volta, si affaccia in quest'ambito con la convinzione che, trattandosi di anziani, sia più facile ed esponga di meno.

In realtà la patologia sta colpendo sempre di più persone in età adulta e non solo geriatrica, e il luogo comune del vecchietto un po' eccentrico si scontra con la realtà di persone con una complessità e una sensibilità diversa da quella che ci si aspetta.

Quali risorse dunque attivare, quale ristrutturazione dare alle esperienze per continuare a dotarle di senso, di fronte al disgregarsi dell'esperienza dell'altro, senza esserne contagiato?

La flessibilità, il valore del qui e ora e dei piccoli successi, i cosiddetti small games in geriatria, sono solo alcuni degli aspetti che con pazienza si impara ad apprezzare senza sentirsi squalificati.

Al progressivo impoverimento come reagisco? Cosa aumento, cosa amplifico? Non la quantità, perché non serve: non servono più parole e troppi strumenti messi in gioco aumentano la confusione, devo allora lavorare sulla qualità, sul mettere in evidenza quegli aspetti che dotano ancora di senso ed emozione l'esperienza. Il musicoterapeuta diventa artigiano e artista, tira fuori l'utilità e il bello da quella semplice esperienza e riesce a mantenere in vita quello che per altri non ha più valore. E co-

me l'oggetto mantiene dignità, senso e utilità sotto le mani amorevoli dell'artigiano così il paziente risente dell'investimento energetico che il musicoterapeuta gli trasmette. La musica con la capacità di portarci il bello e il buono (*kalos kai agathos* dicevano i greci) completa e nutre l'esperienza umana. E poi c'è molto da imparare da questi pazienti, se si ha l'umiltà di non giudicare ma si osserva come ognuno di loro, in base a caratteristiche di storia e personalità, si sta difendendo in un mondo che diventa sempre più incomprensibile e perciò minaccioso. Allora il musicoterapeuta, già preparato a decodificare e utilizzare il linguaggio non verbale, si farà più 'musicista', più esperto nel saper ascoltare e calibrare i tempi, gli spazi fisici, lo stile di ciascun paziente e avrà una grande soddisfazione quando sarà riuscito a metterlo a proprio agio, permettendogli di riprovare il piacere di esistere e comunicare.

La pazienza diventa quella virtù terapeutica che permette, insieme ad un mediatore artistico meraviglioso quale è la musica, ciò che Tolstoj ha riassunto in una frase che può essere una guida nel nostro lavoro: *"L'arte è un'attività umana il cui fine consiste nel trasmettere agli altri i sentimenti più alti e migliori ai quali gli uomini si siano elevati"* (Tolstoj, 2010).

* Articolo apparso sulla rivista "Ar-té" n. 7, edizioni Cosmopolis, Torino, 2010.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Baremboim D., *La musica sveglia il tempo*, Feltrinelli, Milano, 2007.
- Benenzon R., *La nuova musicoterapia*, Phoenix, 1997.
- Bert G., *Medicina narrativa*, Il Pensiero scientifico editore, 2007.
- Bowlby J., *Una base sicura*, Cortina, 1998.
- Hughes C.P., Danziger W. et al., *Clinical Dementia Rating*, 1982.
- Jones M., *Gentle care*, Carocci, 2005.
- Yalom., *Teoria e pratica della psicoterapia di gruppo*, Bollati, 1974.
- Lopetz L., *Incontro tra neuroscienze e musica*, Quaderni ACP, Musicalmente, 2007.
- Peretz I., Coltheart M., *Modularity of music processing*, in "Nature Neuroscienze", vol. 6, n. 7, 2003.
- Ragni S. et. al., *La scheda musicoterapica di valutazione: una risorsa per la riattivazione geriatrica*, in Giorn. di gerontologia, vol. LIII, n. S2, 2005.
- Ragni S., *Musica come mediatore della relazione*, in "Musica tra neuroscienze ed arti terapie", Collana di musicoterapia, Musica Practica, 2007.
- Scardovelli M., *Musica e trasformazione*, ed. Borla, 2000.
- Tolstoj, trad. it. *Che cos'è l'arte*, editore Donzelli, 2010.

Se ci sei batti un colpo. Musicoterapia con i malati di Alzheimer in struttura geriatrica

Roberto Bellavigna
Musicista, Musicoterapista, Parma.

Preludio: La voce agli anziani

- Oggi Francesca nel suo vagare si è soffermata ad ascoltare la musica... ho cercato di leggere la sua postura e i suoi movimenti nella mia improvvisazione ... ha alzato gli occhi e mi ha sorriso... è la prima volta che accade tutto ciò da quando è ospite della struttura, al suo ingresso era molto sospettosa e diffidente. Ho colto il suo sorriso e ho battuto il tempo con la mia mano sulla sua spalla... non si è allontanata da me. Si è seduta con gli altri e mi ha ascoltato mentre suonavo.
  Francesca è una delle tante persone che ho conosciuto qui alla Rossi Sidoli. Probabile affetta da sindrome di Alzheimer difficilmente si avvicina alle persone, passa quasi tutta la sua giornata in piedi vagando senza meta fra corridoi e camere.

- Mi avvicino ad un anziano che accompagna le canzoni battendo ripetutamente sul tamburello due colpi veloci con la mano destra ed un colpo lungo con la sinistra. Bruno mi dice: *"Sai io facevo l'artigiano e spesso preparavo i ferri dei cavalli per i carrettieri... questo era il movimento che avevo al lavoro due colpi corti sul ferro e uno lungo più forte ...certi ritmi non si dimenticano se si ripetono tutti i giorni..."*
  Bruno è una vecchia conoscenza, quando ero piccolino lo incontravo nei giorni di mercato in paese. Ci si salutava, penso fosse un amico di mio nonno. Ora è in casa di riposo non ha figli, solo qualche parente in Francia. Nella sua vita si è adattato a fare di tutto. Per un breve periodo è stato contadino con i suoi genitori, poi è partito emigrante in Francia dove ha fatto i lavori più umili. Poi la guerra ed il ritorno a casa per ricostruirsi un lavoro: il fabbro.

- Adriana: *"Quando ero giovane avrei voluto sposare un fisarmonicista... lei vuole sposarmi?"*
  Adriana invece non la conosco affatto è entrata oggi in struttura e già mi ha chiesto di sposarla... Paolo (il direttore) l'ha accompagnata da me, ...di solito l'attività di musicoterapia è una delle prime ad essere frequentata. Devo comunque chiedere sue notizie ai famigliari e al personale per avere un quadro più preciso della persona. Mi pare una signora distinta, mi hanno detto che non è dei nostri posti, forse viene dalla città?

- Carla: *"Da giovane mi ero innamorata di un alpino... lui però è partito per il fronte e prima di lasciarmi sola mi ha detto, trovati un marito perché io non tornerò più... da quel momento non l'ho mai più rivisto... mi cantava sempre questa canzone che ora mi canta lei..."*

  Penso che sia ospite della struttura da circa 17 anni. È stata sposata ma è ancora perdutamente innamorata di quel bel giovane che non ha mai più rivisto. Il suo era stato un matrimonio combinato, aveva sposato un cugino di primo grado, un matrimonio di interesse come lo definisce lei. Alla morte del marito ha preferito prendersi una cameretta in Casa di riposo, non se la sentiva di continuare la vita in solitudine. Ama ascoltare le canzoni e collegare i testi ad avvenimenti vissuti. La sua salute peggiora di giorno in giorno e ricorda sempre meno quello che... vorrebbe ricordare.

- Giovanni: *"Mi è piaciuto quel che ha suonato oggi...* (mi dice con voce aspra e decisa) *si è ripetuto qualche volta però... anche se sono sordo ho sentito che ha suonato due volte 'Sul cappello'"*.
  Giovanni è un malato di Parkinson. Dalla sua sedia a rotelle guarda attento tutto ciò che gli è intorno. Ama comandare ed imporsi, non può muoversi senza l'aiuto degli altri, è costantemente isolato dal gruppo. Con lui ho frequentemente lavorato in équipe con la fisioterapista.

- Domenica: *"Guarda la Monica non parla mai ma la musica la capisce... guarda come và a tempo..."*
  Domenica e Monica sono due inseparabili amiche sempre mano nella mano. Soggiornano nella stessa camera, si sono conosciute da poco tempo, Monica non parla più da tempo anche se ha la capacità di pronunciare le parole. Saltuariamente canta e ama suonare i tamburelli. A fine attività se non le chiedo di riconsegnarmeli li porta decisa in camera. Nel suo armadietto forse fra i cassettini ci sarà qualche mio strumento che ancor oggi stò cercando...

Introduzione al tema della musica-musicoterapia con anziani

Il panorama applicativo della musicoterapia con anziani offre una varietà di situazioni. Questa diversità operativa risulta essere un punto di forza della disciplina. Viene palesata infatti una ricchezza di interessi ed un indiscutibile sforzo verso valori comuni di azione. Si stanno sempre più aprendo canali informativi di confronto, utili ad una coesione di intenti, sia in Italia che all'estero. Al centro dell'operare vi è ovviamente la figura dell'anziano nel suo rapporto con il materiale sonoro. Anziano inteso come vita musicale vissuta, elaborazione progettuale di un'identità sonora in comunicazione dialogica con il mondo. Gli ambiti di intervento più attuati allo stato attuale risultano essere quelli con persone autosufficienti con obiettivi volti all'integrazione della persona in gruppi omogenei. Nella letteratura esistente però risulta molto spesso difficile distinguere la differenza fra un intervento sistematico di musicoterapia e approcci di animazione musicale. Altre esperienze prendono in esame pratiche musicoterapiche di gruppi eterogenei, che attraverso il canto, l'uso della ritmica a supporto della voce, l'utilizzo degli strumenti nell'improvvisazione musicale convergono alla veicolazione della relazione terapeutica. Una buona parte delle esperienze documentate si occupa della malattia di Parkinson e delle potenzialità della musica nell'essere di supporto alla distensione muscolare per poter meglio direzionare la riabilitazione e il coordinamento del movimento. Ampio spazio è dato alla ricerca e all'applicazione della musicoterapia con le demenze. Le sedute sono in prevalenza di tipo individuale ma non mancano

esempi di gruppi (poco numerosi) di malati di Alzheimer. In prevalenza viene scelta musica non registrata, utilizzata come proposta, accompagnamento, conduzione. La musica registrata è spesso presente nell'approccio con malati terminali come rivisitazione della vita e accompagnamento alla morte. Alcuni studi dettagliati analizzano l'ascolto musicale come proposta coordinata di brani musicali, esperienze specifiche invece lo utilizzano come supporto a narrazioni guidate. Interessanti e sempre più menzionate le attività di costruzione di strumenti musicali a completamento di attività di musicoterapia complesse. Sempre più frequente l'abbinamento fra musicoterapia e fisioterapia con l'obiettivo di far convergere nella medesima attività musica e movimento. Questa la situazione attuale ma bisogna ricordare però che solo una trentina di anni fa in Italia poche erano le strutture disposte ad investire con convinzione risorse e personale sul campo. Differente era invece la situazione all'estero dove con la figura del musicoterapeuta istituzionalmente riconosciuto e con una valida letteratura di supporto si potevano monitorare avviate situazioni di utilizzo della musica in ambito geriatrico. L'interesse e la fiducia che circonda l'argomento oggi anche in Italia deriva a parer mio da differenti situazioni che hanno condotto nel tempo ad un "pensiero positivo" riguardo le potenzialità della musica nei confronti del settore della terza età.

Cerco di esaminarne brevemente le motivazioni.

- Una crescente consapevolezza sociale che la vecchiaia non è una malattia e che l'anziano è ancora soggetto attivo con potenzialità da attuare anche in campo musicale.
- Una esplicita richiesta da parte dei famigliari di azioni di intervento volte alla prevenzione e al mantenimento di una buona qualità di vita della persona, non solo fisica ma anche intellettuale, affettiva e relazionale.
- L'inserimento sistematico di attività di animazione nelle case di riposo. L'animazione e più propriamente l'animazione musicale, hanno esplicitato nel contesto le potenzialità intrinseche della musica come valido aggancio con il vissuto dell'anziano stesso.
- Un pressante rinnovo progettuale da parte degli enti ed un bisogno interno di ricerca della musicoterapia stessa hanno prodotto pubblicazioni a tema, siti internet di riferimento, scambi di informazioni fra operatori.
- Maggiore interesse per una letteratura straniera di riferimento (in particolar modo in lingua inglese). L'esperienze compiute in altri paesi sono stati per molti in Italia punto di partenza e momento di riflessione di percorsi formativi.

Esperienza lavorativa personale

A Compiano (PR) nel settembre del 1996 ho iniziato la mia attività di musicoterapia in una struttura che è luogo di residenza tuttora per circa 80 anziani (Casa di Riposo "Rossi Sidoli"). È un'esperienza che ritengo molto valida per la mia formazione professionale che dopo una prima richiesta di intervento a breve termine ha invece avuto prosecuzione sino ad oggi. Quale musicoterapia quindi alla "Rossi Sidoli"? Musicoterapia come incontro fra identità musicali (Benenzon, 1984): Musicoterapeuta, anziano/i. In un'ottica relazionale i bisogni sono punto di partenza di percorsi che attraverso le intrinseche potenzialità della musica elaborano obiettivi riabilitativi, cognitivi, sociali a breve, medio e lungo termine. In questo contesto il termine Musica è da intendersi come mezzo intermediario, elemento utile a promuovere l'indagine e la relazione fra identità sonoro-musicali differenti. Il materiale musicale diviene oggetto plasmabile che se utilizzato nei suoi componenti costruttivi e supportato da un setting e da uno strumentario dinamico può veicolare al/il dialogo sonoro (Scardovelli, 1992). La relazione musicale in questo contesto pur nel distinguo e nella specificità dei ruoli pone i soggetti nella dinamica della proposta e della risposta, dell'accompagnare e del condurre in un'ottica di condivisione d'intenti. È un tipo di intervento che si è strutturato nel tempo, cresciuto con la volontà di collaborare con tutti gli operatori della casa di riposo e con i famigliari degli ospiti. Tenuto conto delle differenti caratteristiche patologiche e psicologiche in cui si vengono a trovare gli anziani della struttura, un piano di lavoro che intende utilizzare le potenzialità della musica per migliorare la qualità di vita nella terza età deve perseguire nel particolare i seguenti obiettivi:

- incentivare la condivisione di interessi comuni per facilitare i rapporti sociali
- essere promotore di attività che implicano esercizio fisico e mentale
- promuovere nuovo apprendimento
- rivalutare il soggetto come fonte sonora creativa dalla quale attingere idee e insegnamenti
- essere sollievo nella sofferenza...

"L'arte come un processo conoscitivo che muove dall'uomo... va nella direzione dell'uomo" (Lorenzetti, 1992). Un'approccio terapeutico deve comunque considerare prioritario il rispetto della persona. Sono da evitare atteggiamenti invasivi ed un'ottica votata al personalismo, all'imposizione e alla ricerca fine a se stessa; è basilare la lettura dei bisogni dell'anziano. I progetti di attività sono sempre stati redatti in équipe. Ho collaborato in stretta sinergia con l'animatore, con la fisioterapista, con il personale medico interno ed esterno alla struttura. I luoghi degli incontri si sono diversificati nel tempo, diverso il setting e lo strumentario (setting dinamico). In questi anni ho utilizzato molto le canzoni. Canzoni come canto, reminiscenza, identità. La forma canzone è oggetto sonoro-testuale che se opportunamente plasmato diviene fulcro e mezzo intermediario della comunicazione. La comunicazione non è semplice riproposizione di una letteratura musicale, è invece condivisione che partendo da una base conoscitiva comune (la forma e il suo linguaggio) ne diviene una rielaborazione creativa. In questo contesto possono essere prese in considerazione le canzoni del passato apprese nel tempo, la composizione o la riedizione di materiale nuovo che tocca il vissuto della persona nel presente o che affronta o descrive una situazione futura. Variabili di questo processo possono essere la forma, lo strumentario, gli abbinamenti, la struttura musicale, le sequenze, le omissioni, le interpolazioni dei vari parametri musicali o testuali. Strumento principe è stata la fisarmonica che mi ha permesso per le sue caratteristiche antropologiche, organologiche, culturali, di supportare validamente la mia azione. Non solo le canzoni sono state il materiale utilizzato. Molti sono stati i momenti dedicati all'improvvisazione (gruppale e individuale) e all'ascolto. Ho cercato di seguire la vita dell'anziano in casa di riposo, dalla sala da pranzo al salone, alla camera con malati terminali, ai corridoi, alla palestra. Ho lavorato cercando di collegare tutti i miei interventi con i singoli o con i gruppi con un criterio di circolarità e continuità di azione. Condivido le considerazioni di K. Bruscia (1993) nel quale si asserisce che la musicoterapia debba essere *"sistematica nel senso che è finalizzata, orga-*

nizzata e regolare... Le sue tre componenti procedurali sono: accertamento, trattamento e valutazione" e in questo contesto ho cercato sin dall'inizio di muovere i miei passi. Il mio intervento di musicoterapia ha inoltre tenuto presente che *"...L'arte è qualcosa di più che la produzione di oggetti belli o anche espressivi... è essenzialmente un processo mediante il quale esploriamo il nostro mondo interiore ed esteriore e impariamo a vivere in esso"* (Small, 1982). Musica quindi come arte e come aiuto al raggiungimento di una migliore qualità di vita attraverso percorsi riabilitativi e terapeutici.

Prospettive

La casa di riposo "Rossi Sidoli" nel giugno 2002 ha promosso il convegno *"La musica della vita"*. Il confronto, la riflessione sulla musicoterapia con anziani ha evocato l'urgenza di una più attenta analisi dell'attività in materia. Quali i benefici? Come valutare l'attività? Come rilevare i dati da analizzare? In sinergia con altre strutture presenti al convegno è stato istituito un gruppo di verifica/confronto che ha deciso un protocollo in itinere con schede già in uso in ambito medico e con l'integrazione di schede da me appositamente elaborate per la rilevazione dei dati musicali (poi inserite in un corpo unico all'interno di un software) che sono tutt'oggi utilizzate in varie strutture. Questo software utilizzato anche con le demenze incorpora sia schede di valutazione musicale che altre di valutazione multi-dimensionale. La sua compilazione è effettuata in équipe. La ricerca musicoterapica su questo versante abbisogna ancora di molta strada da compiere per poter trovare univoci mezzi validati di verifica propri del campo della musicoterapia, anche se molti autori-ricercatori hanno prodotto materiale già utilizzabile anche in ambito geriatrico. Diverse le esperienze in Italia e all'estero sul campo.

Conclusione: il senso dell'intervento musicoterapico

Ritengo che la vera competenza di chi opera con la musicoterapia sia quella di saper utilizzare il materiale sonoro non esclusivamente come semplice intrattenimento ma come utile strumento comunicativo; il musicoterapista partendo dai bisogni progetta in équipe percorsi dinamici. Il processo musicale è inteso come dialogo sonoro: accompagnare, condurre, aspettare, camminare insieme verso obiettivi personalizzati. Necessita ovviamente che si consideri la persona nella sua interezza, nella sua storia, nella sua situazione attuale, nel suo contesto. Musica come valore dell'essere nel tempo e nello spazio, nei contesti.

Infine...

Intravedo infine (...) l'esigenza di convergere tutti verso una musicoterapia (con) anziani rispetto ad una musicoterapia (e) anziani, a sostegno e a rinforzo della centralità e del valore dell'unicità della persona umana.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Benenzon R., *Manuale di musicoterapia*, Borla, Roma, 1984.
- Bruscia K., *Definire la musicoterapia*, Gli archetti, Ismez, Roma, 1993.
- Lorenzetti L.M., Piatti M., *Musica adulti terza età*, Quaderni di musica Applicata, PCC, 1984.
- Scardovelli M., *Il dialogo sonoro*, Capelli, Bologna, 1992.
- Small C., *Musica, educazione, società*, Feltrinelli, Milano, 13, 1982.

Musicoterapia e attività motoria nella riabilitazione geriatrica

Cristina Barbera
Davide Bozzolo
Anna Maria Drovandi
Lisa Mocci
Antonella Privizzini
Roberto Prencipe

"Centro Diurno per anziani" Comune di Santa Margherita Ligure (GE)
Istituto di ricovero "Emanuele Brignole" di Genova (GE).

Introduzione

Il progetto di Musicoterapia e Attività Motoria "L'anziano nell'ombra" è stato realizzato, grazie al contributo dell'Associazione "Anziani Oggi" di Villa Piaggio, presso il Centro Diurno per anziani del Comune di Santa Margherita Ligure e l'Istituto di ricovero Emanuele Brignole di Genova, a partire dal 2006.

L'ASP "E. Brignole", sorta a metà del XVII sec. come ente dedito all'assistenza degli indigenti, si è poi trasformata, nel corso del '900, come istituto per la cura e l'assistenza agli anziani non autosufficienti, erogando servizi sia in regime di ricovero, sia di ospitalità diurna (ricoveri temporanei, residenzialità permanente, semiresidenziali); invece il Centro Diurno anziani di Santa Margherita Ligure, di più recente costituzione, ospita 16 anziani e si avvale di personale altamente qualificato, sorge nel cuore della cittadina rivierasca e possiede spazi esterni dove poter svolgere attività estive.

Nello specifico, il percorso di musicoterapia e attività motoria ha interessato pazienti ospiti presso tali Centri Diurni di I e II livello.

Per quanto riguarda la definizione di Centro Diurno, si può far riferimento ai documenti prodotti dal quadro sanitario della Regione Liguria nel 2003, per cui: *"Il centro diurno si configura come un servizio rivolto prevalentemente ad anziani del territorio, con vario grado di non autosufficienza, che per il loro declino funzionale e/o cognitivo esprimono bisogni non sufficientemente gestibili a domicilio, ma non ancora tali da richiedere un ricovero stabile in struttura socio-sanitaria, che in tale modo viene ritardato o addirittura evitato."*

In dettaglio il Centro Diurno di I livello è rappresentato da anziani in condizioni di limitata autonomia fisica, con o senza disturbi cognitivi, ma in cui quest'ultimo aspetto non rappresenta il problema dominante; il Centro Diurno di II livello, invece, accoglie anziani affetti principalmente da patologie psicoinvolutive severe, il cui grado di non-autonomia viene determinato dal deficit cognitivo.

Il progetto "L'Anziano nell'ombra", partito nel 2006 ed attualmente ancora attivo, si pone come un primo tentativo di sperimentazione, una sorta di progetto pilota

nella valutazione dell'incidenza di musicoterapia e attività motoria sullo stato psicofisico del soggetto anziano.

L'ipotesi di partenza è stata che: attraverso l'applicazione di musicoterapia e attività motoria, da una parte, le persone anziane fragili potessero raggiungere un maggiore stato di benessere con ricadute positive sulla performance cognitiva, sull'autonomia fisica e motoria; mentre, da un altro versante, le persone con gravi deficit cognitivi potessero avere un beneficio per quanto concerne la sfera dei disturbi comportamentali e sulla performance globale.

Materiali e Metodi

Il progetto, finora, ha previsto l'inclusione di 42 anziani nel gruppo sperimentale ed altrettanti nel gruppo di controllo, afferenti, come detto, ai centri diurni di I e II livello. L'elaborazione delle informazioni raccolte, in una prima fase di conoscenza, ha permesso l'organizzazione di differenti sottogruppi di lavoro, basati su parametri che tenessero conto delle caratteristiche personali, della condizione psico-fisica, del livello cognitivo e della presenza di quadri patologici fortemente invalidanti.

All'inizio ed alla fine delle attività sono state effettuate le valutazioni psicometriche e motorie dei pazienti trattati, utilizzando le seguenti scale: MMSE, AGED, BADL, Barthel Index, CDR, GDS Short, Tinetti, PPT, Timed Up and Go.

A tutti gli ospiti sono state presentate e proposte sia la musicoterapia sia l'attività motoria; tale approccio viene ritenuto presupposto fondamentale per una relazione simmetrica, finalizzata all'espressione di contenuti intimi ed al rafforzamento delle capacità residue dei soggetti stessi.

I trattamenti di musicoterapia, dal punto di vista metodologico, sono stati strutturati in sedute di piccoli gruppi (3 persone), della durata di 45 minuti, e caratterizzate dall'uso di tecniche relative a:

- canto: inteso come portatore di contenuti intimi della persona e linguaggio degli affetti, delle emozioni e della memoria;
- ascolto musicale: attraverso sequenze di brani che costituiscono la "musica del cuore" del soggetto;
- attivazione corporea: sviluppata attraverso micro movimenti (danzare utilizzando esclusivamente mani, braccia, testa, spalle...), specie laddove la deambulazione era fortemente compromessa.

In generale possiamo affermare che la tecnica musicoterapica utilizzata ha sollecitato il recupero ed il potenziamento delle competenze cognitive per il tramite della stimolazione sonoro-musicale all'interno di un contesto ambientale affettivo e gratificante. Ogni seduta si è sviluppata secondo un flessibile canovaccio articolato in 3 momenti:

- ascolto di un brano significativo nella storia personale degli anziani inseriti nei vari gruppi, in base all'elaborazione delle indicazioni raccolte precedentemente, allo scopo di creare in questa fase un ambiente sonoro familiare e accogliente;
- sempre su materiale musicale conosciuto, il gruppo di pazienti veniva invitato a partecipare attivamente con il proprio corpo (cantando, ballando, battendo le mani), trovando rinforzo nella corrispondenza e nel dialogo con il musicoterapeuta;
- alla fine il musicoterapeuta proponeva un ascolto di congedo, con lo scopo di

creare un ambiente sonoro contenitivo e di dare una chiusura ai processi avviati.

L'intervento musicoterapico, così come sopra descritto, ha cercato di collocarsi come un valido strumento in sede di riabilitazione attraverso il mirare al raggiungimento dei seguenti obbiettivi:

- stimolare e veicolare l'espressione delle emozioni del soggetto;
- fare emergere le facoltà fisiche e cognitive residue;
- stimolare le capacità simboliche e di rappresentazione, per restaurare possibilità cognitive, affettive e mnestiche;
- attivare la memoria;
- portare un sensibile miglioramento in termini di qualità di vita del soggetto;
- percepire le proprie sensazioni affettive per poi attivare la possibilità di poterle "decodificare" e "regolare", a partire dai semplici vissuti corporei fino alle più elaborate fantasie mentali (laddove possibile);
- permettere, attraverso il recupero di ricordi o di parti di esperienze, di sentirsi "vivi";
- facilitare la creazione di una identità di gruppo a livello sonoro/musicale.

L'attività motorio/sensoriale si è svolta in due gruppi con frequenza bisettimanale, della durata di un'ora ciascuno; si sono utilizzati attrezzi non convenzionali per stimolare la percezione della propria corporeità, dell'equilibrio e della postura, e in particolare si è lavorato sulle condotte di vita quotidiana, per il mantenimento di gestualità apprese ed il potenziamento degli aspetti senso-percettivi .

L'attività è stata strutturata per due distinti gruppi: coloro che presentavano difficoltà importanti nell'equilibrio e nella deambulazione svolgevano attività motoria principalmente da seduti, con brevi intervalli di esercitazioni in stazione eretta assistita, in modo da favorire la socializzazione all'interno del gruppo; viceversa, alle persone che non manifestavano problematiche di questo tipo, è stata proposta un'attività svolta prevalentemente in posizione eretta.

Le sessioni di lavoro avevano inizio con richiami di tipo spazio-temporale, in modo da attuare una prima stimolazione rivolta verso il contatto con la realtà, mantenendo alto il livello attentivo.

All'interno dello svolgimento dei vari esercizi proposti, i canali di comunicazione utilizzati hanno variato dalla forma orale a quella scritta, per facilitarne l'immediata comprensione e superare i vari deficit sensoriali riscontrabili nel gruppo di anziani. Tali attività erano modulate in base alle difficoltà dei partecipanti ad elaborare le informazioni (Barbera, 2004) afferenti e strutturate su più livelli, ognuno dei quali caratterizzato dalla presenza di un obiettivo a breve termine ben definito.

All'inizio del percorso, è stato delineato un protocollo di attività, all'interno delle quali sono stati definiti obiettivi specifici e generici, in considerazione del parallelo percorso di musicoterapia.

- Esercizi di rafforzamento della percezione spaziale, nei quali veniva richiesta una variazione di posizione e postura in relazione all'ambiente e agli altri partecipanti all'attività, con l'obbiettivo di facilitare la consapevolezza dello spazio occupato.
- Esercizi di tonificazione che, attraverso l'imitazione e lo sviluppo, all'interno del gruppo, di differenti proposte ritmico-motorie, miravano, parallelamente, ad un rafforzamento del tono muscolare e ad un incremento del livello di socializzazione. Tale tipologia di esercizi è stata particolarmente intensa su quei distretti muscolari e articolari ritenuti fondamentali nella prevenzione del rischio di cadute: zona lombo-pelvica e glutea (considerate importanti aree di collegamento fra i segmenti superiore e inferiore del corpo) e articolazione tibio-tarsica.
- Esercizi di stimolazione della componente vestibolare nei quali veniva richiesta una variazione di appoggio podalico a terra.
- Esercizi di educazione respiratoria, nei quali sono stati utilizzati anche attrezzi non convenzionali, e in cui gli esercizi proposti erano rivolti principalmente alla riattivazione della percezione respiratoria, con respirazioni accentuate il cui obiettivo era quello di aumentare il più possibile il volume corrente.
- Esercizi di azione-reazione, finalizzati all'elaborazione di una risposta adeguata ad un fattore esterno imprevisto e variabile.
- Esercizi di stimolazione senso-percettiva, che venivano proposti attraverso la sollecitazione esercitata da forme, odori, colori e pesi di differenti oggetti.
- Esercizi di mobilità articolare, generalmente proposti al termine della seduta, in fase di defaticamento e di rilassamento; in quanto questo si poneva come il momento in cui era possibile condividere esperienze all'interno del gruppo e creare così un clima relazionale positivo di distensione e co-partecipazione.

Risultati

Il parallelo lavoro di Musicoterapia e Attività Motoria ha avuto luogo da gennaio a luglio 2009; al termine dei sette mesi di trattamento la totalità dei pazienti coinvolti ha mostrato un evidente incremento nei tempi di partecipazione agli incontri e una sensibile diminuzione nei disturbi comportamentali.

A tal proposito gli operatori del Centri Diurni riferiscono che, nei momenti successivi ai trattamenti, i pazienti evidenziano una riduzione dei comportamenti di agitazione e appaiono maggiormente in grado di collaborare nelle ADL (attività vita quotidiana).

La lettura dei dati forniti dalle misurazioni psicometriche e motorie ci permette di notare come il 60% circa dei pazienti abbiano mostrato un incremento a livello cognitivo, mentre il 25% del campione si è mantenuto stabile rispetto alla misurazione iniziale; per quanto concerne invece la sfera affettiva e relazionale si è evidenziato un generale aumento delle capacità comunicative ed espressive dei propri vissuti e contenuti emotivi. Dal punto di vista motorio, invece, si è ottenuto un miglioramento relativamente alle capacità di equilibrio, alla respirazione ed alla percezione delle variabili ambientali.

Discussione

L'osservazione sul campo evidenzia che le attività proposte all'interno del progetto "L'Anziano nell'ombra" incidono positivamente sullo stato cognitivo, affettivo e motorio dei soggetti. A tal proposito è stato infatti rilevato e riscontrato come gli anziani del gruppo sperimentale (in confronto al gruppo di controllo) abbiano gradualmente acquisito una maggiore capacità nella comprensione dei movimenti, migliorando andatura ed equilibrio e diminuendo il rischio di cadute (vedi test Tinetti e TUG). Analogamente si riscontra una più attiva capacità di rievocazione di eventi e vissuti, un innalzamento del tono dell'umore ed una riduzione dei disturbi com-

portamentali (vedi test MMSE, GDS Short, CDR): i pazienti coinvolti hanno evidenziato un graduale aumento dei tempi di permanenza nelle attività e un miglioramento nella qualità della partecipazione alle sedute con riduzione della frequenza dei comportamenti di agitazione o, al contrario, degli stati di apatia.

Possiamo dunque affermare come la musicoterapia e l'attività motoria, essendo basate su modelli di comunicazione non-verbale e pre-verbale, possano essere considerate pratiche idonee a creare una relazione positiva anche con anziani affetti da demenza in fase avanzata.

Conclusioni

In definitiva possiamo affermare che il progetto "L'Anziano nell'ombra", integrato con le consuete terapie farmacologiche e con le varie attività a sostegno dell'anziano previste dai Centri Diurni, ha cercato di porsi come un valido aiuto all'azione di superamento della generale condizione di isolamento in cui versa l'anziano affetto da demenza.

La musica, grazie alla sua capacità di riferirsi contemporaneamente al corpo e alla mente del soggetto ed in virtù del fatto di essere simultaneamente sia fenomeno fisico e stimolo percettivo-sensoriale, sia elemento carico di significati simbolici (Manarolo, 2006), rappresenta uno strumento particolarmente valido ed adeguato al lavoro in ambito geriatrico, ovvero in un contesto fortemente caratterizzato dal progressivo decadimento delle competenze simboliche e cognitive.

È altresì evidente come lo stile di vita all'interno di istituti e residenze per anziani determini uno stabilizzarsi e, spesso, un aggravamento di abitudini ipocinetiche, che accantonano apprendimenti motori acquisiti, deprivando le aree motorie cerebrali degli schemi motori di base.

A tal proposito l'attività motoria si concretizza in proposte che permettono di riscoprire movimenti dimenticati, di riacquistare confidenza con il proprio corpo, di provare nuove emozioni, di concepire il movimento come mezzo di relazione con l'ambiente e con gli altri e non come atto fine a se stesso.

In conclusione possiamo ragionevolmente dire che l'approccio musicoterapico e l'attività motoria adattata alla terza età portano con sé benefici riguardo l'attivazione globale dell'anziano, il senso d'identità, la memoria a breve termine, l'orientamento spazio-temporale, il tono dell'umore, le competenze espressive e relazionali.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Barbera C., *Argento vivo*, Il libraccio, Genova, 2004.
- Boccardi M., *La riabilitazione nella demenza grave*, Erikson, Trento, 2007.
- Bianchetti A., Trabucchi M., *Alzheimer*, Il Mulino, Bologna, 2010.
- Cester P., Piergentili, U. Senin, *La valutazione multidimensionale geriatrica ed il lavoro d'équipe*, ed. Vega, Belluno, 1999.
- Guètin S., Portet F., Picot M.C., Pommiè C., *Effect of Music Therapy on Anxiety and Depression in Patients with Alzheimer's Type Dementia: Randomised, Controlled Study*, Dement Geriatr Cogn Disord, 2009.
- Inzerillo F., *La riabilitazione musicoterapica con i pazienti Geriatrici*, Giornale di Gerontologia, vol. LVII, n. 2, 2009.
- Macchi C., Benvenuti F., *Attività fisica adattata*, Fondazione don Carlo Gnocchi, Firenze, 2004.
- Manarolo G., *Manuale di Musicoterapia. Teoria, Metodo e Applicazioni della Musicoterapia*, ed. Cosmopolis, Torino, 2006.
- Quaia L., *Alzheimer e riabilitazione cognitiva*, Carocci Faber, Roma, 2006.
- Raglio A., Ubezio M.C., Puerari F., Gianotti M., Bellelli G., Trabucchi M., *L'efficacia del trattamento musicoterapico in pazienti con demenza di grado moderato-severo*, Alzheimer Dis Assoc Disord, Volume 22, Number 2, April-June, 2008.
- Trabucchi M., *Le demenze*, Utet, Milano, 2002.
- Zanetti O., Trabucchi M., Boschi G., Tonini G., *Conoscere e vivere la malattia di Alzheimer e le altre demenze*, www.italz.it

"L'incapsulamento sonoro": forme di ritiro autistico "sonoro" in un caso di demenza senile

Mariaconcetta Gatta
Psicologo, Università di Palermo.

Viviana Giuliano
Psicologo, Università di Palermo.

Flora Inzerillo
Psicoterapeuta, Musicoterapeuta, Policlinico, Palermo.

Giuseppina La Galia
Psicologo, Università di Palermo.

Il lavoro presentato riguarda un intervento di Musicoterapia recettiva (Mtr) e Musicoterapia attiva (Mta) con una paziente (pz) del Centro Unità Valutazione Alzheimer (UVA) del Policlinico di Palermo.

L'intervento con la pz inizia nel maggio del 2008 e termina nell'ottobre 2009.

M. ha 84 anni, è vedova ed abita con il figlio celibe. Giunge presso il nostro centro segnalata e accompagnata da quest'ultimo che si lamenta della perdita di memoria da parte della madre e di alcuni comportamenti bizzarri: la signora vive una forma di ipercinetismo accompagnato da ritmie corporee e vocali (canta ripetutamente due-tre canzoni e accompagna il canto con movimenti ritmici del corpo realizzando effetti strumentali con la bocca). Altra caratteristica riguarda una forma di vanità femminile un po' amplificata considerando l'età della signora: trascorre gran parte del suo tempo davanti lo specchio truccandosi in maniera eccessiva le labbra e gli occhi. Secondo il protocollo previsto dal nostro Centro UVA alla prima seduta si procede alla somministrazione dei seguenti test:

- Mini Mental State Examination (MMSE), nel quale la signora ha riportato un punteggio di 13.4/30.
- Geriatric Depression Scale (GDS) 10/15.
- Racconto di Babcock, test per la valutazione della memoria verbale 0,2/7.
- Clock Drawing Test, M. ha riportato un punteggio pari a 0 in quanto non è riuscita a disegnare né i numeri né le lancette.
- Test per la fluidità verbale: la signora utilizza la categorizzazione come modalità di pensiero principale.
- Test sonori: si sono proposte sequenze ritmiche semplici da riprodurre e l'ascolto d'alcuni brani predefiniti volti a vagliare la presenza e l'attitudine all'elemento sonoro-musicale nella vita della pz.
- Colloquio anamnestico: la signora nella narrazione della propria storia riporta un amore particolare per la musica in generale ed in particolare per il canto: lei stessa ricorda che da giovinetta amava recarsi al Teatro Massimo di Palermo, anche solo per osservarlo dall'esterno immaginandosi grande cantante lirica e gioendo solo all'idea di poter indossare abiti da scena.

Dopo un'accurata valutazione, tenuto conto della storia della pz e dei punteggi riportati ai test, si è ritenuto opportuno intervenire con un ciclo di sedute musicoterapiche finalizzate alla riduzione dei seguenti sintomi psichiatrici e comportamentali presentati dalla pz quali:

- alterazione dell'umore: disforia, euforia, ansia, labilità emotiva;
- agitazione;
- vocalizzazione persistente: la pz utilizza fraseggi come usuale strumento di comunicazione;
- modificazione della personalità: accentuazione dei tratti caratteristici della personalità, talvolta con la comparsa di caratteristiche opposte, estrema socievolezza e disinibizione;
- affaccendamento: ipercinetismo senza scopo, con impossibilità di stare fermo (wandering behaviour);
- disturbi del pensiero: idee prevalenti, falsi riconoscimenti, percezione distorta del dato di realtà e incapacità di contestualizzare il dato percettivo.

Presupposto scientifico da cui si è partiti riguarda l'assunto che per agire sui sintomi non cognitivi, in particolare su quelli psichiatrici e comportamentali, è importante l'utilizzo delle tecniche musicoterapiche. Infatti il canale sonoro raggiunge più velocemente quei livelli che riguardano la sfera affettivo-emozionale, le funzioni vegetative, attivando risposte multidimensionali che, andando oltre il limite posto da una parziale degenerazione cognitiva, aiuta il pz ad esprimere il proprio vissuto attraverso un canale alternativo alla parola. Nel caso di M. la finalità è stata quella di condurla fuori dal mondo sonoro autistico in cui viveva totalmente incapsulata e che, dal punto di vista musicale, si traduceva nell'esecuzione ossessiva di una, due canzoni, collocabili storicamente intorno al primissimo "dopoguerra": *Blue Moon* cantata da Elvis Presley e *In cerca di te* cantata da Nella Colombo.

Il setting ha previsto l'uso dello strumentario Orff con la sua disposizione su di un tavolo; un incontro settimanale della durata di circa 40 minuti; l'utilizzo di uno stereo con relativi supporti audio e una videocamera per la ripresa delle sedute finalizzata alla stesura dei protocolli. Oltre al musicoterapista all'interno del setting sono presenti due tirocinanti (un musicoterapista ed uno psicologo) con la funzione di "Io Ausiliario" (rinforzo e sostegno).

La metodologia ha previsto l'utilizzo alternato all'interno di una stessa seduta di tecniche recettive e produttive:

- **Mtr**:

ascolto di brani musicali proposti dal musicoterapista (sequenza sonda) e ascolto di brani proposti dalla pz ("le musiche del cuore") fondamentali per stimolare la memoria "autobiografica".

I brani elaborati dall'équipe hanno previsto la seguente sequenza sonda:

- *Summer Time*

- *Piove*
- *Blue Moon*
- *La Spagnola*
- *La nostra favola*
- *Cielito lindo*
- *Mamma voglio anch'io la fidanzata*
- *In cerca di te*

- **Mta:**
- Improvvisazione strumentale con strumentario di tipo Orff: tamburello basco, maracas, campanellini a sonagli (M. non predilige gli strumenti melodici). Si è partiti dal rispecchiamento delle sue ritmie per creare, nel corso degli incontri, delle sintonizzazioni inesatte attraverso l'introduzione di piccole variazioni temporali e formali rispetto allo stimolo sonoro portato dalla pz.
- Improvvisazione vocale (di solito accompagna l'ascolto della "musica del cuore"): finalizzata soprattutto al potenziamento della rievocazione e della memoria. Tale tecnica l'ha aiutata a rinforzare il suo nucleo di autostima spesso mortificato dal rendersi conto di perdere giorno dopo giorno le funzioni mnesiche e la fluidità verbale.
- Giochi cognitivo-sonori finalizzati al potenziamento dei concetti spazio-temporali.

La valutazione finale è avvenuta nell'ottobre del 2009 attraverso la somministrazione di alcuni retest: MMSE (16,4/30), GDS (6/15).

Verifica MT qualitativa:
- "disincistamento sonoro": grazie alla canzone *La Spagnola* siamo riusciti gradatamente a focalizzare la sua attenzione su strofe sempre più complete, senza necessariamente tornare all'incistamento ossessivo manifestato per tanto tempo da M. nei confronti del brano *Blue Moon*;
- utilizzo di uno strumento melodico (blocchi sonori);
- maggiore capacità di ascolto emersa nei dialoghi sonori col musicoterapista e con i tirocinanti.

Verifica MT quantitativa:
- inserimento d'intervalli di terza e quinta maggiore in microarpeggi e vocalizzi, assieme a scale pentatoniche.

In sintesi il trattamento musicoterapico ha cercato di transitare la paziente da una ritmicità stereotipata e pertanto priva d'intenzione e di scopo, a delle sintonizzazioni sinestesiche, ossia traduzioni trasmodali che, cogliendo la qualità affettiva del comportamento, facilitassero il recupero di parti della propria identità personale e rinforzassero l'offuscato senso del Sé, attraverso la stimolazione della memoria "autobiografica", sostenendo quel senso di dignità soggettiva che, insieme al mantenimento delle capacità residue, è uno degli obiettivi delle terapie non farmacologiche.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- AA.VV, *Manuale per prendersi cura del malato di Alzheimer*, Alzheimer Italia, 1999.
- Bellavigna R., *La musica racconta la vita*, Pro Terza Età, n. 25-2004.
- Delicati F., *Quando il canto e i ricordi si accendono*, in Rocca, 1 febbraio 1995.
- Delicati F., *Anziani e demenza senile*, in "Musica et Terapia", n. 1, ed. Cosmopolis, Torino, 2000.
- Inzerillo F., *La Riabilitazione Musicoterapica con i pazienti geriatrici*, vol. LVII, n. 2, 2009.
- Inzerillo F., Giuliano V., *La demenza: il lato oscuro dell'invecchiamento. Intervento cognitivo e intervento musicoterapico a confronto*, Rivista Nuove Artiterapie, n. 10/2010.
- Postacchini P.L., *Psicologia della musica e musicoterapia nel paziente geriatrico,* in Lorenzetti L.M., Piatti M. (a cura di), 1984.
- Raglio A, Manarolo G, Villani D., *Musicoterapia e Malattia di Alzheimer: proposte applicative e ipotesi di ricerca*, ed. Cosmopolis, Torino, 2001.

Musicoterapia e demenza: un approccio non farmacologico

Cinzia Bonomini
Responsabile Sanitario SSD RSA Galliera, Genova.

Romina Custureri
Dirigente Medico, SSD RSA Galliera, Genova.

Daniele Ferrarazzo
Musicoterapista, Centro Cardinale Minoretti, Genova.

Ilaria Nolasco
Direttore Centro Cardinale Minoretti, Genova.

Ernesto Palummeri
Direttore Dip. Gerontologia e Scienze Motorie E.O., Ospedali Galliera, Genova.

Massimo Veneziano
Neuropsicologo, SSD RSA Galliera, Genova.

Il progetto, avviato nel settembre 2009, si inserisce all'interno di un programma più ampio di intervento non farmacologico indirizzato ai pazienti del nucleo speciale Alzheimer RSA Galliera - Centro Cardinal Minoretti di Genova.

L'approccio multidimensionale del progetto terapeutico concepito dall'équipe del centro si fonda sulla valorizzazione dell'ambiente inteso in senso protesico. In tal senso lo spazio vitale quotidiano, in cui si muove la persona affetta da demenza, viene considerato come un vero e proprio setting, all'interno del quale ogni figura professionale è considerata parte integrante dell'intervento stesso.

Di conseguenza, anche l'intervento musicoterapico in oggetto si è integrato con questo innovativo approccio, con un programma sperimentale applicato al quotidiano allo scopo di inserire la musicoterapia nelle normali attività di ogni giorno, come ulteriore intervento protesico non invasivo e non predominante, connotato comunque da una propria specificità. Di seguito le varie fasi dell'intervento.

L'osservazione

L'osservazione costituisce la fase preliminare del progetto durante la quale, oltre ad una reciproca conoscenza con gli ospiti e gli operatori, è stato possibile osservare le principali dinamiche relazionali dell'intero gruppo e le modalità d'interazione, sia a livello spazio-temporale, sia a livello qualitativo, con le consuete attività quotidiane.

Il progetto

In seguito ai dati raccolti dall'osservazione diretta e partecipe nel nucleo, si è deciso di avviare un progetto pilota caratterizzato da due differenti modalità operative, tra loro complementari:

1) Sedute *quotidiane* rivolte all'intero gruppo di pazienti:
   Utenza: gruppo di 23 ospiti, 5 M e 18 F.
   Durata: 3 ore
2) Sedute *in setting protetto*, dedicate agli ospiti in una fase di malattia più grave (CDR3):
   Utenza: sedute individuali e in piccoli gruppi (non più di 4 ospiti)
   Cadenza: settimanale
   Durata: 45'

Le sedute di gruppo

Presenteremo di seguito il trattamento di gruppo che per le caratteristiche di setting (spazio, tempo) e di metodo rappresenta un'esperienza connotata da alcune peculiarità.

- Lo spazio

Essendo un intervento applicato al quotidiano, si è deciso di effettuarlo nel salone principale del nucleo, peraltro considerato spazio terapeutico nella concezione di assistenza protesica della struttura: è stato quindi necessario creare "un setting nel setting", un microambiente non invasivo nel macroambiente di vita quotidiano.

Lo *Spazio Fisico*: la costruzione di un perimetro circoscritto tramite la disposizione, costante ed invariata nel tempo, di tavoli, sedie, strumenti ed oggetti ha permesso di creare uno spazio musicoterapico connotato da una propria specificità, quindi individuabile e riconoscibile.

Lo *Spazio Acustico*: la proposta di ascolto di una sequenza calibrata sul gruppo, caratterizzata dalla struttura triadica accoglienza (brano musicale invariato) - spazio di lavoro (sequenza invariata e possibili variazioni) - saluto (brano musicale invariato), ha fortemente favorito la connotazione del setting.

Lo *Spazio Psicologico*: è stato concepito necessariamente come uno spazio "aperto", nel quale la dimensione psicologica del gruppo ha potuto interagire anche con i condizionamenti esterni delle figure quotidiane presenti, nel caso specifico operatori sociosanitari, infermiere, dir. Sanitario, psicologo, familiari.

- Il tempo

La durata inusuale delle sedute, tre ore quotidiane, ha richiesto una valutazione dell'impatto dell'intervento, sia sull'attività degli operatori, sia sull'eccessiva stimolazione degli ospiti.

L'attività degli operatori è stata integrata con l'inserimento mirato di pause e momenti di verbalizzazione, mentre la diversificazione degli interventi, in un programma settimanale caratterizzato da una metodologia calibrata sul progetto della Residenza, ha consentito di evitare l'eccessivo sovraccarico degli ospiti.

Il metodo

Il modello adottato fa riferimento alla psicologia psicodinamica e alla teoria musicoterapica di R. Benenzon.

In sinergia con tale modello, la metodologia utilizzata ha incluso anche proposte di musicoterapia caratterizzate da un approccio multidisciplinare, tramite l'integrazione di altre tecniche espressive:

- ROT (Terapia di ri-orientamento nella realtà): introduttiva ad ogni seduta, caratterizzata dall'ascolto di un brano musicale relativo alla stagione in corso (estratto da le *Quattro Stagioni*, Vivaldi).
- Musicoterapia attiva: Improvvisazione su strumentario tipo Orff, strumenti etnici ed autocostruiti. Lavoro sulla vocalità e sul canto.
- Musicoterapia recettiva: Ascolto di brani musicali appartenenti alla storia dei singoli ospiti, proposti dal musicoterapista e ascolto delle registrazioni delle improvvisazioni del gruppo.
- Musicoterapia integrata alla manipolazione dei materiali: finalizzata alla costruzione di oggetti sonori, inseriti in seguito nello strumentario ed utilizzati nella fase di improvvisazione, sia gruppale che individuale.
- Musicoterapia Integrata al lavoro grafico, uso dei colori e collage: finalizzata a visualizzare le immagini e le relazioni sinestesiche indotte dall'ascolto di suoni e rumori ed al recupero e mantenimento della motricità fine.
- Musicoterapia integrata al lavoro sul movimento e la danza (in collaborazione con il fisioterapista): finalizzata al recupero e mantenimento della motricità grossolana ed alla modificazione delle posture rigide o stereotipate.
- Fase di verbalizzazione: inserita più volte all'interno della seduta, costituisce anche il momento di chiusura dell'intervento. Oltre a consentire l'elaborazione verbale dell'esperienza, favorisce il recupero di tracce mnesiche residue, esperite tramite testimonianza orale o racconto episodico.

Conclusioni

Dalla osservazione delle sedute si sono potuti rilevare miglioramenti nelle seguenti aree:

Area psico-comportamentale:
- diminuzione degli episodi di aggressività
- contenimento del Wandering
- impulso all'agito maggiormente orientato verso comportamenti a contenuto espressivo
- miglioramento delle qualità relazionali

Area cognitiva:
- miglioramento del livello attentivo
- mantenimento dell'orientamento spazio-temporale
- recupero di tracce mnesiche residue
- condivisioni di emozioni intense, altrimenti difficilmente esperibili
- recupero e mantenimento del canale verbale

Area funzionale:

Il miglioramento della qualità della percezione corporea e della motricità, fine e grossolana, ha permesso ad alcuni ospiti di abbandonare posture rigide e stereotipate, favorendo una maggior integrazione nelle attività quotidiane del nucleo (pasti, animazione, FT, ecc.).

La partecipazione sporadica del personale e dei parenti alle sedute quotidiane, oltre a favorire la conoscenza reciproca e infondere spirito collaborativo, ha migliorato nei primi la relazione con i malati e nei secondi, mettendo in luce le capacità residue ancora attive nel paziente, l'accettazione della malattia del proprio congiunto.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Benenzon R., *Manuale di musicoterapia*, Borla, Roma, 1992.
- Manarolo G., *Manuale di Musicoterapia. Teoria, Metodo e Applicazioni della Musicoterapia*, ed. Cosmopolis, Torino, 2006.
- Raglio A., Manarolo G., Villani D., (a cura di), *Musicoterapia e malattia di Alzheimer*, ed. Cosmopolis, Torino, 2001.
- Jones M., *Gentlecare*, Carocci, Roma, 2005.

Strutture

CHE OSPITANO E PROMUOVONO
GLI INTERVENTI MUSICOTERAPICI
DESCRITTI NEL VOLUME

Elenco delle strutture in base alla successione degli articoli

- "Casa del Sole" Onlus, Mantova
- Centro "Paolo VI", Casalnoceto (Alessandria)
- Coop. "Saba", ambulatorio "Arcipelago", Genova
- Centro Autismo, Provincia Veneta
- Coop. Sociale "Crescere Insieme", Acqui Terme (Alessandria)
- Consorzio Coop. "Ri.Rei.", Centro Riabilitativo, S. Severa (Roma)
- Istituto Comprensivo G. D'Annunzio, "Centro Particolarmente Attrezzato", Iesolo (Venezia)
- Associazione "Agor", Centro Servizi, Verona
- Coop. "Domus Laetitia", Sagliano Micca (Biella)
- Centro "Don FrancoPicco", Lessona (Biella)
- Coop. Sociale "Il sogno di una cosa", Torino
- Coop. Sociale "Il Raggio", Pinerolo (Torino)
- Coop. Sociale "Genova Integrazione a marchio Anffas", ambulatorio "I piccoli", Genova
- Ospedale di Cremona, Unità Operativa Psichiatria, Cremona
- Redancia srl, Comunità " Skipper", Genova
- Comunità Terapeutica "La conchiglia", Monastero Bormida (Asti)
- Comunità Terapeutica "San Rocco", Grondona (Alessandria)
- Comunità Terapeutica "Villa San Giorgio", Varzi (Pavia)
- Comunità Terapeutica " Sant'Eusebio", Carezzano (Alessandria)

- Dipartimento di Psichiatria, ULSS 21, Centro Diurni “Il Tulipano”, “Il Girasole”, “La Fontanina”, Legnago (Verona)
- Dipartimento di Salute Mentale, Centro Diurno “Il Porto”, Treviso
- Scuola di educazione musicale “ Vassura/Baroncini”, Imola (Bologna)
- Clinica Privata “Villa Azzurra”, Riolo Terme (Ravenna)
- Coop. “Luciano Donghi”, Centro Diurno, Lissone (Milano)
- Azienda Ospedaliera “Ospedale A. Manzoni”, Cra di Garbagnate Rota (Lecco)
- Associazione ASVAP, Centro diurno “Il Girasole”, Lecco
- Azienda Ospedaliera di Vimercate, Centro Diurno “La casa” di Benareggio (Monza)
- Asl 6, Centro Diurno di Bagheria, Palermo
- Dipartimento di Salute Mentale, Asl 2, Spdc c/o Ospedale Amedeo di Savoia, Torino
- Centro Servizi di Montecchio Precalcino, Ulss 4 “Alto Vicentino, Vicenza
- Centro di Riabilitazione psichiatrica “S.Ambrogio”, Fatebenefratelli, Cernusco sul Naviglio (Milano)
- 2° Servizio Psichiatrico, ULSS 16, Padova
- ULSS 10 Veneto Orientale, Centro per il trattamento dei disturbi del comportamento alimentare e del peso, Portogruaro (Venezia)
- Università degli studi, Dinog, Sezione di Musicoterapia, Genova
- Centro Socio-Culturale “Somsart”, Comerio (Varese)
- Asl 8, DSM, CSM, Cagliari-Ovest
- Istituto di Riabilitazione “S. Stefano”, Porto Potenza Picena (Ancona)
- Centro Residenziale Anziani “Umberto Primo”, Piove di Sacco (Padova)
- Asl 3, DSM, CSM via Peschiera, Genova
- Fondazione “Sospiro”, Cremona
- Fondazione “G. Prina”, Erba (Lecco)

- Residenza “San Giorgio”, Oliveto Lario (Lecco)
- Centro Diurno Alzheimer “La Cornucopia”, Sacro Cuore, Roma
- Casa di Riposo “Rossi Sidoli”, Compiano (Parma)
- Centro Diurno per anziani, Comune di Santa Margherita Ligure (Genova)
- Istituto di Ricovero “Emanuele Brignole”, Genova
- Università degli Studi, Centro Unità Valutazione Alzheimer, Palermo
- Rsa Galliera, nucleo speciale Azheimer, Centro Cardinal Minoretti, Genova

nella stessa collana Ar~te
CURARE CON L'ARTE: METODI E PRASSI

Musica & Terapia
Quaderni italiani di musicoterapia
a cura di Gerardo Manarolo e Massimo Borghesi

In viaggio attraverso la musicoterapia
Scritti di musicoterapia
di Pier Luigi Postacchini

Manuale di musicoterapia
Teoria, metodo e applicazioni della musicoterapia
di Gerardo Manarolo

Musicoterapia e malattia di Alzheimer
Proposte applicative e ipotesi di ricerca
a cura di Alfredo Raglio, Gerardo Manarolo, Daniele Villani

La voce in musicoterapia
a cura di Maria Videsott e Elena Sartori

Elementi di musicoterapia
di Gérard Ducourneau

Psicologia della musica e musicoterapia
Appunti per un dialogo
a cura di Gerardo Manarolo

Fare arteterapia
di Elena Giordano

Manuale di arteterapia
di Caroline Case e Tessa Dalley

Movimento autentico
Scritti di Mary Starks Whitehouse, Janet Adler, Joan Chodorow
a cura di Patrizia Pallaro

Tra arte e terapia
Utilizzi clinici dell'autoritratto fotografico
di Fabio Piccini

Finito di stampare a febbraio 2012
presso **Geca SpA** - Cesano Boscone (MI)

L'approccio musicoterapico costituisce ormai da diversi anni una modalità di intervento riconosciuta e applicata in ambito psichiatrico dove si colloca all'interno di un progetto riabilitativo-terapeutico che cerca di rispondere alle peculiarità bio-psico-sociali dei diversi pazienti.
L'efficacia di tale prassi trova conferma nella letteratura scientifica internazionale che ne attesta la positiva sinergia con i tradizionali processi di cura.

Il volume **raccoglie le relazioni presentate in occasione del VII Congresso Confiam** dedicato alle applicazioni musicoterapiche in ambito psichiatrico.
Il congresso ha costituito un'importante occasione di dibattito e approfondimento sul trattamento musicoterapico della sofferenza psichica nelle diverse declinazioni che incontra lungo il nostro arco esistenziale.

Al fine di offrire una panoramica il più possibile esaustiva della realtà musicoterapica nazionale si è ritenuto opportuno **integrare questi contributi con quelli recentemente apparsi sulla rivista "Musica et Terapia"** e inerenti il disagio psichico nelle sue diverse espressioni.

Il testo **si articola in tre diverse sezioni (età evolutiva, adulti, anziani)**, ognuna delle quali ospita articoli teorici, metodologici ed esperienziali.
Tutti i lavori mantengono un profondo rapporto con una dimensione clinica. Anche gli scritti di taglio strettamente teorico e metodologico (che possono presentare ipotesi interpretative, linee d'intervento, modalità di verifica, ecc...) sono desunti da una pratica sul campo intensa e prolungata nel tempo.
I vari contributi testimoniano una realtà applicativa ormai diffusa su tutto il territorio nazionale (come si può desumere dall'elenco delle strutture che promuovono gli interventi musicoterapici raccolti nel volume) e inserita nei percorsi terapeutico-riabilitativi promossi dalle diverse agenzie impegnate nella tutela della salute pubblica (Asl, Università, Centri Privati convenzionati, ecc...).

Gerardo Manarolo, Psichiatra, Psicoterapeuta, Dirigente medico, ASL 3 di Genova, Docente di Tecniche Musicoterapiche presso il Corso di Laurea per Tecnici della Riabilitazione Psichiatrica dell'Università di Genova, è autore di diversi saggi ed articoli inerenti la musicoterapia ed i suoi risvolti teorico-applicativi.

EURO 22,00
ISBN 978-88-87947-53-3
9 788887 947533