



musica **et** **terapia**

numero

20

direttore editoriale

Gerardo Manarolo

comitato di redazione

Claudio Bonanomi

Massimo Borghesi

Ferruccio Demaestri

Bruno Foti

Alfredo Raglio

Andrea Ricciotti

segreteria di redazione

Ferruccio Demaestri

comitato scientifico

Rolando O. Benenson

Università San Salvador,

Buenos Aires, Argentina

Michele Biasutti

Università di Padova

Leslie Bunt

Università di Bristol, Gran Bretagna

Giovanni Del Puente

Sezione di Musicoterapia,

Università di Genova

Denis Gaita

Psichiatra, Psicoanalista, Milano

Franco Giberti

Psichiatra, Psicoanalista,

Università di Genova

Edith Lecourt

Università Parigi V,

Sorbonne, Francia

Luisa Lopez

Fondazione Mariani, Milano

Giandomenico Montinari

Psichiatra, Psicoterapeuta, Genova

Pier Luigi Postacchini

Psichiatra, Neuropsichiatra

Infantile, Psicoterapeuta, Bologna

Oskar Schindler

Ordinario di Foniatria,

Università di Torino

Frauke Schwaiblmair

Istituto di Pediatria Sociale

e Medicina Infantile,

Università di Monaco, Germania

Segreteria di redazione: Ferruccio Demaestri • C.so Don Orione 7, 15052 Casalinoceto (AL) tel. 347/8423620

Cosmopolis s.n.c.

Corso Peschiera 320

10139 Torino

011 710209

L'abbonamento a
Musica Et Terapia è di
Euro 18,00 (2 numeri).

L'importo può essere
versato sul c.c.p. 47371257
intestato a

Cosmopolis s.n.c.,
specificando la causale
di versamento e
l'anno di riferimento

progetto grafico

Harta Design, Genova

Paola Grassi

Roberto Rossini

pag 1
Editoriale

pag 2
Il Canto Sociale della Corale Cavallini di Modena
F. Albano, P. Curci

pag 10
Il metodo STAM nella psicosi: il contributo della ricerca
E. Ceccato, D. Lamonaca, L. Gamba, R. Poli, P.A. Caneva

pag 16
**La Composizione Facilitata di Canzoni
nella riabilitazione psichiatrica**
Paolo Alberto Caneva

pag 22
**L'organizzazione temporale in pazienti psichiatrici: dalla ricerca
alla riabilitazione con il modello di musicoterapia integrata MIM**
Gabriella Giordanella Perilli

pag 32
La misurazione degli esiti nel trattamento musicoterapico
Laura Gamba, Roberto Poli

pag 36
Anamnesi di una cover band a proprio (dis)agio
Stefano Bolchi, Giuseppe D'Erba, Raul Quinzi

pag 42
Musicoterapia in SPDC
Antonio Sarcinella

pag 46
Quale ricerca in Musicoterapia?
Alfredo Raglio

pag 54
Recensioni

pag 57
Notiziario

pag 58
**Articoli pubblicati
sui numeri precedenti**

L'approccio musicoterapico costituisce ormai da diversi anni una modalità di trattamento riconosciuta e applicata in ambito psichiatrico dove si colloca all'interno di un progetto riabilitativo-terapeutico che cerca di rispondere alle peculiarità biopsico-sociali dei nostri pazienti. Ne è stato testimonia il convegno "Musicoterapia e Psichiatria: Contributi di Ricerca ed Esperienze" (6/6/08, Azienda U.L.S.S. 21, Legnago) dove sono stati presentati differenti applicazioni e orientamenti. Il numero 20 di Musica&Terapia ospita gran parte delle relazioni esposte in quell'occasione.

Fabio Albano e Paolo Curci aprono la rassegna con un lavoro dedicato a tracciare la storia della Corale Cavallini di Modena (una preziosa esperienza di integrazione).

A seguire i colleghi dell'area Veronese (Ceccato, Lamnaca, Caneva) congiuntamente a quelli attivi presso l'U.O. Psichiatria di Cremona (Gamba, Poli) presentano uno studio multicentrico finalizzato a dimostrare l'efficacia del protocollo STAM (Sound Training for Attention and Memory) nella riabilitazione di funzioni cognitive (memoria, attenzione). Paolo Alberto Caneva ci introduce, nell'articolo successivo, all'utilizzo della "composizione facilitata di canzoni" nella riabilitazione psichiatrica, il suo lavoro è arricchito da diversi esempi applicativi. Di seguito Gabriella Giordanella Perilli sposta la nostra attenzione su di un piano teorico approfondendo il tema dell'organizzazione temporale soggettiva ed delle sue ricadute in termini riabilitativo-terapeutici.

Gli scritti che incontriamo proseguendo nella lettura appaiono tutti connotati da aspetti clinici ed esperienziali: Laura Gamba e Roberto Poli presentano uno studio osservazionale retrospettivo dedicato ai pazienti trattati in musicoterapia presso l'U.O. Psichiatria di Cremona; Stefano Bolchi, Giuseppe D'Erba e Raul Quinzi descrivono la formazione di una cover band con pazienti adolescenti; Antonio Sarcinella si interroga sulle modalità di conduzione e sulle finalità di un intervento gruppe di musicoterapia attiva condotto in SPDC.

La riflessione di Alfredo Raglio dedicata alla ricerca in musicoterapia conclude il secondo numero del 2009.

Fabio Albano, Musicoterapista, musicologo, S.S.R. Emilia-Romagna, Dipartimento Salute Mentale di Modena;
Paolo Curci, già Professore Ordinario di Psichiatria Università di Modena e Reggio Emilia

Il Canto Sociale della Corale Cavallini di Modena

The paper presents a historical development of a choir with patients of Mental Health Department of Modena. The Corale Cavallini experience is not a music therapy process. The group works in the particular perspective of socializing. The social song is not only a repertoire but also an opportunity to meet people, other choirs and musical groups and make more aware the local communities to ease the integration in social contexts, to improve personal autonomy in relationships and to work in order to overcome their social isolation.

**È nostra
 intenzione
 tracciare
 una storia della
 Corale Cavallini
 di Modena
 e proporre alcune
 riflessioni circa
 la complessa
 funzione della
 socializzazione
 nel percorso
 terapeutico-
 riabilitativo
 del paziente
 psichiatrico**

Introduzione

Attraverso il seguente scritto è nostra intenzione tracciare una storia della Corale Cavallini di Modena e proporre alcune riflessioni circa la complessa funzione della socializzazione nel percorso terapeutico-riabilitativo del paziente psichiatrico. Riferiamo di una esperienza condivisa da una ventina di persone tra volontari e cittadini, in buona parte inviati dai Centri di Salute Mentale di Modena e provincia. Si tratta di un gruppo composto da coristi provenienti da ambienti, storie e età differenti, che, interessati a coltivare nel tempo libero la propria vocalità, riconoscono nel cantare un modo attraverso cui rispondere a bisogni di espressione, di condivisione e di conoscenza.

Proposta del Dipartimento di Salute Mentale di Modena, la corale trova la giusta collocazione e realizzazione progettuale nei percorsi di gruppo avviati dal Social Point, progetto che, grazie ad un finanziamento della Fondazione Cassa di Risparmio di Modena, ha tra i suoi primi obiettivi la socializzazione e l'integrazione nel territorio delle persone con disagio psichico.

La nascita della proposta

La corale è dedicata a Claudio Cavallini, collega modenese scomparso nel febbraio 2004. Claudio ha contribuito con grande dedizione e sicura

La corale è dedicata a Claudio Cavallini, collega modenese scomparso nel febbraio 2004

competenza al progresso della musicoterapia italiana. Già dal 1973 è, infatti, attivo tra i promotori dello storico primo seminario italiano di musicoterapia tenutosi a Bologna.

Nel 1987 è, invece, impegnato, all'interno dell'allora Servizio d'Igiene Mentale e Assistenza Psichiatrica, nella creazione di un gruppo musicale corale, la Corale Arcobaleno, esperienza dalla quale si trae ispirazione. La Corale Arcobaleno diviene per Claudio un importante strumento di lavoro a effetto e/o a lettura terapeutico-riabilitativa (Albano, Finali, Frison, Postacchini, 2005). Alla sua perdita segue l'attivazione di un gruppo di colleghi e amici che decide di raccogliere in una pubblicazione la testimonianza della sua opera attraverso la diffusione di alcuni materiali inediti. Partecipare a questa iniziativa permette di rileggere alcune pagine dedicate alla Corale, esperienza conclusasi negli anni novanta. Nel febbraio 2005 viene pubblicato "Claudio Cavallini, un pioniere della musicoterapia" (ibidem). Il libro è presentato in una serata in ricordo di Claudio e, in questo modo, il testo inizia a circolare. Alla fine di quell'anno, durante una équipe del Centro di Salute Mentale (CSM) Modena Ovest, si inizia a parlare della futura attivazione di uno Sportello di Socializzazione. Il nascente Social Point (S.P.), è questo il nome successivamente coniato per lo sportello di socializzazione, si occupa di "elaborare progetti individualizzati per pazienti che necessitano di programmi socio-riabilitativi tesi a recuperare e sviluppare quelle capacità pratiche necessarie per il loro reinserimento nel contesto della rete sociale" (Social Point, 2007). Nei primi mesi del 2006, dopo una discussione di questo iniziale progetto in équipe con Paolo Curci, allora Direttore del settore psichiatria del Dipartimento di Salute Mentale di

Modena, nasce la proposta della creazione della corale all'interno delle attività del S.P. Già in altre occasioni l'équipe si è soffermata a riflettere su proble-

matiche vicine a quelle annunciate dal S.P. Qualche anno prima, ad esempio, per restare nell'ambito di interventi musicali, a conclusione di un'esperienza di musicoterapia d'insieme svolta nell'ambito dei Centri semiresidenziali di Modena, emerge naturalmente dai partecipanti la voglia di proseguire il lavoro di gruppo. La ricerca di una soluzione si è subito imbattuta con la difficoltà a orientare risposte per quei bisogni sociali che la musicoterapia è in grado di riattivare e che trovano un riscontro al di fuori dei circuiti sanitari. Con questi obiettivi ci si è spesso soffermati a cercare possibili risorse e risposte sul territorio ma con risultati assai limitati se non vani. L'individuazione di luoghi e occasioni è al di fuori di un raggio di competenza terapeutico-riabilitativa. Il S.P. diviene, così, un opportuno interlocutore, un partner con il quale poter avviare progetti al di fuori da quelli operanti nel CSM.

È da queste considerazioni e istanze, allora, che si torna a promuovere la nascita di una corale. Un gruppo che sia, da una parte, un'occasione di socializzazione e, dall'altra, uno strumento per sensibilizzare i cittadini a una maggiore partecipazione e solidarietà nei confronti delle persone che sono affette da disturbi mentali contribuendo in tal modo anche a contrastare lo stigma.

Il progetto "Cantare per stare insieme"

Il piano di lavoro della corale coincide con le seguenti finalità espresse dal S.P.:

1. "favorire l'integrazione in contesti sociali;
2. migliorare l'autonomia nella vita di relazione;
3. lavorare per il superamento della condizione di isolamento relazionale" (Social Point, 2007).

Il progetto "cantare per stare insieme", in riferimento al primo punto dichiarato, si delinea fuori dai percorsi istituzionali come risorsa sul territorio aperta a tutti. Il coro si incontra, difatti, nella Polisportiva Modena Est. Questa risorsa è uno degli importanti nodi della rete intessuta dal S.P. che, composta da molteplici realtà locali e associazioni di volontariato, sostiene i diversi percorsi di integrazione sociale. Quindi, la Corale Cavallini, d'ora in poi usata anche come sinonimo del progetto, è:

- ospitata negli spazi di una Polisportiva Modenese;
- una delle attività, pertinenti l'area musicale, promosse dalla Polisportiva;
- diretta da Silvia Testoni, Docente di tecnica vocale presso l'Associazione "La Musica Interna" di Bologna e l'Accademia della voce "Labomusica" di Modena.

Passando al secondo punto, l'esercizio del cantare in gruppo diviene una forma di aggregazione attraverso cui poter rispondere a bisogni sociali che trovano fondamento nella sensazione di unione che tale esperienza offre nel contatto con gli altri, nel sentirsi parte di un insieme, associata alla gratificazione propria della produzione canora. Questa peculiarità del coro, che potrebbe sintetizzarsi nell'accezione d'equilibrio suggerita dal termine armonia, ben si combina con lo sviluppo dell'affiatamento. In questo caso trova, infatti, il giusto utilizzo figurativo del respirare unitamente, ovvero quella qualità relazionale che descrive un buon livello di coordinamento e compartecipazione attenta ed emotiva all'esperienza della vocalità corale. Questi continui moti tra regolazione (Ricci Bitti, 1998; Postacchini, 1998) e coregolazione (Fogel, 1993) nella comunicazione canora (Albano, 2006) creano movimenti favorevoli allo sviluppo di apprendimenti evolutivi, con positive ricadute sull'autonomia nella vita relazionale dei coristi, sostenendone, inoltre, la motivazione al potenziamento di competenze utili ad

una più valida integrazione (Grinberg, Grinberg, 1976; Postacchini, 1989).

In riferimento al terzo punto, infine, mettere a disposizione del territorio un gruppo di cantori in grado di esibirsi in pubblico, in occasione di iniziative di sensibilizzazione della cittadinanza e in momenti di festa e di socialità, corrisponde all'intenzione di lavorare sul superamento di quei pregiudizi che diffondono esclusione, rifiuto, vergogna e solitudine e di offrire spunti per re-inventare nuovi, realizzabili spazi di convivenza.

La strutturazione degli appuntamenti

La corale si incontra per le prove sistematicamente una volta alla settimana, il lunedì dalle 15,30 alle 17,30, alla polisportiva Modena Est, come già anticipato. Durante l'anno ci sono pause durante le festività e nei mesi di luglio e agosto. A queste occasioni d'incontro si aggiungono quelle di partecipazione a eventi pubblici.

Le figure di riferimento

Le persone che hanno una funzione di riferimento per la corale sono:

- il Direttore, che disciplina l'attività del canto e ne cura l'arte (i repertori, gli esercizi preparatori e quant'altro serve alla produzione canora);
- il Coordinatore della corale, che si occupa di aspetti prevalentemente extramusicali, partecipa anch'egli alla corale (canto, progettazione, organizzazione uscite, gestione contatti interni, con le diverse entità coinvolte, promozione e gestione contatti esterni, relativi ad iniziative);
- il Coordinatore S.P., che svolge, invece, una funzione di collegamento nei rapporti di intercomunicazione (verifica dei percorsi avviati con i CSM, valutazione delle adesioni e organizzazione dei trasporti inerenti iniziative pubbliche, raccordo con S.P.);
- l'Accompagnatore, che segue la corale nelle trasferte e cura l'assistenza dei partecipanti;

- il Musicista, che accompagna i canti con la fisarmonica nelle esibizioni.

La composizione del gruppo

Il gruppo è composto da cittadini provenienti dalla polisportiva, dal mondo del volontariato, dalle famiglie, da scuole di musica e da altre risorse del territorio (studenti e tirocinanti) e dai CSM del territorio di Modena e provincia.

L'invio dei coristi dai CSM procede tramite la compilazione di una scheda da parte dei medici di riferimento presentata al coordinatore di S.P., il quale, alla rilevazione della richiesta, e in accordo con il coordinatore della Corale, definisce il momento della prima conoscenza. Quest'ultimo coincide solitamente con l'inizio delle prove, spazio in cui la persona interessata viene:

- informata circa l'attività della corale;
- presentata al resto del gruppo;
- invitata ad assistere e/o partecipare al canto; dal direttore e coordinatore della Cavallini.

È poi l'eventuale nuovo corista a decidere se proseguire oppure fermarsi alla prima conoscenza.

Il repertorio

Il repertorio spazia tra canzoni di cantautori italiani, canzoni popolari d'amore, di lotta sociale e partigiana e brani originali composti da alcuni coristi.

La storia in breve

Il 2007

Agli inizi di marzo 2007 la Corale Cavallini si incontra per la prima volta. Sono presenti pochi coristi. Il coordinatore decide di migliorare la comunicazione e di tornare a far girare la notizia della sua nascita nelle associazioni di volontariato, nei servizi di salute mentale, nella polisportiva, nell'università, nella scuola di musica e anche tramite internet. Si diffonde, così, la nascita della corale anche attraverso la reteivanillich, una rete informale tenuta da Salvatore Panu che ha l'in-

tento di sviluppare relazioni e promuovere iniziative d'interesse sociale in ambito artistico e culturale. È una mailing-list che conta oltre 10.000 iscritti, prevalentemente in Italia e Francia. Attraverso questa forma divulgativa invitiamo alla corale tutti i suoi iscritti.

La rete si rivela essere una importante risorsa nel tempo perché, in modo inatteso, va ad allacciare ulteriori interessanti relazioni. Attestati di solidarietà provengono in questo modo da gruppi e associazione come l'AERCO, Associazioni Emilia-Romagna Cori, e da singole persone, alcune delle quali vengono a farci visita.

Nel giro di un mese il gruppo conta circa 20 coristi. Il direttore continua a raccogliere le canzoni proposte dai partecipanti e a valutarne in gruppo la fattibilità. Alcuni componenti provenienti da "Insieme a noi", associazione di volontariato modenese che ha fortemente sostenuto la nascita della corale, sono portatori di canti originali da inserire nel repertorio. Si tratta di 2 canzoni: *Più fondo dell'inferno (canto di protesta)* e *Com'un leon (canto dialettale ironico-esistenziale)*. Sono brani ben strutturati sia nel testo che nel canto. I contenuti hanno un impatto forte: il primo in italiano parla del vissuto di un paziente in occasione di un trattamento sanitario obbligatorio e il secondo si sofferma, in dialetto modenese, sui temi della solitudine casalinga. I motivi appassionano sia chi canta sia chi ascolta tanto che, in occasione di una manifestazione sul Canto Sociale tenuta a Bologna in combinata con la reteivanillich, la corale è invitata dai curatori dell'iniziativa, venuti a conoscerci come visitatori, a presentarli in pubblico.

Nel frattempo la struttura delle riunioni trova le sue procedure. L'inizio dedicato ai saluti e alle nuove conoscenze è seguito da brevi aggiornamenti e comunicazioni del coordinatore sulle nascenti relazioni con l'esterno. Poi il direttore comincia il riscaldamento vocale e l'incontro si conclude solitamente con le prove e la messa a punto dei canti.

La prima uscita è del 30 aprile 2007, la Corale va a cantare a Bologna. Presenta tre canzoni in repertorio: *Più fondo dell'inferno*, *Com'un leon e lo vagabondo* dei Nomadi. All'arrivo è emozionata, lo stage sui canti della Comune di Parigi sta per concludersi. Un clima raccolto di voci soffuse si fa sempre più nitido mentre ci si avvicina alla sala: una indimenticabile atmosfera, fatta da un coro a quattro voci, distribuisce i cantori in quattro angoli della stanza. Qualche preoccupazione si fa varco tra i coristi, suscitata dai primi confronti. La scaletta prevede che la corale canti dopo la "Banda" e il "Coro la Troisième rive" (Normandia). Una volta iniziata l'esecuzione, la corale è ben concentrata e i canti arrivano francamente nella loro forza a quanti ascoltano. Dal palco lo si percepisce chiaramente nei ritagli di silenzio e poi dagli applausi. Sicura nella performance, non ha avvertito il passaggio d'intensità da un'esibizione all'altra se non nella differenza di repertorio. Si resta lì ad ascoltare ancora un po', poi si rientra. È tardi.

A questa prima uscita della Cavallini segue un nuovo invito per fine maggio. La richiesta proviene dal CSM di Sassuolo (Modena). A seguito di una più attenta riflessione sul nostro repertorio si scelgono i canti orientandoli in considerazione della differente platea e situazione. I canti vanno adattati ad un clima più festoso e si sceglie tra le canzoni maggiormente note (*Pensiero* dei Pooh, *lo vagabondo* dei Nomadi, *Almeno tu nell'universo* di Lauzi e *Fabrizio* versione di Mia Martini) che possono essere riconosciute e intonate anche dal pubblico.

L'ultimo concerto della stagione estiva si svolge all'interno di un festival modenese "LovingAmenola". Il bello di questa uscita è che a cantare *Sciur padrun* (canto di lavoro) sul palco arriva una band composta da musicisti di età diverse, bambini e adulti ai fiati e alle percussioni, preparata per l'occasione ad accompagnare la corale nella sua tonalità. È una improvvisata.

A quest'ultima performance segue un incontro in Polisportiva che anticipa la pausa estiva dove una palese tensione tra i coristi prelude l'intenso dispiacere dei saluti con cui si dà appuntamento a settembre.

La ripresa dell'attività è come un nuovo inizio e ci ritroviamo inizialmente in pochi. Necessita una ulteriore riattivazione della rete che sonnacchiosa attende l'impulso d'energia. Il gruppo varia un po' la fisionomia, si avverte un certo ricambio ma, allo stesso tempo, si definisce una parte sostenitrice.

In ottobre, un nuovo invito arriva alla corale dal secondo convivio a cura dell'Archivio Storico del Canzoniere delle Lame di Bologna. Questa volta la corale decide di partecipare anche al laboratorio gratuito sul canto sociale dedicato a Caterina Bueno. È il primo appuntamento di questo tipo e siamo molto impegnati nel valutare le nostre forze in relazione alla portata dell'evento.

In attesa dell'appuntamento, il direttore inizia a far prendere confidenza al gruppo con il canto polifonico a due voci, nelle più semplici forme omofoniche e a canone.

Il 7 novembre la corale è a Bologna nella sala del Centro Civico dove si tiene il laboratorio. La stanza dell'incontro si riempie lentamente e alla fine siamo quasi una quarantina di persone. Oltre a dei liberi partecipanti ci sono tre formazioni corali, "I amig ed quinto", "Voci della Casa Gialla", "Calicante".

È Barbara Valentino, direttore di Calicante, a trasmettere i canti da imparare. Sono tratti dal repertorio raccolto da Caterina Bueno. Propone semplici armonizzazioni con la voce. L'obiettivo è imparare tre canzoni da rieseguire più tardi sul palco. Cantare in tanti fa tutto un altro effetto, è faticoso ma anche divertente, dà una certa soddisfazione ma stanca. Per fortuna ci sono sedie per tutti. Così tre nuovi canti entrano a far parte del nostro repertorio: *Le cinquecento catenelle d'oro* (canto d'amore toscano), *Ribelli* (canto par-

tigiano bolognese), *Gli scariolanti* (canto di lavoro della romagna). *Ribelli* è nei nostri passi e si canta appassionatamente. Nel furgone del rientro c'è stanchezza e giusto ogni tanto affiora nell'aria ribelli... ribelli.

L'ultima richiesta di esibizione dell'anno arriva dalla Polisportiva Modena est che invita la corale a festeggiare la chiusura delle attività per il periodo natalizio e a scambiare gli auguri con i partecipanti agli altri corsi. Si decide di cantare *El lambròsch*, un panegirico dedicato al famoso vino locale, *Ribelli* e *Com'un leon*. Al concerto, la posizione a ferro di cavallo raccoglie il direttore che, davanti alla corale, invita a seguirlo. Di solito chi guida si posiziona di fronte alla Corale, invece in questo caso il direttore è rivolto verso il pubblico. I suoi gesti sembrano quasi esortare a conquistare uno spazio. Questa volta soddisfatti dell'esibizione modenese i coristi si siedono tra il pubblico e possono restare fino alla fine della festa.

Nel successivo incontro, l'ultimo dell'anno, si raccolgono le idee per definire gli obiettivi che si vuole perseguire nel 2008. Le riflessioni sull'esperienza, e sui risultati inaspettati, portano la corale all'enunciazione di queste intenzioni:

- sostenere un'esperienza amatoriale fondata sulla socialità del canto di tradizione orale;
- avviare momenti di confronto e integrazione con altri organici per scambiare repertori e imparare nuovi canti;
- cantare in pubblico;
- cantare in pubblico con altri organici corali e strumentali;
- ampliare il repertorio di canti a disposizione del gruppo differenziandoli in considerazione delle diverse iniziative ospitanti;
- consolidarsi come risorsa per la Polisportiva;
- diventare una risorsa disponibile per quanti organizzino iniziative di sensibilizzazione della cittadinanza su tematiche d'interesse sociale e per momenti di festa e di convivialità;

- diffondere l'esperienza della Corale attraverso Compact Disc e altri media.

Il 2008

Nel primo incontro di gennaio la corale è al completo. Il direttore riprende i canti in repertorio e ne aggiunge dei nuovi. Ogni mese, un appuntamento, organizzato dall'Archivio Storico del Canzoniere delle Lame, porta la corale a incontrarsi a Bologna. Nel laboratorio dedicato a Caterina Bueno si riprende l'apprendimento di nuovi canti assieme agli altri cori. In questo modo, si rafforza il legame con il fisarmonicista, Salvatore Panu, che accompagna il gruppo di coristi. Tutto questo lavoro sfocia in un concerto tenuto in aprile, in corrispondenza della Festa della Liberazione.

Il lavoro di questo periodo stabilizza nella costanza la frequenza di buona parte del gruppo di coristi. Il direttore inizia a contare sulla memorizzazione di alcuni canti in repertorio.

A Carnevale, la Cavallini partecipa ad una festa organizzata a Modena dal Social Point. La comunicazione di questo appuntamento conviviale viene allargata a tutti i partecipanti del laboratorio "C. Bueno". Quella sera il fisarmonicista arriva con il suo strumento e, invitato, sale sul palco con la corale. Di qui in poi i rapporti si infittiscono e, da allora, spesso e volentieri l'accompagna alla fisarmonica durante le uscite.

Ad aprile la corale partecipa ad un altro seminario tenuto su "i canti della Comune di Parigi" dalla "Troisième rive". I suoi componenti sono conosciuti dal gruppo perché nell'aprile dell'anno precedente si è calcato lo stesso palco bolognese. Per la prima volta si apprendono canti in un'altra lingua, tre in francese: *La semaine sanglante* (canto politico di lotta), *Le chant des ouvriers* (canto politico operaio) *Le temps des cerises* (canto politico e di amore). Quest'ultima canzone entra a far parte del repertorio.

A maggio un altro concerto vede, invece, la corale attiva a Vignola, in provincia di Modena, per il

trentennale della legge 180 di Franco Basaglia. Fino ad arrivare, al convegno di Legnago, la prima esperienza fuori dalla regione e la prima partecipazione ad un convegno di musicoterapia. In quell'occasione il coro presenta, accompagnato dal fisarmonicista, cinque canti rappresentativi della costituzione del proprio repertorio: *Centro di gravità permanente* (canzone di F. Battiato), *Com'un leon, Partire partirò partir bisogna* (canto militare sull'aria di Tutti mi dicono Maremma Maremma), *Le cinquecento catenelle d'oro*, *Le temps des cerises*.

Sempre in quell'occasione si annuncia al pubblico l'imminente passaggio in radio: una esperienza di registrazione nella trasmissione *Psicoradio, la radio della mente*. È una messa in onda supportata dal Dipartimento di Salute Mentale di Bologna, una trasmissione diffusa a livello nazionale che, da poco tempo, gode del sostegno della Comunità Europea (potete trovare la puntata Un coro per Psicoradio in www.psicoradio.it).

Conclusioni

Diversi e inattesi sviluppi portano la Corale a confrontarsi con altri gruppi nelle diverse circostanze descritte. In questo modo, il gruppo tesse, via via, una rete di rapporti con il territorio regionale, e ora non solo, le cui trame necessitano di essere curate e strette con attenzione. La dimensione corale della musica si rivela essere un ottimo strumento di lavoro territoriale. Non è una esperienza di musicoterapia, sono differenti gli ingredienti fondanti, ma una pratica che trova le sue radici nella socialità del canto orale. Col passare del tempo si costituiscono risorse tali da poter presto contare su una rete di diverse entità a sostegno di processi sociali fondati sulla pratica del canto di trasmissione orale.

La corale Cavallini ha le caratteristiche di un coro amatoriale e, al momento, non è capace di performance complesse. È molto semplice cantare al suo interno e le porte restano aperte a tutti quanti collaborino con impegno e riguardo a far

crescere l'identità musicale del gruppo mettendo in gioco la propria vocalità.

Si ritiene importante, anche se non si tratta di musicoterapia, effettuare, comunque, una accurata valutazione delle ricadute, in termini clinici, musicali e sulla rete sociale, a supporto dell'efficacia di questo tipo d'intervento. Con questo obiettivo sono, infatti, in via di sviluppo una serie di strumenti in grado di rilevare questo tipo di informazioni da una esperienza con un certo grado di complessità come questa.

La creazione del repertorio, così come descritto, si costituisce, in maniera consistente, intorno ad esperienze di reciproca e diretta conoscenza di altri gruppi e formazioni e attraverso le scelte e le rielaborazioni operate con l'impronta artistica data dal direttore. Il significato di canto sociale, solitamente inteso come repertorio di canti delle manifestazioni proprie della cultura popolare, come un momento d'incontro della tradizione orale contadina con la moderna cultura proletaria, come una forma delle più recenti lotte sociali (Leydi, 1973), assume una diversa connotazione e diventa invece una pratica, un'esperienza sociale vissuta attraverso il canto, legata a modelli di trasmissione popolari.

Più in fondo dell'inferno, ha aperto il gruppo alla esperienza di socializzare il canto. Certo, in esso si rilevano qualità specifiche del testo e musicali tipiche del canto sociale di protesta e che rientrano a pieno nelle caratteristiche di questo repertorio, ma ciò che in realtà contraddistingue la Corale Cavallini è che il Canto Sociale acquisisce valore, diviene una caratteristica del gruppo: quella di muoversi e incontrare, trovare gli Altri cantando. Questa è la nostra accezione di Canto Sociale, il principale significato dato a questa locuzione polirematica al di là di ogni repertorio.

È questa la strada intrapresa, in questo primo anno di lavoro. È questa sensibilità che si va ad allargare: un potere dell'essere musicali che va oltre le parole, va oltre ogni pregiudizio.

“La musica - come ricorda il maestro Daniel Barenboim nella interessantissima raccolta di riflessioni “La musica sveglia il tempo” - è l'arte dell'immaginario per eccellenza, un'arte scevra di tutti i limiti imposti dalle parole, un'arte che tocca le profondità dell'esistenza umana, un'arte fatta di suoni che travalicano tutte le frontiere” (Barenboim, 2007).

■ Albano F.
Interazione, relazione e storia: ragionamenti di musicoterapia e supervisione, *Musica&Terapia*, n. 14, Cosmopolis, Torino, 2006.

■ Albano F., Finali G., Frison R., Postacchini P.L. (a cura di), *Claudio Cavallini, un pioniere della musicoterapia*, Guaraldi, Rimini, 2005.

■ Barenboim D.
La musica sveglia il tempo, Feltrinelli, Milano, 2007.

■ Fogel A.
Developing Through Relationships: Origins of Communication, Self and Culture, University of Chicago Press, Chicago, 1993.

■ Fogel A.
Oltre gli individui: un approccio storico-relazionale alla teoria e alla ricerca sulla comunicazione, in M.L. Genta (a cura di), *Il rapporto madre-bambino*, Carocci, Roma, 2000.

■ Grinberg L., Grinberg R.
Identità e cambiamento, Armando, Roma, 1976.

■ Leydi R.
I canti popolari italiani, Arnoldo Mondadori, Milano, 1973.

■ Postacchini P.L.
Percorsi dell'integrazione, *Musica Scuola*, n. 14, Bologna, 1989.

■ Postacchini P.L.
La musicoterapia tra espressione e regolazione delle emozioni, in Ricci Bitti P.E. (a cura di), *Regolazione delle emozioni e arti-terapie*, Carocci, Roma, 1998.

■ Ricci Bitti P. E.
(a cura di), *Regolazione delle emozioni e arti-terapie*, Carocci, Roma, 1998.

■ Social Point
Il progetto Social Point, dattiloscritto, 2007.

E. Ceccato, Conservatorio di Verona, Dipartimento di Salute Mentale, ULSS 5, Montecitorio Maggiore (VI); **D. Lamonaca**, Dipartimento di Salute Mentale, ULSS 21, Legnago (VR); **L. Gamba**, **R. Poli**, Azienda Ospedaliera di Cremona, U.O. Psichiatria; **P.A. Caneva**, Conservatorio di Verona

Il metodo STAM nella psicosi: il contributo della ricerca

This paper briefly summarizes the results of the path of research aimed at validating the protocol STAM (Sound Training for Attention and Memory) that the Authors have made so far. We report here the most significant results of a multi - centre study, the third, to be published soon in a more comprehensive way.

Premessa

Due lavori di ricerca hanno evidenziato come il protocollo STAM (Sound Training for Attention and Memory) possa essere efficace se utilizzato nella riabilitazione di funzioni cognitive come attenzione e memoria nei pazienti schizofrenici. Nel primo studio, (Ceccato et al, NJMT, 2006) condotto con una metodologia sperimentale su gruppi, controllato ma non randomizzato (CCT) che ha coinvolto 16 pazienti con diagnosi di schizofrenia frequentanti un centro diurno di riabilitazione psichiatrica che hanno liberamente scelto di partecipare alla ricerca, è risultato che i pazienti che hanno partecipato all'intervento sperimentale, ovvero al gruppo su cui è stato applicato il protocollo STAM, hanno migliorato le loro prestazioni alla WMS ($p=0.01$) e alla LSP ($p=0.01$) in maniera statisticamente significativa. Nel secondo studio, non pubblicato ma presentato al 7° Congresso Europeo di Musicoterapia nel 2007 (Ceccato et al., 7th European Music Therapy Congress, 2007), si è evidenziato come i pazienti che hanno partecipato all'intervento sperimentale abbiano migliorato le loro prestazioni al PASAT ($p=0.018$) in maniera statisticamente significativa. Quest'ultimo lavoro è stato condotto anch'esso con una metodologia sperimentale su gruppi, dove però i gruppi di controllo e quello sperimentale sono stati costruiti utilizzando un criterio di randomizzazione casuale e non scelti con criteri clinici come nel precedente. Differentemente dal primo studio, inoltre, i professionisti coinvolti nelle valutazioni testistiche non erano a conoscenza (singolo cieco) degli scopi della ricerca e

Due lavori
di ricerca hanno
evidenziato come
il protocollo
STAM (Sound
Training for
Attention
and Memory)
possa essere
efficace
se utilizzato
nella riabilitazione
di funzioni
cognitive come
attenzione
e memoria
nei pazienti
schizofrenici

Il lavoro di ricerca ha lo scopo di verificare l'efficacia del protocollo STAM

se le persone che stavano valutando facessero parte dell'uno o dell'altro gruppo. I pazienti coinvolti sono stati 14.

Obiettivo

A fronte del fatto che il basso numero di persone coinvolte nei due studi suddetti non permette alcun tipo di generalizzazione, il lavoro di ricerca che presentiamo ha lo scopo di verificare l'efficacia del protocollo STAM coinvolgendo però un maggior numero di persone.

Metodo di ricerca

Si tratta di uno studio multicentrico di tipo sperimentale che coinvolge 4 differenti centri diurni psichiatrici di cui 3 situati in Veneto ed 1 in Lombardia, cui hanno partecipato un totale di 67 pazienti.

In ogni centro si è svolto un singolo studio randomizzato e controllato (RCT) in cui i pazienti del gruppo sperimentale hanno partecipato allo STAM e quelli del gruppo di controllo hanno proseguito nelle normali "cure standard" che si svolgono all'interno di ogni centro diurno. Per tutti i partecipanti dei gruppi di controllo dei quattro centri diurni si è osservato che non si verificassero cambi nella terapia farmacologica e nelle attività riabilitativo-terapeutiche in essere durante la ricerca o eventi che potessero incidere in maniera significativa nella vita delle persone.

Per tutti i partecipanti di entrambi i gruppi si è somministrata una batteria di "test di ingresso" pre-intervento e "test di uscita" post-intervento. Era previsto un follow-up a tre mesi dall'intervento che per ragione di ordine organizzativo ed economico non si è potuto attuare.

Campione

67 pazienti con diagnosi di schizofrenia hanno partecipato allo studio. Le diagnosi sono state

effettuate dallo psichiatra di riferimento utilizzando i criteri per la schizofrenia del DSM IV. Per ogni centro, come detto, si sono formati 2 gruppi in maniera ran-

domizzata che avessero lo stesso numero di partecipanti.

Luogo

Hanno partecipato allo studio i centri diurni psichiatrici:

- "Il Tulipano" (ULSS 21, Legnago, VR)
Responsabile: Dott. Dario Lamonaca
- "Il nido rosa" (ULSS 5, Lonigo, VI)
Responsabile: Dott. Giulio Gios
- "C.D. Area riab. U.O.P." (UOP 29, CR)
Responsabile: Dott. Roberto Poli
- "Il Girasole" (ULSS 5, Montebelluna, TV)
Responsabile: Dott. Giulio Gios

Durata

Per ogni gruppo sperimentale sono stati previsti 16 incontri a cadenza settimanale. Le sedute hanno avuto durata di 55 minuti

Materiali

Valutazione dell'attenzione:

- PASAT (Paced Auditory Serial Addition Test, Gronwall, 1977; Tombaugh, 2006): è un test che valuta l'attenzione uditivo - verbale. Nell'esecuzione del compito sono 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 quel-

la 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.

- CCPT (Conners Continuous Performance Task, Rosvold et al., 1956, modalità visiva, computerizzata PEBL*): è un test per la misurazione della vigilanza e dell'attenzione sostenuta. Implica la rilevazione da parte del soggetto di stimoli critici (la lettera X) all'interno di un flusso di stimoli neutri (altre lettere dell'alfabeto). Come misura di riferimento si è considerato solo il numero di risposte corrette da parte del soggetto.

Valutazione della memoria:

- WMS (Wechsler Memory Scale, 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 dieci associazioni di parole accoppiate; subito dopo l'esaminatore legge le prime parole di ogni coppia ed il soggetto deve ricordare la seconda paro-

la 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 delle funzioni esecutive:

- BCST (Berg's card sorting test, Berg, 1948, versione computerizzata, PEBL*): il test consiste di 4 carte-stimolo e 128 carte-risposta. Al soggetto è richiesto di abbinare le carte-risposta a quelle stimolo, secondo certi criteri che tengono conto di determinati parametri. Le 4 carte-stimolo, che mostrano un triangolo rosso, due stelle verdi, tre croci gialle e quattro cerchi blu, riflettono soltanto 3 parametri di stimolo: colore, forma e numero. Ogni carta-risposta può essere abbinata ad una carta-stimolo soltanto per un parametro oppure per una combinazione dei tre parametri di stimolo.

Il soggetto deve porre ogni cartoncino sotto al modello con cui reputa condivida qualche caratteristica, e dopo ogni scelta l'esaminatore lo informa se l'assegnazione è stata "giusta" o "sbagliata". Vengono dapprima dichiarate giuste le assegnazioni effettuate per colore, e, dopo 5 risposte corrette consecutive (sono 5 nella versione originaria di Berg, 10 nella versione più diffusa), quelle eseguite per forma, e infine quelle per numero, senza che nel corso della prova il soggetto sia mai avvertito di quando il criterio "giusto" cambia. Si calcolano il numero di categorie identificate dal soggetto, gli errori commessi e gli errori perseverativi.

- PEBL (Psychology Experiment Building Language) è un semplice linguaggio di programmazione su misura per la creazione e la conduzione di molti esperimenti psicologici standard. Si

tratta di un software libero, sotto licenza GPL. È disponibile all'indirizzo <http://pebl.sf.net>

Intervento Gruppo Sperimentale, Definizione Protocollo Stam

Lo STAM (Sound Training for Attention and Memory) è un protocollo riabilitativo manualizzato costituito da una serie progressiva di esercizi sonoro/musicali finalizzati a stimolare alcune funzioni dell'attenzione e della memoria ed in particolare:

- l'Attenzione selettiva, intesa come capacità di selezionare fonti di stimolazione esterna o interna alla presenza d'informazioni in competizione, capacità di concentrarsi su ciò che interessa e di elaborare in modo privilegiato le informazioni rilevanti per gli scopi che si intendono perseguire (Stablum, 2002);
- l'Attenzione sostenuta, intesa come capacità di mantenere l'attenzione su di un evento per periodi di tempo prolungati (ibid.);
- l'Attenzione alternata, intesa come flessibilità mentale di spostarsi da un compito ad un altro (ibid.).
- la Memoria a breve termine intesa come spazio mentale in cui le informazioni vengono conservate per periodi più lunghi di qualche secondo. Può anche essere considerata memoria di lavoro (working memory) perché deputata alla manipolazione non meno che alla conservazione dell'informazione (Baddeley, 1992).

Il protocollo è articolato in quattro fasi, una per ogni particolare funzione sopracitata ed ha la forma dello "svolgimento di esercizi" che si evolvono in maniera progressiva, dal semplice al più complesso. Gli esercizi si svolgono sia in gruppo che individualmente all'interno del gruppo.

Ne forniamo qui una breve descrizione tratta dalla traduzione del primo lavoro pubblicato sul NJMT (Ceccato et al, 2006) e da poco pubblicato su questa rivista (Ceccato et al., 2008):

- **Esercizio n° 1: Associazione Stimolo - Movimento**
Al presentarsi di particolari stimoli sonori una base musicale si interrompe per un determinato tempo che può essere stabile o variabile. Il compito è quello di eseguire, durante la pausa, il movimento che prima di far partire la base musicale era stato associato allo stimolo sonoro.

Al ricominciare della musica si smette di eseguire il movimento. L'esercizio è reso sempre più difficile dall'aumentare degli stimoli sonori che si presentano e, di conseguenza, dei movimenti da eseguire.

- **Esercizio n° 2: Risposta a Stimoli Acustici**
Il compito consiste nel rispondere a stimoli acustici bersaglio registrati sopra una sequenza sonoro/musicale. Vengono utilizzati gli stimoli sonori dell'esercizio precedente.

Per risposta si intende discriminare il tipo di stimolo e contare quante volte compare all'interno di una registrazione in concomitanza di rumori di fondo distrattori che hanno lo scopo di rendere via via più difficile l'identificazione degli stimoli bersaglio.

- **Esercizio n° 3: Spostamento dell'Attenzione**
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. Viene inoltre 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. Per entrambi gli esercizi la difficoltà è aumentata diminuendo il tempo tra un cambio di compito e l'altro.

- **Esercizio n° 4: Ripetizione Ordinata e Inversa**
Il compito consiste nel ripetere, in modo ordinato o inverso, sequenze di suoni precedentemente

- **Baddeley A.**,
trad. it di Anna Berti. *La memoria umana*, Il Mulino, Bologna, 1992.
- **Ceccato E., Caneva P., Lamonaca D.**
(2006). Music therapy and cognitive rehabilitation: A controlled study, *Nordic Journal of music therapy*, 15 (2), pp. 3-12.
- **Ceccato E., Piccione G., Verzè G., Caneva P.A.**
The STAM method in the rehabilitation of attention and memory in schizophrenic patients: a further single-blind, controlled, randomized study, paper presented at *European Music Therapy Congress*, Eindhoven, 2007.
- **Gronwall D.M.**
(1977). Paced auditory serial-addition task: a measure of recovery from concussion. *Percept Mot Skills*, 44(2), 367-373.
- **Rosvold H.E., Mirsky A.F., Sarason I., Bransome E.D., Beck L.H.**
(1956). A continuous performance test of brain damage, *Journal of Consulting Psychology*, 20, 343-350.
- **Saggino A.**
(1983). Rassegna della letteratura sulla Wechsler Memory Scale come strumento clinico e di ricerca. *Bollettino di Psicologia Applicata*, n. 165, 37-44.

registrate. Gli stimoli sono rappresentati da campioni di suoni degli strumenti selezionati per il compito. L'esercizio passerà da ripetizioni molto semplici, ad esempio tre suoni, a ripetizioni via via più difficili.

Il protocollo è stato costruito all'interno di un quadro epistemologico che considera la riabilitazione cognitiva come una parte fondamentale del lavoro terapeutico con pazienti psicotici ed in particolare schizofrenici e che si pone come obiettivi specifici da migliorare:

- la capacità di discriminare uno stimolo rilevante da quelli irrilevanti;
- la difficoltà a mantenere l'attenzione focalizzata nel seguire, ad esempio, un determinato filo del discorso;
- la distraibilità;
- la lentezza nell'elaborare le informazioni e nell'organizzarle nella memoria a breve termine

Inoltre, all'interno di un ambito più strettamente musicoterapeutico, si ritiene che si debba cercare di fornire alla disciplina "musicoterapia" dati il più "oggettivi" possibile su cui poggiare le proprie speculazioni, magari in un'ottica che le permetta di confrontarsi e di dialogare con altre discipline che si occupano di "salute" e "terapia" con un linguaggio che sia il più possibile chiaro e condiviso. Riteniamo che il paradigma della Evidence Based Practice (EBP) possa essere quello più adeguato e che l'individuazione di strumenti, protocolli per la riabilitazione di funzioni mirate, e la possibilità di fornire dati sperimentali, per meglio identificare quali siano questi strumenti, possa essere utile a tal fine.

Intervento gruppo di controllo

Tale gruppo ha usufruito di attività riabilitative standard che hanno previsto una terapia farmacologica individualizzata e di attività riabilitative varie e diversificate tra cui teatro, gruppi sportivi, attività di problem solving etc. Per i pazienti del

gruppo di controllo si è osservato con attenzione che non si verificassero cambi nella terapia farmacologia o nelle attività riabilitative in cui erano coinvolti al fine di isolare il più possibile le variabili agenti il cambiamento.

Risultati

I risultati saranno pubblicati in un prossimo articolo in maniera dettagliata.

Discussione

I risultati iniziali sembrano indicare che il protocollo utilizzato possa essere molto utile nella riabilitazione delle abilità mnemoniche misurate con la WMS e delle abilità attentive misurate con il PASAT.

A fronte di alcune preoccupazioni iniziali per la complessità del progetto, soprattutto per ciò che riguarda il coinvolgimento ed il coordinamento di quattro differenti strutture dislocate anche a notevole distanza una dall'altra, l'attuazione dello stesso si è rivelata più fonte di stimolo che di difficoltà. Il protocollo si è dimostrato attuabile ed il livello di drop out nelle quattro strutture è stato molto contenuto.

Gli obiettivi prefissati sono stati raggiunti ed i risultati ottenuti ci incoraggiano nel ritenere, con le dovute cautele, che si possa ragionare in termini di Evidence Based Practice (EBP) all'interno della disciplina "musicoterapia".

Per il futuro ci riserviamo di perfezionare il lavoro di ricerca definendo con maggiore attenzione i criteri di arruolamento, utilizzando test differenti che permettano di valutare più dettagliatamente in quale specifico ambito possano avvenire delle modificazioni, valutando con maggiore attenzione se i risultati ottenuti sono generalizzabili alla qualità della vita quotidiana ed al funzionamento sociale.

All'interno del protocollo sarà probabile che si possa definire in maniera più oggettiva come e quando passare da un'attività ad un'altra.

■ **Stablum F.**
L'attenzione, Carocci,
Roma, 2002.

■ **Tombaugh T.N.**
(2006). A comprehensive
review of the Paced Auditory
Serial Addition Test (PASAT).
Arch Clin Neuropsychol,
Jan, 21(1), 53-76. Epub 2005
Nov 14.

■ **Wechsler D.**
(1963 - 1997). *Wechsler
memory scale*. Firenze: O.S.
Organizzazioni.

La Composizione Facilitata di Canzoni nella riabilitazione psichiatrica

In my work with the psychiatric patients, I made easier the composition of something like thirty songs in six different Psychiatric daily Centers. All songs have been recorded and written down but I chose just three among them to present at the Meeting: "I am here", "Dream" and "A doctor man". Each of these shows quite clearly one or more features of the practical utility of the songwriting technique in musictherapy. In this presentation I would like to use technology and internet network (above all the hosting service provided by You Tube portal) that gives the reader the possibility of experiencing what people lived while listening the songs played from the patients during the session of June 6th 2008.

Premessa

Quando mi è stato chiesto di scrivere un report per pubblicare il mio intervento al Convegno "Musicoterapia e Psichiatria: Contributi di Ricerca ed Esperienze" 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 dividerne 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 Compositio-

**Nel mio lavoro
in psichiatria
ho facilitato
la composizione
di una trentina
di canzoni in sei
centri diurni**

Una delle fasi più delicate nel songwriting è trovare l'argomento sul quale scrivere la canzone

ne di Canzoni come strategia di intervento musicoterapico" e non sarebbe stato un report fedele del mio intervento.

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

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=heGSnlwp62o>

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 andarcene". 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 condivideva 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:

Centro Diurno Tulipano

♩ = 90

lo so-no qui per col-pa del dot-to-re per non res-ta-re, a ca-sa per fa-re l'a-mo-re Per
 far-lo vir-tual-men-te per far-lo con la men-te Per-chè son laz-zar-o-re e un por-co far-fal-lo-re

UF-fa che pal-la UF-fa UF-fa che pal-la qui fac-cio la muf-fa

UF-fa che pal-la UF-fa UF-fa che pal-la qui fac-cio la muf-fa

*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 tradirti 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=baggzdrM_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 trascivo 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:

♩ = 100 Centro Diurno Girasole

So gno un la-vo-ro tut-to mi-o Dove pos-so di-re i-o lo ci so-no e so-no qui

Sta-re a con-tat-to con la gen-te Un la-vo-ro intel-li-gen-te No non vo-glio ca-ri-tà

No non c'è nes-su-no Che mi to-glierà i miei sog-ni Nie-nte più fan-tas-mi Vo-glio so-lo li-ber-tà

No non c'è nes-su-no Che mi to-glierà i miei sog-ni Nie-nte più fan-tas-mi Vo-glio so-lo li-ber-tà

*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=HwNcMZfZjM>

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.

■ 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, 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.

■ Pizzolo 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 non-cooperation in a client with schizophrenia: a case study. *The Arts in Psychotherapy* 30(1), 25-33, 2003.

L'organizzazione temporale in pazienti psichiatrici: dalla ricerca alla riabilitazione con il modello di musicoterapia integrata MIM

Gli esseri umani organizzano le loro esperienze interne ed esterne mediante categorizzazioni temporali non verbali, basate su sensazioni ed esperienze corporee

The purpose of this contribution is to present the clinical efficacy of the music therapy intervention based on the findings of our research on Subjective Tempo and Neurosciences studies, including those regarding mirror neuron system functions. Our study aimed to systematically explore a possible linkage between human chronobiology and cognitive processes, and to compare adults with and without psychiatric disorders on a variety of components and measures of subjective tempo, each with different psychological requirements. Many differences were found between the control and psychiatric groups. Clinical modification in some psychiatric characteristics (measured by psychiatric instruments), and in subjective tempo organizations, seem to support the efficacy of the Music Therapy Integrated Model scientifically and clinically.

Introduzione

Lo scopo di questo lavoro è quello di dare un contributo per una comprensione delle funzioni e dei processi (a livello neuropsicologico, cognitivo, emotivo e comportamentale) dell'essere umano che tenga conto del Tempo Soggettivo in modo da poter programmare interventi riabilitativi efficaci mediante il Modello Integrato di Musicoterapia – MIM.

Il Tempo Soggettivo

È necessario considerare, come premessa fondamentale, che gli esseri umani organizzano le loro esperienze interne ed esterne mediante categorizzazioni temporali non verbali, basate su sensazioni ed esperienze corporee. Gli schemi temporali, a loro volta, si articolano includendo esperienze di origine interna ed esterna con interconnessioni neurologiche e poi metaforico-rappresentazionali dei diversi schemi sensoriali (uditivo, visivo, cenestesico, olfattivo-gustativo). Sembra,

Nella letteratura sono stati utilizzati svariati modi e termini per descrivere il tempo soggettivo ed i fenomeni relativi

quindi, ragionevole che vi possa essere un legame tra la cronobiologia umana, su basi neurofisiologiche, ed i processi cognitivi, interconnessi con l'attività motoria e

considerati essi stessi delle azioni (Guidano, 1988) in quanto gli individui sviluppano, in modo auto-referenziale, i loro schemi di tempo, o tempo soggettivo, per poter essere in sintonia ed interagire con il loro ambiente fisico, psichico e sociale (Giordanella, 1993; Guidano, 1988; Lakoff, 1987).

• Le origini del Tempo Soggettivo

Metaforicamente parlando, ciascun essere umano sembra utilizzare miriadi di orologi interni per organizzare le sue funzioni biologiche, psicologiche e sociali. Uno di questi orologi è quello "utilizzato" dal cuore che inizia a battere in uno stadio molto precoce della vita intrauterina, ancora prima che si sia formata la corteccia cerebrale. Anche i centri emozionali, sottocorticali, del cervello – l'amigdala e l'ippocampo – iniziano a svilupparsi, insieme al cervelletto, con organizzazioni temporali nei circuiti neurali. Allo stesso tempo, ritmi e suoni, come onde di pressione, pervengono al feto dal corpo della madre e, filtrati dal liquido amniotico, dal mondo esterno in modo che si possano formare degli schemi sensorio-motori, con componenti ritmico-temporali, per permettere al feto di poter percepire e sintonizzarsi fin dalla nascita con l'ambiente esterno. In questo panorama, il cervelletto sembra avere la funzione di processare stimoli temporali brevi (decimi di secondo, secondi), mentre la corteccia sembra processare stimoli più lunghi (minuti, ore, ecc.) (Edelman, 1991). Nel complesso e coerente sistema umano, il cuore interagisce con le aree cerebrali per cui il battito del cuore può essere considerato un segnale per informare direttamente l'amigdala e l'ippocampo sullo stato e la

funzione cardiaca. Infatti i battiti del cuore presentano differenti velocità tra individui diversi e nello stesso individuo, con variazioni da circa 50 a 90 battiti al minu-

to, associate ad attività ed emozioni differenti. Quando lavoriamo, siamo a riposo, dormiamo, ci emozioniamo, siamo malati, corriamo, interagiamo o ascoltiamo musica, il nostro cuore adatta il suo andamento alla situazione agita e/o sperimentata. Sembra che ci sia un accomodamento del battito cardiaco e degli schemi temporali cerebrali, in quanto circuiti tra aree cerebrali differenti per la memoria, includono organizzazioni temporali per la trasmissione di informazioni tra le cellule, sotto forma elettrica e chimica.

• La ricerca sul Tempo Soggettivo

Nella letteratura concernente studi e ricerche, sono stati utilizzati svariati modi e termini per descrivere il tempo soggettivo ed i fenomeni relativi (es. andamento temporale, tempo personale, velocità di elaborazione cognitiva, orologi interni). In questo contributo il termine Tempo Soggettivo – TS è utilizzato per descrivere sia i processi interni che il comportamento esterno. Internamente il TS è il tempo o andamento unico e personale di un individuo con riferimento a processi psicomotori, cognitivi ed emotivi, o la velocità alla quale una persona può apprendere, registrare e comprendere stimoli in arrivo. Esternamente, il TS è la velocità alla quale una persona reagisce, pianifica e mette in atto una risposta comportamentale agli stimoli (Giordanella, 1993).

Dati i numerosi fattori che producono differenze tra gli individui ed i gruppi, il tempo soggettivo rappresenta un considerevole interesse per le situazioni cliniche. Ricerche hanno mostrato una relazione tra il tempo soggettivo e l'impulsività

(Barratt, 1983), l'iperattività (Klein, 1981), la depressione (Steinberg & Raith, 1985), il disturbo maniaco (Cohen, 1986), la schizofrenia (Limbekne, 1981; Stuss & Benson, 1988) e l'ansia (Barrat, 1983). Alcune ricerche mostrano differenze nella percezione e stima di durate tra popolazione con o senza disturbi psichiatrici (Limbekne, 1981; Fraisse, 1984).

Considerando quanto detto, lo scopo della ricerca effettuata è stato di confrontare adulti con e senza disturbi psichiatrici su una varietà di componenti e misure di tempo soggettivo, ciascuna collegata a funzioni psicologiche diverse (Giordana, 1993, 1995). Più specificatamente, lo scopo è stato di determinare se ci fossero differenze tra i due gruppi nei seguenti compiti e misure (rilevati, con metodologia e strumentazione computerizzata specificatamente elaborata, mediante il tapping, battito di un dito su una superficie insonorizzata): (a) Tempo Spontaneo (caratteristiche del tapping effettuato in modo libero e spontaneo con la mano dominante e non dominante); (b) Tempo Mobile (abilità a controllare l'accelerazione ed il rallentando durante il tapping, solo con la mano dominante); (c) Tempo Espressivo (le caratteristiche del tapping in situazioni proposte per descrivere tristezza, rabbia e contentezza, con la mano dominante); (d) Imitazione Ritmica (accuratezza nel riprodurre il numero e la durata di eventi e gli intervalli tra ciascuno di essi, con la mano dominante, e tempo di reazione agli stimoli sonori proposti dal computer); (e) Sincronizzazione (accuratezza nel sincronizzarsi a eventi sonori presentati dal computer a quattro velocità differenti, compreso l'accelerando, solo con la mano dominante).

Dato che il tempo soggettivo è considerato necessario per costruire schemi atti a percepire la realtà interna ed esterna, è stato ipotizzato che si sarebbero trovate differenze tra i due gruppi in correlazione con i diversi stati mentali ed i livelli di funzionamento cognitivo (attenzione, perce-

zione, memoria). I risultati di questo studio sembrano indicare che gli schemi temporali nel gruppo di partecipanti senza disturbi psichiatrici siano più adattivi ed articolati per differenziare situazioni e compiti, mentre quelli mostrati dal gruppo di psichiatrici sono risultati più rigidi e meno adattabili alle differenti situazioni. I diversi risultati ottenuti in alcuni compiti, sia in ciascun gruppo che tra i due gruppi, possono sostenere il punto di vista che ciascun compito fornisce informazioni specifiche relative alla costruzione del tempo soggettivo personale ed a quelle attribuibili a differenziare i gruppi.

L'ampiezza, o intensità nel battito, sembra essere una misura abbastanza sensibile per differenziare gli affetti tra adulti con e senza disturbi psichiatrici. Il tapping più forte dei pazienti psichiatrici e l'assenza di differenze tra emozioni di tristezza, rabbia e contentezza suggerisce un'intensità negli stati affettivi più grande e, forse, una maggiore difficoltà a differenziare e controllare gli stati affettivi medesimi.

La durata dei battiti sembra essere una misura affidabile per il tempo spontaneo, espressivo e mobile in entrambi i gruppi. Tale misura ha distinto i due gruppi quando hanno battuto con la mano non dominante (battiti più lunghi nei pazienti psichiatrici), quando è stata espressa rabbia (più lunghi nel gruppo psichiatrico) e quando sono state riprodotte durate di tempo proposte tramite il computer, specialmente eventi con durate di due secondi, mentre durate di mezzo secondo e di un secondo sono state riprodotte con minore differenza rispetto al gruppo di controllo. I dati di ricerche precedenti suggeriscono che l'abilità di riprodurre durate non è associata a capacità psicomotorie ma a stati affettivi (Cohen, 1986), ai processi di attenzione (Golden et al., 1982) ed a stadi di sviluppo (Piaget, 1979; Fraisse, 1984; Rider & Eagle, 1986).

Anche la frequenza del tapping appare essere una misura chiara del tempo spontaneo ed espressivo in entrambi i gruppi. La frequenza del battito distingue i gruppi in tutti i compiti di imitazione e sincronizzazione, con una distinta tendenza a battere più velocemente, nel gruppo psichiatrico, nei compiti imitativi e più lentamente in quelli di sincronizzazione (ad eccezione del tempo lentissimo). Dati di precedenti ricerche hanno associato il tempo veloce nel tapping, e la non capacità di controllare la frequenza del battito, all'impulsività (Barratt, 1983), a problemi nel percepire l'accelerazione e la decelerazione (Kuhn & Gates, 1975) ed a disturbi maniacali (Cohen, 1986).

Anche il tempo di reazione sembra essere un indicatore affidabile delle differenze tra il gruppo psichiatrico e quello non psichiatrico dato che il primo ha mostrato un tempo di reazione più lungo. I dati di ricerche precedenti hanno mostrato che il tempo di reazione è legato alle funzioni centrali di information processing, cioè a processi cognitivi associati all'esecuzione di un compito (Biondi et al., 1991).

I dati di questo studio (Giordanella, 1993, 1995) suggeriscono che, quando confrontati con individui senza disturbi psichiatrici su varie misure di tempo soggettivo, gli adulti con disturbi psichiatrici, del nostro gruppo, mostrano un basso controllo affettivo, una minore differenziazione di stati emotivi e impulsività. Inoltre il gruppo psichiatrico sembra presentare funzioni psicomotorie impoverite, una più lenta funzione centrale di processamento di informazioni, una breve memoria percettiva e problemi di attenzione. Si potrebbe speculare che gli adulti partecipanti al nostro studio, con disturbi psichiatrici, presentino un deterioramento nell'integrazione tra funzioni dell'emisfero destro e sinistro, riguardanti processi olistici ed emotivi insieme a quelli analitici e sequenziali. Questa inadeguatezza nella comuni-

cazione tra aree cerebrali potrebbe riflettersi negli schemi di tempo soggettivo disfunzionali e rigidi, non adeguati ad organizzare in modo peculiare ed adattivo eventi interni ed esterni.

Dallo studio si può riassumere che pare esistere un legame tra la cronobiologia umana ed i processi cognitivi. I risultati conseguiti suggeriscono che il tempo soggettivo sembra:

- a) essere una costruzione personale, su basi neurofisiologiche, usata come parametro per organizzare processi interni differenziati cognitivi ed emotivi;
- b) variare in relazione con stati patologici e normali;
- c) essere più o meno adattivo per percepire ed essere in sintonia con l'ambiente. Tali variazioni del tempo soggettivo appaiono essere in connessione ai componenti fondamentali proposti ed alle misure prese in considerazioni nelle precedenti e nell'attuale ricerca, come la frequenza del tapping, la durata e l'ampiezza.

Una importante verifica a quanto emerso nel nostro studio è presentato da ricerche effettuate, sulle basi e definizioni del nostro lavoro sul Tempo Soggettivo, dalla Professoressa Nobuko Saji della Miyagi University. (Saji, N. & Sugai, K., 2005). In un primo lavoro Saji ha rilevato che quando i pazienti, con forme di demenza grave, ascoltavano musica familiare, la loro corteccia cerebrale si riattivava e le dimensioni frattali a breve termine degli EEG presentavano minori fluttuazioni. Per cui ha avuto la conferma che il "tempo" è estremamente importante per comunicare, nelle sedute di musicoterapia, con pazienti affetti da demenza particolarmente con quelli che presentano una forma grave. Bisogna tenere presente la differenza tra il tempo con il quale si suona ed il tempo soggettivo. In altre parole Saji comprese che il tempo di una musica poteva andare al di là della capacità, o come diciamo noi, della finestra percettiva di un soggetto, per cui

non veniva data alcuna risposta da quel partecipante. D'altra parte la ricercatrice comprese, come avevamo riportato nel nostro studio e nella nostra pratica clinica, che per quei soggetti che rispondevano alla proposta musicale, il tempo della musica era molto simile al loro tempo soggettivo. Per cui il tempo dello stimolo percepito poteva essere un fattore cruciale che permetteva ai partecipanti di dare risposte musicali. Uno studio successivo, durato circa quattro anni, comprendeva 70 soggetti (età media 83 anni, con punteggi medi al MMSE di 14.6, DS 5.7) che frequentavano sedute di musicoterapia di gruppo ed individuali una volta la settimana. In ogni seduta per prima cosa veniva identificato il Tempo Soggettivo di ciascuno mediante le sue risposte ad una canzone familiare ben conosciuta, quindi veniva suonata una canzone nuova con il tempo soggettivo che era stato identificato e veniva osservato il processo di apprendimento di questa particolare canzone. I risultati hanno dimostrato quanto segue: 1) anche pazienti con demenza grave hanno la potenzialità di apprendere una nuova canzone, sebbene sia necessario un periodo di tempo più lungo di quello richiesto ai pazienti con forme di demenza più lievi; 2) l'approccio musicoterapico che si basa e tiene in conto il tempo soggettivo è efficace a sostenere e mantenere l'abilità di apprendimento in persone anziane con demenza.

Sono molteplici le implicazioni di queste ricerche per gli interventi di musicoterapia clinica. Inanzitutto gli elementi temporali e ritmici della musica sembra possano avere implicazioni diagnostiche significative. Il Prof. Bruscia considera la variabilità nella velocità (rigida, stabile, variabile, contrastante e casuale) molto importante per diagnosticare e valutare i clienti in musicoterapia (Bruscia, 1987). Le misure presentate dal tempo soggettivo possono essere particolarmente utili nell'identificare e comprendere il tipo di proble-

ma che risulta presente nei disturbi psichiatrici. Basandosi sulla loro considerevole esperienza clinica, Nordoff e Robbins attribuiscono un differente significato al Tempo (velocità) nell'improvvisazione nel caso sia determinato da un disturbo psichico o sia espressione di una esperienza in una condizione di normalità. In secondo luogo, dato che l'esperienza con la musica coinvolge le attività di entrambi gli emisferi, questa può essere di particolare utilità nel trattamento di disturbi psichiatrici secondari ad un insufficiente funzionamento emisferico, per integrare le funzioni dell'emisfero destro e sinistro (ad esempio ascoltare la musica può migliorare l'attenzione, la percezione e la memoria; comporre musica potrebbe aiutare a sviluppare strategie cognitive e capacità di problem-solving). Infine, dato che la musica, mediante le sue componenti dinamiche, ritmiche e melodiche permette alle persone di sperimentare sensazioni ed emozioni, specifici interventi clinici con la musica potrebbero essere particolarmente indicati per facilitare i pazienti psichiatrici a differenziare, controllare ed esprimere i diversi stati affettivi, ad esempio con compiti di riproduzione e/o improvvisazione vocale e strumentale. Attraverso il coinvolgimento in esperienze musicali, i pazienti potrebbero essere in grado di ristrutturare i loro schemi di tempo soggettivo per interagire con maggior successo con il loro ambiente fisico, psicologico e sociale.

Intervento mediante il Modello Integrato di Musicoterapia – MIM

Il Modello Integrato di Musicoterapia – MIM tiene conto del Tempo Soggettivo interno, determinato biologicamente, il quale scorre con un proprio ordine che si intreccia con quello del tempo oggettivo (Guidano, 1988), per proporre esperienze di psicoterapia con la musica che abbiano obiettivi nell'area cognitiva, emotiva e comportamentale. Inoltre il MIM prevede quattro fasi specifiche nel processo terapeutico: contatto, stabi-

lizzazione - riabilitazione, problem solving e, quando possibile, ristrutturazione (Giordanella Perilli, 1995, 1996). I metodi e le tecniche, progressivamente più complessi, vengono utilizzati seguendo lo sviluppo ed il miglioramento del paziente ed il suo passaggio da una fase alla successiva. I metodi e le tecniche utilizzate comprendono esperienze di improvvisazione, riproduzione, ascolto e composizione (variamente associate ad attività di movimento, racconto di storie, drammatizzazione sonora dei primi ricordi, ecc.) in base ad un programma concordato e personalizzato che tenga in conto la situazione del paziente (limiti e risorse), i suoi bisogni, la sua relazione con la musica, gli obiettivi e le mete ipotizzabili, proponibili e desiderate. Un atteggiamento che si tende sviluppare è quello di resilienza, ovvero la capacità di elaborare alternative e soluzioni, nonché di accettarsi con la prospettiva di poter migliorare scoprendo ed utilizzando le proprie risorse. L'efficacia di questo approccio, con orientamento cognitivo, oltre che nella pratica clinica ventennale con pazienti psichiatrici in diversi ambiti istituzionali (Giordanella Perilli, 1987, 1995), è risultata evidente in due studi pilota, con somministrazione di test prima e dopo il trattamento ma senza gruppi di controllo: (a) il primo si è svolto nella Clinica psichiatrica dell'Università dell'Aquila (Cavicchio et al., 1994). L'intervento fu effettuato, per tre mesi, con dodici pazienti psichiatrici ricoverati in un reparto di degenza (diagnosi per sei partecipanti di disturbo schizofrenico con sintomi di depressione maggiore, per due di disturbo bipolare in fase depressiva), uomini e donne (età media 43.5, durata media della malattia anni 4.87). Due psichiatri indipendenti somministrarono la BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale) e la NOSIE (Nurses Observation Scale for Inpatients Evaluation). Ci sono state differenze significative tra la prima e la somministrazione finale della BPRS e della NOSIE ($p = .05$). Vi è stata una riduzione nel punteggio totale e nei sotto items,

dopo 7 - 12 sedute di musicoterapia programmate partendo dal TS dei pazienti; (b) il secondo studio è stato condotto per un anno all'Università di Tor Vergata a Roma, Clinica Psichiatrica, per osservare gli effetti del MIM su sintomi schizofrenici (Giordanella Perilli et al., 1992). Furono inclusi quattro uomini ed una donna (età media 27 anni, con una durata di malattia media di 2.9 anni). Alcune sottoscale dei seguenti test hanno mostrato una significatività statistica, considerando la prima e la seconda somministrazione: BPRS, punteggio totale, disordini del pensiero; PANSS, sintomi positivi. Mentre sono risultati abbastanza positivi, pur senza raggiungere la significatività statistica, nella BPRS, depressione, ansia e ostilità; PANSS, disordini del pensiero, sintomi conflittoparanoidei; SAPS, allucinazioni.

I due studi presentati tendevano a verificare modifiche in alcuni sintomi psichiatrici (es. appiattimento affettivo, mancanza di interesse, ansia, mancanza di abilità sociali e di attenzione) mentre il seguente studio è stato programmato, in un centro di igiene mentale di Roma, nella riabilitazione di pazienti psichiatrici cronici (dodici uomini e quattro donne) per verificare l'efficacia del MIM nel ridurre, o meno, le conseguenze della psicosi e nel modificare gli effetti della cronicizzazione. Le sedute di musicoterapia, a cadenza settimanale, hanno compreso sia incontri individuali che di gruppo. I dati sono stati raccolti, da tre osservatori indipendenti, mediante punteggi assegnati, definiti con scale e relativi a compiti musicali inclusi nel MIM, all'inizio e dopo circa sette mesi. I compiti proposti, basati su funzioni cognitive, emotive, personali ed interpersonali, includevano:

- 1) riproduzione di campioni ritmici;
- 2) riconoscimento di somiglianze e differenze tra due esempi musicali proposti;
- 3) descrizione di brani musicali;
- 4) espressione di sentimenti con la voce e con strumenti;

■ Barratt E.S.
The biological basis of impulsiveness: the significance of timing and rhythms disorders, *Journal of Personality and Individual Differences*, 4 (4), 387-391, 1983.

■ Biondi M., Brunetti G., Riccio, L., Venturi P.
Attività bioelettrica e schizofrenia: EEG, Potenziali Evocati e Information processing. Aggiornamento delle ricerche 1980-1990. *Rivista di Psichiatria*, 26 (2), 49-66, 1991.

■ Bruscia K.E.
Metodi di improvvisazione in musicoterapia, ISMEZ, Roma, 2001.

■ Cavicchio A., Pecoriello B., Giordanella Perilli G., Roncone R., Casacchia M.
Intervento breve di musicoterapia con pazienti psichiatrici ricoverati in un reparto di degenza. *Primo Congresso Italiana di Musicoterapia*. Ercolano, 1994.

■ Cohen J.M.
Rhythm and Tempo in Mania. *Music Therapy*, 6 A (1), 13-29, 1986.

■ Edelman G.M.
Il presente ricordato. Una teoria biologica della conoscenza, Rizzoli, Milano, 1991.

■ Fraisse P.
Perception and estimation of time. *Annual Review of Psychology*, 35, 1-36, 1984.

5) improvvisazione di caratteristiche dicotomiche (calmo/agitato; triste/allegro; solo/in compagnia; inverno/estate, ecc.), da solo e con un partner.

Da un confronto tra la prima e la seconda somministrazione, le differenze, statisticamente significative ($p = 0.5$), hanno riguardato i compiti 1, 3, 4 e 5.

Le modifiche nei punteggi sono state associate con le osservazioni cliniche formulate dagli psichiatri del centro circa i sintomi psicopatologici. Infatti è stato possibile notare un livello di maggiore attivazione nella maggior parte dei pazienti, espressioni mimiche e verbali di piacere e soddisfazione per le esperienze musicali, un aumento nell'attenzione anche per compiti diversi, al di fuori della musicoterapia, un miglioramento nella quantità e qualità dell'interazione sociale, una riduzione dell'ansia, dei pensieri intrusivi e dei comportamenti ossessivi, più tempo trascorso in attività ricreative e in stato rilassato, una maggiore capacità di prendere decisioni ed una più intensa partecipazione ad attività sociali. Riportiamo quanto detto da alcuni partecipanti: un paziente con allucinazioni uditive all'inizio della seduta era particolarmente turbato anche per i contenuti distruttivi delle voci "sei un disgraziato, devi morire", mentre, durante le attività, ci informava che le voci potevano sparire o diventare amichevoli "siete simpatici, non malvagi"; un altro paziente ci disse che la sua vita era cambiata da "fredda" a "calda"; infine una paziente schizofrenica, con storia di abusi e violenze in famiglia, scopri con stupore e gioia che "anch'io ho delle risorse!"

Un breve esempio clinico

Riportiamo un breve esempio con il MIM tratto da un intervento svolto per circa quattro anni con un paziente schizofrenico di 50 anni, in un centro diurno dove era presente un laboratorio di musicoterapia per pazienti con disturbi psichiatrici.

Mario si presenta, con un aspetto curato, al Centro per ricevere lezioni di musica, sa suonare un po' il pianoforte e vorrebbe continuare lo studio dello strumento. L'invio è stato fatto dallo psichiatra, che provvedeva al trattamento farmacologico, adducendo questa motivazione. Dall'anamnesi risulta che l'esordio di malattia è avvenuto verso i 21 anni quando Mario aveva iniziato a frequentare l'Università. Da quel momento, con l'aggravarsi ed il cronicizzarsi del disturbo, Mario era stato ricoverato per lunghi periodi ed era stato sottoposto a diversi elettroshock. Al momento viveva in un appartamento insieme ai genitori ed un badante. All'osservazione presentava tratti ossessivi ed un'organizzazione rigida di pensiero, con scarsa capacità di astrazione, oltre una forma di anedonia associata ad una mimica facciale poco espressiva. Mostrava un bisogno continuo di essere rassicurato per quello che faceva oltre che richiedere al terapeuta di dirgli come comportarsi "Dottoressa mi dica lei ...; me lo deve dire lei come fare, cosa dire ..". Nel rispondere in gruppo ad un test di ascolto, elaborato dall'Autrice, che presentava un'unica variabile nel tempo/velocità, Mario scrive per tutti i sei brani "è bello". Le risposte degli altri partecipanti, con disturbo schizofrenico, erano state date in maniera diversificata per ogni brano. Alle prove riguardanti il Tempo Soggettivo, Mario non presenta alcuna variazione nel tempo, intensità, ritmo, ripetendosi in ogni compito. Non mostra capacità imitative né di sincronizzazione. Non è in grado di riprodurre eventi sonori specialmente quelli con durata di due secondi, mentre è più adeguato con quelli di un secondo. Non riproduce lo stesso numero di eventi proposti (2, 3, 4, e 5). Nel disegno per raffigurarsi, Mario abbozza, con alcuni semplici tratti, soltanto la parte superiore squadrata e incompleta di un corpo. I suoi ricordi sono brandelli non collegati tra loro e raccontati senza alcuna emozione. Da questa situazione di base è stato pianificato l'intervento volto a:

■ Giordanela Perilli G.
Tecniche psico-musicali e salute mentale: verso una prospettiva di modello integrato di prassi-ricerca e teoria. *Minerva Psichiatrica*, 28, 227-243, 1987.

■ Giordanela Perilli G.
Verucci M., Rullo S., Ciani N.
L'approccio musico terapeutico col paziente psicotico in training riabilitativo: analisi dei protocolli operativi. *Analytic Psychotherapy and Psychopathology*, 11, 4, 57-59, 1992.

■ Giordanela G.
Organizzazioni temporali nella strutturazione dei processi cognitivi in soggetti normali e soggetti con disturbi psichiatrici. Tesi di Dottorato, Università Pontificia Salesiana, Roma, 1993.

■ Giordanela Perilli G.
Subjective Tempo in Adults with and without Psychiatric Disorders. *Music Therapy Perspectives*, 13, 2, 104-109, 1995.

■ Giordanela Perilli G.
Musicoterapia integrate con una donna schizofrenica. In K.E. Bruscia (a cura di) *Casi clinici di Musicoterapia* (adulti), ISMEZ. Roma, 1995.

■ Giordanela Perilli G.
Music Therapy in psychiatric rehabilitation program: from deficit to psychosocial integration. In I. Nygaard Pedersen e L.O. Bonde (Eds.). *Music Therapy within Multi-disciplinary teams*. Aalborg: Centertrykkeriet Aalborg University, 1996.

■ Golden C.J., Hammeke T.A., Purish A.D., Berg R.A., Moses J.A.Jr., Newlin D.B., Wilkening G.N.

Item interpretation of the Luria Nebraska Neuropsychological Battery. Lincoln and London: University of Nebraska Press, 1982.

■ Guidano V.F.

La complessità del Sé. Un approccio sistemico-processuale alla psicopatologia e alla terapia cognitiva, Bollati Boringhieri, Torino, 1988.

■ Klein P.S.

Responses of hyperactive and normal children to variations in tempo of background music. *Israel Journal Psychiatry and Related Sciences*, 18(2), 157-166, 1981.

■ Kuhn T.L., Gates E.E.

Effect of notational values, age, and example length on tempo performance accuracy. *Journal of Research in Music Education*, 23, 203-210, 1975.

■ Lakoff G.

Women, Fire, and Dangerous Things. What categories reveal about the mind. Chicago and London, The University of Chicago Press, 1987.

■ Limbekne I.P.

The psychological tempo: data on movement tempo and on time perception. *Magyar Pszichologiai Szemle*, 38(5), 495-504, 1981.

- 1) motivare e mantenere la sua attenzione;
- 2) modificare percezione e memoria;
- 3) articolare i suoi schemi temporali per organizzare la conoscenza tacita/emozionale;
- 4) migliorare l'esperienza emotiva;
- 5) sviluppare modi di pensiero funzionale ed astratto;
- 6) conseguire una maggiore consapevolezza di sé;
- 7) essere attento all'altro per relazioni sociali più significative.

Dopo circa quattro anni, Mario è stato in grado, durante l'ascolto di brani musicali, di elaborare una narrazione coerente e completa, inserendovi anche eventi della sua vita che prima non ricordava. Prima dell'interruzione del percorso, per ragioni di cambiamenti occorsi nell'Istituto che ospitava il centro diurno, Mario è capace di sincronizzarsi con il terapeuta e gli altri partecipanti e modificare il suo tempo per improvvisare emozioni diverse. In gruppo, una esperienza particolarmente efficace è stata quella di improvvisare su una caratteristica di sé ("imbalsamato"). Mario la esegue con il flauto emettendo suoni monotoni, lenti e flebili senza un ritmo organizzato; dopo aver ascoltato gli altri partecipanti, sceglie una caratteristica diversa dalla propria ("attivo") che è stata improvvisata sui bonghi in modo deciso, energico, con ritmo definito e veloce da un altro paziente. Quindi Mario è invitato a riprodurre l'improvvisazione sonora dell'altro.

Dopo aver imitato l'altro in modo così preciso tanto da meravigliare lui stesso e sollecitare un caloroso applauso dagli astanti, Mario dice di sentirsi più vivo e contento aggiungendo che agire secondo questa caratteristica gli può essere senz'altro utile in situazioni di vita, come quando si trova ad interagire con altre persone. Infine si rappresenta graficamente disegnando una figura umana completa anche degli attributi maschili. Guardando il disegno dice, sorridendo, di sentirsi felice e consapevole dei migliora-

menti conseguiti ("abbiamo proprio migliorato"), avendo fatto esperienze mediante la musica che lui ritiene: "essenziali" per la propria vita.

Riflessioni e conclusioni

In conclusione riportiamo alcuni punti che riteniamo importanti sia per ulteriori riflessioni che per sviluppare una pratica clinica di musicoterapia elaborata specificatamente su ciascuna persona, efficace e verificabile (evidence-based):

- il "tempo", sia quello dello stimolo che quello soggettivo, è estremamente importante per comunicare, nelle sedute di musicoterapia e nella vita sociale;
- anche pazienti con gravi disturbi psichici e neuropsicologici hanno la potenzialità di apprendere nuove informazioni e modificare emozioni, pensieri e comportamenti, sebbene sia necessario un periodo di tempo più lungo di quello richiesto ai pazienti con patologie più lievi;
- l'approccio musicoterapico che si basa sull'organizzazione del tempo soggettivo insieme alla capacità di percepire il tempo oggettivo (durata e velocità) di stimoli esterni (musicali e sociali), è efficace per sostenere e mantenere l'abilità di apprendimento (considerando che la plasticità cerebrale è attivata specialmente attraverso esperienze sensoriali ed affettive) e per promuovere modifiche nello stile di vita in persone con disturbi psichiatrici e neuropsichici.

■ Piaget J.

Lo sviluppo delle nozioni del tempo nel bambino, La Nuova Italia, Firenze, 1979.

■ Rider M.S., Eagle C.T. Jr.

Rhythm entrainment as a mechanism for learning in Music Therapy. In J.R. Evans e M. Clynes (Eds.) *Rhythm in psychological, linguistic and musical processes*. Springfield, Ill.: Charles C. Thomas. 225-248, 1986.

■ Saji N., Sugai K.

The effectiveness of music therapy approach focused on "subjective tempo". *Music Therapy Today*. Vol. 6, Issue 4, 1412-1429, 2005. Available at MusicTherapyWorld.net

■ Steinberg R., Raith L.

Music Psychopathology: musical tempo and psychiatric disease. *Psychopathology*, 18, 254-264, 1985.

■ Stuss D.T., Benson D.F.

The frontal Lobes. New York: McGraw Hill, 1986.

La misurazione degli esiti nel trattamento musicoterapico

The authors present a retrospective observational study with 65 psychotic patients afferent to psychiatric rehabilitative structures of Cremona's Hospital. Esteemed the results we think it's necessary to intensify musictherapist interventions valuing the results with standardized assessments in the area of controlled clinical trials.

Da diversi anni la figura del musicoterapista è presente come parte integrante nell'équipe delle strutture riabilitative psichiatriche dell'Azienda Ospedaliera di Cremona

L'Area Riabilitativa della UOP di Cremona comprende una comunità riabilitativa ad alta assistenza (CRA) (15 residenti e 10 semiresidenti), una comunità protetta ad alta assistenza (16 residenti) e un centro diurno (CD) (20 posti). Oltre il 90% dei casi è costituito da pazienti con diagnosi dello spettro psicotico. Nelle strutture intensamente riabilitative il PTR (Programma Terapeutico Riabilitativo) prevede un progetto individualizzato con verifiche e tempi di degenza predeterminati con un massimo di 18 mesi.

Da diversi anni la figura del musicoterapista è presente come parte integrante nell'équipe delle strutture riabilitative psichiatriche dell'Azienda Ospedaliera di Cremona.

La presenza quotidiana del musicoterapista consente una programmazione settimanale dell'attività e un'alternanza tra attività individuali e di gruppo, di ascolto e di improvvisazione.

L'intervento di musicoterapia è pertanto ben strutturato e caratterizzato da intenzionalità e da progettualità. Per ogni paziente si procede infatti alla analisi preliminare dei bisogni e alla definizione degli obiettivi con particolare riferimento alle diverse aree di intervento in cui si articola il progetto terapeutico-riabilitativo. È previsto un monitoraggio dell'esperienza con una valutazione periodica e finale. Tale valutazione si articola nelle quotidiane e settimanali discussioni in équipe e fa parte integrante delle periodiche verifiche del progetto riabilitativo individuale. Annotazioni e osservazioni relative alle condotte, ai vissuti riportati, alle modalità di interazione, alle aspettative e

Nello studio osservazionale retrospettivo sono stati coinvolti 65 pazienti con diagnosi di tipo psicotico

alla valutazione dell'attività da parte del paziente vengono regolarmente riportate in cartella clinica e integrate (con cadenza semestrale) da una griglia di osservazione e valutazione.

Negli ultimi anni sono stati portati avanti interventi riabilitativi strutturati e specifici con particolare attenzione alla cognitive remediation: IPT, Social skills training, Musicoterapia e STAM.

Nello studio osservazionale retrospettivo oggetto di questo articolo sono stati coinvolti 65 pazienti con diagnosi di tipo psicotico (schizofrenia, disturbo bipolare, disturbo schizoaffettivo, disturbo schizotipico di personalità) afferenti al CRA o al CD. Lo studio ha previsto una rivalutazione delle Rating Scales (RS) utilizzate di routine per il monitoraggio dell'evoluzione clinica dividendo i pazienti secondo la partecipazione o meno a interventi strutturati di musicoterapia. Tale modalità di misurazione ha così consentito di evitare un condizionamento dell'analisi dei risultati, eliminando appunto un primo bias.

La partecipazione al gruppo di musicoterapia è avvenuta sulla base dell'interesse e della motivazione espressa da parte dei pazienti. Nonostante tale criterio, il gruppo sperimentale e quello di controllo presentavano caratteristiche omogenee come si evince dai seguenti punti:

- Gruppo musicoterapia: 32 pazienti
- Gruppo controllo: 33 pazienti
- Omogeneità di diagnosi
- Omogeneità di genere
- Omogeneità di età (età media 42.4 vs 43.2)
- Omogeneità di trattamento psicofarmacologico
- Omogeneità del livello di gravità psicopatologica e di funzionamento

Per quanto riguarda l'assessment sono state utilizzate le seguenti rating scales

- CGI Clinical Global Impression: è una scala di eterovalutazione con punteggio crescente in ordine di gravità da 0 a 7 su scala Likert
- GAF Global Assessment of Functioning: è una scala di eterovalutazione da 0 a 100 su scala Likert in ordine crescente di funzionamento.

Le scale di valutazione sono state somministrate da uno psichiatra dell'Area Riabilitativa in due fasi distinte, al tempo T0, corrispondente a gennaio 2007 o alla data di ingresso del paziente in CRA o in CD, e al tempo T1, ossia dopo 12 mesi.

I risultati hanno evidenziato quanto segue: al tempo T0, a conferma dell'omogeneità dei due gruppi, i punteggi medi delle scale CGI e GAF erano sovrapponibili, senza differenze statisticamente significative.

Al tempo T1, dopo 12 mesi di intervento musicoterapico articolato con cadenza trisettimanale e con alternanza tra attività di improvvisazione e di ascolto individuale e di gruppo, si è evidenziato un netto miglioramento sia della CGI che della GAF. Miglioramento statisticamente significativo ($p < 0.05$) rispetto al gruppo di controllo.

Precedentemente a questo studio, nel 2005 presso l'Area Riabilitativa era stato condotto uno studio osservazionale che prevedeva l'utilizzo della musicoterapia come trattamento add-on nei disturbi d'ansia, nei disturbi somatoformi e nei quadri misti ansioso-depressivi.

Il disegno dello studio prevedeva come criteri di inclusione la diagnosi di disturbo d'ansia secondo i criteri dell'ICD 10 e un'età compresa tra i 18 e i 70 anni. La modalità di reclutamento prevedeva l'adesione volontaria allo studio con firma del consenso informato e l'accettazione di pazienti in carico o pazienti esterni, venuti a conoscenza del

- Benenzon R.
Manuale di Musicoterapia,
Borla, Roma, 1992.
- Benenzon R.
La Nuova Musicoterapia,
Phoenix, Roma, 1995.
- Ceccato E., Caneva P.,
Lamonaca D.
*Music Therapy and cognitive
rehabilitation with
schizophrenia: a controlled
study Music Therapy Today*,
vol. VI, Issue 4, November
2005, Music Therapy World
net, pp. 810-824.
- Galimberti U.
Dizionario di Psicologia,
UTET, Torino, 1992.
- Gold C., Haldal T.O.,
Dahle T., Wigram T.
Music therapy for
schizophrenia or
schizophrenia-like illnesses.
*The Cochrane Database of
Systematic Reviews 2*, 2005.
- Imberty M.
Suoni emozioni significati,
Clueb, Bologna, 1986.
- Manarolo G., Borghesi M.
Musica & Terapia,
Cosmopolis, Torino, 2004.
- Manarolo G.
L'angelo della musica,
Omega, Torino, 1996.
- Mok E., Wong K.Y.
Effects of music on patient
anxiety, *AORN J* 77(2):
401-406, 2003
- Poli R., Gamba L.,
Mainardi A., Agrimi E.
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
pp. 27-29.

progetto. Sono entrati nello studio 8 soggetti: 6 donne e 2 uomini; l'età media era di 39.7 anni. Al T0 (prima dell'avvio delle sedute di Musicoterapia) e al T1 (dopo 4 mesi) sono state somministrate 2 scale di valutazione: Anxiety Status Inventory (ASI) per la valutazione quantitativa dei sintomi ansiosi e Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D) nella versione a 21 item per la valutazione quantitativa dei sintomi depressivi. 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. Relativamente ai sintomi ansiosi, a T0 alla scala ASI, 5 pazienti su 6 presentavano valori al di sopra della soglia considerata patologica (ASI > 45). Al 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 %.

Alla luce dei risultati ottenuti, pur nei limiti della numerosità dei campioni, appare opportuno intensificare interventi musicoterapici valutandone gli esiti con misurazioni standardizzate nell'ambito di trial clinici controllati.

Peraltro la stessa psichiatria fino a tempi recenti ha considerato non misurabile l'oggetto del proprio intervento, anzi riteneva quasi blasfemo il solo pensare di poter misurare pensieri, sentimenti ed emozioni; ci si domanda tuttavia come possa la psichiatria avere dignità scientifica e provare la sua efficacia a prescindere da una misurazione dei fenomeni di cui si occupa, dei trattamenti che mette in atto e della efficacia degli stessi.

Nel campo della musicoterapia risulta del resto evidente la necessità di implementare la ricerca in

funzione di un accreditamento dell'efficacia dell'intervento; diventa dunque opportuna per quanto possibile anche nella pratica clinica una quantificazione dei risultati nonché la messa a punto e l'utilizzo di specifici strumenti di osservazione e valutazione.

■ Postacchini P.L., Ricciotti A., Borghesi M. *Lineamenti di Musicoterapia*, Nuova Italia Scientifica, Roma, 1997.

■ Roder V., Mueller D.R., Mueser K.T., Brenner D.H. Integrated Psychological Therapy for Schizophrenia: is it effective? *Schizophrenia Bulletin*, 32 (Suppl 1): 81-93 2006.

■ Velligan D.I., Kern R.S., Gold J.M. Cognitive rehabilitation for schizophrenia and the putative role of motivation and expectancies. *Schizophrenia Bulletin* 32, 3:474-485 2006

Anamnesi di una cover band a proprio (dis)agio

A dialectic comparison between the symbolic code of music and the freedom of improvisation is presented. This article reports the authors quantitative and qualitative analysis of the way of life of a cover band made up of young patients of the Department of Mental Health of Genoa ("Progetto adolescenti" - Teenagers Project). This experience has led to crucial questions about the heart of musicotherapy.

Premessa

La fase adolescenziale viene considerata come un periodo di crisi transitoria dell'individuo che passa dall'età infantile all'età adulta. Si tratta, inoltre, di un periodo che tende ad allungarsi, compreso tra i 12-14 anni e i 24 anni, quindi un lasso di tempo di dieci anni e più.

Gli adolescenti di oggi sembrano premere per il raggiungimento dell'autonomia in tempi sempre meno brevi, la famiglia da parte sua tende a proteggerli per un periodo più lungo e la società non richiede grandi responsabilità. All'interno di uno spazio di tempo così dilatato è evidente che il concetto di crisi viene ad avere un minor significato, mentre si fa più importante il concetto di organizzazione. L'adolescenza allora come fase di organizzazione dell'individuo di un'identità complessa e articolata, fase che si fa tanto più lunga quanto più complicate sono le esigenze di adattamento alla società in cui è vissuta.

Di tutti gli adolescenti passati al CSM sono pochi quelli con cui riusciamo a mantenere contatti duraturi: a volte la loro situazione migliora e non c'è più l'effettivo bisogno del nostro supporto, altre volte si ripresentano dopo qualche anno quando la patologia è notevolmente progredita. L'esperienza qui riportata si riferisce ad un gruppo avviato da circa un anno, a cadenza settimanale, con pazienti adolescenti del Centro di Salute Mentale (CSM) della ASL 3 Genovese situato in Via Peschiera, 10, all'interno del "Progetto Adolescenti".

L'esperienza
qui riportata
si riferisce
ad un gruppo
avviato da circa
un anno,
a cadenza
settimanale,
con pazienti
adolescenti
del Centro
di Salute Mentale
(CSM)
della ASL 3
Genovese

Si tratta di un vero e proprio gruppo musicale dove i pazienti suonano i tradizionali strumenti delle band giovanili

L'attività si avvale della supervisione all'interno di un'équipe multidisciplinare.

Le indicazioni sulla tipologia di utenza prevedono una presa in carico

del Centro di Salute Mentale (CSM) con l'esclusione dei quadri clinici acuti, o con trattamento psicofarmacologico particolarmente intenso, e delle forme nevrotiche in generale; il numero dei partecipanti è tra i 4 e i 10 pazienti e la modalità di accesso avviene su segnalazione da parte degli operatori del CSM. L'idea è nata dalla necessità di trovare un'occasione nella quale i giovani potessero concretamente realizzare della musica in un contesto non sanitario e quindi non stigmatizzante.

Questa idea ha trovato spazio presso la *Casa della musica di Genova* dove affittiamo ogni settimana una saletta prove attrezzata.

Si tratta di un vero e proprio gruppo musicale dove i pazienti suonano i tradizionali strumenti delle band giovanili: batteria, basso, tastiera, chitarra e cantano le canzoni dei loro miti musicali. Noi li aiutiamo a costruire, arrangiare un brano e a rispettare i tempi e gli spazi altrui. Nel frattempo ci occupiamo di lavorare sulle dinamiche relazionali, sui ruoli all'interno del gruppo, sul riconoscimento e accettazione di limiti e difficoltà personali per promuoverne l'autogestione sostenendo e rinforzando le parti sane.

Il contratto con i pazienti prevede che per partecipare al gruppo essi debbano assumere regolarmente la terapia farmacologica e mantenere stabili rapporti con il servizio. Questi due aspetti raramente vengono osservati regolarmente dagli adolescenti.

Le prime difficoltà sono nate dalla necessità di selezionare un gruppo di pazienti che avessero delle competenze musicali pratiche e che riuscissero a reggere la dimensione di gruppo; inoltre questi utenti spesso non frequentano regolarmente il nostro centro.

Durante il colloquio conoscitivo viene ascoltata la "musica del cuore" del paziente e viene compilata una scheda per la raccolta dei dati, dalla quale poi

si desume la storia sonora/musicale del paziente, del suo ambiente familiare musicale, i suoi gusti musicali ed una prima immagine del suo ISO.¹

Abbiamo somministrato durante il colloquio preliminare e alla fine del trattamento i seguenti test di autovalutazione per poter effettuare una valutazione fondata su dati oggettivi:

- "Self-Rating Anxiety State - SAS" (di Zung) (dell'American Institute of Stress)
- "Zung Depression Rating Scale"

La band

Il gruppo è composto da: due conduttori partecipanti, Raul Quinzi e Giuseppe d'Erba, operatori del DSM (ambito 4) e musicoterapisti; Stefano Bolchi, Musicista e Tirocinante del Corso di Musicoterapia Apim di Genova; Matteo, giovane volontario dell'associazione Scout con esperienze musicali e socio-assistenziali, che suona la chitarra elettrica. Quattro giovani adulti di età compresa dai 20 ai 30 anni: F. canta e suona le tastiere. Presenta spunti autistici e soffre di un disturbo relazionale con anomalie EEG. P. canta e suona la batteria. Soffre di una psicosi paranoide con aspetti timici. D. canta e suona il basso elettrico. Soffre di una sindrome catatonica esordita con un episodio dissociativo acuto. G. canta e suona la chitarra elettrica. La diagnosi è di sindrome delirante.

Primo incontro ed accoglienza

L'organizzazione della prova è così strutturata: i conduttori scandiscono i tempi della scaletta, occorre provare tutti i brani, poi suonano con i ragazzi. I brani sono organizzati con introduzioni, strofe, ritornelli, assoli di chitarra: sono canzoni

del repertorio rock-pop molto famose e conosciute che vengono scelte all'unanimità dai ragazzi che sono mediamente alfabetizzati in musica. Particolare usanza condivisa è che a turno ogni strumentista si avvicini e canti al microfono. Tutti cantano almeno un brano della scaletta.

All'inizio dell'esperienza si nota una profonda mancanza di coesione ritmica nel suono del gruppo: i musicisti hanno difficoltà a seguire il tempo instabile del batterista: nelle pause tra un brano e l'altro P. dà sfogo a raffiche di rullate sui tamburi ad un'intensità di gran lunga superiore a quella mantenuta durante l'esecuzione delle canzoni.

Scansione e ritmo degli eventi

Durante il primo mese di partecipazione alle prove alcuni accadimenti contribuiscono ad un radicale cambiamento nella compagine del gruppo. Al secondo incontro avviene l'ingresso silenzioso di G. che prende mano alla chitarra elettrica. Inoltre P., il batterista, inizia a non presentarsi alle prove senza alcun preavviso, modalità che adotta spesso nei rapporti con i curanti. Dopo un mese di assenze sempre più frequenti, P. farà sapere agli operatori che, per motivi di lavoro, non parteciperà alle prove successive. Nasce quindi l'esigenza di sostituire il batterista e così Stefano prende gradualmente il suo posto alla batteria.

Il genere musicale suonato dal gruppo è rock-pop classico. In questa prospettiva stilistica lo strumento batteria rock-pop non è solo elemento ritmico sonoro che si amalgama ad altri elementi: la funzione ritmica non è alla pari con quella degli altri strumenti. Quest'ambito di riferimento culturale lo evidenzia chiaramente: la batteria diventa elemento regolatore del ritmo e suona fondamentalmente l'ossatura ritmica di un brano allineandosi così alla scansione metrica. Il tempo in quattro, cioè i quarti di cassa e rullante insieme agli ottavi di charleston sono il "tempo" ed "il ritmo" che organizzano l'intera canzone e riferimento per tutti gli altri strumenti.²

Una scansione temporale metronomica della batteria, però, può uccidere il ritmo, il movimento, il respiro dei suoni. Affinché la musica sia possibile per questo gruppo la batteria non può essere il "detentore del tempo", così nel corso delle prove si regola la dinamica temporale oscillando intorno ad un ritmo che i musicisti possano condividere: non troppo preciso nella scansione delle pulsazioni ma offrendo un suono ed un ritmo stabili per il gruppo, un "metronomo che ascolta".

Nel Vissuto sonoro del gruppo in evoluzione è distinguibile una costellazione di ricorrenze peculiari alla corporeità dei ragazzi. F., per esempio, spessissimo deve uscire dalla sala per ripetuti attacchi d'ansia, chiedendo, al rientro, di cantare. D. mentre suona il basso dà vita a movimenti di torsione nel corpo e nel viso. In G. è visibile una spiccata immobilità della mimica facciale, la fissità dello sguardo, la rigidità dei gesti produttori.

A volte, all'inizio della prova, si suonano alcuni minuti di improvvisazione su accordi e strutture tipici del blues. I conduttori dirigono l'intervento dei soli strumentali di ogni musicista. L'improvvisazione, perciò, avviene secondo dei precisi riferimenti estetico-culturali.

In rapporto alle esigenze del gruppo la modalità di approccio e di conduzione è per lo più direttiva: i conduttori mantengono un approccio strutturante mirato alla costruzione di oggetti sonoro-musicali (i brani) connotati da valenze estetiche. La ricerca del senso estetico conduce pazienti ed operatori a desiderare un particolare oggetto sonoro che rappresenti la musica del gruppo: si pensa, così, ad una registrazione dei brani. La registrazione verrà più volte rimandata per ragioni esterne al gruppo come l'assenza del tecnico o ritardi nella preparazione dell'impianto di registrazione.

A giugno viene registrato il demo contenente i pezzi provati dal gruppo. Conclusa la sessione di registrazione in presa diretta, l'immagine del gruppo viene catturata in una foto sul telefono di

D. A parte un breve incontro avvenuto a distanza di un mese dalla fine delle attività non sono stati previsti momenti di elaborazione di insieme, per esempio fasi di discussione sull'articolazione tra il riascolto del materiale audio (preparato o improvvisato) e la ricostruzione del vissuto sonoro.

L'ambivalenza è un punto cardine dell'intera esperienza.

In un primo momento F. e D. si confrontano spesso su dubbi teorico musicali e mettono in gioco la loro personale alfabetizzazione per la riuscita di passaggi e concatenazioni armoniche. F. chiede ad uno dei conduttori i fogli dove sono indicati gli accordi dei brani: fa sempre domande che chiedono una maggior precisione. Durante un brano a F. viene indicata la presenza di un accordo e lui puntualizza che non è stato scritto sul foglio.

D. manifesta il suo entusiasmo esclamando che gli sono stati insegnati accordi che non sapeva, mette il foglio con la struttura degli accordi davanti a lui come riferimento, ma non riesce a seguirlo e aggiunge "ma non sono buono!".

G. suona la chitarra con schemi motori molto automatizzati: impassibile nell'espressione suona la chitarra con la mano rigida sullo strumento che scandisce le scale su ogni accordo. Quando sostituisce l'accordo previsto con un altro reagisce all'errore con un brusco movimento del corpo e del viso, di forte disapprovazione, poi ritorna impassibile.

I pazienti si confrontano con un codice simbolico, il "linguaggio" musicale: chiedono che sia punto di riferimento ma nello stesso tempo esprimono la loro difficoltà nell'averne a che fare.³

Si nota anche come le competenze musicali vengano utilizzate come modalità difensiva per raffreddare le valenze emotigene della musica.

In seguito, tuttavia F. dirà "è restrittivo suonare queste canzoni. La musica è più spontanea, più libera. Vorrei fare improvvisazione".

D. durante una prova trova un nome per il grup-

po "I clooner", gliene domando la ragione e mi risponde "perché dobbiamo fare i cloni delle canzoni di altri".

In un'altra circostanza D. esprime che gli piacerebbe fare musica più personalizzata "anche cose che fanno balibalibalibulibà, ma si fa casino tutti insieme. Serve una persona che dà le parti agli altri se no si fa casino".

Ancor più significativo è un dialogo tra F. e G. dopo le prove. F. dice a G.: "La musica deve essere più libera, con l'improvvisazione si fa musica spontanea". G. risponde "ma bisogna stare attenti a non fare una cosa anarchica".

L'improvvisazione è questione delicata⁴: se il codice simbolico musicale rappresenta il linguaggio condiviso con l'altro, l'improvvisazione implica la capacità del musicista di porsi in rapporto con ciò che lo circonda. La libertà di questa dimensione si restringe o si espande secondo diverse misure: da una improvvisazione idiomatica puntellata di riferimenti culturali, all'improvvisazione libera, o sperimentale, connotata di estemporaneità, perdita dei riferimenti e sottrazione alle regole, libera associazione sonora, apertura dell'inconscio.⁵

Lo stesso meccanismo si attiva nell'improvvisazione libera: in un gruppo di improvvisazione musicale la polifonia permette la simultaneità delle libere associazioni di chi suona.

I pazienti parlano della loro difficoltà ad abbandonare i cardini simbolici del linguaggio musicale e della paura di un suono destrutturato che concretizzerebbe il disordine interiore e che potrebbe sollecitare un vissuto soverchiante.

Nel vissuto del gruppo c'è una naturale direzione verso un confronto e una dialettica tra la dimensione del codice simbolico musicale e quella della libertà improvvisativa: per funzionare armonicamente le due modalità necessitano di un canale di integrazione tra di esse, limite necessario a farle esistere e a farle tollerare.

L'esperienza è stata delineata inizialmente come un'attività musicale con pazienti ed operatori.

- **Benenzon R.O.**
La nuova Musicoterapia,
Phoenix, Roma, 1997.
- **Bruscia K.E.**
*Guida generale alla
musicoterapia*, Ismez,
Roma, 2005.
- **Bruscia K.E.**
*Modelli di improvvisazione in
musicoterapia*, Ismez editore,
Roma, 2000.
- **Cano C.**
Simboli sonori, Franco Angeli,
Milano, 1985.
- **Delalande F.**
Le condotte musicali, Clueb,
Bologna, 1993.
- **Ducourneau G.**
Elementi di Musicoterapia,
Cosmopolis, Torino, 2001.
- **Galimberti U.**
Dizionario di Psicologia, UTET,
Torino, 1992.
- **Grazioso G.**
Suono, musica, movimento,
Carocci Faber, Roma, 2005.
- **Lacan J.**
*Il seminario. Libro X.
L'angoscia*, Einaudi, 2007.
- **Lecourt E.**
*Analisi di gruppo e musicote-
rapia: il gruppo e il sonoro*,
Cittadella Editrice,
Assisi, 1996.
- **Lecourt E.**
La Musicoterapia, Cittadella,
Assisi, 1992.
- **Lowen A.**
Bioenergetica, Feltrinelli,
Milano, 1993.

Dopo le osservazioni fatte sorgono spontanee alcune domande: sapendo che è possibile un'alleanza terapeutica più profonda che dispieghi nuovi processi comunicativi e relazionali esiste quindi per questo gruppo un'evoluzione verso un'interazione non musicale ma musicoterapica? Oppure ci possiamo chiedere: un'interazione musicoterapica sarebbe realmente un'evoluzione o il rischio di connotare terapeuticamente il lavoro potrebbe compromettere l'attività svolta finora? La discussione ci coinvolge e implica la messa in gioco di noi operatori.

Conclusioni

Gli obiettivi minimi prefissati sono stati sicuramente raggiunti; infatti i pazienti sono riusciti a mantenere un rapporto continuativo con il CSM, ad assumere regolarmente la terapia ed accettare con maggior coinvolgimento il progetto terapeutico personale.

Noi siamo molto soddisfatti di aver aiutato questi ragazzi a diventare un gruppo, a riuscire ad esprimere in un contesto protetto ma non strettamente sanitario emozioni attraverso la musica e a far provare loro la soddisfazione di aver fatto un lavoro malgrado la fatica, il coinvolgimento e l'impegno. Al termine delle sedute abbiamo organizzato un incontro presso il nostro centro in previsione della consegna dei CD registrati alla *Casa dalla Musica*, in tale occasione abbiamo somministrato i test di autovalutazione finale.

I riscontri dei test di autovalutazione sono stati positivi:

- all'inizio il test dell'ansia presentava un punteggio pari a 35,82, relativo ad un livello d'ansia medio-alto; al termine il punteggio medio era pari a 34,13, rilevando una diminuzione dell'ansia ad un livello più basso;
- il test della depressione ha visto una riduzione del punteggio da 39,02 a 35,24.

Dopo l'ascolto di gruppo di alcuni brani abbiamo commentato insieme la registrazione e l'anda-

mento degli incontri effettuati. Abbiamo poi raccolto idee, proposte, aspettative per il futuro ciclo di incontri.

È stato così osservato che non solo i giovani hanno partecipato all'iniziativa, ma si sono entusiasmatisi richiedendone una continuazione.

Abbiamo registrato un miglioramento della capacità relazionale, maggior rispetto reciproco e tolleranza nello stare insieme e un incremento dell'autonomia nel sapersi organizzare l'attività.

Inoltre, l'elemento sonoro-musicale ha offerto ai ragazzi l'opportunità di condividere ed elaborare vissuti emotivi altrimenti non riconosciuti.

NOTE

- 1 ISO: Insieme infinito di energie sonore, acustiche e di movimento che appartengono a un individuo e che lo caratterizzano. Rolando Benenzon, *Manuale di musicoterapia*, Borla, Roma, 1983.
- 2 "Forse il tratto di maggior rilievo nella musica (popolare contemporanea) che ha le proprie origini nel gospel e nel blues, è la presenza di un esplicito strato metrico. Piuttosto che lasciar inferire la presenza della pulsazione ritmica negli indizi offerti da una serie di strumenti ad intonazione variabile, la musica popolare contemporanea propende decisamente a fondere tali informazioni in un'unica linea, quella del batterista (o dei batteristi)." Jean-Jacques Nattiez, *Enciclopedia della musica*, Allan F. Moore, pag. 707, Einaudi, Milano, 2006.
- 3 Avere a che fare con il codice musicale "rimanda in chiave metaforica al rapporto con la realtà, con le regole, con il limite...con un limite che non rappresenta un'autorità regolatrice ma un bordo dal quale lasciarsi contenere." G. Manarolo, *Manuale di Musicoterapia*, pag.260, Cosmopolis, Torino, 2006.
- 4 "L'atto inventivo ha a che vedere con la mancanza di difese, con il non condizionamento. La ricerca di novità o di soluzioni inedite è un elemento di irrazionalità, di destrutturazione, dove vi è un sottrarsi alle regole e alla ferrea logica della realtà e la ricerca di collegamenti inconsueti e illogici". G. Manarolo e M. Borghesi, *Musica Et Terapia*, G. Montinari, "L'inventiva del terapeuta come fattore di terapia", Cosmopolis, Torino, 2004.
- 5 La libera associazione è quel "metodo che consiste nell'esprimere senza discriminazione tutti i pensieri che vengono in mente sia a partire da un elemento dato, parola, numero, immagini di un sogno, rappresentazioni qualsiasi, sia in modo spontaneo". Laplanche J., Pontalis G.B., *Enciclopedia della psicoanalisi*, pag. 294, Laterza, Roma - Bari, 1987.

■ Laplanche J., Pontalis G.B.
Enciclopedia della psicoanalisi, Laterza, Roma - Bari, 1987.

■ Manarolo G.
Manuale di Musicoterapia, Cosmopolis, Torino, 2006.

■ Martini L.G., Taddei M.M.
Spaziare nella musica, Carocci Faber, Roma, 2006.

■ Montinari G.
Musica Et Terapia (a cura di) G. Manarolo e Borghesi M., Cosmopolis, Torino, 2004.

■ Moore A.F.
Enciclopedia della musica, (a cura di) Jean-Jacques Nattiez, Einaudi, Milano, 2006.

■ Picq L., Vayer P.
Educazione psicomotoria e ritardo mentale, Armando, Roma, 1993.

■ Pigozzi L.
A nuda voce. Vocalità, Inconscio, Sessualità, Antigone, Torino, 2008.

■ Postacchini P.L.
Ricciotti A., Borghesi M.
Musicoterapia, Carocci, Roma, 2004.

■ Spaccazzocchi M.
Musica: Umana Esperienza, Quattroventi, Urbino, 2002.

Musicoterapia in SPDC

(Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura)

The following article, based on the speech given during the day of study: "Music, mind and processes of care" held in Genoa in May 2008, is a reflection on / evaluation of the Music Therapy intervention at the SPDC department of the "Amedeo di Savoia" hospital in Turin.

Reflection, as the aim is to analyze the theoretical aspects behind the choice of a group intervention.

Evaluation because, after an explanation of the way in which it operates, there is a series of questions that analyze the critical points that occurred during the intervention.

Premessa

Il seguente articolo, elaborazione della comunicazione esposta durante la giornata di studi: "Musica, psiche e processi di cura" svoltasi a Genova nel Maggio del 2008, parte dall'analisi dell'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, che ha visto svolgersi di 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 grup- pale 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 Dipartimento di Salute Mentale di Padova, che in un seminario svolto per l'Asl invi- tava a soffermarsi sui seguenti punti:

- Sebbene i pazienti in crisi siano, per forza di cose, ripiegati su se stessi, essi creano comun- que un gruppo all'interno della struttura; gruppo che va utilizzato e valorizzato.

**Ha senso
un intervento
di musicoterapia
grup-
pale
in SPDC,
struttura
che accoglie
pazienti
in fase
di crisi acuta?**

Le sedute di Musicoterapia offrono un'occasione di riflessione sul gruppo formatosi

"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 troveremo di fronte a una frequente rotazione dei fruitori e sulla situazione che li ha portati all'inserimento, 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, quello "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 collo-

cati gli strumenti.

Prima dell'inizio della seduta si effettua un pre-gruppo, 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 seconda 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 grup-pale 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 pa-

■ 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, for 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. 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.

■ Benenzon R.

Manuale di Musicoterapia, Borla, Roma, 1992.

■ Benenzon R.O.

La nuova Musicoterapia, Phoenix, Roma, 1997.

■ Bruseca K.

Casi clinici di Musicoterapia - Adulti, Gli Archetti ISMEZ, Roma, 1995.

ziente 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 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 preparazione della tesi di diploma della scuola), 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?

■ **Cano C.**
Simboli sonori, Franco Angeli,
Milano, 1985.

■ **Delalande F.**
Le condotte musicali, Clueb,
Bologna, 1993.

■ **Ducourneau G.**
Elementi di Musicoterapia,
Cosmopolis, Torino, 2001.

■ **Fasolo F.**
Psichiatria senza rete – ed.
Cleup, Padova, 2007.

■ **Ezzu A., Messaglia R.**
*Introduzione alla
Musicoterapia*, Musica
Pratica, Torino, 2006.

■ **Lecourt E.**
*Analisi di gruppo e
Musicoterapia*, Cittadella,
Assisi, 1996.

■ **Manarolo G., Borghesi M.**
(a cura di) *Musica e Terapia*,
Cosmopolis, Torino, 1998.

■ **Manarolo G.**
Manuale di Musicoterapia,
Cosmopolis, Torino, 2006.

■ **Postacchini P.L.,
Ricciotti A., Borghesi M.**
Lineamenti di Musicoterapia,
Nuova Italia Scientifica,
Roma, 1997.

Quale ricerca in Musicoterapia? *

The article put the attention on the necessity to define better what is music therapy but also to ground this field on theoretical and methodological criteria. It underlines moreover that music therapy needs to improve the research area in relation to the process analysis and the outcomes of the interventions. Subsequently the paper quotes the main music and art therapy journals included in the scientific databases, alighting on the characteristics of the scientific articles. Finally the author remarks the importance of the specific training of research in the vocational education of the music therapists.

Inizialmente desidero fare alcune considerazioni preliminari poiché porre l'attenzione su una tematica complessa e articolata come la ricerca esige alcune riflessioni che rendano successivamente chiaro e coerente il pensiero esposto. La prima considerazione riguarda la letteratura relativa al tema musicoterapia e ricerca. Mi pare che l'ambito della ricerca musicoterapeutica risenta dell'assenza di adeguate riflessioni inerenti la definizione di musicoterapia. Ciò implica il riferimento a questo termine con modalità e contenuti piuttosto vaghi o, in alcuni casi, confusi. Frequentemente si coglie infatti un accostamento del termine musicoterapia a interventi con la musica realizzati in ambito patologico. Da un punto di vista clinico e scientifico pare invece necessaria la presenza di alcune coordinate che rendano plausibile l'utilizzo del termine "terapia" in associazione al termine "musica". L'intervento musicale di per sé credo non possa essere indicato come terapeutico in assenza di elementi che lo possano definire come tale (Raglio, 2008). Ecco dunque la necessità di indicare gli elementi imprescindibili per pensare a un intervento che, sulla base di presupposti teorico-applicativi e di contenuti specifici, possa potenzialmente produrre cambiamenti in soggetti affetti da patologie o disagi di varia

**L'intervento
musicale di per sé
credo non possa
essere indicato
come terapeutico
in assenza
di elementi
che lo possano
definire
come tale**

La musicoterapia, non è la semplice giustapposizione di musica e patologia

natura. Rimangono inoltre alcuni quesiti essenziali, impliciti nello stesso concetto di ricerca e legati a definire quali sono gli ambiti in cui la musica può produrre un effetto

terapeutico, attraverso quali applicazioni e quali canali. E ancora: quali sono i cambiamenti terapeutici auspicabilmente indotti dall'intervento musicoterapeutico? Come avviene il cambiamento? Come può essere dimostrato l'esito di un trattamento musicoterapeutico? Tutto ciò apre potenziali ambiti di studio e di ricerca a cui, purtroppo, non si è ancora dedicata molta attenzione, soprattutto in ambito nazionale. Si possono delineare vari possibili ambiti in cui la ricerca può trovare spazio: l'ambito teorico, quello legato al processo musicoterapeutico (che cosa avviene nel setting durante il trattamento) e quello legato agli esiti dell'intervento (quali sono i risultati ottenuti). Ciò che è stato premesso e ciò che seguirà è riferito a una definizione di musicoterapia che fa riferimento alla relazione come elemento centrale dell'intervento. La musicoterapia viene quindi considerata come "...una disciplina che pone al centro dei suoi interessi il paradigma suono-essere umano, cercando di perseguire finalità preventive, riabilitative e terapeutiche attraverso un processo relazionale che si avvale di specifiche tecniche. Esse si riferiscono prevalentemente all'ascolto musicale (musicoterapia recettiva) o all'improvvisazione sonora musicale (musicoterapia improvvisativa) e dovrebbero perseguire obiettivi riconducibili alla dimensione intra e interpersonale dell'individuo, nonché al ripristino e/o al potenziamento di funzioni compromesse dalla presenza di una patologia, riducendone i sintomi o prevenendo/stabilizzando le complicanze determinate dai sintomi stessi. Sulla base della definizione sopra riportata appare comunque chiaro che, prescindendo dal modello musicoterapico di

riferimento, il punto centrale della terapia con la musica risulta essere il nesso suono-relazione, nella sua complessità e nelle sue diverse possibili applicazioni. La musicoterapia, quindi, non è la semplice giustapposizione di musica e patologia o il possibile o momentaneo benessere procurato da un ascolto o da una produzione musicale" (ivi, p. 17). Tali considerazioni sono in sintonia con l'evoluzione della disciplina in ambito internazionale. Si sono infatti sviluppati approcci che sono fortemente centrati sul punto di incontro tra l'elemento sonoro-musicale e la relazione (terapeutica), seppure nella varietà di tecniche utilizzate e teorie sottostanti. Nel panorama così complesso e variegato della musicoterapia (Wheeler, 2005) il pensiero scientifico potrebbe sembrare qualcosa di ancora lontano o addirittura estraneo all'evoluzione della disciplina. Ciò costituisce anche la ragione per la quale, probabilmente, la ricerca non si è ancora adeguatamente sviluppata. Questo deriva anche da una ragione contingente, cioè dalla giovane età della disciplina. Credo però che il problema sia essenzialmente quello di dare una direzione all'evoluzione della disciplina. C'è chi pensa ad essa come a un intervento che, proprio perché basato sul binomio suono-relazione, abbia una natura non indagabile attraverso un approccio scientifico; chi al contrario pensa che sia necessario agire sul setting musicoterapeutico standardizzandolo e quindi rendendolo scientificamente più "credibile" e chi, come chi scrive, ha cercato e sta cercando di salvaguardare il processo terapeutico (unico e irripetibile) ma di attuare premesse e strategie metodologiche che connotino l'intervento musicoterapeutico e ne mostrino i risultati attraverso modalità scientificamente adeguate e condivise. Non si vuole considerare in questo scritto il punto di vista di coloro i quali continuano a mante-

nere un incomprensibile scetticismo sulle potenzialità terapeutiche della musica. La sterminata letteratura e alcuni autorevoli studi incoraggiano il proseguimento della ricerca nell'ambito musicoterapeutico e in tutti gli ambiti ad esso correlati (psicologia della musica, musicologia, neuroscienze, etc.). Come già anticipato nella letteratura internazionale vengono descritti studi in cui si propongono, in un contesto patologico, interventi in cui la musica viene utilizzata genericamente, con modalità non definite e in assenza di uno specifico setting terapeutico e di coordinate teorico-applicative. Tali studi hanno una rilevanza scientifica poiché vengono in molti casi utilizzate nella ricerca procedure metodologicamente adeguate (Kazdin, 1996; Ercolani, 2007; Lis et al., 2007), soprattutto nella fase valutativa (ad esempio procedure statistiche corrette e opportune al fine di vagliare i risultati ottenuti). La stessa impostazione può essere riscontrata anche in molti studi riferiti all'ambito delle neuroscienze e musica, in cui raffinate competenze neurologiche e sofisticati strumenti tecnologici garantiscono un'elevata qualità scientifica della ricerca ma non sempre un'attenta analisi dei materiali sonoro-musicali utilizzati nelle esperienze realizzate. Inoltre l'esperienza musicale proposta in tali circostanze è fondamentalmente basata sulla stimolazione sonoro-musicale (ascolto di frammenti o brani musicali) e viene realizzata in setting sperimentali che risultano essere profondamente diversi da quello musicoterapeutico. Credo che la ricerca in musicoterapia debba salvaguardare integralmente la componente relazionale e consentire quindi la realizzazione delle esperienze in setting naturali, non alterati dalle condizioni sperimentali che caratterizzano una gran parte degli studi reperibili nella letteratura sull'argomento. Se, quindi, si accoglie la definizione di musicoterapia che pone alla base dell'intervento la relazione, la ricerca diviene l'applicazione di una terapia relazionale attraverso il mediatore sonoro-musi-

cale, secondo solidi criteri metodologici e con una attenzione elaborativa che permetta la produzione di dati scientifici. Sostanzialmente si tratta di analizzare il processo e gli esiti dell'intervento con un'attenzione particolare alla fase progettuale e valutativa dell'intervento terapeutico. Per garantire scientificità e rigore a tali procedure è importante separare il trattamento clinico dai processi di valutazione ed elaborazione dei dati. Ciò non garantisce solo una maggiore obiettività nella ricerca ma consente anche di salvaguardare la relazione paziente/musicoterapeuta che rimane sostanzialmente indipendente dalle procedure della ricerca. Il processo, la sua evoluzione e gli esiti da esso prodotti divengono oggetto di studio senza alterare i contenuti dell'intervento e garantendo al musicoterapeuta quella libertà di azione necessaria al fine di salvaguardare l'unicità della relazione con il paziente. Quali sono quindi le tipologie possibili di ricerca in musicoterapia? Ritengo che sia necessario introdurre essenzialmente due filoni di ricerca: uno relativo, appunto, alla valutazione del processo soffermandosi su quanto accade nel setting musicoterapeutico e l'altro relativo agli esiti prodotti.

Il primo caso presuppone la definizione del modello musicoterapeutico e le conseguenti modalità di valutazione dello stesso. Questo pone in evidenza i contenuti dell'intervento, li mette in relazione a teorie di riferimento e crea le condizioni e le modalità scientifiche per documentare l'evoluzione del trattamento terapeutico. La musicoterapia, in questo momento, presenta alcune lacune sia nella definizione dei modelli applicativi che nella valutazione del processo. Nella letteratura internazionale sono pochi gli studi che documentano la presenza di strumenti di valutazione (Pavlicevic et al., 1989; Benenson et al., 1997; Bruscia, 2001). Tali strumenti inoltre presentano una scarsa diffusione, un elevato livello di soggettività, l'assenza di procedure volte a verificare la validità e l'attendibilità degli stessi e vengono im-

piegati con una scarsa sistematicità (Wigram, 2005). La letteratura evidenzia come l'osservazione/valutazione riguardi sovente dati descrittivi, spesso piuttosto statici, cioè non riferibili al dinamismo dell'interazione tra il soggetto e il musicoterapeuta (Raglio, op.cit.). Credo che l'affermazione di Ricci Bitti sintetizzi adeguatamente quanto affermato: "È necessario partire dall'idea condivisa che i processi che si realizzano nella pratica musicoterapeutica e gli effetti che si ottengono non sono "ineffabili", ma che essi possono essere evidenziati da indicatori (rilevabili consensualmente e "misurabili") che si riferiscono tanto ai comportamenti osservati quanto ai vissuti e ai significati soggettivi: questa possibilità è consentita dalla traducibilità di tali indicatori in dati (siano essi dati quantitativi o qualitativi). Questo passaggio da indicatori in dati, seppure possa far pensare a un certo grado di "semplificazione" o "manipolazione" del processo terapeutico, permette di realizzare una valutazione dei fattori terapeutici che intervengono nel processo stesso, secondo i criteri dell'intersoggettività; solo in tal modo sarà possibile completare e integrare la tradizionale "narrazione clinica" (basata essenzialmente su descrizioni /resoconti del terapeuta) che, seppure suggestiva, non sempre permette un adeguato confronto critico all'interno di uno specifico orientamento teorico-metodologico" (Ricci Bitti, 2008, p. 8). Gli studi di Albano (Albano et al., 2003), Artale (Artale et al. 2006) e Raglio (Raglio et al., 2006; 2007) nell'ambito della musicoterapia e dell'intersoggettività si collocano in questa prospettiva. Nel secondo caso la ricerca dovrebbe riguardare gli esiti prodotti dal trattamento musicoterapeutico. Si tratta dell'aspetto ritenuto più significativo dal punto di vista clinico poiché legittima l'intervento e prova l'efficacia dello stesso. Come già affermato molti degli studi privilegiano proprio questo aspetto a discapito dei contenuti dell'intervento soffermandosi sulla metodologia della ricerca ma tra-

scuro o omettendo le proposte sonoro-musicali e la loro connotazione. Gli studi controllati e randomizzati/controllati rappresentano l'impostazione prevalente in ambito scientifico (Raglio, op. cit.). Ciò implica un notevole rigore che attribuisce allo studio caratteristiche di maggiore obiettività e validità. Dopo le premesse che introducono lo studio e l'enucleazione degli obiettivi dello stesso, è inoltre importante che, sulla base di parametri stabiliti a priori, vengano dettagliatamente definite le modalità di svolgimento della ricerca (campione e caratteristiche dello stesso, obiettivo dello studio, approccio utilizzato, durata del trattamento, modalità e strumenti di verifica, tipologia di elaborazione statistica, etc). Ciò produrrà dati la cui elaborazione statistica definirà la significatività e darà seguito a una discussione/commento. Questa parte, unitamente alle conclusioni dello studio, proporrà una sintesi ermeneutica dello stesso e costituirà le basi per un eventuale successivo studio. Questa procedura costituisce uno schema di lavoro in cui vengono iscritti gli studi sottoposti al vaglio scientifico per il loro riconoscimento. Il prodotto finale del lavoro di ricerca è la produzione di un articolo scientifico che, qualora venga pubblicato, arricchisce i database della ricerca e può avviare un confronto tra esperienze accomunate da procedure e linguaggi condivisi. Ogni nuovo studio sollecita riflessioni, produce nuovi stimoli e suggerisce potenziali sviluppi ed evoluzioni del pensiero. Le riviste musicoterapeutiche sono numerose ma mantengono un'impostazione prevalentemente qualitativa. Allo stato attuale l'unica rivista che appare nel database più diffuso e consultato nel web (mi riferisco a "PubMed", www.ncbi.nlm.nih.gov) è l'"American Journal of Music Therapy". Si tratta di una rivista pubblicata dall'American Music Therapy Association che vanta una lunga tradizione e che riflette il percorso evolutivo della musicoterapia, a partire dal 1964. Tra le riviste musicoterapeutiche di rilevanza internazionale si pos-

sono ancora ricordare: il "Nordic Journal of Music Therapy", il "British Journal of Music Therapy" e l'"Australian Journal of Music Therapy". Voglio ricordare anche "Music Therapy Today", una pubblicazione online, facilmente accessibile e di notevole interesse clinico e scientifico (www.musictherapyworld.net). Naturalmente esistono altre riviste che riflettono la situazione, ancora in fieri, che la musicoterapia sta attraversando, non solo nel nostro Paese. La loro diffusione è quindi più limitata, così come le citazioni di tali riviste appaiono più raramente nei contesti scientifici. La lingua inglese si afferma, senza alcun dubbio, come la lingua delle discipline di ambito scientifico. Accanto alle riviste di contenuto specificamente musicoterapeutico si rileva anche la presenza di altre che includono studi riferiti a terapie alternative e/o complementari (ad esempio "Alternative Therapies in Health and Medicine", "Complementary Therapies in Medicine", "Journal of Alternative and Complementary Medicine" oppure "The Arts in Psychotherapy"), quindi anche afferenti all'ambito musicoterapeutico. La maggior parte delle riviste scientifiche pubblica studi realizzati in ambito medico e psicologico. I lavori musicoterapeutici più strutturati e significativi possono essere pubblicati anche su questa tipologia di riviste purchè rispondenti a rigorosi criteri metodologici e formali. La selezione dei lavori da parte di queste riviste è particolarmente accurata (talvolta spietata), poiché il riferimento ad esse costituisce il principale criterio sulla base del quale è possibile asserire, nel nostro caso, l'efficacia della musicoterapia nei diversi ambiti patologici e nelle sue diverse applicazioni. Ritengo che questo sia un punto essenziale per la musicoterapia dato che la presenza di numerosi studi pubblicati su riviste con elevato impatto scientifico potrebbe certamente facilitare il riconoscimento della disciplina sul piano istituzionale. Poter affermare, sulla base di ricerche condotte con rigore, su basi numeriche significative, utilizzando

approcci ben definiti e modalità condivise nella valutazione del processo e degli esiti, che la musicoterapia produce risultati sul piano clinico credo costituisca la principale sfida nell'evoluzione della disciplina. La letteratura internazionale ha evidenziato le lacune della musicoterapia dal punto di vista scientifico: una grande parte degli studi realizzati, infatti, mantiene un'impostazione prevalentemente qualitativa eludendo i passaggi sopra menzionati e by-passando i principali aspetti che conferiscono scientificità e credibilità alle ricerche. Spesso non si creano quindi le premesse per riconoscere la reale efficacia degli interventi e i conseguenti riscontri clinici. Alcune importanti revisioni della letteratura musicoterapeutica (Cochrane Reviews) riferite a differenti ambiti applicativi evidenziano tali limiti (Vink et al., 2004; Gold et al., 2005; Gold et al., 2006; Cepeda et al., 2006; Maratos et al., 2008). Accanto a questi studi che pongono l'accento su metodologie prevalentemente quantitative esistono modalità di conduzione degli studi che, pur mostrando limiti numerici rispetto alle casistiche considerate, mantengono un rigore scientifico dato dall'impostazione dello studio stesso nonché dalle modalità di valutazione utilizzate. La metodologia del "caso singolo" costituisce l'esempio più evidente in tal senso. Per una recente revisione della letteratura nei principali ambiti applicativi della musicoterapia si rimanda comunque il lettore all'ultima parte del recente testo "Musicoterapia e scientificità: dalla clinica alla ricerca" (Raglio, op. cit.).

La ricerca musicoterapeutica è strettamente connessa in realtà con altri aspetti che caratterizzano la disciplina. Credo che primariamente si debba rilevare, in Italia, l'assenza di un percorso formativo adeguato in rapporto alle competenze richieste a un ricercatore di ambito musicoterapeutico. Tali competenze riguardano vari livelli riferibili ad aspetti clinici, ma anche specifici della ricerca (metodologici, statistici, etc.). Ritengo che

questa richieda soprattutto una "forma mentis" predisposta a cogliere prospettive di studio e possibili strategie applicative che ne permettano la realizzazione. L'esperienza clinica favorisce il determinarsi di intuizioni che creano le premesse per la ricerca e favoriscono l'elaborazione degli eventi e dei risultati. Il lavoro clinico sviluppa, inoltre, le attitudini osservative che sono alla base della lettura/interpretazione del processo musicoterapeutico. Credo che un ricercatore debba sviluppare conoscenze e competenze che gli possano permettere di confrontarsi con i professionisti di altri ambiti con i quali realizzare ed elaborare i progetti di ricerca. L'integrazione del paradigma quantitativo con quello qualitativo implica l'assunzione, nella ricerca musicoterapeutica di differenti ruoli. È infatti necessario pensare a un'équipe musicoterapeutica che si possa integrare in quella multidisciplinare che conduce la ricerca. I possibili ruoli che un musicoterapeuta può assumere si riferiscono alla conduzione delle sedute, all'osservazione delle stesse e alla progettazione, supervisione ed elaborazione dello studio. La separazione di questi ruoli garantisce una maggiore neutralità e libertà d'azione concorrendo a determinare un maggiore livello di scientificità. Il musicoterapeuta che conduce le sedute si occupa del processo e del trattamento, indipendentemente dagli obiettivi della ricerca, così come chi osserva è bene che non venga coinvolto nella relazione con il paziente per garantire, sulla base di parametri osservativi predefiniti, una maggiore obiettività e indipendenza nella valutazione. Allo stesso modo è bene che chi si occupa della fase progettuale ed elaborativa dello studio non venga condizionato da quanto si verifica nel trattamento e nel contesto applicativo. Se da un lato ciò determina un'ottica riduttiva (poiché la musicoterapia, come ogni terapia relazionale, non può non tenere conto di alcuni aspetti riferibili al processo e di alcune variabili legate a chi conduce il trattamento), dall'altro facilita lo strutturarsi

di modalità valutative adeguate dal punto di vista metodologico garantendo un maggiore livello di oggettività e scientificità. Mi pare importante sottolineare che l'équipe di musicoterapia debba avere, come condizione imprescindibile affinché lo studio si possa ritenere adeguato, un modello terapeutico condiviso da cui derivino modalità applicative e valutative. Anche per ciò che riguarda gli esiti del trattamento, quindi l'utilizzo di scale cliniche di valutazione, è opportuno mantenere obiettività e neutralità e ciò avviene attraverso modalità di somministrazione delle scale "in cieco", cioè senza che il valutatore sia a conoscenza di quali pazienti sono inseriti nel gruppo sperimentale (sottoposto a trattamento) e quali nel gruppo di controllo (non sottoposti a trattamento musicoterapeutico). Di particolare importanza risulta essere la presenza, nel gruppo di ricerca, di un professionista con competenze statistiche che, sia nella fase progettuale che in quella elaborativa, intervenga su un piano metodologico e attraverso una sistematizzazione dei dati secondo criteri che valorizzino e legittimino il significato degli stessi (Traficante, 2008). La ricerca acquisisce una notevole importanza non solo dal punto di vista scientifico ma anche dal punto di vista clinico. Per poter determinare infatti quale approccio musicoterapeutico, per quale patologia e con quali aspettative è importante sistematizzare gli interventi e strutturarli in modo tale che possano fornire elementi obiettivi e rendere l'azione terapeutica legittima ed efficace. Qualsiasi applicazione musicoterapeutica presuppone infatti alcuni interrogativi di fondo: perché la musicoterapia in quello specifico ambito patologico? Quale approccio terapeutico? Su quali basi? Credo che proprio la ricerca possa contribuire in modo determinante a dare alcune risposte agli interrogativi sopra menzionati. È allora importante l'accesso, da parte dei professionisti della musicoterapia, ma non solo, ai dati forniti dagli studi realizzati e disponibili nei database citati nel

■ **Albano F., Artale G.**
Sistemi dinamici e ricerca in musicoterapia: studio sull'evoluzione della relazione musicoterapeuta/paziente attraverso il sistema di decodifica relazionale di Alan Fogel, in Borghesi M., Mancini M., Barbagallo A.M., Olivieri M. (a cura di), *Quale scientificità per la musicoterapia: i contributi della ricerca, Quaderni di Musica Applicata*, Pro Civitate Christiana, Assisi, 22, 2003.

■ **Artale G., Albano F., Grassilli C.**
L'approccio storico-relazionale in musicoterapia: analisi di un frame, *Ar-tè. Quaderni Italiani delle Artiterapie*, 00, Edizioni Cosmopolis, 2006.

■ **Benenzon R.O., De Gainza V.H., Wagner G.**
La nuova musicoterapia, Phoenix, Roma, 1997.

■ **Bruscia K.E.**,
Modelli di improvvisazione in musicoterapia, Ismez, Roma, 2001.

■ **Cepeda M.S., Carr D.B., Lau J., Alvarez H.**
Music for pain relief, *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2006.

■ **Ercolani A.P.**
Strumenti statistici per la ricerca, la valutazione e la diagnosi in psicologia, Raffaello Cortina, Milano, 2007.

■ **Gold C., Hedal T.O., Dahle T., Wigram T.**
Music therapy for schizophrenia or schizophrenia-like illnesses, *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2005.

■ **Gold C., Wigram T., Elefant C.**
Music therapy for autistic spectrum disorder, *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2006.

■ **Lis A., Zennaro A.**
Metodologia della ricerca in Psicologia Clinica, Carocci, Roma, 2007.

■ **Maratos A.S., Gold C., Wang X., Crawford M.J.**
Music Therapy for Depression, *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2008.

presente scritto. La ricerca costituisce quindi un ambito particolarmente significativo per la musicoterapia. Nonostante la graduale definizione della disciplina possa far sembrare prematura la prospettiva della ricerca si può ritenere che quest'ultima può contribuire alla definizione e al riconoscimento della musicoterapia nei suoi diversi contesti applicativi. Questo crea "un paradosso sia dal punto di vista clinico che della ricerca: da un lato si esige una scientificità che legittimi la pratica, dall'altro la scientificità potrebbe più facilmente derivare dalla legittimazione dell'applicazione. Anche la formazione in musicoterapia non ha ancora un riconoscimento istituzionale e questo non facilita l'accesso alla ricerca, come d'altro canto quest'ultimo è correlato, almeno in parte, a un riconoscimento istituzionale della formazione. Queste contraddizioni rappresentano in parte la situazione italiana, ma non solo, della musicoterapia" (Raglio, op.cit., p. 19). Credo infatti che l'aspetto su cui si possa riflettere in merito alla scarsità di esperienze di ricerca musicoterapeutica in Italia sia anche in rapporto alla scarsità di esperienze applicative. Tali esperienze sono infatti piuttosto frammentate e, spesso, non contestualizzate in ambito istituzionale. Non credo che questo sia esclusivamente imputabile al non riconoscimento della disciplina, ma spesso deriva da una carenza formativa dei professionisti della musicoterapia e da una insufficiente apertura da parte del mondo scientifico e accademico. Contatti istituzionali (sia in ambito applicativo che formativo) e sinergie culturali e professionali tra i diversi ambiti afferenti alla disciplina possono quindi a mio avviso facilitare lo sviluppo della ricerca e ripercuotersi positivamente sull'evoluzione della musicoterapia.

Mi pare di poter affermare che nonostante l'evidente potenziale effetto positivo del suono e della musica, dato dalla sua valenza estetica, espressiva e relazionale, è necessario incanalare le

esperienze in un rigore clinico e applicativo che possa definirne anche la valenza terapeutica. Credo che il termine terapia implichi questo sforzo non solo dal punto di vista scientifico ma anche dal punto di vista etico. In questo senso il futuro della musicoterapia pare essere quello di individuare una specificità del contenuto musicale come agente terapeutico nei diversi contesti applicativi. Credo che la ricerca possa contribuire a rendere l' "agire musicoterapeutico" sempre più "agire scientifico", attraverso uno sforzo di verifica, quantificazione e lettura degli eventi musicoterapeutici, pur mantenendo integre quelle componenti soggettive quali la creatività, la dimensione estetica e quella emotivo-relazionale che sono parti fondamentali e imprescindibili nell'intervento stesso.

* Il presente articolo è ospitato nel volume " Psicologia della Musica e Musicoterapia: appunti per un dialogo", G. Manarolo, a cura di, Cosmopolis, Torino, 2009.

■ **Kazdin A.E.**

Metodi di ricerca in psicologia clinica, Il Mulino, Bologna, 1996.

■ **Pavlicevic M., Trevarthen C.**

A musical assessment of psychiatric states in adults, *Psychopathology*, 22, 1989.

■ **Raglio A., Traficante D., Oasi O.**

A coding scheme for the evaluation of the relationship in music therapy sessions, *Psychological Reports*, 2006.

■ **Raglio A., Traficante D., Oasi O.**

Comparison of music therapy coding scheme with the Music Therapy Checklist, *Psychological Reports*, 2007.

■ **Raglio A.**

Musicoterapia e scientificità: dalla clinica alla ricerca, Franco Angeli, Milano, 2008.

■ **Ricci Bitti P.E.,**

Introduzione, sta in Raglio A., *Musicoterapia e scientificità: dalla clinica alla ricerca*, Franco Angeli, Milano, 2008.

■ **Traficante D.**

La statistica applicabile alla ricerca in musicoterapia, sta in Raglio A., *Musicoterapia e scientificità: dalla clinica alla ricerca*, Franco Angeli, Milano, 2008.

■ **Vink A.C., Birks J.S., Bruinsma M.S., Scholten R.J.S.**

Music Therapy for people with Dementia, *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2004.

■ **Wigram T.**

Improvvisazione. Metodi e tecniche per clinici, educatori e studenti di musicoterapia, Ismez, Roma, 2005.

■ **Wheeler B.L.**

(a cura di), *Music Therapy Research. Quantitative and Qualitative Perspectives*, Barcelona Publishers, Phoenixville PA, 2005.

recensioni

a cura di Luca Zoccolan

■ Crescere Toccando.

Aiutare il bambino con deficit visivo attraverso il gioco sonoro

Maria Luisa Gargiulo e Valter Dadone,
Franco Angeli, Milano, 2009.

"È stato un grande piacere aver letto questo libro, pieno di sorprese e di spunti di riflessione. Questo significa che non è soltanto un libro molto utile per coloro che si occupano di persone cieche o ipovedenti, ma è anche fonte di idee e di stimoli creativi per tutti coloro che impiegano risorse non verbali nello sviluppo di canali di comunicazione e nel miglioramento della qualità della vita...". Così inizia la postfazione del professor Benenzon, che si trova a chiusura di questo testo, nato dalla collaborazione tra una psicoterapeuta ed un musicoterapista, attivi da alcuni anni nel campo del deficit visivo. Sono infatti i bambini ciechi o ipovedenti i veri protagonisti del lavoro qui presentato, con o senza minorazioni aggiuntive.

Quest'opera scaturisce da un lavoro di affinamento ed ottimizzazione della musicoterapia e del suo setting, derivante dalla conoscenza delle problematiche relative alla riabilitazione di questi bambini e da una vasta esperienza che i due autori hanno al loro attivo. La struttura del testo riflette il processo con il quale gli autori hanno integrato le loro competenze.

La Parte prima costituisce un'impalcatura teorica e concettuale di riferimento, per orientare il lettore sulle determinanti specifiche del funzionamento delle persone con problemi di vista, con particolare riguardo all'ipovisione e alla cecità primarie o precoci.

Nella Parte seconda vengono illustrate le caratteristiche peculiari proprie della musicoterapia, in particolare modo quelle che sono state le modifiche e le integrazioni al modello teorico di riferimento, ovvero quello di MTB. Il processo musicoterapico, infatti, è fra le attività che possono essere particolarmente utili nel contribuire ad attivare o sviluppare alcuni funzionamenti che sono, o potrebbero essere, condizionati negativamente dal deficit visivo. In particolare la Mt Benenzoniana utilizza un contesto di comunicazione non verbale, molto adatto per veicolare contenuti dell'esperienza di tipo implicito, presimbolico e preverbale. Tale contesto, com'è noto, riconosce e utilizza l'esistenza di esperienze percettive cor-

poro-sonoro-musicali (ISO) apprese sin dall'inizio della vita, registrate nella memoria implicita, e l'esistenza, nel patrimonio innato di ciascun individuo, di elementi significativi di tipo sonoro, cinestetico, tattile, propriocettivo, eccetera. Questi elementi, aventi un valore evolutivistico, sono implicitamente riconosciuti dalla persona come dotati di significato e possono attivare o riattivare in lei funzionamenti adeguati, se sostenuti da una relazione opportuna.

La Parte terza si focalizza sulle applicazioni pratiche, conseguenti ai presupposti trattati nelle parti precedenti. La peculiare condizione di deficit visivo determina spesso alcuni comportamenti tipici, non immediatamente comprensibili da parte di una persona normovedente, poco abituata a comunicare in modo non verbale con persone che non possono avvalersi di segnali visivi. Da ciò la particolare utilità, nella formazione del musicoterapista, di sperimentare ed affinare in prima persona il funzionamento dei sensi dell'udito e del tatto, nell'esplorazione dell'ambiente e nelle relazioni interpersonali. Tale percorso viene denominato Extra-Visual Training: si tratta di un processo guidato attraverso il quale il musicoterapista esplora e vive il proprio setting e gli ambienti circostanti senza l'utilizzo della vista. Ciò facilita nel terapeuta la comprensione di alcuni comportamenti del bambino, la creazione di una rappresentazione delle sue intenzioni, una più empatica comprensione dei suoi stati d'animo e bisogni. La formazione in Extra-Visual Training contribuisce quindi alla creazione di una teoria della mente dell'altro, utile alla relazione terapeutica, perché facilitata nel terapeuta atteggiamenti più spontanei, comprensivi ed empatici.

A tal proposito il professor Benenzon commenta: "... l'esperienza di relazionarsi senza l'uso della vista non dovrebbe riguardare solo coloro che lavorano con persone non vedenti ma, come il Modello prevede, dovrebbe essere vissuta da tutti quelli che lavorano sul non verbale. Per addentrarci specificamente nel mondo infinito del contesto non verbale, la vista non è sufficiente a garantire un adeguato monitoraggio né dell'altro, né di se stessi".

La strutturazione della stanza di musicoterapia, l'organizzazione e collocazione degli oggetti, la distanza interpersonale, l'uso della comunicazione non verbale, sono elementi dei quali viene proposto e dettagliatamente descritto l'utilizzo all'interno della relazione terapeutica.

Nei numerosi esempi riportati nel testo sono inoltre illustrati i comportamenti dei bambini in risposta alle variazioni del setting e del comportamento del terapeuta.

L'approccio agli oggetti sonori utilizzati durante le sedute, che nel testo viene descritto, tiene conto delle particolari necessità intrinseche nell'atto di toccare, sia al fine di consentire al bambino la creazione di un'immagine mentale unitaria dell'oggetto che sta manipolando, sia per poter utilizzare gli oggetti per gli scambi comunicativi all'interno della relazione con il musicoterapista.

"L'altra scoperta di questo libro", commenta ancora lo stesso Benenzon, "è stata per me quella di prendere in considerazione e valorizzare la mano come parte integrante dell'identità di una persona: a volte le mani vengono considerate solo da un punto di vista motorio e operativo, mentre è importante considerarne le potenzialità e gli aspetti di percezione attiva, di azione e di conoscenza".

In particolare, sono stati individuati e descritti facilitatori relazionali, finalizzati ad agevolare l'instaurarsi della situazione di attenzione condivisa tra il bambino e il terapeuta, nell'ambito di un'interazione di tipo cooperativo paritetico, condizione che a volte è più difficile da raggiungere a causa della mancanza di alcune informazioni non verbali veicolate dalla vista.

Infine il testo è corredato da numerose schede di approfondimento e da esempi riferiti a reali esperienze di lavoro: si tratta di strumenti operativi utilizzabili dal terapeuta per integrare la propria cornice teorica di riferimento e per potenziare la propria sensibilità ed efficacia, mediante uno sviluppo più consapevole dei suoi canali percettivi e di comunicazione, alternativi a quello verbale, per il miglioramento della qualità della vita dei destinatari, lo sviluppo ed il potenziamento delle loro capacità relazionali, di crescita personale e di integrazione.

■ **Guarire a suon di musica.**

Musicoterapia per bambini e adolescenti

Guylaine Vaillancourt

Edizioni Amrita, Giaveno (To), 2006

I libri pubblicati dalle edizioni Amrita che parlano di musica e guarigione talvolta si rifanno ad una me-

dicina che clinicamente si trova in contrasto con la cultura occidentale.

Il libro di Guylaine Vaillancourt però mostra una coscienza terapeutica d'avanguardia ed è una vera perla per quanto concerne la musicoterapia rapportata all'età evolutiva.

L'autrice di *Guarire a suon di musica* - musicoterapia per bambini e adolescenti - se da una parte mette a disposizione la sua professionalità infermieristica consentendo anche al lettore meno informato di conoscere tecnicamente ed in modo appropriato i vari ambiti di intervento in cui la musicoterapia può risultare di grande efficacia per lo sviluppo del bambino e delle sue capacità espressivo-creative, dall'altra rivela un'attenzione amorevole per la musica e tutti i generi e gli stili che la attraversano e l'hanno attraversata nei secoli.

In queste pagine dal linguaggio semplice ma mai banale, dal contenuto accessibile ma mai superficiale, la musicoterapeuta presidente dell'associazione dei musicoterapeuti del Canada francofono chiarisce in modo esemplare ciò che distingue la musicoterapia dagli altri interventi di tipo musicale che per altro vengono affrontati senza essere minimamente sminuiti agli occhi della terapia e della scienza clinica.

Guylaine ci mostra la musica da diverse angolature: musica come animazione, musica come intervento educativo, musica come approccio riabilitativo, musica come terapia.

Tutte forze in grado di migliorare, cooperare e contribuire all'armonia psico-fisica del bambino nell'arco del suo sviluppo.

Così l'autrice si rivolge a genitori e operatori che siano disponibili ad offrire "ai bambini l'opportunità di vivere la musica in ogni sua veste per migliorarne ed accompagnarne la crescita globale".

"La musica", afferma l'autrice, "dovrebbe essere accessibile a tutti, soprattutto ai bambini e agli adolescenti che in essa trovano un mezzo espressivo e comunicativo ideale, indipendentemente dalla loro condizione fisica, intellettuale, affettiva e sociale.

Il modo con cui l'autrice si rapporta al lettore e la delicatezza con cui si accosta all'animus musicale, insieme all'accuratezza e meticolosità cui vengono presentati i molti casi clinici descritti nell'opera, sono una bella testimonianza di cosa la musica e la musicoterapia potranno rappresentare per il benessere dell'umanità e dei suoi figli.

■ Il canto del leone verde.

La musica come specchio dell'anima.

Jörg Rasche

Edizioni Magi, Roma, 2006.

Raramente un libro di musica è capace di frenare il lettore desideroso di immergersi tra le note, le analisi e le riflessioni di un musicologo esperto e cosciente, tuttavia il saggio di Jörg Rasche, analista junghiano nonché eminente organista e pianista berlinese, è una lettura di tale tortuosità che diviene difficile pensare di venirne a capo senza un senso di pesantezza.

Ogni libro di musicologia nasconde le sue insidie; talvolta si celano dietro analisi così precise e dettagliate che costringono il lettore anche più smaliziato a procurarsi uno spartito delle composizioni menzionate. L'opera del medico-musicista tedesco si spinge però ben oltre e diviene un monito per tutti coloro che in musicoterapia recettiva confidano troppo nel legame che unisce indubbiamente le strutture musicali a quelle psicologiche.

L'idea che gravita intorno al libro di Rasche è estremamente affascinante ma altrettanto pericolosa.

Il Leone verde: il solvente alchemico color smeraldo che rende possibile ogni trasformazione.

L'analogia è presto fatta, nella musica ma soprattutto tra le correnti musicali incarnate dai pilastri della storia compositiva quali Bach, Mozart, Beethoven, Schuman, Chopin albergano gli stessi archetipi o modelli universali che si trovano nella moderna psicologia analitica ed ancor prima nelle formule alchemiche.

Il medico tedesco che non trascurava il valore terapeutico che respiriamo nella musica classica offrendoci analisi dettagliate ed impeccabili delle opere di Bach con relativi riferimenti ed accenni analitici alle opere di Jung e di Neumann, solleva quell'interrogativo che è alla base di ogni riflessione musicoterapica e che ci induce a diffidare di letture come queste tanto ben architettate quanto devianti sul piano clinico.

Musica come terapia o musica per la terapia?

Il gusto ermeneutico per il fenomeno musicale che indubbiamente caratterizza il simbolismo di ogni grande composizione non giustifica quel sapore magico che l'autore rischia di conferire all'elemento sonoro-musicale costringendolo a perdere il suo ruolo di medium relazionale. Inoltre un'analisi così dida-

scalica fra struttura psichica e forma musicale sembra depauperare il corpus musicale della sua qualità e funzionalità espressiva data dalla spontaneità ed immediatezza della dimensione sonora.

In altre parole come direbbe il cognitivista Levitin dove sono andati a finire il piacere dell'ascolto e la passione per il fatto musicale!

notiziario

Molti colleghi e professionisti possono chiedersi cosa sta succedendo in Italia o in Europa, quale sia la salute della disciplina musicoterapica. Questo notiziario si pone l'obiettivo di fare una fotografia di quanto ha svolto sin qui l'attuale mandato della Confiam.

-La Confederazione si occupa sin dal suo esordio, risalente al 1994, del processo formativo nello specifico della Musicoterapia. La sua rappresentanza - 11 scuole tra cui la storica Cep di Assisi - è distribuita su tutto il territorio Italiano e si possono valutare in alcune migliaia le persone che nell'ultimo ventennio hanno frequentato i corsi di formazione.

-L'evoluzione storica delle arti terapie, la differenziazione dei linguaggi con potenziale terapeutico, la presenza di diverse federazioni, hanno stemperato l'entusiasmo a cui si assisteva qualche anno addietro. La quasi assenza di eventi culturali di interesse nazionale, di movimenti per il riconoscimento professionale e quant'altro sono il termometro dello stato di salute attuale della musicoterapia. In questo clima la Confiam ha lavorato per la revisione dello standard formativo in ordine a quanto avviene a livello Europeo ridefinendo alcuni criteri formativi.

Recentemente è stata fatta richiesta di adesione alla Confiam da 5 enti (scuole e associazioni nuove o già esistenti come il Cetom di Firenze) indicandoci per contrasto quanto sia ancora sentita l'esigenza di appartenere ad un qualcosa che sia di più che la nostra singola realtà associativa o formativa.

- Con la presenza della Confiam all'ultimo congresso mondiale di Buenos Aires, vi è stato un ulteriore sforzo di ricerca per comprendere quanti studenti dopo il percorso formativo operano e in quali contesti prestano il loro contributo e professionalità. Sono dati che si possono intuire e che propendono verso l'applicazione preventiva e riabilitativa della musicoterapia (disabilità, salute mentale, anziani, scuole) ma esistono, anche se a spot, differenti esperienze e progetti che spesso noi stessi non conosciamo o di cui non siamo sufficientemente informati. Nell'era della multimedialità e della comunicazione scientifica telematica il nostro handicap è da identificarsi nella mancanza di scambio delle esperienze cliniche e di ricerca. Il portale mtonline divenuto un blog non è più rappresentativo di uno sforzo informativo, seppure lo sia stato

per lungo tempo, e in sua vece non sono nate alternative. Nelle ricerche internazionali sui grandi motori quale Medline, psyclit, psycholical review, eric, cochrane collaboration et al., o sui siti specifici della musicoterapia quali il nordic journal sono quasi assenti i lavori di ricerca a cura di colleghi italiani. Da quanto i colleghi stranieri possono apprendere per via telematica si potrebbe desumere che in Italia la musicoterapia non si fa; ma non è così.

-La Confiam in occasione del Convegno Tmt07 tenutosi presso l'Università di Padova si è ripromessa di ridare avvio alla ricerca. Mantenendo fede a tale impegno ora è operativa una piattaforma che intende avviare una sistematica ricognizione sul tema della formazione del musicoterapeuta. Tale contributo che ciascuno di voi potrà dare (si vedano le indicazioni sotto) sarà prezioso e integrato da una giornata studi sulle tecniche e metodologie della ricerca che potrebbe tenersi a inizio 2010 presso l'Università di Padova. Tale tema sarà centrale anche all'interno dell'ottavo congresso europeo in programma nel 2010 (Evidenze per la Pratica, la Ricerca & la Formazione in Musicoterapia). Con l'augurio di vedere risollevate le sorti della musicoterapia italiana invitando tutti i lettori a partecipare alla ricerca promossa dall'Università di Padova lascio aperto lo spazio di confronto e di contributi che ciascun collega potrà integrare e apportare.

Eventi

VIII Congresso Europeo di Musicoterapia, Cádiz (Spagna), dal 5 al 9 Maggio 2010, www.musictherapy2010.com

VII Congresso Confiam, 28-29-30 Maggio 2010, Genova, per info: manarolo@libero.it

Info per la Ricerca

Partecipa alla ricerca sulla formazione del musicoterapeuta rispondendo on-line al questionario.

Il sito è <http://www.istruzione.unipd.it/qmt>
NB Ringraziamo in anticipo coloro che dedicheranno qualche minuto alla compilazione del questionario predisposto dall'equipe del prof. Biasutti.

Il presidente Confiam
Bruno Foti

articoli pubblicati

■ Numero 0, Luglio 1992

Terapie espressive e strutture intermedie (G. Montinari) • *Musicoterapia preventiva: suono e musica nella preparazione al parto* (M. Videsott) • *Musicoterapia recettiva in ambito psichiatrico* (G. Del Puente, G. Manarolo, C. Vecchiato) • *L'improvvisazione musicale nella pratica clinica* (M. Gilardone)

■ Volume I, Numero 1, Gennaio 1993

Etnomusicologia e Musicoterapia (G. Lapassade) • *Metodologie musicoterapiche in ambito psichiatrico* (M. Vaggi) • *Aspetti di un modello operativo musicoterapico* (F. Moser, I. Toso) • *La voce tra mente e corpo* (M. Mancini) • *Alcune indicazioni bibliografiche in ambito musicoterapico* (G. Manarolo)

■ Volume I, Numero 2, Luglio 1993

Musicoterapia e musicoterapeuta: alcune riflessioni (R. Benenzon) • *La Musicoterapia in Germania* (F. Schwaiblmair) • *La Musicoterapia: proposta per una sistemazione categoriale e applicativa* (O. Schindler) • *Riflessioni sull'analisi delle percezioni amodali e delle trasformazioni transmodali* (P.L. Postacchini, C. Bonanomi) • *Metodologie musicoterapiche in ambito neurologico* (M. Gilardone) • *I linguaggi delle arti in terapia: lo spazio della danza* (R. De Leonibus) • *La musicoterapia nella letteratura scientifica internazionale, 1ª parte* (A. Osella, M. Gilardone)

■ Volume II, Numero 1, Gennaio 1994

Introduzione (F. Giberti) • *Ascolto musicale e ascolto interiore* (W. Scategni) • *Lo strumento sonoro musicale e la Musicoterapia* (R. Benenzon) • *Ascolto musicale e Musicoterapia* (G. Del Puente, G. Manarolo, P. Pistarino, C. Vecchiato) • *La voce come mezzo di comunicazione non verbale* (G. Di Franco)

■ Volume II, Numero 2, Luglio 1994

Il piacere musicale (M. Vaggi) • *Il suono e l'anima* (M. Jacoviello) • *Dal suono al silenzio: vie sonore dell'interiorità* (D. Morando) • *Gruppi di ascolto e formazione personale* (M. Scardovelli) • *Esperienza estetica e controtransfert* (M.E. Garcia) • *Funzione polivalente dell'elemento sonoro-musicale nella riabilitazione dell'insufficiente mentale grave* (G. Manarolo, M. Gilardone, F. Demaestri)

■ Volume III, Numero 1, Gennaio 1995

Musica e struttura psichica (E. Lecourt) • *Nessi funzionali e teleologici tra udire, vedere, parlare e cantare* (Schindler, Venero, Gilardone) • *Il ritmo musicale nella rieducazione logopedica* (L. Pagliero) • *Differenze e*

similitudini nell'applicazione della musicoterapia con pazienti autistici e in coma (R. Benenzon) • *La musica come strumento riabilitativo* (A. Campioto, R. Peconio) • *Linee generali del trattamento musicoterapico di un caso di "Sindrome del Bambino Ipercinetico"* (M. Borghesi) • *Strumenti di informazione e di analisi della prassi osservativa in musicoterapia* (G. Bonardi)

■ Volume III, Numero 2, Luglio 1995

Il senso estetico e la sofferenza psichica: accostamento stridente o scommessa terapeutica? (E. Giordano) • *L'inventiva del terapeuta come fattore di terapia* (G. Montinari) • *La formazione in ambito musicoterapico: lineamenti per un progetto di modello formativo* (P.L. Postacchini, M. Mancini, G. Manarolo, C. Bonanomi) • *Il suono e l'anima: la divina analogia* (M. Jacoviello) • *Considerazioni su: dialogo sonoro, espressione corporea ed esecuzione musicale* (R. Barbarino, A. Artuso, E. Pegoraro) • *Aspetti metodologici, empatia e sintonizzazione nell'esperienza musicoterapeutica* (A. Raglio) • *Esperienze di musicoterapia: nascita e sviluppo di una comunicazione sonora con soggetti portatori di handicap* (C. Bonanomi)

■ Volume IV, Numero 1, Gennaio 1996

Armonizzare sintonizzandosi (P.L. Postacchini) • *Dalla percezione uditiva al concetto musicale* (O. Schindler, M. Gilardone, I. Venero, A.C. Lautero, E. Banco) • *La formazione musicale* (C. Maltoni, P. Salza) • *Gruppo sì, gruppo no: riflessioni su due esperienze di musicoterapia* (M. Mancini) • *Musicoterapia e stati di coma: riflessioni ed esperienze* (G. Garofoli) • *Il caso di Luca* (L. Gamba) • *Disturbi del linguaggio e Musicoterapia* (P.C. Piat, M. Morone)

■ Volume IV, Numero 2, Luglio 1996

Il suono della voce in Psicopatologia (F. Giberti, G. Manarolo) • *La voce umana: prospettive storiche e biologiche* (M. Gilardone, I. Venero, E. Banco, O. Schindler) • *La stimolazione sonoro-musicale di pazienti in coma* (G. Scarso, G. Emanuelli, P. Salza, C. De Bacco) • *La creatività musicale* (M. Romagnoli) • *Musicoterapia e processi di personalizzazione nella Psicoterapia di un caso di autismo* (L. Degasperì) • *La recettività musicale nei pazienti psichiatrici: un'ipotesi di studio* (G. Del Puente, G. Manarolo, S. Remotti) • *Musica e Psicosi: un percorso Musicoterapico con un gruppo di pazienti* (A. Campioto, R. Peconio).

■ Volume V, Numero 1, Gennaio 1997

La riabilitazione nel ritardo mentale ed il contributo della Musicoterapia (G. Moretti) • *Uomo Suono: un*

incontro che produce senso (M. Borghesi, P.L. Postacchini, A. Ricciotti) • La Musicoterapia non esiste (D. Gaita) • L'Anziano e la Musica. L'inizio di un approccio musicale (B. Capitanio) • Riflessioni su una esperienza di ascolto con un soggetto insufficiente mentale psicotico (P. Ciampi) • Un percorso musicoterapico: dal suono silente al suono risonante (E. De Rossi, G. Ba) • La comprensione dell'intonazione del linguaggio in bambini Down (M. Paolini).

■ Volume V, Numero 2, Giugno 1997

Gli effetti dell'ascoltare musica durante la gravidanza e il travaglio di parto: descrizione di un'esperienza (P.L. Righetti) • Aspettar cantando: la voce nella scena degli affetti prenatali (E. Benassi) • Studio sul potenziale terapeutico dell'ascolto creativo (M. Borghesi) • Musicoterapia e Danzaterapia: le controindicazioni al trattamento riabilitativo di alcune patologie neurologiche (C. Laurentaci, G. Megna) • L'ambiente sonoro della famiglia e dell'asilo nido: una possibile utilizzazione di suoni e musiche durante l'inserimento (M. G. Farnedi) • La Musicoterapia Prenatale e Perinatale: un'esperienza (A. Auditore, F. Pasini).

■ Volume VI, Numero 1, Gennaio 1998

Le spine del cactus (C. Lugo) • L'improvvisazione nella musica, in psicoterapia, in musicoterapia (P.L. Postacchini) • L'improvvisazione in psicoterapia (A. Ricciotti) • L'improvvisazione nella pratica musicoterapica (M. Borghesi) • La tastiera elettrica fra educazione e riabilitazione: analisi di un caso (Pier Giorgio Oriani) • Ritmo come forma autogenerata e fantasia di fusione (G. Del Puente, S. Remotti) • Aspetti teorici e applicativi della musicoterapia in psichiatria (F. Moser, G. M. Rossi, I. Toso).

■ Volume VI, Numero 2, Luglio 1998

Modelli musicali del funzionamento cerebrale (G. Porzionato) • La mente musicale/educare l'intelligenza musicale (J. Tafuri) • Reversibilità del pensiero e pensiero musicale del bambino (F. Rota) • Musica, Elaboratore e Creatività (M. Benedetti) • Inchiostro, silicio e sonorità neuronali (A. Colla) • Le valenze del pensiero musicale nel trattamento dei deficit psico-intellettivi (F. De Maestri).

■ Volume VII, Numero 1, Gennaio 1999

E se la musica fosse...(M. Spaccazocchi) • Una noce poco fa (D. Gaita) • L'ascolto in Musicoterapia (G. Manarolo) • La musica allunga la vita? (M. Maranto, G. Porzionato) • Musicoterapia e simbolismo: un'esperienza in ambito istituzionale (A.M. Bagalà)

■ Volume VII, Numero 2, Luglio 1999

Dalle pratiche musicali umane alla formazione professionale (M. Spaccazocchi) • Formarsi alla relazione in Musicoterapia (G. Montinari) • Formarsi in Musicoterapia (P.L. Postacchini) • Prospettive formative e professionali in Musicoterapia (P.E. Ricci Bitti) • Un coordinamento nazionale per la formazione in Musicoterapia (G. Manarolo)

■ Numero 1, Gennaio 2000

Malattia di Alzheimer e Terapia Musicale (G. Porzionato) • L'utilizzo della Musicoterapia nell'AIDS (A. Ricciotti) • L'intervento musicoterapico nella riabilitazione dei pazienti post-comatosi (R. Meschini) • Musicoterapia e demenza senile (F. Delicato) • Musicoterapia e AIDS (R. Ghiozzi) • Musicoterapia in un Servizio Residenziale per soggetti Alzheimer (M. Picozzi, D. Gaita, L. Redaelli)

■ Numero 2, Luglio 2000

Conoscenze attuali in tema di etiopatogenesi dell'autismo infantile (G. Lanzi, C.A. Zambrino) • Il trattamento musicoterapico di soggetti autistici (G. Manarolo, F. Demaestri) • La musicalità autistica: aspetti clinici e prospettive di ricerca in musicoterapia (A. Raglio) • Il modello Benenzon nell'approccio al soggetto autistico (R. Benenzon) • Autismo e musicoterapia (S. Cangiotti) • Dalla periferia al centro: spazio-suono di una relazione (C. Bonanomi)

■ Numero 3, Gennaio 2001

Musica emozioni e teoria dell'attaccamento (P. L. Postacchini) • La Musicoterapia Recettiva (G. Manarolo) • Manifestazioni ossessive ed autismo: il loro intrecciarsi in un trattamento di musicoterapia (G. Del Puente) • Musica e adolescenza Dinamiche evolutive e regressive (I. Sirtori) • Il perimetro sonoro (A.M. Barbagallo, L. Giorgioni, L. Mattazzi, M. Moroni, S. Mutalipassi, L. Pozzi) • Musicoterapia e Patterns di interazione e comunicazione con bambini pluriminatori: un approccio possibile (M.M. Coppa, E. Orena, F. Santoni, M.C. Dolciotti, I. Giampieri, A. Schiavoni) • Musicoterapia post partum (A. Auditore, F. Pasini)

■ Numero 4, Luglio 2001

Ascolto musicale, ascolto clinico (A. Schön) • Musicoterapia e tossicodipendenza (P.L. Postacchini) • Il paziente in coma: stimolazione sonoro-musicale o musicoterapia? (G. Scarso, A. Visintin) • Osservazione del malato di Alzheimer e terapia musicale (C. Bonanomi, M.C. Gerosa) • Due storie musicoterapiche (L. Corno) • Il suono del silenzio (A. Gibelli) • Il setting in Musicoterapia (M. Borghesi, A. Ricciotti)

articoli pubblicati

■ Numero 5, Gennaio 2002

Riabilitazione Psicosociale e Musicoterapia aspetti introduttivi (L. Croce) • Evoluzione del concetto di riabilitazione in Musicoterapia (P.L. Postacchini) • Prospettive terapeutiche nell'infanzia: "Dalla disarmonia evolutiva alla neuropsicopatologia (G. Boccardi) • Musicoterapia e ritardo mentale (F. Demaestri, G. Manarolo, M. Picozzi, F. Puerari, A. Raglio) • Indicazioni al trattamento e criteri di inclusione (M. Picozzi) • L'assessment in Musicoterapia, il bilancio psicomusicale e il possibile intervento (G. Manarolo, F. Demaestri) • L'assessment in musicoterapia, osservazione, relazione e il possibile intervento (F. Puerari, A. Raglio) • Tipologie di comportamento sonoro/musicale in soggetti affetti da ritardo mentale (A.M. Barbagallo, C. Bonanomi) • La musicoterapia per bambini con difficoltà emotive (C.S. Lutz Hochreutener)

■ Numero 6, Luglio 2002

Relazione, disagio, musica (M. Spaccazocchi) • Musicoterapia a scuola (M. Borghesi, E. Strobino) • Musicoterapia e integrazione scolastica (E. Albanesi) • Un intervento Musicoterapico in ambito scolastico (S. Melchiorri) • L'animazione musicale (M. Sarcinella) • L'educazione musicale come momento di integrazione (S. Minella) • L'improvvisazione vocale in musicoterapia (A. Grusovin) • L'approccio musicoterapico nel trattamento del ritardo mentale grave: aspetti teorici e presentazione di un'esperienza (Karin Selva) • Musicoterapista e/o Musicoterapeuta? (M. Borghesi, A. Raglio, F. Suvini)

■ Numero 7, Gennaio 2003

La percezione sonoro/musicale (G. Del Puente, F. Fiscella, S. Valente) • L'ascolto Musicale (G. Manarolo) • La composizione musicale a significato universale. Considerazioni cliniche (G. Scarso, A. Ezzu) • Validità del training musicoterapico in pazienti in stato vegetativo persistente: studio su tre casi clinici (C. Laurentaci, G. Megna) • L'approccio musicoterapico con un bambino affetto da grave epilessia. Il caso di Leonardo (L. Torre) • Co-creare dinamiche e spazi di relazione e comunicazione attraverso la musicoterapia (M.M. Coppa, F. Santoni, C.M. Vigo) • L'evoluzione musicale in Musicoterapia (B. Foti, I. Ordiner, E. D'Agostini, D. Bertoni) • L'intervento musicoterapico nelle fasi di recupero dopo il coma (R. Meschini)

■ Numero 8, Luglio 2003: *Gli Istituti Superiori di Studi Musicali e la formazione in Musicoterapia... paradigma e curriculum musicale...* (Maurizio Spaccazocchi) • Dialogo riabilitativo fra la Musicoterapia e

l'età evolutiva (P.L. Postacchini, A. Ricciotti) • Musicoterapia e riabilitazione in età evolutiva (R. Burchi, M.E. D'Ulisse) • Musicoterapia e psicomotricità: un'integrazione possibile (R. Meschini, P. Tombari) • L'intervento di musicoterapia nella psicosi (R. Messaglia) • Terapia sonoro-musicale nei pazienti in coma: esemplificazione tramite un caso clinico (G. Scarso, A. Ezzu) • Musicoterapia preventiva e profilassi della gravidanza e del puerperio (F. Pasini, A. Auditore) • Musicoterapia e disturbi comunicativo-relazionali in età evolutiva (F. Demaestri)

■ Numero 9, Gennaio 2004

Psicologia della musica e adolescenza (O. Oasi) • Forme musicali e vita mentale in adolescenza (A. Ricciotti) • Musica e Adolescenza (G. Manarolo, M. Peddis) • Un intervento di Musicoterapia con un gruppo di adolescenti (L. Metelli, A. Raglio) • L'approccio musicoterapico in ambito istituzionale: il trattamento dei disturbi neuropsichici dell'adolescenza (F. Demaestri) • Dal rumore al suono, dalla confusione all'integrazione (R. Busolini, A. Grusovin, M. Paci, F. Amione, G. Marin)

■ Numero 10, Luglio 2004:

Espressione dello spazio e del tempo in musicoterapia: sintonizzazioni ed empatia (P. L. Postacchini) • *Intrattenimento, educazione, preghiera, cura... Quante funzioni può svolgere il linguaggio musicale?* (L. Quattrini) • *Musicoterapia in fase preoperatoria* (G. Canepa) • *L'improvvisazione sonoro-musicale come esperienza formativa di gruppo* (A. Raglio, M. Santonocito) • *Musicoterapia e anziani* (A. Varagnolo, R. Melis, S. Di Piero)

■ Numero 11, Gennaio 2005

Aspetti timbrici in musica e in Musicoterapia (P. Ciampi) • *Il problema del "significato" in musicoterapia. Alcune riflessioni critiche sullo statuto epistemologico della disciplina, sulle opzioni presenti nel panorama attuale e sui modelli di formazione proposti* (G. Gaggero) • *Il significato dell'espressività vocale nel trattamento musicoterapico di bambini con Disturbo Generalizzato dello Sviluppo (DGS)* (A. Guzzoni) • *L'esportabilità spazio-temporale del cambiamento nella pratica musicoterapica: una pre-ricerca* (M. Placidi) • *L'ascolto come luogo d'incontro: un trattamento di musicoterapia recettiva* (G. Del Puente, G. Manarolo, S. Venuiti) • *Armonie e disarmonie nel disagio motorio: una rassegna di esperienze* (B. Foti)

■ Numero 12, Luglio 2005

La supervisione in Musicoterapia (P. L. Postacchini) • *Le competenze musicali in ambito musicoterapico: una pro-*

posta (F. Demaestri) • *L'armonia del sé: aspetti musicali dello sviluppo del sé* (C. Tamagnone) • *Interventi musicoterapici con bambini gravemente ipotonici* (W. Fasser, G. V. Ruoso) • *Emozioni e musica: percorsi di musicoterapia contro la dispersione scolastica* (M. Santonocita, P. Parentela) • *"Il Serpente Arcobaleno" esperienze di musicoterapia e tossicodipendenza* (F. Prestia)

■ Numero 13, Gennaio 2006

La Psicologia della musica: il punto, le prospettive (G. Nuti) • *John Cage: caso vs. improvvisazione* (C. Lugo) • *La composizione in musicoterapia* (A. M. Gheltrito) • *Musicoterapia preventiva in ambito scolastico: un programma sperimentale per lo sviluppo dell'empatia* (E. D'Agostino, I. Ordiner, G. Matricardi) • *Musicoterapia e Riabilitazione: una esperienza grupale integrata* (Flora Inzerillo) • *Dal Caos all'armonia* (R. Messaglia)

■ Numero 14, Luglio 2006

Il cervello nell'esecuzione e nell'ascolto della Musica (M. Biasutti) • *Interazione, relazione e storia: ragionamenti di musicoterapia e supervisione* (F. Albano) • *Il suono e la mente: un'esperienza di conduzione di gruppo in psichiatria* (G. D'Erba, R. Quinzi) • *La condivisione degli stati della mente: una possibile lettura dell'interazione musicoterapica nella grave disabilità* (S. Borlengo, G. Manarolo, G. Marconcini, L. Tamagnone) • *Un'esperienza di musicoterapia presso l'Hospice della azienda istituti ospitalieri di Cremona* (L. Gamba) • *La musica come strategia terapeutica nel trattamento delle demenze* (A. Raglio)

■ Numero 15, Gennaio 2007

Implicazioni per l'educazione e la riabilitazione della ricerca psicologica sull'improvvisazione musicale (M. Biasutti) • *Le componenti cerebrali dell'amusia* (L. F. Bertolli) • *Musicoterapia e stati di coma: un'esperienza diretta, il caso di Marco* (C. Ceroni) • *Forme aperte, forme chiuse: una esperienza di musicoterapia di gruppo nel centro diurno psichiatrico di Oderzo (TV)* (R. Bolelli) • *L'intervento integrato tra logopedista e musicoterapista nei bambini con impianto cocleare* (A. M. Beccafichi, G. Giambenedetti)

■ Numero 16, Luglio 2007

Legato/staccato, la problematica della creazione e della morte nella musica occidentale del XX° secolo (Michel Imberty) • *Memorie di gruppo e musicoterapia* (Egidio Freddi, Antonella Guzzoni) • *Giocando con i suoni: un intervento sul bullismo* (E. Prete, A. L. Palermi, M. G. Bartolo, A. Costabile, R. Marcone) • *Esserci, Esprimersi, Interagire tra adolescenti attraverso la*

musica e gli altri linguaggi (Francesca Prestia) • *Musicoterapia e demenza: un caso clinico* (M. Gianotti, A. Raglio) • *Musicoterapia nelle strutture intermedie: un'esperienza in una comunità di riabilitazione* (F. Inzerillo) • *Le tecniche musicoterapiche* (G. Manarolo)

■ Numero 17, Gennaio 2008

La musicoterapia nel contesto delle neuroscienze (P. Postacchini) • *La voce delle emozioni: l'espressività vocale tra svelamento e inganno* (G. Manarolo) • *Associazione Cantascuola: un percorso espressivo musicale scuola - sanità - scuola* (G. Guiot) • *Musicoterapia e prevenzione in pediatria oncologica* (M. Macorigh) • *La stimolazione sonoro-musicale alla casa dei risvegli Luca de Nigris di Bologna* (R. Bolelli) • *Gruppi di musicoterapia presso il servizio territoriale di neuropsichiatria dell'infanzia e della adolescenza* (L. Gamba) • *Attività di musicoterapia nella riabilitazione psichiatrica* (L. Gamba, A. Mainardi, E. Agrimi)

■ Numero 18, Luglio 2008

Musica e terapia: alcune riflessioni storiche (S. A. E. Leoni) • *Musicoterapia e riabilitazione cognitiva nella schizofrenia: uno studio controllato* (E. Ceccato, P. A. Caneva, D. Lamonaca) • *Suonare e cantare, tra quotidianità e arte, dalla semiologia alla musicoterapia* (R. Bolelli) • *Quale musicoterapia nella scuola primaria?* (C. Massola, A. Capelli, K. Selva, F. Bottone, F. Demaestri) • *A Volte i pesci cantano... Musicoterapia e sordità: un'esperienza di lavoro con bambini "diversamente" udenti* (F. La Placa) • *Alice: percorso sonoro tra improvvisazione e composizione* (D. Bruna) • *Musicoterapia per operatori sanitari* (G. D'Erba, R. Quinzi) • *Viaggio attraverso la memoria* (R. Prencipe)

■ Numero 19, Gennaio 2009

Psicologia della Musica e Musicoterapia: quale dialogo? (R. Caterina) • *Neuroscienze e musica: dallo sviluppo delle abilità musicali alle attuali conoscenze su percezione, cognizione e fisiologia della musica* (L. Lopez) • *"L'abito che fa il monaco": il processo terapeutico riabilitativo di una suora di clausura in Comunità Psichiatrica* (G. Cassano, M. Carnovale) • *Ambiguità e non ambiguità della musica: suggestioni in un trattamento di musicoterapia* (G. Del Puente, G. Manarolo, S. Guida, F. Pannocchia) • *La costruzione di un intervento clinico integrato: Psicofisiologia e Musicoterapia* (A. R. Sabbatucci, M. Consonni) • *Musicoterapia nelle Cure Palliative: l'esperienza dell'hospice di Cremona* (L. Gamba) • *Importanza della ricerca sperimentale in musicoterapia* (M. Biasutti).

Gli articoli pubblicati dal 1992 al 1998 sono ora raccolti in *"Musica & Terapia, Quaderni italiani di Musicoterapia"* edizioni Cosmopolis Corso Peschiera 320, 10139 - Torino - <http://www.edizionicosmopolis.it>

norme redazionali

- 1) I colleghi interessati a pubblicare articoli originali sulla presente pubblicazione sono pregati di inviare il file relativo, redatto con Word per Windows, in formato RTF, al seguente indirizzo di posta elettronica:
manarolo@libero.it
- 2) L'accettazione dei lavori è subordinata alla revisione critica del comitato di redazione.
- 3) Per la stesura della bibliografia ci si dovrà attenere ai seguenti esempi:
 - a) LIBRO: Cordero G.F., *Etologia della comunicazione*, Omega edizioni, Torino, 1986.
 - b) ARTICOLO DI RIVISTA: Cima E., *Psicosi secondarie e psicosi reattive nel ritardo mentale*, *Abilitazione e Riabilitazione*, II (1), 1993, pp. 51-64.
 - c) CAPITOLO DI UN LIBRO: Moretti G., Cannao M., *Stati psicotici nell'infanzia*. In M. Groppo, E. Confalonieri (a cura di), *L'Autismo in età scolare*, Marietti Scuola, Casale M. (AI), 1990, pp. 18-36.
 - d) ATTI DI CONVEGNI: Neumayr A., *Musica ed humanitas*. In A. Willeit (a cura di), *Atti del Convegno: Puer, Musica et Medicina*, Merano, 1991, pp. 197-205.
- 4) Gli articoli pubblicati impegnano esclusivamente la responsabilità degli Autori. La proprietà letteraria spetta all'Editore, che può autorizzare la riproduzione parziale o totale dei lavori pubblicati.