



musica&terapia

numero

29

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

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 Schwaiblmaier
*Istituto di Pediatria Sociale e Medicina Infantile,
Università di Monaco, Germania*

segreteria di redazione

Ferruccio Demaestri
Corso Don Orione 7
15052 Casalneceto (AL)
tel. 347 8423620

indice

numero 29

Cosmopolis s.n.c.

Corso Peschiera 320
10139 Torino
011 710209

L'abbonamento a
Musica&Terapia è di
Euro 20,00 (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

grafica
Alessia Massari - Genova
impaginazione
Francesca Pavolini - Genova

Editoriale	1
Le competenze musicali per accedere alle scuole di formazione in musicoterapia <i>Maurizio Spaccazocchi</i>	2
Improvvisazione in musicoterapia: concatenazioni relazionali ed affettive <i>Paolo Ciampi</i>	10
T.I.M.E.: Training Interactive Musical Elements una proposta per i D.S.A. <i>Giovanna Ferrari, Antonella Nicoletti, Luca Xodo</i>	19
Musicoterapia e demenze: l'esperienza presso strutture residenziali e diurne <i>Gianni Vizzano</i>	25
Suzanne Elaborazione di un lutto in un gruppo di musicoterapia <i>Andrea Cavalieri, Cooperativa Sociale CrescereInsieme ONLUS</i>	36
Musicoterapia a scuola <i>Alberto Malfatti</i>	40
Musicoterapia con il bambino autistico <i>Stefano Bolchi</i>	46
Recensioni	56
Articoli pubblicati sui numeri precedenti	58

editoriale

Il n. 29 di Musica et Terapia si apre con l'articolo di Maurizio Spaccazocchi dedicato alle competenze musicali proprie del musicoterapista.

L'autore sottolinea come la musicoterapia, prevedendo un particolare utilizzo del suono e della musica, richieda un percorso formativo appropriato e non la replica di una generica formazione musicale.

Il successivo articolo di Paolo Ciampi prosegue il tema "improvvisazione in musicoterapia", vedi il precedente numero di Musica e Terapia, contestualizzandolo all'interno di una significativa esperienza clinica.

Il contributo di Giovanna Ferrari, Antonella Nicoletti e Luca Xodo presenta una metodologia (Training Interactive Musical Elements) dedicata a favorire attraverso gli elementi del linguaggio musicale il processo di automatizzazione della letto-scrittura. Nel loro contributo vengono presentati i primi risultati ottenuti con tale approccio.

Gianni Vizzano a seguire ci riporta in un contesto clinico presentando la sua esperienza presso il Rifugio Re Carlo Alberto specializzato nell'accoglienza di pazienti affetti da Alzheimer e da altre forme di demenza. Il suo contributo, preciso nella descrizione delle premesse scientifiche e del

setting adeguato a tale ambito clinico, apre anche una riflessione sull'importanza della ricerca in questo contesto.

Andrea Cavalieri riprende il tema "improvvisazione in musicoterapia" presentando un caso clinico particolarmente delicato dove, con la modalità che gli è propria, un gruppo di pazienti improvvisa, sulla base di un brano di Fabrizio De Andrè, creando un nuovo testo pertinente all'elaborazione di un lutto.

Alberto Malfatti torna ad un contesto scolastico presentando un progetto di integrazione attraverso un'esperienza musicoterapica di gruppo, dove fra l'altro la dimensione relazionale è stata oggetto di una precisa valutazione attraverso due diverse scale (IPDDAI e scale di Valutazione di Nordoff-Robbins).

Conclude questo numero l'originale contributo di Stefano Bolchi che descrive il trattamento musicoterapico di un bambino di dieci anni, affetto da un Disturbo generalizzato dello sviluppo con tratti autistici, dove la rilettura clinica dell'andamento delle sedute segue l'impostazione teorica della psicoanalisi lacaniana.

Gerardo Manarolo



LE COMPETENZE MUSICALI PER ACCEDERE ALLE SCUOLE DI FORMAZIONE IN MUSICOTERAPIA

Maurizio Spaccazocchi pedagista e didatta musicale,
docente corso di musicoterapia Pro Civitate Christiana, Assisi

The musical knowledge and know-how of music a music therapist is yet to be determined, because each therapeutic mentality that defines useful to make music specific and relevant to their needs. But musical training in music therapy has a duty to define the entire scope of musical beneficial for every address therapeutic. This article seeks to define this large and complex territory of musical skills for music therapy.

PREMESSA

Ogni professione che coinvolga la musica ha bisogno di programmare una formazione musicale specifica. L'idea di musica e di musicalità richieste ad ogni specifica professione per, in e con la musica, non può affidarsi a un'unica e sola visione del *sapere, saper fare, saper far fare e saper essere* con i suoni e le musiche.

Da questa mia premessa, si può ben dedurre che non è pensabile un unico paradigma di studi musicali per giungere a formare indirizzi professionali in musica molto diversi, se non a volte addirittura contrastanti. Infatti, i seguenti interrogativi, sono solo alcuni temi che mandano subito in crisi la presenza di un solo modello di studi musicali:

- *È ipotizzabile sul piano pratico-teorico una formazione musicale che possa soddisfare nello stesso istante tutte le figure professionali esistenti in musica?*
- *La formazione professionale del musicista concertista e quella del musicoterapeuta come possono essere pensate sulla base di uno stesso percorso di studi in musica e sulla musica?*
- *Le finalità generali, gli obiettivi specifici, i soggetti coinvolti, le relazioni attivate, le prassi, i modelli teorici, le competenze e le tecniche-musicali richieste, come possono*

essere pensate sulla base di un unico modello di studi uguale per tutti i mestieri in musica e sulla musica?

- *Per quali ragioni la visione multidisciplinare e umanitaria, richiesta dalla professione del musicista terapeuta, dovrebbe essere altrettanto condivisa e praticata all'interno della professione del musicista concertista, o del cantante rock o dello strumentista jazzista?*
- *Ecc.*

Si può ben comprendere che ogni specifica professione, che fa uso della musica all'interno di precise operatività, non può che richiedere obbligatoriamente un suo pertinente e prioritario percorso di formazione musicale. Questo perché, ad esempio, nel caso specifico della formazione musicale per la professione musicoterapeutica, le *teorie specifiche* provenienti da più ambiti professionali (medici, psicologici, pedagogici e musicoterapeutici), le *prassi musicali specifiche* (pluri-strumentali, cantate e parlate, ritmico-moto-espressive, auditive; d'improvvisazione libera e spontanea, perché quasi sempre legate ad occasioni di spontaneità emotivo-espressiva, ecc.), gli *stili relazionali* alla ricerca costante di un rapporto umano positivo e terapeutico, gli *ambienti professionali* che richiedono un setting

Si può ben comprendere che ogni specifica professione fa uso della musica all'interno di precise operatività

operativo ben strutturato, le *modalità di studio e di ricerca* sui casi e sulle loro relative modalità operative, ecc., fanno chiaramente presagire specifiche azioni formative diverse da una qualsiasi altra formazione musicale mirata a un'altrettanto diversa professionalità sulla musica e/o con la musica. Insomma, di fronte a diversi scopi e obiettivi attraverso l'uso dei suoni e della musica, altrettanto diverse dovranno essere le mentalità, le analisi, le interpretazioni, e quindi le stesse tecniche e gli stessi percorsi musicali.

Quali specifiche competenze musicali in entrata è quindi giusto richiedere agli studenti che vogliono accedere ad una scuola di formazione musicoterapeutica?

Ribadire che il modello di studi musicali per la formazione musicoterapeutica non può certo partire dai paradigmi della musica colta e/o del musicista professionista (o di un qualsiasi altro contesto musicale) è quindi un diritto della professione musicoterapeutica. Il non potersi affidare ai modelli di studio musicale presenti nei nostri tradizionali Conservatori è ora abbastanza evidente, poiché questi giustamente sono mirati alla creazione di figure professionali che debbono mostrare una chiara e alta *de-formazione* tecnico-gesto-motoria e interpretativa che

contrasta con il più comune *sapere essere in musica* delle persone, cioè dei quotidiani portatori di quella diffusa competenza di base che potremmo denominare antropologica, tipica quindi dell'essere umano nei suoni e nella musica, identificabile nell'Homo Musicus e nelle sue musicalità (*audiens, movens, loquens, cantans, sonans, videns, sapiens*). In altri termini il centro di attrazione degli studi musicali applicati alla terapia non può essere altro che antropologico, cioè focalizzato sull'uomo comune e sulle sue diverse esternalizzazioni per mezzo dei suoni, delle musiche e dell'intero corpo-mente inteso come una vera e propria globalità vibrante. Rifacendoci quindi a un'analisi antropologica sull'essere umano in musica, noi tutti potremmo evidenziare subito dei settori di esperienza che accomunano tutti gli esseri umani, siano questi di diversa cultura ed esperienza. In sintesi, è nostro specifico compito individuare il più ampio campo possibile di esperienze, all'interno del quale ogni uomo esperisce le sue musicalità, i suoi atti sonoro-musicali che, per la terapia, sono da interpretare come agganci relazionali, manifestazioni di patologia o di benessere, materia vibrante ricca di informazioni sulla quale e con la quale pro-muoversi per attuare un possibile e controllabile programma o percorso terapeutico. Ma ora il nostro primario compito è quello di gettare le basi (di accesso) di quel *sapere, saper fare, saper far fare e saper essere,*

utili come territorio musicale sul quale far crescere e formare una figura professionale musicoterapeutica. In sintesi, in Italia, non è più rimandabile la definizione pertinente e prioritaria che doveva già da tempo rispondere alla seguente domanda: *Quali competenze musicali deve avere un giovane che vuole accedere a un percorso di studi musicoterapeutici?* Sulla base della figura antropologica dell'Homo Musicus e sui suoi indirizzi di musicalità, che nel corso dei millenni ha sviluppato, mi permetto di seguito di definire un possibile campo di competenze musicali e paramusicali che un giovane dovrebbe avere acquisito anticipatamente per poi poter accedere a una Scuola di formazione in musicoterapia. Per fare ciò ho preso in considerazione i sette settori di musicalità (*audiens, movens, loquens, cantans, sonans, videns, sapiens*), intesi come campo di competenze musicali, ribadendo che tale campo è stato da me individuato e definito sulla base delle osservazioni (nella postura mentale e fisica del *musical-man-watcher*) fatte da anni in merito all'identificazione dell'Homo Musicus. Ognuno dei sette settori di musicalità l'ho così impostato: una iniziale *sintesi generale* mirata a definire il settore stesso, seguita poi dalla elencazione delle *Prassi specifiche* relative alle competenze in entrata che il nostro ipotetico neo-studente in musicoterapia dovrebbe aver acquisito:

<p>HOMO MOVENS</p>	<p><i>Sintesi generale:</i> L'uomo muscolare, nevrotico, articolatorio, ritmico-motorio, danzante, coreografico, ecc. Settore che comprende tutti i possibili coinvolgimenti del corpo (nevrotici, muscolari, articolatori, respiratori, dinamici, ecc.) inteso come soggetto pro-motore di tutte le pratiche sonore e musicali. Si apre in questa dimensione il concetto di corpo inteso in maniera più globale e sensibile, come ad esempio quella di un'identità <i>Mindful-body</i>. <i>Prassi specifiche:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dimostrare di essere abbastanza decondizionati nel rapporto fra ritmo-musica e movimento-corpo. 2. Saper sincronizzare alla musica il movimento del proprio corpo e delle sue varie parti con le strutture metriche più comuni (binarie, ternarie, quaternarie), anche a diverse velocità metronomiche (dall'adagio all'allegro, dall'accelerando al rallentando).
---------------------------	---

	<ol style="list-style-type: none"> 3. Saper improvvisare, a tempo e con una sufficiente espressione, movimenti spontanei su semplici musiche. 4. Dimostrare di comprendere, con la propria corporeità, il gioco di tensioni e di rilassamenti, di gravità e di levità presenti in un brano musicale. 5. Assicurare di essere disposti e interessati ad ampliare queste capacità espressivo-motorie di base.
<p>HOMO AUDIENS</p>	<p><i>Sintesi generale:</i> L'uomo della memoria, delle "immagini" musicali interiorizzate, praticante di <i>fonotassia, fonofilia, musicofilia, fonomnesi, anticipazione, permanenza, anamnesi</i>¹, ecc., e così tutti gli aspetti che coinvolgono l'uomo nella sua dimensione psico-acustica, dalle memorie fono-musicali prenatali a quelle sociali (ascoltare per...), ecc.² Settore che comprende tutti i possibili coinvolgimenti audio-percettivi e somoestesici che concorrono in vari modi a formare il concetto stesso di mente-memoria <i>emo-fono-musicale umana</i>. <i>Prassi specifiche:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Saper distinguere all'ascolto eventi ritmici, melodici e armonici. 2. Saper distinguere all'ascolto ritmi e musiche a metro binario, ternario e quaternario. 3. Saper distinguere all'ascolto la distribuzione dell'energia e del tempo di un evento ritmico e musicale (piano, forte, crescendo, diminuendo; adagio, moderato, veloce). 4. Saper distinguere all'ascolto una scala maggiore, minore, blues pentatonica, pentatonica. 5. Saper distinguere all'ascolto il timbro (sound) degli strumenti musicali più noti della musica occidentale (archi, legni, ottoni, percussioni e tastiere in genere) e dello strumentario didattico e popolare più diffuso (xilofono, metallofono, chitarra, armonica a bocca, flauto dolce, clavietta, fisarmonica, tamburo, sonagliera, legnetti, maracas). 6. Saper distinguere all'ascolto i più comuni ensemble strumentali. 7. Saper riconoscere all'ascolto gli intervalli musicali (maggiori e minori) più comuni: unisono, seconda, terza, sesta, settima; gli intervalli giusti più comuni: quarta quinta e ottava. 8. Saper riconoscere all'ascolto un accordo maggiore (es. Do-mi-sol), minore (es. Do-mib-sol), diminuito (es. Do-mib-solb). 9. Saper determinare dall'ascolto un brano in tonalità maggiore o minore. 10. Assicurare di essere disposti e interessati ad ampliare queste capacità audio-percettive di base.
<p>HOMO LOQUENS</p>	<p><i>Sintesi generale:</i> L'uomo della parola parlata, che oltre alla dimensione <i>semantica</i> del linguaggio è attivo all'interno della parola intesa come <i>ritmo, fonetica, intonazione, energia</i>. Aspetti del parlare che l'uomo applica in tante pratiche musicali come ad esempio nei recitativi, nelle strofe, nel canto narrativo, nel rap, ecc. e negli studi dedicati al <i>fonosimbolismo</i>³. La stessa vocalità del paziente e del terapeuta diventano mezzi e materia utile per il lavoro terapeutico. <i>Prassi specifiche:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dimostrare di saper leggere un semplice testo con correttezza ed espressività. 2. Dimostrare di saper recitare una stessa frase in più e diversi toni espressivo-comunicativo-relazionali. 3. Saper imitare con la propria voce alcuni toni regionali-dialettali dell'Italia e improvvisare in forma di <i>grammelot</i> alcune lingue straniere (es. francese o inglese, o tedesco o un'altra di proprio gradimento).

	<ol style="list-style-type: none"> Dimostrare di conoscere le famiglie fonetiche più note della nostra lingua: <i>le vocali: aperte-chiuse, acute-gravi, le consonanti: occlusive-esplosive, sibilanti, nasali, vibranti e liquide, affricate.</i> Iniziare a interessarsi dei valori fonosimbolici del linguaggio parlato (es. F. Dogana, <i>Suono e senso</i>, Franco Angeli, Milano). Essere pienamente coscienti che la voce e le sue intonazioni sono molto importanti nella relazione umana. Assicurare di essere disposti e interessati ad ampliare queste abilità vocali di base.
HOMO CANTANS	<p><i>Sintesi generale:</i> L'uomo che esalta, amplifica, e-motiva la voce nelle forme più diverse e in stretta relazione con l'ambiente, la lingua, la religione, le emozioni, la corporeità, ecc. Il canto diventa quindi un <i>cantare per...</i> (le condotte che l'uomo applica al canto in rapporto ai suoi bisogni primari e secondari), ecc.</p> <p><i>Prassi specifiche:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> Dimostrare di saper cantare (a voce nuda: cioè senza alcun accompagnamento strumentale) con disinibizione e con una sufficiente padronanza ritmica e intonativa. Dimostrare di saper cantare (a voce nuda) motivi provenienti da diversi generi e repertori musicali. Dimostrare di conoscere canti adatti al contesto infantile, ad una cultura nazionale-popolare, agli anziani, ai giovani. Dimostrare di saper ripetere all'istante frasi melodiche proposte da altri. Dimostrare di saper improvvisare semplici frammenti melodici cantati, sia con un semplice vocalizzo e sia con una semplice frase creata sul momento. Dimostrare di saper cantare una melodia mentre un'altra voce esegue una linea melodica diversa. Assicurare di essere disposti e interessati ad ampliare queste capacità vocali di base.
HOMO SONANS	<p><i>Sintesi generale:</i> Settore del fare che comprende tutte le possibili "estensioni" del corpo, dell'andare oltre il corpo, potenziare gli effetti del suono e della musica e quindi se stessi: dalla pelle al mouse passando attraverso gli oggetti e gli strumenti musicali, ecc. E naturalmente, in terapia, specialmente gli oggetti e strumenti che mantengono contatti con la corporeità e la carnalità, potranno offrire un valido campo di lavoro.</p> <p><i>Prassi specifiche:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> Dimostrare di saper manipolare con una semplice logica ritmica più strumenti a percussione (es. eseguire ritmi elementari al tamburo, ai legnetti, alle maracas o su altre percussioni). Dimostrare di saper manipolare con una semplice logica melodica alcuni strumenti melodici (es. suonare brevi frasi melodiche alla chitarra, al flauto dolce, allo xilofono, alle tastiere, o su altro strumento melodico). Dimostrare di manipolare con una semplice coerenza armonica semplici accordi alla chitarra, al pianoforte, alla clavicembalo, o su altro strumento armonico. Dimostrare di eseguire semplici ritmiche e semplici frasi melodiche mentre un altro esecutore esegue altre ritmiche o altre melodie diverse. Saper accompagnare il proprio canto con accordi distesi alla chitarra, al pianoforte o comunque con uno strumento armonico a scelta. Assicurare di essere disposti e interessati ad ampliare queste capacità strumentali di base.
HOMO VIDENS	<p><i>Sintesi generale:</i> La musica come visione, fantasia, immaginazione. La musica che entra a far parte delle pratiche audio-visive (tv, film, ecc.).</p>

	<p>La musica come esperienza traducibile in segno, grafia, scrittura. È questo un settore che, specialmente nei primi due indirizzi, può offrire ampi spazi di lavoro all'interno di specifici percorsi musicali terapeutici.</p> <p><i>Prassi specifiche:</i></p> <p>AMBITO: SUONO-SEGNO</p> <ol style="list-style-type: none"> Dimostrare di saper leggere le note di una semplice melodia scritta su pentagramma in chiave di violino e in battute di quattro, di tre o di due quarti. Dimostrare di saper eseguire al tamburo un semplice ritmo (fatto di semiminime, crome e loro relative pause) scritto su un solo rigo musicale e con un metro quaternario, o ternario o binario. Dimostrare di saper leggere e cantare una semplice melodia (priva di alterazioni) scritta su pentagramma in chiave di violino e con un metro quaternario, o ternario o binario. Dimostrare di saper scrivere su pentagramma e in chiave di violino semplici ritmiche e frasi melodiche ascoltate sul momento. Dimostrare di essere in grado di realizzare alcuni semplici esempi di traduzione grafica di singoli suoni o di frammenti melodici che non siano scritti su pentagramma (es. su fogli a quadretti, su carta millimetrata, in forma di disegno, ecc.). Assicurare di essere disposti e interessati ad ampliare queste capacità di lettura-scrittura di base. <p>AMBITO: MUSICA-IMMAGINE</p> <ol style="list-style-type: none"> Dimostrare di conoscere i più comuni rapporti esistenti, nella cultura audiovisiva, fra musica e immagine, portando pure esempi utili a dimostrare la presenza di tali rapporti (es. Nel film 2001 <i>Odissea nello Spazio</i> di S. Kubrick sono presenti diversi modi di abbinare addirittura una stessa musica a immagini diverse). Dimostrare di conoscere esempi di rapporti fra musica e immagine (filmiche, televisive, pubblicitarie, ecc.) in cui l'abbinamento è basato sui fondamentali concetti di convergenza e di divergenza di significato. Assicurare di essere disposti e interessati ad ampliare queste capacità visivo-interpretative di base. <p>AMBITO: MUSICA E IMMAGINAZIONE</p> <ol style="list-style-type: none"> Dimostrare di conoscere la presenza di esempi tratti del vasto rapporto fra musica e immaginazione fantastica (es. Nel <i>Dream-time</i> degli aborigeni australiani, nella musica descrittiva occidentale europea, nel contesto d'ascolto musicale infantile, nelle proprie esperienze d'ascolto, ecc.). Dimostrare di sapersi mettere nei panni di un bambino o di un anziano che ascolta musica fantasticando, praticando l'Altrove, estraniandosi fantasticamente dal contesto in cui sta ascoltando, realizzando un ascolto carico di visioni interiorizzate. Assicurare di essere disposti e interessati ad ampliare queste capacità fantastico-immaginative di base.
HOMO SAPIENS	<p><i>Sintesi generale:</i> Tutte le esperienze vissute dall'uomo vengono, dall'uomo stesso, poste al vaglio della sua <i>dote interpretante</i>. È dalle interpretazioni dei suoni e della musica che gli esseri umani di tutti i tempi e luoghi, mostrano la capacità di ampliare i sensi e i significati, ovvero la conoscenza musicale (orale, scritta, tecnologica), ecc. Settore che comprende tutte le possibili interpretazioni che l'uomo comune è in grado di attribuire alle esperienze musicali che vive nel quotidiano, in sé e fuori di sé. L'insieme di tutte queste possibili interpretazioni sulla musica vanno a formare quella che potremmo definire competenza musicale comune, la credenza musicale che ogni soggetto si è costruito. Oltre a ciò è chiaro che si rende obbligatoria una primaria competenza alfabetico-grammaticale, sintattica e teorica della musica, non certo fine a se stessa, ma che</p>

possa servire come valido contributo per lo studio e la ricerca di “materiali” ed eventi *emo-fono-musicali* pertinenti ad ogni singolo progetto terapeutico.

Prassi specifiche:

1. **Dimostrare di saper nominare gli strumenti musicali più in uso nella nostra cultura e nel contesto musicale educativo.**
2. **Dimostrare di conoscere i dati fondamentali (periodo, nazione, autore, genere) di alcuni fra i brani più importanti di musica classica, leggera, rock, jazz.**
3. **Dimostrare di avere le competenze alfabetico-sintattico-grammaticali utili per dar forma alle scale pentafoniche più elementari** (es. *Do-re-mi-sol-la-do, Fa-sol-la-do-re-fa, Sol-la-si-re-mi-sol, ecc.*).
4. **Dimostrare di avere le competenze alfabetico-sintattico-grammaticali utili per dar forma a una scala maggiore e minore** (es. *Do Maggiore e Do minore, Fa Maggiore e Fa minore, Sol Maggiore e Sol minore, ecc.*).
5. **Dimostrare di avere le competenze alfabetico-sintattico-grammaticali utili per costruire un accordo maggiore** (es. *Do-mi-sol*) e minore (es. *Do-mi-sol*); **per dar forma al concetto di Tonalità maggiore** (es. **Do**) e **la sua Relativa minore** (es. **La**); **dei gradi più importanti di una Tonalità maggiore** (es. *Do magg., Fa magg., Sol magg. e cioè 1°-IV°-V°*) e **di una minore** (es. *La-, Re-, Mi magg.*).
6. **Dimostrare di saper interpretare ogni evento musicale come un vissuto energetico che si esprime nel tempo e nello spazio.**
7. **Dimostrare di saper interpretare ogni evento musicale come un vissuto che ha sempre forti legami con la dimensione emotiva, corporeo-muscolare-motoria, relazionale e ludica umana.**
8. Assicurare di essere disposti e interessati ad ampliare questi basilari saperi in musica e sulla musica.

È sulla base di questa ricchezza di competenze *pertinenti e prioritarie* alla musicoterapia che lo studente potrà, durante il suo corso di studi, ampliare il suo *sapere, saper fare, saper far fare e saper essere* in musica per la terapia. Un percorso di studi che, sulla base della figura dell'*Homo Musicus*⁴ gli permetterà pure di svolgere una sua personale e approfondita analisi delle proprie competenze, migliorando così le sue eventuali mancanze e ampliando le sue specifiche doti *emo-fono-musicali*. Inoltre, utilizzare il campo di musicalità dell'*Homo Musicus* gli sarà altrettanto utile per svolgere quell'importante *anamnesi musicale del paziente* (es. *Chi è il mio cliente, se l'osservo e lo studio come personalità audiens, movens, loquens, cantans, sonans, videns, sapiens?*). Una anamnesi utilissima per permettere, all'operatore musicale terapeutico, di dimostrare le sue scelte e i suoi indirizzi professionali, è cioè il *perché, il quando* e il *come* è stato scelto, per quel

determinato paziente, quella specifica attività musicale (es. la musicalità *audiens*, piuttosto che quella *movens* o quella *cantans* o un'altra ancora).

Inoltre è altrettanto chiaro che tali competenze dovranno essere accertate in sede di prova di accesso e attraverso il riconoscimento di crediti sulla base di studi musicali fatti dal singolo soggetto.

Ma esiste una scuola di formazione musicale come questa?

Ecco, è a questo punto che si vede chiaramente emergere un vero problema: *dove ci si forma per acquisire queste competenze?*

La domanda non trova risposta dal momento che non esiste una istituzione musicale scolastica che abbia una chiara visione e specificazione antropologico-musicale, basata su tutti gli indirizzi di musicalità prima accennati.

Ma forse l'unico modo per riparare a questa mancanza potrebbe essere il seguente: stimolare le varie Scuole italiane di formazione musicoterapeutica a organizzare dei corsi preparatori al corso di specializzazione o di laurea magistrale. Un corso che dovrà preventivare un certo numero di crediti musicali che dovranno far parte dei 180 crediti richiesti da una laurea universitaria triennale, composta di ore di studio in presenza, di ore di studio personali, di ore di preparazione per la tesi, ecc.

Sarà possibile raggiungere questa fase di formazione musicale specifica?

Sarà possibile pensare a una convenzione fra più Scuole di musicoterapia per la creazione di questo percorso di studi di competenze musicali preparatorie?

Sarà possibile un accordo fra le associazioni professionali italiane di musicoterapia per stilare un progetto di studi condiviso fra loro e le Scuole stesse (anche in previsione di una eventuale iscrizione-riconoscimento professionale)?

Sarà possibile giungere in Italia a un'idea di formazione musicale abbastanza uniforme per la professione musicoterapeutica?

Sarà possibile, anche dopo aver formalizzato e realizzato un reale curriculum di studi specifici, vedere tutte le regioni e lo stato riconoscere questo “nuovo” titolo di studio?

I giovani interessati alla musicoterapia, i “vecchi” diplomati e gli attuali studenti di musicoterapia è ciò che sperano da anni! E la speranza, come di Papa Francesco, è bene non farsela rubare!

¹ Questi ultimi termini provengono dal testo di psicoacustica di Augoyard J. F., Torgue H., *Repertorio degli effetti sonori*, Lim, Lucca 2003 (la cura italiana è di Adolfo Conrado).

² Sul tema *Homo Audiens* è consigliabile la lettura del testo teorico-didattico di Spaccacocchi M., *Suoni in testa*, Progetti sonori, Mercatello sul Metauro 2012, con allegato CD.

³ Gli studi sul fonosimbolismo in Italia sono stati svolti da Fernando Dogana e da lui pubblicati in *Suono e senso e Le parole dell'incanto*, ed. Franco Angeli, Milano 1983, 1990.

⁴ Per l'approfondimento del concetto e dei territori dell'*Homo Musicus* si possono consultare: M. Spaccacocchi, *Musica umana esperienza*, Quattroventi, Urbino 2002; M. Spaccacocchi, P. Stauder, *Musica in sé*, Quattroventi, Urbino 2004; M. Spaccacocchi, *La Musica e la Pelle*, Franco Angeli, Milano 2004; M. Spaccacocchi, E. Strobino, *Piacere musica*, Mercatello sul Metauro 2006; M. Spaccacocchi, *Suoni vissuti suoni narrati*, Mercatello sul Metauro 2008.



IMPROVVISAZIONE IN MUSICOTERAPIA: CONCATENAZIONI RELAZIONALI ED AFFETTIVE

Paolo Ciampi musicista, musicoterapista, Genova

Musical improvisation in musicotherapy is characterized by calibrating, approaching and reaching out to the patient adopting contact procedures permeated by listening, care and consideration, in order to greet what comes from the patient, to reward and give prominence to his proposals, both direct and indirect, considering them as a priority in the expression of his personality.

L'improvvisazione musicale in musicoterapia potrebbe essere definita come il succedersi di eventi sonori riconducibili, permeati, collegati, significati, simboleggiati, contenuti e rimandabili alla trama relazionale, personale ed affettiva dell'interazione in atto fra almeno due individui.

Non parlo intenzionalmente solo di "suoni" ma di "eventi sonori" anche protomusicali e quindi non ancora specificatamente musicali in quanto, l'evento sonoro, non sempre si presenta sotto forma di elemento intonato o intonabile ma anche come improvviso timbrico o come oggetto facente parte di un paesaggio sonoro nei termini esplicitati dalla musica concreta o come sequenza di elementi non chiaramente strutturati o percepibili in maniera "ordinata", "coerente" e quindi "comprensibile".

Nel momento in cui la struttura musicale si rende invece "intelligibile" e "organizzata" aumenta la portata della propria efficacia musicale e relazionale sostenendo le possibilità della comunione delle emozioni e moltiplica l'agito interattivo favorendo lo scambio sonoro-musicale come esplicitazione del dialogo personale ed emozionale: *"La musica è fatta di suoni organizzati dall'uomo, come sostengono, pur partendo da posizioni molto diverse, Stravinskij e John Blacking. Una persona (o un gruppo) crea suoni che hanno una coerenza interna, non importa*

quanto sia oscura, e tale coerenza è quello che percepiamo istantaneamente e che usiamo per identificare la musica sia che siamo musicisti o meno. Questo processo fa parte dei meccanismi percettivi di base del cervello. Tuttavia è necessario che accada qualcosa di più: i meccanismi percettivi ci mettono in grado di identificare, e di assegnare un ordine agli stimoli esterni. Questi comunque, hanno bisogno di diventare musica piuttosto che rimanere suoni ordinati (Pavlicevic, 1997).

Poco più avanti la Pavlicevic arricchirà il suo ragionamento specificando che la percezione di un evento come "musica" dipende anche dalla coerenza interna che possiede: maggiore è la coerenza interna e più facilmente definiremo spontaneamente l'evento come "musica". La coerenza interna è forse l'elemento che facilita veramente la ricevibilità dell'espressione sonora da parte del paziente.

Questa coerenza interna può essere riferita alla possibilità di raggruppamento degli aspetti del sonoro che si può collegare all'idea di schema e in maniera più ampia al concetto di struttura (Imberty, 1986). Il concatenarsi dei raggruppamenti, formanti schemi e strutture, permette il realizzarsi di simmetrie e asimmetrie, di regolarità e irregolarità, di stabilità e instabilità, di vicinanza e di lontananza.

La percezione di un evento come "musica" dipende anche dalla coerenza interna che possiede

"In musica l'insieme di schemi ha una qualità temporale in quanto guida le nostre aspettative rispetto a ciò che accade successivamente in un brano musicale, ciò che aspettiamo e ciò che ricordiamo... Lo schema è proiettato in avanti e genera aspettative su ciò che seguirà... L'interruzione di uno schema in corso causa un'attivazione fisiologica: il senso dell'abitudine è interrotto..." (Pavlicevic, 1997).

Le deviazioni strutturali di un brano musicale e, per contro, la non corrispondenza allo schema sono forse la fonte primaria che ci permette di apprezzare la musica nel momento in cui riconosciamo ciò che sta avvenendo. I contrasti e le rotture generano un'attivazione fisiologica (come dice Pavlicevic) o una attivazione corticale (come dice Imberty) che sono la causa ipotetica del piacere derivato dall'ascolto perché interrompono la "normalità" del fluire musicale e disertano le aspettative rendendo la musica particolarmente appetibile (ovviamente nella misura in cui si riesca comunque ad organizzare i nuovi e improvvisi stimoli; in caso contrario il tutto potrebbe divenire causa di allarme, confusione e nei peggiori casi fonte di perturbamento). Gli schemi di cui si parla possono essere raggruppamenti di note, nuclei accordali, cadenze armoniche, incisi metrici, movimenti dinamici ed agogici ecc. e, tutto questo,

costituisce ciò che potrebbe essere denominato come cliché anche se, questo termine, lo porrei in riferimento ad un qualcosa di maggiormente attinente allo stile e alle consuetudini e alle dinamiche interne di composizioni riferibili a periodi, a conquiste e a "linguaggi" di determinate epoche storico-artistiche.

Mi sembra interessante porre all'attenzione una citazione di Cristina Cano:

"Anche la funzione attivatrice di emozioni, e in particolare la funzione edonica è ampiamente garantita dall'uso frequentissimo di cliché strutturali e semantici, di materiali preesistenti, di elementi impressivi come modelli ritmico-melodico-dinamici assai facili, sonorità ricche e piene, intervalli appariscenti, brusche transizioni armoniche. Tutte soluzioni comode e spedite, ovvero elementi che non richiedono all'ascoltatore un grande sforzo alla memoria e all'anticipazione, perfettamente funzionali a quel tipo di ascolto atomistico e distratto capace di percepire soltanto, secondo la felice metafora di Adorno, "ciò che cade sotto il cerchio di luce del riflettore". L'uso di cliché si giustifica in base al fatto che, se le emozioni attivabili dalla musica sono soggettive e variabili, conoscendo però le abitudini culturali e musicali del largo pubblico, si può facilmente prevedere che il comportamento psicologico presenti risposte di piacere a messaggi musicali costruiti con un linguaggio abbastanza convenzionale e di conseguenza familiare. Trova qui applicazione il principio messo in luce dalla psicologia della musica, secondo cui la familiarità con un certo stile musicale funge da stimolo fisiologico per l'ascoltatore" (Cano, 2002).

La musica sembra vivere di concatenazioni di schemi che seguono regole formali tipiche del manierismo dell'epoca storica a cui le consuetudini formali sono collegate. In

L'incontrarsi delle affettività, delle emozioni e dei pensieri crea strutture di senso

questo caso è l'interdipendenza fra i ritorni, le ridondanze, fra l'alternarsi dei colori modali, gli spostamenti agogici e dinamici, l'adeguamento degli sviluppi melodici e armonici ecc. che genera la "conoscenza" dello stile di una determinata musica e quindi

la possibilità di un suo uso e di una sua leggibilità e persino della sua attribuzione di senso.

Come insegna Imberty, non sono necessarie grandi variazioni strutturali per mutare orientamenti di senso: basta solo un aumento di durata di un intervallo metrico per far sì che la musica si orienti verso trasformazioni emozionali anche significative.

Il sapiente uso di schemi e concatenazioni di agglomerati sonori, permette l'improvvisazione di musiche già di per sé significative perché veicolanti aspetti percettivo-emotivi dovuti all'abitudine (nel senso Imbertyano del termine) e, il familiarizzare con tali elementi, favorisce come conseguenza l'appropriazione e la sedimentazione culturale che rende pertanto fruibile l'evento sonoro anche in termini di simbolo o cliché emotivo.

Mi colpisce la frase della Pavlicevic: *"una nota o un suono isolato non ha significato ma lo assume quando percepiamo la sua relazione con le altre note, ciò che l'ha preceduta, dove si inserisce nel contesto dell'intera frase, le relazioni temporali con le altre note e così via"* (Pavlicevic, 1997).

Mi sembra di poter concordare sul fatto che la musica si percepisca come fenomeno d'interrelazione, che la stessa percezione della musica avvenga all'interno della relazione fra le singole parti e che solo la dipendenza e la correlazione possano creare un qualcosa che abbia significato, che abbia esistenza. Credo che sia una riflessione importantissima che traslata in ambito

relazionale rafforza l'idea che la relazione stessa mi significa, ci significa, ci rende comprensibili, leggibili; le concatenazioni e gli scambi interpersonali creano le trame per il riconoscimento, la valorizzazione e l'esplicitazione di noi stessi.

L'incontrarsi delle affettività, delle emozioni e dei pensieri crea strutture di senso e decifrabilità indispensabili a tutti noi per poter essere pienamente persone in relazione.

Ciò che agiamo musicalmente nell'improvvisazione musicale in musicoterapia, è sostanzialmente un atto di rispecchiamento, di combinazione e di riflessione come dice la Pavlicevic, ma anche di accettazione, di sostegno, di facilitazione, di contenimento, d'incoraggiamento, di spinta, di accompagnamento e di reciproca scoperta sia dal punto di vista sonoro che relazionale.

"Gli Africani dell'Africa del sud parlano di UBUNTU che significa "io esisto perché mi vedo attraverso te". In altre parole è tramite la mia esperienza di me stesso attraverso l'altro che ho il senso di essere vivo. Tuttavia per poter sperimentare me stesso attraverso l'altro, ho bisogno di sapere in che modo loro sperimentano me" (Pavlicevic, 1997)... *"è attraverso l'altro che so di esistere; l'altro mi aiuta a definire la mia realtà"* (Pavlicevic, 1997).

Come si evince dai termini usati sopra, l'improvvisazione musicale in musicoterapia non si raffigura in modo apatico, anzi, è talvolta necessario e prioritario che il terapeuta guidi il paziente verso modulazioni espressive altre, maggiormente direzionate e discostate dall'espressione difensiva o stereotipata, dalla rassicurante ma improduttiva sosta nel noto. Diventa ineludibile un processo di trasformazione attraverso il quale si abbandona gradualmente l'ancora limitante della sicurezza e si cammina insieme verso passaggi anche contrastanti ma sempre

generativi di diverse possibilità, di ulteriori e nuovi equilibri.

Tutto ciò che viene utilizzato a livello sonoro e, a maggior ragione, il prodotto globale musicale, viene letto e vissuto come esperienza relazionale e tradotto in impressioni, sensazioni e percezioni che influenzano direttamente il vissuto emozionale.

Il rispecchiamento e la trasformazione di nuclei metrici del paziente da parte del terapeuta, il riprendere, variare e il circondare frammenti anche casuali di cellule proto melodiche o melodiche, il condividere movimenti dinamici, viene immediatamente tradotto in termini di accettazione, ascolto, calibrazione e stimolo che possono generare, conseguentemente, disponibilità ad una maggiore apertura e ad un approfondimento affettivo e hanno una buona possibilità di creare il substrato necessario per il cambiamento futuro, verso la tollerabilità del nuovo, del contrasto che non squilibra ma che permette l'affievolimento della dipendenza e delle esigenze stereotipate.

Gli agiti sonori della seduta quindi, sono anche utili per il monitoraggio dell'andamento della presa in carico. L'abilità del musicoterapista sta sostanzialmente nel vagliare la musica che in quel momento sta usando considerandola sia dal punto di vista squisitamente musicale, sia considerandone la pregnanza psicologica, relazionale ed affettiva che essa contiene e comunica. In alcuni casi si può scegliere di "sacrificare" le congruenze musicali in favore di apporti e significazioni di tipo affettivo-relazionale.

Nella mia esperienza ho spesso riflettuto sui contenuti musicali delle improvvisazioni create in seduta nelle quali talvolta mi sono trovato ad utilizzare le competenze qualificate che possedevo ma anche contenuti estremamente primitivi e proto-musicali.

Molte volte mi sono ritrovato a non resistere al richiamo di nuclei sonori per me particolarmente accattivanti a discapito della

trama relazionale che mi avrebbe dovuto far restare col paziente. Nel momento in cui questo è accaduto, ho sempre sperimentato la perplessità di chi mi stava davanti, come di chi non comprende più, non ritrova più il filo affettivo, come se la musica, anche esteticamente valida di quell'attimo, avesse perso la sua significazione comunicativa e il dialogo si fosse interrotto: chi stava davanti a me in quel momento ha sperimentato una sensazione di solitudine.

Anche il terapeuta può sperimentare ciò quando il suo paziente sembra non ascoltarlo, quando la sua produzione si fa ossessiva e contiene un tale livello di ridondanza da impedire l'incastarsi delle rispettive produzioni sonore o provoca una sorte di palude sonora dalla quale sembra impossibile uscire. La differenza sta nel fatto che il terapeuta, anche nei momenti più critici, possiede la preparazione e le risorse per far fronte alla situazione, il paziente invece non può permettersi una prolungata sensazione di smarrimento.

Gli aspetti del musicale possono essere molto totalizzanti anche quando è un solo timbro a permeare un'espressione sonora rendendo quasi ininfluenti i contenuti stessi dell'agito musicale.

Questa esperienza mi è accaduta con un bambino che voleva suonare la chitarra acustica elettrificata che la mia stanza di musicoterapia ha in dotazione. Il paziente mi aveva espressamente richiesto di poter utilizzare l'effetto "rock" (il distorsore) della chitarra. Quando ho inserito tale effetto sonoro, tipico della musica che aveva in mente, si è concentrato esclusivamente su questo non prestando la minima attenzione ai suoni che produceva ma avvolgendosi in una situazione irrealistica di "concerto rock" che affiorava nella sua testa. In quel momento il contatto strumentale si è perso dal punto di vista esteriore ma la mia produzione sonora ha alimentato la sua immaginazione producendo un contatto emotivo-relazionale basato su piani

alternativi al reale. Sì, insieme si può anche fantasticare, immaginare, ricreare, staccarsi momentaneamente dal reale per ritornarvi constatando che si è sempre e ancora insieme. Qualcuno ti ha accompagnato nel mondo dei sogni, e ora, con lui, per mano a lui, ritorni alla realtà e percepisci che comunque, è la relazione e l'affettività che permeano tutti gli aspetti della tua esistenza e li rendono sperimentabili in modo sicuro e tutelante.

Altre volte mi sono ritrovato a lavorare su precisi cliché richiesti dal paziente e l'improvvisazione musicale si è trasformata in una costruzione esplicita di architetture sonore controllate a tavolino attraverso un particolare software di editing (in questo caso la costruzione musicale faceva riferimento alla musica hardcore). Abbiamo dovuto insieme analizzare dapprima i cliché musicali utili al lavoro per poi riprodurli manualmente con campioni che avevamo a disposizione. Questo lavoro di riproduzione è stato affidato al paziente mentre io, successivamente, elaboravo la precisione degli innesti attraverso gli appositi comandi del software. Il paziente ha poi aggiunto stralci di espressione vocali che a loro volta sono stati effettuati da me. Il risultato è stato poi mixato insieme al paziente che partecipava attivamente all'elaborazione finale.

Il significato di tale lavoro è ancora una volta riconducibile ad aspetti relazionali-emotivi e psicologici. Per il paziente tale "tipo" di musica rappresentava un riconoscersi nel mondo, la percezione di far parte di una parte di umanità, di un gruppo, di "sentirsi" parte di un qualcosa, e quindi non più solo, non più impregnato di quella solitudine che attanaglia la vita di tutti i giorni quando non si trova un collocamento nella società degli umani e sembra di essere abbandonati e irriconoscibili da tutti.

Credo che anche questo sia contemplato all'interno del concetto d'improvvisazione musicale perché non altera nulla della dimensione personologica, musicale ed emotiva del lavorare insieme.

Da tutto questo si può dedurre che, almeno per quanto mi riguarda, il concetto d'improvvisazione musicale spazi in confini molto ampi pur mantenendo sempre intatta la dimensione sonora come

contatto personale, come significazione dell'agito comune e come esperienza di condivisione di "cuori". Nel mio piccolo anch'io mi sono chiesto molte volte come i nostri

pazienti vivano la musica e specialmente la musica improvvisata insieme. Possono accadere molte cose: in determinate circostanze l'elemento emergente sembra essere il timbro. È accaduto molto frequentemente nel mio lavoro che il timbro catturasse in modo tale da condizionare a priori l'improvvisazione e da creare un substrato emozionale intimo molto intenso sul quale i suoni venivano guidati in accordo diretto all'interiorità. Questo è accaduto specialmente con quei timbri che possiedono evidenti decadimenti molto lunghi e ancoraggi culturali particolarmente condivisibili (suoni di archi sintetizzati, pad dal transitorio di estinzione lunghissimo ecc.). In questi frangenti il "tappeto" sonoro che si costituiva era funzionale, ad esempio, al prolungamento della riflessione dopo un contatto verbale o alla volontà di mantenersi accoccolati in una dimensione di contiguità pregnante con le proprie emozioni. In altre circostanze ho potuto constatare quanto espressioni sonore pertinenti a sollecitazioni emotive potenzialmente disagianti (sequenze di suoni non tonali armonizzate attraverso modalità atonali e/o seriali con importanti evidenze dissonanti) fossero vissute invece con connotazioni positive. Anche in questo caso era evidente la connessione emotivo-relazionale poiché, nel momento in cui la paziente produceva sequenze di suoni casuali e non integrabili

Il paziente in questione stava agendo una serie di atti comportamentali denotanti confusione

in una precisa tonalità o modalità, io avvolgevo il tutto tessendo un'armonia come descritto sopra. Il messaggio vissuto e verbalizzato in seguito dalla paziente è stato

proprio indirizzabile a sensazioni di pace, serenità, soavità ecc. La stessa improvvisazione ascoltata in sede di formazione ha per contro, messo in moto sensazioni di noia e depressione.

Questo mi fa pensare come la musica e, specialmente quella improvvisata, assuma direzioni di senso molto dipendenti da aspetti interpersonali, senza i quali, le strutture musicali mutano o addirittura perdono il proprio potenziale semantico.

In altri casi una mia improvvisazione effettuata in un momento di particolare crisi destrutturante di un paziente ha prodotto un sintonizzarsi "magico" dello stesso sui contenuti emotivi espressi dal terapeuta attraverso una sequenza melodica e armonica collocabile in un ambito modale e densa di cliché molto riconoscibili dal paziente perché rimandabili a elementi facenti parte del suo repertorio musicale. Il paziente in questione stava agendo una serie di atti comportamentali denotanti confusione, iperproduzione motoria con particolarità rimandabili ad una attivazione psicotica; io, utilizzando la conoscenza approfondita del paziente, ho letto la situazione come esternazione di disagio comprendente vissuti di auto-denigrazione e senso di colpa senza possibilità di contenimento. La mia produzione sonora improvvisata voleva rimandare, invece, la fattibilità del contenimento tenendo conto della circostanza emotiva che percepivo. L'utilizzo di una struttura modale con caratteristiche cadenzali note, appartenenti al vissuto sonoro comune, ha veicolato appieno la mia intenzionalità e il paziente, ha risposto diminuendo

gradatamente l'intensità disturbante dell'agito problematico, collimando con la mia produzione attraverso l'improvvisazione di una linea melodica cantabile in perfetta consonanza con la mia. Il risultato è stato una canzone improvvisata (con parole) definita dallo stesso paziente come sbalorditiva e bellissima, soddisfacente e risolutiva dello stato di squilibrio precedente.

Tale canzone è divenuta, in seguito, una pietra miliare del percorso di presa in carico e il paziente si è riferito molto spesso a questo evento sonoro come ancora del suo percorso. Un altro esempio di utilizzo di modalità "alternative" nell'ambito dell'improvvisazione musicale in musicoterapia riguarda l'uso di campioni sonori "concreti" per la costruzione di un paesaggio sonoro.

Conclusa un'improvvisazione musicale nella quale venivano utilizzati 2 bongos (uno per il paziente e l'altro a mia disposizione), mi ritrovavo a rimandare verbalmente al paziente quanto la sua produzione fosse assimilabile al trotto dei cavalli.

La risposta del paziente è stata l'illuminarsi del volto e l'evidente tentativo di costruire un'immagine mentale della suggestione ricevuta: nei suoi grandi occhi si vedevano cavalli che trottavano in libertà! Decisi allora di creare sul momento, insieme al paziente, un paesaggio sonoro in cui fossero presenti vari campioni di nitrito e di cavalli che trottavano creando l'effetto realistico di passaggio da un diffusore sonoro all'altro e mixando gli elementi in modo che venissero percepite varie sfumature di vicinanza e di lontananza. Il paziente ha accolto questa attività fatta insieme con estrema soddisfazione innestando un lavoro emotivo molto significativo basato sulla attribuzione simbolica di caratteristiche positive (cavalli bravi-lontani) al nitrito e al trotto in lontananza e, negative (cavalli vicini-cattivi) attribuite al nitrito e al trotto in primo piano.

Tale canzone è divenuta, in seguito, una pietra miliare del percorso di presa in carico

Si è creato così un gioco simbolico molto importante per quel paziente che, fra le problematiche di cui soffriva, presentava anche un'evidente difficoltà nel riconoscimento, nella decodificazione e nella gestione delle emozioni. Inoltre, in quell'immagine mentale si potevano

leggere elementi sublimanti particolarmente importanti: l'armonia, l'eleganza, la forza, la libertà, le velocità, la fierezza, l'indomabilità; la sua patologia invece si esprimeva anche attraverso impaccio motorio, un'abitudine alimentare che lo rendeva tendenzialmente obeso, poco agile, era lento nel corpo e nel ragionamento, manifestava incapacità di adattamento per cui sperimentava continuamente la costrizione dell'essere domato.

Questo esempio concreto di esperienza mi permette di riflettere su quanto di improvvisato ci possa essere in una seduta musicoterapica; l'improvvisazione in musicoterapia assume tratti distintivi e possibilità diverse rispetto all'improvvisazione nel contesto musicale pur mantenendo intatta la base emotivo-relazionale.

"Nell'improvvisazione in musicoterapia le Forme Dinamiche degli atti musicali creati dai partner in relazione l'uno con l'altro, piuttosto che le azioni musicali individuali distinte, mettono in grado terapeuta e paziente di conoscersi intimamente" (Pavlicevic, 1997).

La seduta improvvisata non è una seduta casuale, non preparata, abbandonata allo stare a vedere ciò che accade. È un modo di vivere la seduta che invece garantisce la reale possibilità che le dinamiche interpersonali, emotive e sonore si realizzino nella libertà e nella garanzia che siano comunque accettabili, utilizzabili, non giudicabili, esprimibili, contenibili, e condivisibili. In questo caso allora, l'improvvisazione corrisponde a quel

difficile e delicato modo di calibrarsi, di orientarsi e di protendersi verso il paziente adottando modalità di contatto intrise di ascolto, di attenzione e rispetto al fine di impiegare tutto ciò che proviene dal paziente valorizzandolo e ponendolo in primo piano, considerando le sue proposte dirette o indirette come priorità della manifestazione di sé.

Per attuare tale modalità di conduzione della seduta, il terapeuta deve essere costantemente preparato a sentire, ad essere disponibile ad ascoltare e a ottimizzare quanto perviene dal paziente. Essere consciamente e costantemente orientato non è assolutamente confondibile con l'essere "raffazzonato".

Per il musicoterapista, conoscere i cliché, i raggruppamenti, le strutture sonore e possedere le competenze necessarie per trasporle in musica, non è una formazione sufficiente. È altrettanto necessario conoscere ed essere competenti riguardo alle correlazioni interpersonali e quindi emotive, relazionali ed affettive che sono avviate nell'agito sonoro-musicale.

"Uno dei compiti del terapeuta in musicoterapia è, dunque, 'leggere' gli affetti vitali della persona nel modo in cui questi si esplicitano durante l'improvvisazione clinica. Il terapeuta tuttavia, fa qualcosa di più che 'leggerli'. È anche direttamente coinvolto, ha la conoscenza diretta degli stati emotivi del paziente e crea, mediante l'improvvisazione, un'esperienza intersoggettiva. Il paziente, di contro, ha la sensazione che il terapeuta 'sappia' cosa gli succede. Il terapeuta, attraverso l'esperienza diretta, acquisisce chiaramente il senso del 'sé essenziale' del paziente, cioè il modo in cui il paziente sperimenta se stesso, e agisce, nel mondo. Il lavoro terapeutico, quindi, consiste nell'incontrare il paziente e armonizzarsi alla sua musica per dargli l'esperienza di 'sentirsi conosciuto' grazie al fatto che, dal punto di vista espressivo e della comunicazione, ai suoi suoni viene data una risposta che li riconosce come significativi" (Pavlicevic, 1997).

Bibliografia

■ Cano C.

La musica nel cinema: musica, immagine, racconto, Gremese, Roma, 2002.

■ Imberty M.

Suoni Emozioni Significati, a cura di Callegari L. e Tafuri J., Clueb, Bologna, 1986.

■ Manarolo G.

Manuale di musicoterapia. Teoria, Metodo e Applicazioni della musicoterapia, Cosmopolis, Torino, 2006.

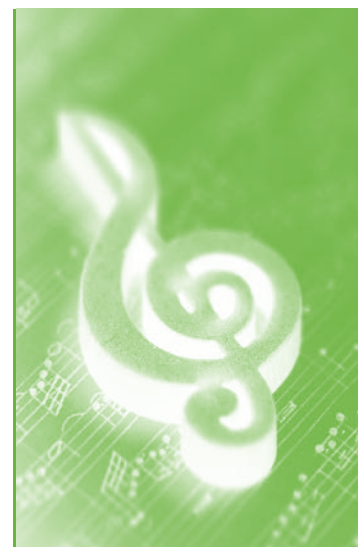
■ Pavlicevic M.

Musicoterapia applicata al contesto, Ismez, Roma, 1997.

Ho desiderato contribuire alla discussione sull'argomento dell'improvvisazione musicale con queste semplici riflessioni dense di aspetti esperienziali tratti dal mio lungo lavoro in seduta. Più procedo nella mia esperienza di contatto e di presa in carico con i pazienti a me affidati e più scopro quanto sia profondo e sconfinato il mondo dell'improvvisazione musicale in musicoterapia.

Uno dei compiti del terapeuta in musicoterapia è, dunque, "leggere" gli affetti vitali della persona

Molte altre considerazioni si potrebbero aggiungere a quanto ho scritto, specialmente dopo aver approfondito la lettura dell'interessantissimo libro della Pavlicevic che ha ispirato questo mio semplice contributo, ma, per evitare di diventare noioso e pesante, rimando ad altre occasioni ulteriori approfondimenti.



T.I.M.E.: TRAINING INTERACTIVE MUSICAL ELEMENTS UNA PROPOSTA PER I D.S.A.

Giovanna Ferrari psicologa, esperta in musicoterapia, dirigente scolastico, Padova

Antonella Nicoletti pedagoga e musicoterapista, Padova

Luca Xodo psicologo, formatore, Padova

The "reading and writing" is a complex process that involves both auditory and visual components, in a continuum that has to allow to reach the real aim of reading: to allow the baby to understand the meaning of what he is reading, fulfilling the lexical and semantic role. The music-therapy experience teaches how all the competences, involved in the "reading and writing", are connected to music and how the music is able to increase and ease acquisition of these competences.

PREMESSA

Il linguaggio musicale viene spesso utilizzato, all'interno di contesti musicoterapeutici, per favorire la relazione e l'esplorazione di vissuti come presupposto per un cambiamento. In questo articolo non saranno la relazione e la clinica ad essere chiamate in causa ma un approccio educativo che si rivolge in particolare ai bambini con difficoltà di apprendimento. Le difficoltà che i bambini in età scolare possono incontrare riguardano la lettura, la scrittura e il calcolo fino a configurarsi come dei veri e propri disturbi riconosciuti all'interno di caselle nosografiche; in questo caso si parla di dislessia, disortografia, disgrafia e discalculia. T.I.M.E. parte dal presupposto secondo il quale l'utilizzo degli elementi del linguaggio musicale possano favorire il processo di automatizzazione della letto-scrittura.

Perché?

L'utilizzo degli elementi del linguaggio musicale possono favorire il processo di automatizzazione della letto-scrittura

Affinché un bambino possa imparare a leggere e a scrivere è necessario che abbia sviluppato abilità direttamente implicate nel processo di

codifica, decodifica e transcodifica: memoria, attenzione, linguaggio, abilità visuo-spaziali, motricità fine e lateralità. La letto-scrittura è un processo complesso che richiede una doppia capacità di astrazione: decodificare il segno visivo in un evento simbolico uditivo e tradurre l'esperienza in senso inverso, ossia il trasferimento dal fonema al grafema. Sono quindi coinvolte sia le componenti uditive sia quelle visive, in un continuum che deve permettere di raggiungere il vero obiettivo della lettura: consentire al bambino di cogliere il significato di ciò che legge, assolvendo così il doppio compito lessicale e semantico. L'esperienza musicoterapeutica insegna come tutte le abilità sopra citate siano strettamente connesse alla musica e come quest'ultima possa essere in grado di incrementarle e di facilitarne l'acquisizione.

RIFERIMENTI TEORICI

Nel formulare un'ipotesi di intervento abbiamo tenuto conto dei recenti studi neuroscientifici che dimostrano un importante legame tra musica e linguaggio fra i quali citiamo: Patel (2011) che ha proposto l'ipotesi OPERA, con la quale sostiene che la musica è funzionale a diverse funzioni linguistiche e "aiuterebbe" la codifica neurale della parola. Una formazione musicale potrebbe migliorare le abilità di lettura; Tervaniemi (2011) sottolinea l'influenza positiva di un training musicale per le competenze linguistiche, soprattutto nell'apprendimento di una nuova lingua; Dege (2011) sostiene che i bambini in età prescolare possono beneficiare di un programma di educazione musicale per aumentare la loro consapevolezza fonologica. Inoltre, abbiamo tenuto conto dei contributi teorico-scientifici dei seguenti autori: Mira Stambäck (1975) per quanto riguarda la discriminazione visiva e il ritmo, studi che hanno riscontrato come nei bambini di sette/otto anni si verifichi un importante aumento delle capacità ritmiche, a differenza di quelli con disturbi specifici di apprendimento e con difficoltà percettivo-motorie; Usha Goswami (2004) ha indagato le cause

della dislessia ipotizzando che alla base del disturbo specifico di lettura vi sia uno scarso senso del ritmo, requisito necessario per imparare a leggere e a scrivere correttamente e con un'adeguata fluidità; Cesare Cornoldi e "gruppo MT" (gruppo di psicologi padovani che si occupano di apprendimento della lettura e della scrittura) in merito alle prove strutturate sui diversi domini di abilità come, ad esempio, la lettura, la scrittura, la logica, la comprensione, le abilità visuo-spaziali; Crispiani e il gruppo Co.Cli.Te (COgnitivo-CLinico-Trattamento-Educativo) per i contributi pratici-teorici basati sulla coordinazione di azioni percettivo-motorie-linguistiche e mnemoniche. Tutti questi contributi ci hanno suggerito l'importanza di lavorare sul ritmo, sul movimento e sulla voce.

Come?

PROPOSTA DI INTERVENTO

"L'apprendimento della lettura consiste nel mettere in corrispondenza il simbolismo della scrittura con il simbolismo della parola... M. Stambäck (1951) afferma: «Ciò che resta difficile ai dislessici è lo strutturare nel tempo. Poiché la lettura comporta questo elemento di strutturazione temporale, ci sembra abbastanza comprensibile che i bambini, i quali evidenziano delle difficoltà in quelle tra le nostre prove che implicano in maggior grado tale strutturazione temporale, presentino delle difficoltà nell'apprendere a leggere.»" (Fraisse, 1979).

È stata sperimentata un'attività di potenziamento delle abilità implicate nella letto-scrittura sia con bambini diagnosticati come dislessici, disortografici e disgrafici, sia con altri soggetti in difficoltà di apprendimento. Le attività hanno coinvolto i numerosi elementi implicati nel suono, nel ritmo e nel movimento accompagnando i bambini a connettere insieme memoria a breve termine, linguaggio, abilità grosso motorie/motricità fine, abilità visuo-spaziali, lateralità e attenzione. Sono state utilizzate sillabe selezionate per la loro elevata ritmicità, musicalità e per la presenza di quelle lettere alfabetiche omofone che creano

maggiori difficoltà e confusione nella lettura ad un soggetto dislessico (ad esempio la "d" e la "b"). Ogni sillaba è stata correlata a varie categorie discriminanti: forme geometriche, colori, numeri. Il bambino, nel "leggere" da sinistra a destra i simboli convenzionalmente stabiliti, associa un movimento e un gesto-suono preciso ad una sillaba corrispondente che viene contemporaneamente pronunciata o cantata. L'operatore, inoltre, lavora in coppia con il soggetto svolgendo esercizi di coordinazione ritmico-motoria attraverso l'utilizzo del corpo e degli strumenti musicali, cantando filastrocche e versi in rima. Questi esercizi permettono così di collegare insieme le diverse componenti: attenzione, concentrazione, memoria a lungo e breve termine, strutturazione prassica, linguaggio e ascolto. In questo modo vengono introiettati agevolmente e ludicamente quei processi di transcodifica, di memorizzazione, di recupero delle informazioni dalla memoria e di automatizzazione.

Le attività di T.I.M.E. fungono sia come supporto specifico ai processi automatici di letto-scrittura, attraverso la modalità fono-ritmico-motoria, sia da sostegno relazionale ed affettivo: se vengono svolte in un piccolo gruppo, infatti, possono creare un ambiente supportivo ad uso dei partecipanti, nell'ottica della Peer Education strettamente contestualizzata alla teoria della Zona di Sviluppo Prossimale (Z.S.P.) di Vygotskij. La Peer Education "trae anche le sue origini dalla teoria di Vygotskij (1934) secondo la quale l'individuo apprende attraverso la socializzazione del linguaggio: la comunicazione tra pari permette di interiorizzare i processi cognitivi impliciti nelle interazioni e fornisce nuovi pattern cognitivi che influenzano il pensiero individuale... Sullivan ritiene il peer tutoring (attività tutoriali fra pari) un metodo fondamentale per consentire ai soggetti di acquisire informazioni e sviluppare strategie efficaci tramite un processo di condivisione di pensieri, di assunzione di impegni reciproci, di negoziazione e di apertura nei confronti di nuove idee" (Colosimo M., http://62.77.39.126/C_impegnoeducativo_it/Upload/955efafb-f393-4d36-8b05-3835bcdd8d13.pdf).

Bibliografia

■ Bonini P., Sabbadini G.

Movimenti oculari, percezione visiva, apprendimento, Bulzoni editore, Roma, 1982.

■ Boscolo P.

Psicologia dell'apprendimento scolastico. Aspetti cognitivi e motivazionali, UTET Libreria Srl, Torino, 2006.

■ Bruner J.

La mente a più dimensioni, Edizioni Laterza, Roma-Bari, 2003.

■ Camaioni L.

Psicologia dello sviluppo del linguaggio, il Mulino, Bologna, 2001.

■ Cornoldi C.

Difficoltà e disturbi dell'apprendimento, il Mulino, Bologna, 2007.

■ Crispiani P.

Dislessia come disprassia sequenziale. La sindrome dislessica. Dalla Diagnosi al trattamento. Le pratiche ecologico-dinamiche, Edizioni Junior, 2011.

■ De Beni R., Cisotto L. & Carretti B.

Psicologia della lettura e della scrittura: l'insegnamento e la riabilitazione, Erickson, Trento, 2001.

■ Degé F.

The effect of a music program on phonological awareness in preschoolers, Frontiers in Psychology, 2 (124), doi: 10.3389/fpsyg.2011.00124 2011.

■ Dehaene S.

I neuroni della lettura, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2009.

■ Fraisse P.

Psicologia del ritmo, Armando editore, Roma, 1979.

■ Gardner H.

Formae mentis: saggio sulla pluralità dell'intelligenza, Giangiacomo Feltrinelli editore, traduzione di Libero Sosio, dodicesima edizione, Milano, 2000.

■ Grandi L.

Guida alla Dislessia per genitori, Associazione Italiana Dislessia, Faenza (RA), 2012.

segue Bibliografia

- **Goswami U., Thomson J.M.**
Auditory and motor rhythm awareness in adults with dyslexia, Journal of Research in Reading, ISSN 0141-0423, 29 (3), doi: 10.1111/j.1467-9817.2006.00312.x, p.p. 334-338, 2006.
- **Goswami U., Thomson J., Richardson U., Stainthorp R., Hughes D., Rosen S.**
Amplitude envelope onsets and developmental dyslexia: A new hypothesis, Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America 99 (10911-16), 2002.
- **Goswami U., Huss.M., Verney J.P., Fosker T., Mead N.**
Music, rhythm, rise time perception and developmental dyslexia: perception of musical meter predicts reading and phonology, Cortex, 47 (6) p.p. 674-689.
- **Jadoulle A.**
Apprentissage de la lecture et dyslexie, Geroges Thone Editeur, Liège, 1967; traduzione di Itala Brusa, *Apprendimento della lettura e dislessia*, Armando editore, Roma, ristampa 1996.
- **Javier R.N.**
Didactica de la percusion corporal. Fundamentacion teorico-practica. Volumen 1, I.S.B.N. 978-84-693-2308-3.
- **Patel A.D.**
Music, Language and the Brain. NewYork, NY: Oxford UniversityPress, 2008.
- **Patel A.D.**
Why would musical training benefit the neural encoding of speech? The OPERA hypothesis, Frontiers in Psychology, 2 (142), doi:10.3389/fpsyg.2011.00142, 2011.
- **Pratelli M.**
Le difficoltà di apprendimento e la dislessia: diagnosi, prevenzione, terapia e consulenza alla famiglia, Edizioni Junior, Bergamo, 2004.
- **Rourke B.P.**
Nonverbal Learning Disabilities: The Syndrome and the Model, Guilford, New York, 1989.
- **Sacks O.**
Musicofilia, racconti sulla musica e il cervello, Adelphi, Milano, 2008.

Attraverso gli elementi musicali è possibile attivare un lavoro di potenziamento cognitivo stimolante, creativo, che sappia tener conto delle peculiarità del soggetto e delle difficoltà che quotidianamente esso incontra; un'attività capace di far convergere il ritmo naturale del bambino dislessico in un ritmo musicale che miri al raggiungimento di una pulsazione ritmica da trasferire nella lettura. Si presuppone che lavorando con la ritmicità e la coordinazione si possa incrementare le potenzialità già attive nel soggetto e rafforzare positivamente le competenze laddove si riscontrino difficoltà, come ad esempio nella lettura a voce alta. Le attività fonoritmico-motorie si sono rivelate non solo un percorso di recupero-potenziamento personalizzato per la rapidità e la correttezza della lettura, ma anche un sistema per l'individuazione precoce delle difficoltà di lettura.

PRIMI RISCONTRI

Vengono di seguito riportati i primi risultati ottenuti con T.I.M.E., nello specifico con un bambino di 8 anni (caso singolo) e con un gruppo di alunni di prima secondaria inferiore con dislessia. T.I.M.E. è in fase di sperimentazione per quanto riguarda il suo utilizzo come strumento per l'individuazione precoce di possibili difficoltà di apprendimento e come contributo al consolidamento dei prerequisiti implicati nei processi di letto-scrittura.

Caso singolo

Bambino di 8 anni con diagnosi di DSA. Dall'anamnesi proposta da un ente sanitario, appare come un bambino con affaticabilità attenta, con una memoria uditivo verbale a breve termine carente e una memoria a lungo termine nei limiti di norma. Presenta, inoltre, un tratto disgrafico con errori ortografici e fonologici.

Attività di T.I.M.E.: un incontro a settimana di un'ora per un totale di 12 incontri. Nella tabella 1 sono riportati i risultati dei test preliminari e quelli effettuati al termine dell'attività (dopo tre mesi). Dopo appena tre mesi di potenziamento fonoritmico-gestuale i test mostrano:

Tabella 1: Risultati Test di denominazione rapida e ricerca visiva (RAN) a confronto

Test			Re-test		
	Tempi colori	errori		Tempi colori	errori
Senza gesto indicatore	150''	10	Senza gesto indicatore	92''	0
Con gesto indicatore	128''	4	Con gesto indicatore	140''	2
	Tempi figure	errori		Tempi figure	errori
Senza gesto indicatore	120''	4	Senza gesto indicatore	92''	2
	Tempi numeri	errori		Tempi numeri	errori
Senza gesto indicatore	66''	0	Senza gesto indicatore	60''	2
Test di memoria			Test di memoria		
2 oggetti			3 oggetti		
4 parole			4 parole		
4 numeri			4 numeri		
Span inverso 2			Span inverso 4		

- miglioramenti nella rapidità di lettura di colori, figure e numeri,
- miglioramenti nella correttezza, gli errori sono diminuiti per la lettura di colori soprattutto senza l'utilizzo del gesto indicatore, per la lettura di figure, ma non per la lettura dei numeri.

Per quanto riguarda la memoria i test evidenziano:

- un aumento degli oggetti memorizzati (1 oggetto)
- un incremento dello span di memoria (span inverso da 2 a 4)

L'osservazione clinica ha evidenziato che la lettura, se associata al gesto indicatore, si rallenta. Il soggetto nella lettura dei colori con gesto indicatore ha ommesso volontariamente per tre volte tale gesto chiedendo di non usarlo. Gruppo di alunni "in difficoltà"

Composizione del gruppo: tre ragazze dislessiche (I, G, L) e un ragazzo (A) con difficoltà di apprendimento, frequentanti la prima classe di scuola secondaria di I grado. L'attività prevedeva un lavoro individuale con ciascun componente e un momento collettivo,

per un totale di 12 incontri. Tipologia di proposte:

- attività fonoritmico-motoria in posizione eretta, seduta, al tavolo;
- veloce memorizzazione e riproduzione di pattern ritmici;

segue Bibliografia

- **Simpia: società italiana di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza**
Linee guida per il DDAI e i DSA, Edizioni Erickson, Gardolo (TN), 2006.
- **Stambak M.**
Tre Prove di Ritmo: manuale, Organizzazioni Speciali, Firenze, 1980.
- **Stambak M.**
Le problème du rythme dans le développement de l'enfant et dans les dyslexies d'évolution, Enfance, fasc. 5, 480-502, 1951.
- **Stella G.**
La dislessia, il Mulino, Bologna, 2004.

Tabella 2: Risultati Test (RICERCA VISIVA) e Test (RAN) a confronto

Test di denominazione rapida e ricerca visiva	test		re-test		Test di denominazione rapida e RAN	test		re-test	
	tempo	errori	tempo	errori		tempo	errori	tempo	errori
L (D.S.A.)	tempo	errori	tempo	errori	L (D.S.A.)	tempo	errori	tempo	errori
colori	28"	0	24"	0	colori	108"	0	96"	0
figure	36"	0	24"	0	figure	116"	0	112"	0
numeri	24"	0	20"	0	numeri	84"	0	64"	0
A (DIFF. AP.)	tempo	errori	tempo	errori	A (DIFF. AP.)	tempo	errori	tempo	errori
colori	36"	0	28"	0	colori	164"	12	140"	6
figure	40"	0	32"	0	figure	156"	16	164"	6
numeri	28"	0	28"	0	numeri	104"	28	80"	2
I (D.S.A.)	tempo	errori	tempo	errori	I (D.S.A.)	tempo	errori	tempo	errori
colori	52"	0	24"	0	colori	136"	2	132"	6
figure	40"	0	44"	0	figure	128"	2	116"	2
numeri	32"	0	12"	0	numeri	84"	0	56"	0
G (D.S.A.)	tempo	errori	tempo	errori	G (D.S.A.)	tempo	errori	tempo	errori
colori	40"	4	24"	0	colori	124"	6	128"	4
figure	38"	0	32"	0	figure	166"	4	184"	6
numeri	40"	0	36"	0	numeri	84"	0	80"	0

- riproduzione di ritmi associati al canto e al movimento del corpo.

Dai risultati riportati (tabella 2) si evince come i soggetti mostrino miglioramenti nella rapidità e nella correttezza di lettura, pur con sensibili differenze individuali, in particolare per il caso "G", che, secondo il nostro parere, sono attribuibili a specifici aspetti emotivi. "G." ha preso coscienza della propria situazione di dislessia proprio durante il percorso proposto, evento che ha suscitato in "G." il bisogno di evitare possibili insuccessi a discapito del tempo e della capacità di far fronte agli aspetti ansiogeni.

Segue Bibliografia

■ Tervaniemi M.

The interplay between musical and linguistic aptitudes a review, *Frontiers in Psychology*, 2 (321), doi:10.3389/fpsyg.2011.00321, 2011.

■ Vio C., Toso C.

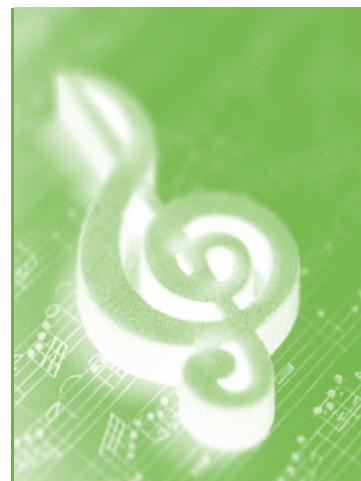
Dislessia Evolutiva: dall'identificazione del disturbo all'intervento, Carocci editore, Roma, maggio 2012.

■ Vygotskij L.S.

Il processo cognitivo, Edizioni Boringhieri, Torino, 1987.

■ Vygotskij L.S.

Pensiero e Linguaggio, a cura di Angiola Massucco Costa, Giunti Editore, 2007.



MUSICOTERAPIA E DEMENZE: L'ESPERIENZA PRESSO STRUTTURE RESIDENZIALI E DIURNE ALZHEIMER

Gianni Vizzano musicoterapista, docente nei Corsi Triennali di Musicoterapia di Torino e Thiene (VI).

Music therapy is a non-pharmacological intervention which is particularly suitable for people affected by dementia and Alzheimer's disease who, despite their cognitive deficits, preserve their emotional sensitivity and capacity to perform basic motor skills. The approach used is based on musical improvisation, which takes place in a setting where the therapeutic relationship becomes the focal point of the intervention. The main objective of the music therapy treatment, in such a clinical field, is reducing behavioral and psychiatric disorders.

Il Corso di Specializzazione in Musicoterapia applicata alle Demenze e alla Malattia di Alzheimer (a.a. 2006-2007), promosso dalla Fondazione Istituto Musicale Valle d'Aosta, dall'Assessorato regionale alla Sanità, Salute e Politiche Sociali, dall'Azienda USL Valle d'Aosta e dall'Università della Valle d'Aosta, è stata la prima iniziativa formativa in Italia dedicata a questo tema.

Le competenze acquisite in questo corso mi hanno consentito di attivare una collaborazione con alcune strutture per anziani, tra cui il Rifugio Re Carlo Alberto di Luserna San Giovanni (TO), gestito dalla Diaconia Valdese e convenzionato con l'A.S.L. TO3 (Azienda Sanitaria Locale di Collegno e Pinerolo). La Diaconia Valdese opera (attraverso il Coordinamento Opere Valli), prevalentemente nella zona di Torre Pellice (TO) e si occupa in particolar modo di anziani e demenze, disabilità, giovani e minori, sostegno alla domiciliarità, sviluppo sociale.

LA STRUTTURA

Il Rifugio Re Carlo Alberto, immerso nel verde della Val Pellice, dal 2000 è specializzato nell'accoglienza di pazienti affetti da Alzheimer o da altre forme di demenza⁷ e risulta essere l'unica struttura di questo genere nel Pinerolese (ma accoglie anche ospiti provenienti da Torino).

Il decorso della malattia è seguito in ogni sua fase, grazie alla presenza di un centro diurno che si occupa delle persone che vivono ancora a casa propria, e di tre nuclei residenziali per pazienti che, per disturbi comportamentali o per mancata autosufficienza, non possono più vivere in casa. Offre inoltre servizi di ricovero di sollievo per i parenti (week-end durante i quali il paziente del centro diurno è ospite della struttura per tre giorni), dimissione protetta, soggiorni temporanei, ricoveri per riabilitazione.

Quando nel mese di gennaio 2011 ho iniziato a lavorare come musicoterapista presso il Rifugio Re Carlo Alberto, ho letto nella Carta dei Servizi della struttura alcune informazioni che mi sono sembrate vicine all'approccio musicoterapico, e che riporto di seguito:

Il centro nacque nel 1898 con l'obiettivo di accogliere coloro i quali venivano rifiutati da altre strutture (per motivi di salute, economici, di appartenenza religiosa), da qui il nome di "Rifugio"; è stato intitolato al re Carlo Alberto perché nel 1898 ricorreva il 50° anniversario della concessione, da parte dello stesso, dei diritti civili ai valdesi. Ho pensato al fatto che la musicoterapia è spesso utilizzata per contattare le persone che difficilmente si riesce a coinvolgere con altri interventi.

Nel corso degli ultimi anni il Rifugio ha cercato di impostare il proprio lavoro in base al concetto "la struttura si deve adeguare all'ospite, e non viceversa". Ad esempio le alzate del mattino avvengono in base all'orario di risveglio della persona, non in base al numero della sua camera; le colazioni vengono servite in modo personalizzato, sempre in base all'ora di risveglio.

Il riferimento è alla Gentle Care² proposta da Moyra Jones. Anche nel caso della musicoterapia, non è il paziente che si deve "adeguare" alle proposte del musicoterapista, ma è quest'ultimo che, con atteggiamento di ascolto e osservazione, cerca di contattare il

mondo espressivo ed emotivo delle persone con cui lavora.

Gli spazi della struttura tengono conto dei numerosi studi su ambiente e demenze (con riferimento alla attenuazione dei disturbi comportamentali), e sono progettati per ridurre al

minimo le insidie per gli ospiti. I pazienti con deterioramento cognitivo, infatti, non sono in grado di progettare strategie per migliorare le condizioni di un ambiente che non sentono adatto. Se noi ci troviamo in una stanza in cui sentiamo freddo, ad esempio, e vediamo una finestra aperta, ci adoperiamo per chiuderla. Le persone con demenza, invece, non essendo in grado di compiere le azioni per migliorare le condizioni dell'ambiente, possono viverlo come una minaccia, un pericolo, un disturbo, senza essere in grado di comunicarlo, e magari manifestando il disagio con un comportamento aggressivo. Non dobbiamo, dunque, limitarci a leggere il comportamento aggressivo, ma prenderci un po' di tempo per scoprire se tale comportamento è legato a situazioni che possiamo migliorare. A tal proposito si ricorda che l'ambiente deve essere adattato al fine di orientare il paziente demente a mantenere il più a lungo possibile la sua autonomia e ad evitare situazioni pericolose³. Questo aspetto rende l'allestimento del setting musicoterapico nell'ambito delle demenze un'operazione particolarmente delicata, che necessita di specifiche riflessioni.

Se, all'interno del setting, osserviamo che alcuni elementi dell'ambiente facilitano la vita dei pazienti con cui lavoriamo, abbiamo come musicoterapisti il dovere di comunicarlo agli altri operatori. Opportuni accorgimenti ambientali e appropriati approcci del personale che lavora nelle strutture, dunque, possono ridurre la frequenza e l'intensità dei comportamenti problematici attribuiti alla malattia di Alzheimer.

Il centro nacque nel 1898 con l'obiettivo di accogliere coloro i quali venivano rifiutati da altre strutture

In uno dei nuclei residenziali del Rifugio, ad esempio, è stato dipinto un grande camino. I pazienti che a causa del vagabondaggio afinalistico (wandering) camminano per ore fino a sfinirsi, confondono il dipinto per un caminetto vero e ci si siedono davanti, trovando riposo, senza il rischio di eventuali ustioni. Grazie ad un altro dipinto che camuffa in una credenza la porta che separa due reparti, gli ospiti non si accaniscono più sulla maniglia per aprirla, eliminando così una fonte di stress. La struttura, inoltre, dispone di due giardini sensoriali Alzheimer. Questi spazi verdi, facilmente accessibili, offrono libertà di movimento (si pensi agli ospiti che tendono al vagabondaggio) e garantiscono la massima sicurezza. Sono percorsi ad anello che legano esterno ed interno, dotati di punti di riferimento stimolanti, per permettere l'orientamento (tavoli con erbe aromatiche, uno spazio con le galline, un recinto con i conigli), promuovere un senso di familiarità (molti di questi anziani hanno vissuto in campagna) e sostenere la memoria.

LE DEMENZE

L'invecchiamento cerebrale patologico può colpire prevalentemente la sfera motoria, quella sensoriale o quella cognitiva. Quando questi processi colpiscono prevalentemente la sfera cognitiva, le sindromi sono definite demenze. L'esordio della malattia è spesso caratterizzato da depressione, ritiro sociale, appiattimento affettivo, calo degli interessi, ansia. In associazione a questi sintomi si assiste alla perdita della memoria a breve termine (difficoltà a ricordare gli impegni e gli avvenimenti appena accaduti) e di quella episodica (informazioni riferite a episodi o eventi e le loro relazioni spaziali e temporali). Col progredire della malattia viene persa anche la memoria semantica (conoscenze generali: parole, forme, simboli, regole) ed infine quella procedurale (legata alle sequenze gestuali: fare una doccia, indossare un abito). Aspetto caratteristico delle demenze è il processo degenerativo costituito da perdita di neuroni nelle aree associative della

corteccia cerebrale e presenza di placche senili (riscontrabili anche nel normale invecchiamento ma in numero decisamente inferiore). In assenza di invecchiamento cerebrale patologico, i neuroni producono l'amiloide, scarto che viene degradato, riassorbito e riutilizzato. Nelle demenze l'amiloide permane fuori dalle cellule nervose creando un deposito che scherma l'apporto alle cellule di sangue, ossigeno, zuccheri ed impedendo il lavoro dei neuroni. Nelle demenze, inoltre, si riscontrano alterazioni di molti sistemi neurotrasmettitoriali, in particolare l'attività colinergica⁴. Le aree proiettive della corteccia cerebrale vengono relativamente risparmiate e coinvolte solo negli stadi evoluti della malattia: questo spiega la conservazione della capacità motoria, in contrasto con il degrado cognitivo. La demenza, dunque, è una sindrome clinica caratterizzata da compromissione di multiple aree cognitive, inclusa la memoria, che interviene in un soggetto vigile. Il deficit cognitivo deve essere di entità tale da ridurre le abilità del soggetto in modo da compromettere le usuali attività sociali o lavorative. Tra i criteri diagnostici vi sono sintomi cognitivi (presenti nel corso della malattia, ma talvolta anche all'esordio) e sintomi non cognitivi (disturbi psichici e comportamentali, che non appartengono alla sfera intellettuale in senso stretto).

Sono soprattutto questi ultimi che mettono a dura prova le capacità assistenziali dei caregivers⁵, spingendoli a chiedere aiuto alle istituzioni e alle strutture.

SINTOMI COGNITIVI:

- Afasia (disturbo del linguaggio legato ad un'alterazione del funzionamento cerebrale).
- Aprassia (incapacità di eseguire attività motorie senza alcun disturbo della comprensione e senza deficit motori).
- Agnosia (impossibilità di riconoscere gli oggetti malgrado l'integrità delle funzioni sensoriali, difficoltà di riconoscere volti, fisionomie).
- Deficit mnesici (alterazioni della memoria).
- Disorientamento temporale e spaziale.

- Deficit di ragionamento astratto, di logica e giudizio.
- Alessia (incapacità di comprendere lo scritto, in un soggetto che ha precedentemente acquisito la capacità di leggere), agrafia (incapacità di scrivere).
- Acalculia (incapacità di effettuare il calcolo mentale e scritto).
- Deficit visuospatiali.

SINTOMI NON COGNITIVI:

- Alterazioni dell'umore (depressione, euforia, labilità emotiva, ansia).
- Disturbi dell'attività psicomotoria (vagabondaggio afinalistico, affaccendamento).
- Alterazioni della personalità (apatia, irritabilità, disinibizione, indifferenza). Psicosi (deliri, allucinazioni).
- Sintomi neurovegetativi (alterazioni ritmo sonno-veglia, dell'appetito, del comportamento sessuale).
- Agitazione (aggressività verbale/fisica, vocalizzazione persistente).

LA MUSICOTERAPIA NELLE DEMENZE

La demenza è una malattia in guaribile, ma "curabile" e la musicoterapia risulta essere un intervento non farmacologico particolarmente adeguato nel quadro clinico delle demenze, per migliorare la qualità della vita dei pazienti (cura centrata sulla persona). L'impiego della musicoterapia per i pazienti con Alzheimer è funzionale, in quanto essi conservano la componente emotiva e corporea, pur perdendo le competenze cognitive. La dimensione emotiva è collegata alla dimensione non-verbale e corporea, proprio come il linguaggio sonoro-musicale. Nei pazienti con Alzheimer il verbale tende a ridurre la sua valenza comunicativa, e risulta quindi difficile accedere alla componente psichica solamente attraverso l'uso delle parole. Il musicoterapista accompagna così l'anziano nel "nuovo mondo"

in cui si trova a vivere, accogliendo quello che fa, per come lo fa spontaneamente.

Il musicoterapista accompagna così l'anziano nel "nuovo mondo" in cui si trova a vivere

Le persone anziane sollecitano l'azione del prendersi cura e dell'accudire. Curare è condividere un dolore, un disagio, un limite. Il musicoterapista, in quanto professionista dell'espressione e della relazione, si

propone di ridare voce alla soggettività che ancora sopravvive. La musica in virtù della sua articolazione tra mente e corpo, in ragione del suo essere uno stimolo sensoriale, rappresenta uno strumento particolarmente adeguato al lavoro con pazienti Alzheimer. L'ancoraggio corporeo del musicale (si pensi al ritmo) e il suo rapporto con forme innate di espressione e di comunicazione (basti pensare al grido, al lamento, al pianto), ci consentono di individuare un'area di incontro, di contatto e di scambio anche in situazioni gravemente compromesse (Manarolo, 2001).

L'espressione vocale, la mimica del volto, la gestualità, se adeguatamente codificate, possono essere la base comunicativa con la persona affetta da demenza. Il canale sonoro-musicale rimanda a vissuti pre-verbali veicolando informazioni sul "come" e non sul "cosa" viene espresso dalla persona: ciò può essere il punto di partenza per una condivisione autentica e reciproca di stati emotivi difficilmente esprimibili con le parole (Gianotti, Raglio, 2007).

Il disturbo della memoria interessa soprattutto le parole e il loro significato, ma il ricordo delle emozioni, il ricordo della piacevolezza di una certa situazione, il ricordo di una relazione accogliente e non giudicante persistono a lungo. Quando si accoglie un paziente con grave disturbo di memoria a distanza di tempo da un incontro precedente (...) capita che questi abbia dimenticato i contenuti di quello

che è stato detto in precedenza, ma che si siede comunque tranquillo e fiducioso per il nuovo colloquio. Probabilmente perché si rende conto che sta per rivivere una situazione rassicurante che ha già vissuto in precedenza (Vigorelli, 2011). Dove le parole finiscono inizia la musica (Heinrich Heine).

L'INVIO

Le prescrizioni al trattamento di musicoterapia includono pazienti con CDR (Clinical Dementia Rating) da 1 a 4 (da demenza lieve a molto grave), anche con la presenza di gravi disturbi psichici e/o comportamentali. Nelle strutture della Diaconia Valdese in cui lavoro, si è pensato di rivolgere l'intervento in particolare modo alle persone con demenza e Alzheimer che hanno più difficoltà ad essere coinvolte nelle varie attività (standard care, animazione), ospiti con difficoltà comunicative e relazionali, con disturbi comportamentali (ansia, depressione, apatia, vagabondaggio afinalistico) e ritiro sociale.

SEDUTE INDIVIDUALI O DI GRUPPO?

Ai pazienti con cui lavoro propongo sedute individuali o in piccoli gruppi di 3 persone: è un elemento che desidero sottolineare, perché è stato compreso fin da subito dall'équipe l'importanza di dedicare uno spazio specifico agli ospiti, privilegiando quindi la "qualità" alla "quantità" (sebbene sia più che comprensibile che le strutture tendano a voler coinvolgere con interventi come quello della musicoterapia, il maggior numero di ospiti).

Ad oggi gli interventi di musicoterapia si sono svolti con il seguente programma: 1° ciclo di 20 sedute (febbraio - luglio 2011, 9 ospiti suddivisi in tre piccoli gruppi), 2° ciclo di 20 sedute (ottobre 2011 - marzo 2012, 10 ospiti seguiti individualmente o in piccoli gruppi), 3° ciclo di 20 sedute (ottobre 2012 - marzo 2013, 4 ospiti seguiti individualmente), 4° ciclo di 20 sedute (aprile - giugno 2013, 4 ospiti seguiti individualmente). Alcuni ospiti hanno seguito più cicli di musicoterapia.

Negli ultimi anni l'intervento musicoterapico

Bibliografia

- **Benenzon R.** *Manuale di Musicoterapia*, Borla, Roma, 1998.
- **Clark M.E., Lipe A.W., Bilbrey M.** *Use of music to decrease aggressive behaviors in people with dementia*, J Gerontol Nurs, (24), pp. 10-17, 1998.
- **De Felice F.** *Il trattamento psicologico delle demenze*, FrancoAngeli, Milano, 2002.
- **Gentile S.** *La cura che passa attraverso la ricerca di vie di comunicazione alternative: le terapie non farmacologiche della demenza*, in Manarolo G. (a cura di) *Le cure musicali. Applicazioni musicoterapiche in ambito psichiatrico*, Cosmopolis, Torino, 2012.
- **Gianotti M., Raglio A.** *Musicoterapia e demenza: un caso clinico*, Musica & Terapia Quaderni Italiani di Musicoterapia, VII (16), pp. 34-41, Cosmopolis, Torino, luglio 2007.
- **Koger S.M., Brotons M.** *Music therapy for dementia symptoms*, Cochrane Database Syst Rev, (3), 2000.
- **Manarolo G.** *Manuale di Musicoterapia: Teoria, Metodo e Applicazioni della Musicoterapia*, Cosmopolis, Torino, 2006.
- **Navone S.** *Musica tra le menti*, La Casa, Schio (VI), 2009.
- **Postacchini P.L., Ricciotti A., Borghesi M.** *Musicoterapia*, Carocci, Roma, 1997.
- **Ravizza L.** *Invecchiamento cerebrale e demenze*, Masson, Milano, 2004.
- **Raglio A., Manarolo G., Villani D.** *Musicoterapia e Malattia di Alzheimer: proposte applicative e ipotesi di ricerca*, Cosmopolis, Torino, 2001.
- **Raglio A., Traficante D., Oasi O.** *A coding scheme for the evaluation of the relationship in music therapy session*, Psychological Reports, (99), pp. 85-90, 2006.

si è esteso anche ad altre due strutture per anziani gestite dalla Diaconia Valdese: l'Asilo dei Vecchi di San Germano Chisone (TO) e la Casa delle Diaconesse di Torre Pellice (TO).

Nell'ambito delle demenze il percorso musicoterapico è maggiormente efficace se avviene in forma individuale, soprattutto se ci riferiamo ad un grado moderato-severo della malattia (Clinical Dementia Rating: 2-3). La socializzazione, che è spesso la motivazione con la quale si organizzano gruppi di pazienti con l'Alzheimer, si ottiene in realtà favorendo l'apertura dei canali di comunicazione; e ciò si realizza lavorando individualmente ed in maniera continuativa.

È molto difficile che i pazienti dementi o con Alzheimer si relazionino musicalmente tra loro. Nei trattamenti in gruppo (max 3 o 4 persone), il musicoterapista mette in atto, in realtà, dei micro interventi individuali. Possiamo dunque affermare che, soprattutto in uno stadio avanzato delle demenze, il gruppo attenua la componente relazionale.

Uno dei problemi del gruppo è trovare degli elementi sonoro-musicali che siano da ponte per tutti i componenti del gruppo. È utile che partecipino alle sedute di musicoterapia in gruppo solo persone che hanno capacità, anche minime, di modularsi in funzione degli altri; l'integrazione, che potrebbe essere uno degli obiettivi dell'intervento di gruppo, altrimenti non è possibile. Quando le patologie sono gravi, è bene evitare i gruppi. È comunque difficile, soprattutto nel lavoro con le persone anziane, creare dei gruppi omogenei. Il gruppo può essere utile nel caso di pazienti che tendono ad avere solo rapporti individuali con gli operatori, o per pazienti che vivono la relazione individuale con troppa difficoltà. Dobbiamo, in ogni caso, consentire alle persone con demenza di sviluppare un desiderio, una intenzionalità. Nel caso di sedute di gruppo, il ruolo del musicoterapista dovrebbe essere più *esterno*, di sfondo: la sua produzione sonoro-musicale non dovrebbe essere *troppo ingombrante*.

MODELLO MUSICOTERAPICO

Come ogni altra terapia, anche la nostra disciplina (a differenza delle attività musicali che si svolgono con gli anziani), deve basarsi su un modello riconosciuto e condiviso. Il modello musicoterapico che impiego nel mio lavoro, Psicodinamico-relazionale, è fondato sulla relazione sonoro-musicale tra musicoterapista e paziente, e si ispira alla teoria musicoterapica di Rolando O. Benenzon (1998) (ISO⁶ – identità sonoro-musicale, oggetto intermediario) e a quella psicologica di Daniel Stern (1985) (sintonizzazioni affettive), ripresa in Italia da Pier Luigi Postacchini (1997). Un'attenta analisi del setting musicoterapico è la premessa essenziale. Il punto centrale della terapia con la musica è il nesso suono-relazione. La modalità di conduzione dell'intervento è caratterizzata da un atteggiamento di osservazione e ascolto da parte del musicoterapista e di non direttività.

SETTING MUSICOTERAPICO

L'ambiente è multimodale. Una sala da pranzo, ad esempio, viene individuata dai pazienti con demenza anche attraverso il canale olfattivo. Se, ad esempio, una sala da pranzo viene usata anche per altre attività (animazione, ecc.), si fornisce al paziente un segnale che non è in sintonia con quello che sta facendo. Tra le caratteristiche degli ambienti per le persone con demenza, vanno evidenziate la familiarità, l'adattabilità, il legame con il passato e la stimolazione. Un ambiente fisico di aspetto casalingo è un ingrediente necessario per la qualità della vita ed è fondamentale nel gestire depressione e sintomi comportamentali. Non è bene, però, riempire la stanza del malato di Alzheimer con oggetti che non riesce più ad usare; anche una semplice foto può essere gratificante o dannosa. Anche nel caso della musicoterapia, è importante che la cornice spaziale del setting (la stanza dove si svolge l'intervento⁷, la disposizione degli strumenti musicali) tenga conto degli studi su ambiente e demenza. Di seguito riporto un breve elenco, frutto della mia esperienza applicativa con i pazienti:

- il setting deve favorire il movimento corporeo del paziente;
- gli strumenti musicali devono rispecchiare l'identità sonoro-musicale del paziente, non devono essere molti ed è bene che siano semplici da usare (strumentario che non sia confusivo). Nel setting che propongo ai pazienti che seguo, vi sono generalmente: xilofono, metallofono, timpano, chitarra, campane tubolari, bongo, maracas, cembalo, shaker, cestino sonoro, shakeré.
- utilizzare un tavolo per appoggiare gli strumenti musicali, può costituire una barriera tra i partecipanti. Meglio tavolini bassi, o scatoloni rivestiti con carta o stoffa di colore neutro (per appoggiare metallofono, xilofono, ecc.);
- l'estetica di un brano musicale (e la melodia in particolare) può rivestire notevole importanza per un paziente demente, il quale ha nella sua identità sonoro-musicale (ISO culturale e gestaltico) l'aspetto melodico (componente estetica);
- i pazienti con Alzheimer in stadio avanzato, sembrano prediligere gli strumenti melodici, rispetto a quelli ritmici (soprattutto le donne, mentre gli uomini sembrano amare di più il ritmo);
- il ritmo riporta ad un aspetto più regressivo, poco rassicurante. In un percorso musicoterapico, il passaggio ad un materiale meno strutturato è generalmente una evoluzione;
- i pazienti con Alzheimer in stadio avanzato, difficilmente cambiano il proprio strumento musicale; tendono ad usare sempre lo stesso. Il setting deve essere allestito in modo che tutti gli strumenti siano accessibili (senza cadere nel rischio di un addensamento di strumenti musicali, di circondare il paziente con gli strumenti);
- il fatto che i pazienti dementi gravi riconoscano lo spazio del setting e cerchino lo stesso strumento non deve essere necessariamente letto come "stereotipia". Può essere positivo e rivelare tracce di memoria.

segue Bibliografia

■ Raglio A.

La musica come strategia riabilitativa nel trattamento delle demenze, in G. Manarolo, Manuale di Musicoterapia, Cosmopolis Editore, Torino, 2006, pp. 521-531.

■ Raglio A. et al.

L'efficacia del trattamento musicoterapico in pazienti con demenza di grado moderato-severo, Giornale di Gerontologia, Volume LIV, Numero 3, Giugno 2006.

■ Raglio A.

La musica come strategia terapeutica nel trattamento delle demenze, Musica & Terapia Quaderni Italiani di Musicoterapia, VI (14), pp. 47-55, Cosmopolis, Torino, Luglio 2006.

■ Raglio A.

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

■ Raglio A.

La musicoterapia presso la Fondazione Sospiro: evoluzione, sviluppi scientifici e riflessioni, in Manarolo G. (a cura di) *Le cure musicali. Applicazioni musicoterapiche in ambito psichiatrico*, Cosmopolis, Torino, 2012.

■ Spagnoli A.

E divento sempre più vecchio, Boringhieri, Torino, 1995.

■ Spagnoli A., Pierre M.

Psicoterapie a indirizzo psicodinamico, in Scocco P., De Leo D., Pavan L. (a cura di), Manuale di Psicoterapia dell'Anziano, Boringhieri, Torino, 2001.

■ Stern Daniel N.

1985, Il mondo interpersonale del bambino, Torino, Bollati Boringhieri, 1987.

■ Stern Daniel N.

2004, Il momento presente, Milano, Raffaello Cortina Editore, 2005.

■ Vigorelli P.

L'approccio capacitante, FrancoAngeli, Milano, 2011.

■ Villani D., Raglio A.

Musicoterapia e demenza, Giornale di Gerontologia, Ottobre 2004 – Volume LII, Numero 5.

CONOSCENZA DEI PAZIENTI E VALUTAZIONE MUSICOTERAPICA

Prima di accogliere il paziente nella stanza di musicoterapia, raccolgo elementi utili al trattamento musicoterapico: l'anamnesi del paziente e la sua storia di vita tramite colloqui con l'équipe, la lettura della cartella clinica, l'osservazione diretta partecipe nell'abituale contesto di vita con successiva stesura di un protocollo descrittivo, la "storia sonora" del paziente.

Dopo aver raccolto i dati per conoscere i pazienti inviati al trattamento di musicoterapia e prima della vera e propria presa in carico, dedico le prime sedute per valutare la reale disponibilità dei pazienti a seguire un percorso di musicoterapia. All'interno del setting musicoterapico valuto, di ogni paziente, *la capacità di stare nel setting, la sensibilità verso l'elemento sonoro-musicale, la disponibilità anche minima all'interazione sonoro-musicale, la capacità di modulare la produzione sonoro-musicale e la propria emotività* (Raglio, 2006).

OBIETTIVI

Nel decadimento lieve la musicoterapia può essere utile come riattivazione psico-fisica, per contenere i sintomi depressivi e per mantenere le abilità cognitive residue. Ad uno stadio più avanzato della malattia il trattamento musicoterapico si propone come principale finalità una riduzione dei disturbi psichici e comportamentali, sia sul versante delle alterazioni dell'umore (depressione, euforia, labilità emotiva, ansia) e delle alterazioni della personalità (apatia, irritabilità, indifferenza), sia sul versante dei disturbi dell'attività psico-motoria (vagabondaggio afinalistico, affaccendamento).

L'applicazione della musicoterapia nell'ambito delle demenze, in particolar modo nei casi di livello moderato-severo, trova riscontro in vari studi (Clark et al., 1998; Koger et al., 2000;

Vink, 2004; Raglio et al., 2006) nei quali si dimostra che la musicoterapia agisce sugli aspetti intrapsichici della personalità favorendo una migliore integrazione ed una riduzione dei disturbi comportamentali.

L'approccio utilizzato si riferisce ad un modello di intervento non verbale basato sull'improvvisazione sonoro-musicale

MUSICOTERAPIA ATTIVA: LA LIBERA IMPROVVISAZIONE SONORO-MUSICALE

L'approccio utilizzato si riferisce ad un modello di intervento non verbale basato sull'improvvisazione sonoro-musicale, in un setting nel quale la relazione terapeutica assume fondamentale importanza e diviene il nucleo centrale dell'intervento. L'improvvisazione viene utilizzata con il fine di sviluppare processi comunicativo-relazionali. Negli incontri di musicoterapia, tutto ciò che la persona esprime (vocalizzi, suoni con strumenti musicali, rumori con oggetti, silenzio, movimenti corporei) viene considerato *musicale*; gli aspetti sonoro-musicali presenti nella persona vengono inseriti in una relazione e si rivestono di una componente affettiva ed emotiva.

L'improvvisazione sonora, che è solo l'aspetto fisico e concreto di qualcosa appartenente a una sfera personale ed emotiva più profonda, permette al paziente da un lato di prendere coscienza dei propri vissuti, dall'altro di poterli condividere con un'altra persona il cui ruolo terapeutico verte proprio sulla capacità di ascolto e di empatia con l'altro (Gianotti, Raglio, 2000).

LA VERIFICA ED IL LAVORO D'ÉQUIPE

Il momento di verifica del lavoro svolto è costituito dalla condivisione dei contenuti di protocolli descrittivi di osservazione (stesi al termine di ogni seduta) e da una valutazione periodica i cui elementi sono sintetizzabili in una relazione musicoterapica (valutazione delle

modifiche riscontrate). Per attivare un costante scambio di informazioni tra tutti gli operatori (compreso il musicoterapista) che lavorano al Rifugio Re Carlo Alberto, viene compilato da ognuno al termine del proprio intervento (delle sedute, nel caso della musicoterapia) un breve report individuale sul "diario degli ospiti", un programma sul computer nel quale è inserita la scheda digitale di ogni singolo paziente. È anche un modo, questo, per monitorare (e se possibile comprendere meglio) i comportamenti dei singoli pazienti nei vari momenti della giornata.

Grazie agli interventi di musicoterapia si sono riscontrati negli ospiti un miglioramento delle relazioni interpersonali, una riduzione dei disturbi comportamentali (depressione, ansia) ed una maggiore propensione ad esprimere i propri vissuti.

Per condividere nello specifico l'intervento di musicoterapia con tutti gli operatori delle strutture, ho partecipato (oltre alle consuete riunioni d'équipe) ad una riunione generale, nel quale ho presentato (con l'ausilio di alcuni video delle sedute) il percorso dei pazienti e gli elementi principali sui quali si basa il mio lavoro.

IL PROTOCOLLO DI OSSERVAZIONE

Il protocollo è utile per suddividere il lavoro in unità confrontabili periodicamente (Navone, 2009).

Nel protocollo viene descritta la quantità e qualità delle interazioni sonore (tra musicoterapista e paziente e tra i pazienti stessi), gli stimoli sonoro-musicali introdotti dal musicoterapista, il contatto visivo del paziente sia con il musicoterapista, sia con gli strumenti. Si precisa se il paziente ha una modalità esplorativa nei confronti dello strumentario, se e quando è presente un atteggiamento di ascolto; vengono descritte le interazioni sonoro-musicali che hanno finalità comunicative e relazionali (intenzionalità del gesto-suono), e se a queste si aggiunge un coinvolgimento emotivo (movimento sintonico del corpo, mimica facciale, introduzione di variazioni agogiche⁸, di intensità, di timbro, di

segue Bibliografia

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

Music therapy for people with dementia (Review), Cochrane Database Syst Rev, 2004.

■ **Vitali S.F.**

La metodologia Gentle Care, Giornale di Gerontologia, Ottobre 2004 – Volume LIII, Numero 5.

■ **Vizzano G.**

Il setting musicoterapico nelle demenze, in Raglio A. (a cura di) *Musicoterapia e demenze: riflessioni teoriche e applicative*, Le Château Edizioni, Aosta, 2007.

■ **Vizzano G.**

Setting musicoterapico: cornice e palcoscenico, in Ar-tè Quaderni Italiani delle Artiterapie, IV (5), Cosmopolis, Torino, aprile 2009.

■ **Vizzano G.**

L'intervento musicoterapico nei centri diurni e nelle comunità residenziali per persone diversamente abili, in Manarolo G. (a cura di) *Le cure musicali. Applicazioni musicoterapiche in ambito psichiatrico*, Cosmopolis, Torino, 2012.

andamento ritmico). Vengono inoltre inserite la quantità dei segnali di accettazione/coinvolgimento (sorriso, movimenti del corpo in sintonia con il contesto sonoro-musicale, canto, verbalizzazioni positive) e i segnali di non accettazione/disturbo (verbalizzazioni negative, difficoltà di permanenza nel setting, irritabilità, affaccendamento/wandering) espressi dai pazienti.

Sebbene l'approccio utilizzato sia prevalentemente non verbale⁹, talvolta gli anziani (soprattutto nella fase iniziale della malattia) portano in seduta anche le loro parole. A volte costituiscono un elemento difensivo, spesso invece sono frammenti della loro storia: gli interessi, le passioni, i vissuti. Altre volte ancora sono legate al

contesto ed alle produzioni sonoro-musicali della seduta. Il setting musicoterapico diventa allora uno spazio dove accogliere anche le verbalizzazioni dei pazienti, tracce di vita e di memoria. Ricordo un ospite, giornalista e poeta nella sua vita, che in seduta ha continuato a declamare le "sue" poesie, collegandole alle sonorità prodotte da me, anche quando ormai il suo linguaggio era gravemente compromesso. Oppure un'altra signora, con importanti disturbi comportamentali (irritabilità, aggressività verbale), che in seduta è stata subito molto chiara nel definire i suoni e gli strumenti che non gradiva (*Questo è troppo... Non facciamo le cose stupide*) e quelli che le piacevano (*Questa è bella...è giusto*). Ciò che l'ha coinvolta maggiormente sono stati il suono della chitarra ed il canto (segnale di accettazione e coinvolgimento). Di seguito alcune verbalizzazioni positive emerse nelle sedute di musicoterapia:

Sig. E. *Non pensavo che mi venisse ad invitare la prima volta, sono molto contento, mi fa piacere venire qui...mi ricordo che la prima volta ho sentito dei suoni...piccoli...e mi sono subito piaciuti.*

Al termine della seduta si commuove: *La ringrazio...non mi sono mai sentito così apprezzato...grazie.* Dal suo occhio scende una lacrima e mi stringe forte la mano, guardandomi negli occhi.

Sig. G. *Sono importanti queste cose nuove... musica...le auguro un buon pomeriggio... speriamo, noi delle valli, di partecipare.* Quando sente il suono delle campane tubolari esprime un commento legato al suono: *È fiabesco... anzi sembra fiabesco. È bello, è come il teatro, come Pirandello...il teatro quando è bello non è solo rappresentazione...è qualcosa di più.* Dopo aver sentito il suono dello shaker, guardando prima lo strumento, poi me, afferma: *È la bellezza...la bellezza delle cose semplici.* Il Sig. G. è molto coinvolto, il tono della sua voce è intenso, ha un breve momento di commozione, al termine del quale mi dice: *Speriamo di vederci, la prossima volta.*

IL CONTRIBUTO DELLA RICERCA

La musicoterapia come ogni disciplina complessa, necessita di "prove", "dimostrazioni", accrescimenti scientifici e approfondimenti che ne comprovino l'importanza e l'efficacia. Occorre evidenziare non solo l'efficacia della musicoterapia (risultato), ma anche le modalità attraverso cui tali effetti si producono (processo). Il lavoro di Alfredo Raglio (Fondazione Sospiro - Cremona), si propone di dare fondamento scientifico alla pratica musicoterapica. I risultati dei suoi studi¹⁰ evidenziano, nei pazienti che hanno seguito un trattamento di musicoterapia, una diminuzione dei disturbi comportamentali (ansia, irritabilità), anche a fronte di un peggioramento dello stato funzionale e cognitivo. Durante il percorso di musicoterapia si rileva nei pazienti un aumento dei momenti di ascolto; la quantità dei comportamenti positivi (sorrisi, verbalizzazioni positive, canto e movimenti corporei sintonici rispetto alla produzione sonoro-musicale), inoltre, è nettamente superiore ai comportamenti ritenuti negativi (irritabilità, verbalizzazioni negative, affaccendamento/wandering, difficoltà di permanenza nel setting) (Raglio, 2010).

Nel 2013 il Rifugio Re Carlo Alberto ha aderito ad uno studio di ricerca multicentrico (controllato e randomizzato), coordinato da Alfredo Raglio, promosso da Fondazione Sospiro (Cremona) e patrocinato dal Dipartimento Sanità Pubblica, Neuroscienze, Medicina Sperimentale e Forense dell'Università di Pavia. Lo studio ha come scopo quello di valutare l'efficacia della musicoterapia nei disturbi del comportamento in pazienti con demenza di livello moderato-severo.

All'interno di questo progetto dal mese di aprile al mese di giugno 2013 mi sono occupato come musicoterapista delle sedute che si sono svolte al Rifugio. La durata massima delle 20 sedute è stata di 30 minuti (cadenza bisettimanale), come previsto dal protocollo dello studio di ricerca.

Sono state effettuate valutazioni intra-setting (ogni seduta è stata filmata ed in seguito

valutata con il Music Therapy Coding Scheme, messo a punto da Alfredo Raglio) allo scopo di verificare le dinamiche relazionali e sonoro-musicali di ciascuna seduta di musicoterapia, ed extra-setting (nella fase di inclusione dei pazienti, prima e dopo il trattamento musicoterapico e dopo due mesi). In particolare gli strumenti clinici hanno effettuato la valutazione cognitiva (MMSE), funzionale (Barthel Index), comportamentale (Neuropsychiatric Inventory NPI, Scala Cohen-Mansfield Agitation Inventory CMAI per l'agitazione e Scala Cornell per la depressione). I risultati dell'intero studio verranno pubblicati nei prossimi mesi.

Il 26 marzo 2013 lo studio di ricerca è stato presentato in un Convegno dal titolo "Approcci non farmacologici nelle demenze: l'esperienza del Rifugio Re Carlo Alberto", che si è svolto presso la medesima struttura. Alfredo Raglio ha esposto la relazione "Musicoterapia e demenze: presupposti scientifici, applicazioni e prospettive di ricerca", ed io ho presentato il lavoro che svolgo con i pazienti nelle due strutture della Diaconia Valdese. L'evento è stato patrocinato dall'A.I.M. (Associazione Italiana professionisti della musicoterapia).

- 1 Demenze vascolari ischemiche, demenze fronto-temporali e malattia di Pick, demenza a corpi diffusi di Lewy, Parkinson-demenza, malattia di Huntington, malattia di Creutzfeldt-Jacob, che si differenziano dalla malattia di Alzheimer (la forma di demenza più diffusa), per sintomi d'esordio, modalità di progressione, durata.
- 2 Gentle Care è un sistema di cura rivolto alla persone con demenza, elaborato dalla terapeuta occupazionale canadese Moyra Jones. Gentle Care si caratterizza per un approccio protesico alla cura della persona con demenza, che supporta il malato e che ha come obiettivo principale il benessere, inteso come miglior livello funzionale possibile per quel singolo malato, in assenza di segni di stress. Gli elementi costitutivi della protesi sono: spazio fisico, persone e programmi. Tale modello consente di confrontarsi con l'irreversibilità della perdita globale causata dalla demenza senza rinunciare ad avere obiettivi realistici ma, al tempo stesso, senza perseguire l'illusione di prestazioni impossibili.
- 3 Possono influenzare negativamente l'orientamento: le superfici lucide e riflettenti, gli specchi, le finestre senza tende, le ombre, gli stimoli in eccesso, i locali con funzioni multiple, le illuminazioni inappropriate. Possono facilitare l'orientamento (migliorando l'autonomia e l'indipendenza): la stimolazione multisensoriale (colori, immagini, profumi che convergono verso un unico significato), personalizzare i suggerimenti (fotografie personali, oggetti ricordo, targhe col nome, ecc.), luci con commutatori, consentire il facile riconoscimento dei diversi locali (con l'arredamento, i colori, le luci, ecc.).
- 4 Costituiscono elementi di sicurezza: finestre apribili solo per pochi centimetri, pavimenti antiscivolo, riduzione dell'abbigliamento, variazioni di livello chiaramente marcate, corrimani solidi, mobili robusti, sedie adatte.
- 4 Azione riguardante l'attività fisiologica dell'acetilcolina, mediatore chimico della trasmissione nervosa.
- 5 Persone, parenti o badanti, che si prendono cura di un malato o di una persona non in grado di badare a se stessa.
- 6 ISO vuol dire uguale e sintetizza la nozione di esistenza d'un suono o di un insieme di suoni o di fenomeni sonori interni che ci caratterizzano e ci individualizzano (Benenson R., Manuale di Musicoterapia, Borla, Roma, 1998, p. 46).
- 7 Per la persona con malattia di Alzheimer è importante che l'ubicazione della stanza di musicoterapia sia nelle immediate vicinanze o all'interno del luogo di degenza, per agevolare la presenza di persone con difficoltà di deambulazione e facilitare lo svolgimento delle sedute anche in condizioni climatiche sfavorevoli. La presenza di stimoli estranei al setting musicoterapico (colori, oggetti superflui, finestre sprovviste di tende, ecc.) risulta essere disturbante e talvolta interferente nel trattamento (Raglio A., Manarolo G., Villani D., Musicoterapia e Malattia di Alzheimer: proposte applicative e ipotesi di ricerca, Cosmopolis, Torino, 2001, p. 76).
- 8 Modificazioni dell'andamento apportate ad un brano musicale durante la sua esecuzione per ragioni squisitamente interpretative.
- 9 Le consegne verbali e in generale le verbalizzazioni, solitamente assenti nel trattamento musicoterapico secondo l'orientamento teorico-metodologico psicodinamico, sembrano avere in alcuni casi, come nei trattamenti di persone con malattia di Alzheimer, una importante valenza contenitiva, tranquillizzante oltre che contribuire a orientare i pazienti nel setting musicoterapico (Raglio A., Manarolo G., Villani D., op. cit., 2001, p. 76).
- 10 Raglio A. et al., L'efficacia del trattamento musicoterapico in pazienti con demenza di grado moderato-severo, *Giornale di Gerontologia*, Giugno 2006, Volume LIV, Numero 3.



SUZANNE ELABORAZIONE DI UN LUTTO IN UN GRUPPO DI MUSICOTERAPIA

Andrea Cavalieri musicista, musicoterapista
Cooperativa Sociale CrescereInsieme ONLUS Acqui Terme (AL)

The unexpected patient's death has been perceived by the music therapy group as a "breakdown", an error, a short circuit that produced the loss of balance and harmony reached until that moment. So I decided to change the direction of my music therapy intervention, towards a sort of work that could be useful to describe Susanna through a song, and which could also be helpful to discover some less known aspects of her person.

Presento il caso di un intervento musicoterapico di gruppo svolto presso la Comunità alloggio "Il Giardino" di Castelnuovo Bormida AL, dove lavoro come musicoterapista dal mese di luglio 2007.

Il Giardino è una comunità socio-assistenziale per persone adulte con disabilità medio-grave e grave, come definita dal comma 3, art. 3 della legge 104/92.

La comunità sorge in un piccolo paese e offre prestazioni di tipo residenziale e tutelare, interventi di sostegno e di sviluppo di abilità individuali, ed attività di integrazione sociale e comunitaria, nonché progetti di assistenza per la vita indipendente e interventi di sollievo.

Descriverò di seguito una mia esperienza recente con un gruppo di tre pazienti adulti con disturbi psichiatrici quali decadimento cognitivo in schizofrenia, schizofrenia paranoide e ritardo mentale con disturbo del pensiero e del comportamento. Il gruppo era in origine costituito da quattro pazienti, tra cui Susanna che prima del suo inserimento svolgeva sedute individuali, poiché la diagnosi (insufficienza mentale gravissima con deficit uditivi e visivi) necessitava di un trattamento dedicato.

Purtroppo Susanna ha partecipato alle sedute di gruppo per circa un anno, dopodiché è improvvisamente deceduta.

Susanna proveniva da una famiglia composta da madre, padre, due sorelle ed un fratello.

Sebbene i rapporti con i familiari non fossero assidui, Susanna ha mantenuto un rapporto privilegiato con una delle sorelle, quella che si occupava principalmente di soddisfare i suoi bisogni "materiali". La diminuzione della frequenza delle visite da parte della sorella ha inciso negativamente sul suo stato emotivo, provocando in lei frustrazione e rabbia, tanto da indurla in diversi episodi ad auto-lesionarsi oppure a scaricare la sua collera sugli operatori. Questi episodi, sempre più frequenti e gli atteggiamenti lamentosi di Susanna, l'hanno gradualmente allontanata dagli altri utenti. A questi aspetti della persona se ne contrapponevano però altri decisamente positivi, quali ad esempio una grande attitudine e passione per la pittura e per gli sport, in particolare il nuoto.

Susanna è stata autrice di svariati dipinti rappresentanti paesaggi e popolazioni africane e ha partecipato a diverse mostre.

Quando ho provato ad inserire Susanna nel gruppo di musicoterapia, ha inizialmente manifestato comportamenti ansiosi e di inadeguatezza, ma in seguito è riuscita ad unirsi in modo adatto al contesto, raggiungendo alcuni degli obiettivi preposti con buoni risultati, soprattutto a livello di integrazione sociale.

Con il gruppo allargato a quattro componenti ho svolto per alcuni mesi sedute incentrate sul dialogo sonoro e la libera improvvisazione

Il decesso improvviso di Susanna ha scosso, seppur in modo differente, tutte le persone della comunità

sonoro-musicale in gruppo, con la finalità di facilitare la comunicazione, la relazione e l'integrazione sociale tra i partecipanti.

Il decesso improvviso di Susanna ha scosso, seppur in modo differente, tutte le persone della comunità, dagli operatori agli stessi ospiti, con un conseguente coinvolgimento emotivo. Questa mancanza è stata percepita all'interno del gruppo di musicoterapia come un "guasto", un errore, un cortocircuito che ha prodotto la perdita di equilibrio e dell'armonia raggiunta fino a quel momento.

In quella settimana abbiamo saltato un incontro e al mio ritorno ho constatato un'effettiva difficoltà nel condurre le sedute.

Ho deciso allora di virare il mio intervento su un tipo di lavoro che servisse a raccontare Susanna attraverso una canzone, svelando così altri aspetti meno conosciuti della sua persona, che non fossero soltanto quelli negativi riconducibili ai suoi atteggiamenti aggressivi.

La canzone presa come riferimento è "Suzanne" di Leonard Cohen, di cui esiste una versione in italiano di Fabrizio De André. Il brano è stato scelto non solo per assonanza (il titolo con il nome della paziente deceduta) ma anche per via della tonalità in modo maggiore, contrastante con il tema triste della morte.

La consegna principale è stata quella di riscrivere il testo con nuove parole scelte dagli stessi pazienti con il mio aiuto.

Mantenendo inalterata la parte musicale in tutte le sue forme (armonia, melodia, metrica) abbiamo iniziato il lavoro con l'obiettivo finale di registrare il brano con il mio accompagnamento alla chitarra, mentre i pazienti avrebbero cantato una strofa ciascuno.

In questa fase di composizione, la consegna che ho dato di settimana in settimana è stata: "Cercate parole e pensieri che possano descrivere Susanna in tutti i suoi aspetti".

Ad ogni seduta i pazienti hanno portato nuovo materiale fatto di parole ma soprattutto di emozioni spontanee e pure, con le quali abbiamo giocato a livello improvvisativo. Ci siamo inventati alcune versioni del brano utilizzando le parole e gli aggettivi in modo estemporaneo. Poco per volta ha cominciato a delinearsi quello che sarebbe diventato il testo finale. Le parole scelte per la versione definitiva sono state valutate da noi tutti e sistemate successivamente con piccoli aggiustamenti di metrica.

Sono emerse molteplici visioni della persona, tra cui le sue doti pittoriche, il suo amore per l'Africa ed i suoi abitanti, nonché altre qualità e passioni tra cui ad esempio il nuoto (l'acqua è un elemento in cui lei si trovava molto a suo agio).

Sono affiorati anche elementi negativi, soprattutto il suo "lato oscuro" come lo ha definito uno dei pazienti coinvolti, riferendosi alla sua malattia, nello specifico alle crisi frequenti che sfociavano in comportamenti di auto ed etero aggressività, rivolta verso gli oggetti circostanti e gli operatori della struttura. Nelle sedute successive abbiamo perfezionato l'esecuzione del brano nella nuova versione, per passare successivamente alla fase di registrazione mediante l'uso di un semplice registratore digitale stereo. Sono state prodotte diverse versioni del brano, alcune interpretate da un solo paziente ed altre cantate tutti insieme.

Tutte le versioni sono state poi raccolte in

un CD, oggetto materiale dalla forte valenza simbolica, oggetto della memoria e testimone del nostro lavoro svolto insieme.

Ho inoltre realizzato un video clip (parte integrante di questa relazione) che troverete al seguente link:

<http://youtu.be/BouxgIDvJR4>
Ecco di seguito il testo definitivo, frutto della rielaborazione:

*Dipingevi molti quadri favolosi e favorevoli
Con le scimmie e gli elefanti emozionavi
tutti quanti
Il pennello ti portava fino al cielo
Anche col cancello chiuso tu volavi
A volte eri come tanti fiori colorati
Altre volte pianta nera con aculei affilati
Ti tuffavi come un pesce e per te stare
nell'acqua era un po' come nuotare fino al cielo
Susanna dimmi è vero che eri molto malata
Questa parte così oscura non l'abbiamo
dimenticata
Ma l'abbiamo colorata con un sole rosso e
caldo
Come il cielo d'Africa dove tu sei volata*

Così come accade in un'improvvisazione, non sapevo come si sarebbe sviluppato il nostro lavoro e soprattutto quali risultati avrebbe prodotto.

Sono emersi alcuni elementi inaspettati della persona scomparsa, alcune sfaccettature che sicuramente tutti conoscevano bene ma che non avevamo esternato, nonostante Susanna partecipasse da tempo ad un'esperienza intima e profonda come quella della musicoterapia e condividesse con gli altri pazienti le dinamiche della vita quotidiana all'interno della comunità. Ho raccolto alcuni pensieri e considerazioni degli altri pazienti per avere un feedback sul lavoro svolto insieme.

C: *Senza la canzone sarei stata più triste. La canzone mi aiuta a sentirla più vicina...*

A: *Serve per ricordarla e mandarla in*

purgatorio, in paradiso no. In purgatorio però purgatorio alto...

E: *con questa canzone l'abbiamo conosciuta meglio...*

Attraverso questa modalità di intervento ho constatato che tramite la costruzione del brano si è giunti ad una concreta consapevolezza della scomparsa di Susanna. Mediante la struttura definita della canzone, costruita insieme di settimana in settimana, si è potuta gradualmente assimilare e concretizzare l'idea dell'assenza.

Il senso di smarrimento e caos che inizialmente avevo avvertito nel gruppo si è trasformato in un pensiero positivo e strutturato, che ha permesso la normale ripresa delle attività.

Bibliografia

■ Jean Baudrillard

Lo scambio simbolico e la morte, Feltrinelli, Milano, 1979.

■ Colin Murray Parkes

Il lutto, studi sul cordoglio negli adulti, Feltrinelli, Milano, 1980.

■ Benenzon Rolando O.

La Nuova Musicoterapia, Phoenix, Roma, 1997.

■ Imberty M.

Suoni emozioni significati, CLUEB, Bologna, 1986.

■ Manarolo G., Del Puente G., Pistarino P., Vecchiato C.

Ascolto Musicale e Musicoterapia "Musica et Terapia" vol. II, n.1 Boccassi Ed., Alessandria, 1994.

■ Manarolo G.

L'angelo della musica, Ed. Omega, Genova, 1996.

■ Lecourt E.

La Musicoterapia, Cittadella Editrice, Assisi, 1992.

■ Benenzon R.

Manuale di Musicoterapia, Borla, 1998.



MUSICOTERAPIA A SCUOLA: UNA VALUTAZIONE DI ESITO DEL PROGETTO E PROSPETTIVE FUTURE

Alberto Malfatti psicologo, musicoterapeuta, Bolzano

School and music therapy are both places of integration in order to create or to empower significant group relationships. Music is designed to integrate the dynamical function of the groups as its effects on the individual and the group are reciprocal. In this project we wanted to evaluate the effects of music therapy on a small group of three children with different diagnosis.

PREMESSA

La scuola e la musicoterapia come luoghi di integrazione

La scuola è di certo un'istituzione facilitatrice nella creazione e nel potenziamento di relazioni gruppali significative. È al suo interno infatti che avvengono i primi confronti sociali attraverso un gruppo primario, quale quello dei coetanei. In questo luogo s'incontrano storie diverse e molteplici differenze: una delle funzioni della scuola è quindi quella di integrare attraverso un lavoro di gruppo. In questo senso la musica ha una funzione integrante nelle dinamiche di gruppo, in quanto i suoi effetti sull'individuo e sul gruppo sono reciproci: quando un membro del gruppo produce musica, questa influenza quella degli altri membri partecipanti e tutti contribuiscono alla musica del gruppo. Viceversa, quando la musica del gruppo diventa un'entità a sé, essa comincia a influenzare la musica di ogni singolo membro (Alvin, 1986). Una delle funzioni principali della musicoterapia di gruppo è, prima di tutto, quella di instaurare una cultura di gruppo basata su una comunicazione alternativa a quella verbale, che favorisca un contatto e una relazione significativa tra i suoi componenti. Questo processo può realizzarsi soprattutto attraverso l'espressione di stati d'animo e la graduale consapevolezza delle proprie dinamiche relazionali all'interno del gruppo,

facilitata dall'esperienza positiva che l'estetica musicale riesce naturalmente ad evocare.

INTRODUZIONE

Il progetto di musicoterapia

Il progetto di musicoterapia è stato avviato nella scuola primaria "S. Nicolò" dell'Istituto Comprensivo di Merano1 (provincia di Bolzano) nell'anno scolastico 2012/2013. Il percorso è iniziato il 26 Marzo e si è concluso come previsto, dopo 8 sedute di musicoterapia attiva di gruppo, il 21 Maggio. Il gruppo è stato formato in base alle richieste della scuola, attraverso una riflessione comune insieme agli insegnanti di classe, gli insegnanti di sostegno ed i collaboratori all'integrazione⁷. Il gruppo era composto da tre bambini con diagnosi eterogenee accertate: un bambino con ADHD con prevalente deficit dell'attenzione, un bambino con sindrome di Asperger, un bambino con lesioni cerebrali di altro tipo e disturbo del linguaggio. Le sedute si sono svolte all'interno della sala di musica della scuola e la scelta iniziale degli strumenti da proporre è stata effettuata dal musicoterapeuta, in base agli obiettivi prefissati e alla conoscenza diretta dei bambini (avvenuta attraverso un primo contatto con loro prima dell'inizio degli incontri). La strutturazione delle sedute proponeva una serie di esercizi iniziali di riscaldamento, introduttivi ad una seconda fase di

Il progetto di musicoterapia è stato avviato nella scuola primaria "S. Nicolò" dell'Istituto Comprensivo di Merano1

improvvisazioni a tema, libere o con regole concordate insieme ai bambini. Lo strumentario presentato non ha subito particolari variazioni e comprendeva: una chitarra, un'armonica, un okulele, una kalimba, un tamburello, uno xilofono, tre barre sonore, due maracas, due legnetti, un'arpa melodica, due piatti, due sonagli, un produttore di suono (canna di bambù), un flauto a coulisse, due nacchere. Sono state usate tecniche di musicoterapia provenienti da vari indirizzi, ma che riguardavano determinate aree sensibili: musica e movimento, musica e regole, l'ascolto, il silenzio, i tempi e la regolazione dell'attenzione, l'uso della memoria a breve termine, la riscoperta della propria musicalità/ritmicità, la capacità di interagire in maniere alternative, il pensare in gruppo, la consapevolezza e l'espressione di sé. Sono stati redatti dei verbali di seduta ed ogni incontro è stato audio-registrato per poter effettuare successivamente le analisi musicali. Presupposto dell'intervento stesso è stato il lavoro di équipe, insieme agli insegnanti di classe, all'insegnante di sostegno, ai collaboratori all'integrazione, in modo da poter offrire un progetto *ad hoc*. Con le figure di riferimento è stato effettuato un incontro preliminare, uno in itinere e uno conclusivo. Il progetto è stato suddiviso essenzialmente su due piani: il primo riguardava l'intervento

di musicoterapia di gruppo, in cui sono stati presi in considerazione i bisogni specifici dei bambini, con particolare attenzione ad aspetti quali:

- difficoltà di interazione sociale e ansia connessa ai contatti sociali;
- iperattività e deficit d'attenzione;
- stereotipie motorie;
- limiti nell'uso di linguaggio;
- difficoltà nel controllo degli impulsi e del comportamento;
- difficoltà nella regolazione delle emozioni;
- scarsa autostima;

al fine di:

- migliorare e ampliare le abilità comunicative;
- incrementare l'autostima e l'efficacia percepita;
- aumentare la consapevolezza di sé in relazione agli altri;
- aumentare l'attenzione e la concentrazione;
- sviluppare contatti sociali;
- incrementare l'autonomia.

Il secondo piano invece ha riguardato l'analisi del materiale raccolto in modo da poter poi fornire agli insegnanti e al dirigente dei dati di tipo quanti-qualitativo che potessero poi essere utili nel lavoro in classe.

Le scale di valutazione

La scala scelta per misurare i comportamenti e gli atteggiamenti dei bambini è stata la IPDDAI (2008), una scala per l'identificazione precoce del disturbo da deficit di attenzione e iperattività (Marcotto, Paltenghi, Cornoldi, 2002). È stata scelta questa scala in quanto permette di individuare i bambini con difficoltà di attenzione, di autocontrollo e di apprendimento, ed inoltre risulta semplice nella compilazione poiché si basa su aspetti facilmente osservabili in classe. I comportamenti vengono valutati su una scala a 4 livelli:

- 0: comportamento "per niente/mai presente";
- 1: comportamento "poco/a volte presente";
- 2: comportamento "abbastanza/il più delle volte presente";
- 3: comportamento "molto/semprè presente".

Sono stati esclusi gli item ritenuti non indispensabili per la valutazione del bambino, quali:

- Item 7: Incontra difficoltà a prestare attenzione ai particolari quando il compito lo richiede.
- Item 15: È di ambiente socioculturale svantaggiato.
- Item 16: Presenta nel complesso scarse potenzialità cognitive.
- Item 17: C'è una situazione di difficoltà in famiglia.

È stata effettuata un'analisi dei dati di tipo qualitativo, mentre le analisi statistiche si sono limitate a parametri generici quali media e differenze nei punteggi ottenuti tra prima e dopo l'intervento stesso.

È stata operata la scelta di confrontare i dati sia tra osservatori diversi, il musicoterapeuta (denominato "Osservatore A") e i rispettivi collaboratori all'integrazione di ogni bambino (denominati "Osservatore B"), sia tra due tempi diversi per uno stesso osservatore (tempo 1-prima dell'intervento e tempo 2-dopo l'intervento), evitando di confrontare i risultati ottenuti tra i bambini.

Il livello di significatività è stato considerato il cambiamento di almeno 1 punto (p) di livello per item (mentre di 0,5 riferito alla media complessiva tra item) tra il tempo 1 (26 Marzo) e il tempo 2 (21 Maggio). Questo criterio di significatività non è specificato dal test, ma è stato ritenuto adeguato dall'équipe scolastica.

Inoltre sono state redatte dal musicoterapeuta delle schede di valutazione musicale-relazionale sia al tempo 1 che al tempo 2, per poter valutare cambiamenti specifici di ogni bambino in seduta. Esse derivano dall'attività clinica Nordoff-Robbins e sono:

- SCALE DI VALUTAZIONE (I e II) (Nordoff-Robbins, 1977): composte da dieci livelli (su scala ordinale) che descrivono la relazione tra bambino e terapeuta durante l'attività musicale, nonché le due dimensioni del livello di partecipazione e le qualità del tipo di resistenza da parte del bambino (introversione, rispondenza limitata,

ambivalenza, accettazione passiva, evitamento, negatività, ecc.).

- LE 13 CATEGORIE DI RISPOSTA (Nordoff-Robbins, 1971): valutano e classificano come la musica prodotta dal bambino si colleghi alle improvvisazioni del terapeuta e come il bambino reagisca personalmente a diversi linguaggi, elementi e modi musicali (sono state ridotte a 10 categorie più rilevanti per l'intervento e suddivise per parte ritmica, strumenti melodici e canto).

Breve descrizione dei bambini partecipanti

A. è un bambino con sindrome cerebrale di altro tipo e disturbo evolutivo specifico dell'eloquio e del linguaggio. In particolare trova difficoltà nel proporsi agli altri, probabilmente per la mancanza di un'identità stabile e sicura. A. non ha trovato particolari problemi nell'uso degli strumenti musicali soffermandosi prevalentemente su okulele e armonica a bocca.

E. è un bambino con ADHD con prevalente deficit dell'attenzione. In particolare trova difficoltà nel riconoscere i propri sentimenti e bisogni specifici, tendendo ad omologare le proprie scelte in base al gruppo di riferimento. E. ha dimostrato particolari problemi nell'uso del ritmo preferendo su tutte le sonorità dello xilofono.

R. è un bambino con sindrome di Asperger. In particolare trova difficoltà nella comunicazione verbale, che viene disturbata da numerose stereotipie motorie. L'ansia che lo pervade risulta un fattore preminente in molte situazioni sociali. R. ha dimostrato buone doti di ritmicità propendendo spesso per strumenti a percussione.

DISCUSSIONE DEI RISULTATI

Scala IPDDAI

Il primo dato emerso dall'analisi dei dati

è stato che per alcuni alunni (2 su 3) la valutazione di partenza dei due osservatori indipendenti (musicoterapeuta e collaboratore all'integrazione) fosse sostanzialmente sovrapponibile, ovvero che il bambino si ponesse in seduta con comportamenti del tutto simili a quelli manifestati

Si è ipotizzato che un contesto comunicazionale diverso permetta ad alcuni bambini di esprimersi in maniera nuova

in classe, mentre solo in un caso è stato esattamente l'opposto. Proprio da questo dato si è ipotizzato che un contesto comunicazionale diverso permetta ad alcuni bambini di esprimersi in maniera nuova rispetto a come di norma sono abituati nel contesto-classe. In alcuni casi verrebbe quindi da pensare che la musicoterapia offra già in partenza l'opportunità di sperimentarsi in forme alternative e diverse dal solito, grazie alla possibilità del mezzo sonoro messo a disposizione.

Il confronto tra osservatori differenti ha dato la possibilità di avere da una parte un giudizio più completo possibile del bambino e dell'intervento svolto, ma allo stesso tempo di potersi confrontare in maniera costruttiva e proficua tra figure educative differenti. Dai risultati successivi all'intervento si è potuto riscontrare in generale (ma in maniera particolare per un bambino) alcuni miglioramenti rilevanti nell'area riguardante l'attenzione e l'autocontrollo. Un risultato interessante riguarda invece l'item 3 ("invece di svolgere un compito si guarda intorno e non lavora") che ottiene un cambiamento inverso. Ciò ha permesso di riflettere sul fatto che il bambino diventi più attivo e partecipi soprattutto quando gli vengono proposti compiti per lui nuovi. Questo dato è servito al personale docente per programmare esercizi meno ripetitivi possibile.

L'analisi quanti-qualitativa individualizzata per ogni partecipante ha fatto emergere cambiamenti specifici di diversa natura:

- nel caso di A. si può affermare che la musicoterapia abbia inciso soprattutto sulle

capacità di autocontrollo in determinate situazioni (come lo stare seduto in classe). È stato poi proficuo per gli insegnanti adattare il programma scolastico individualizzato al bisogno del bambino di ricevere esercizi meno ripetitivi possibile, ma con la presenza costante di una figura di riferimento.

- Nel caso di E. sembra che la musicoterapia abbia inciso soprattutto sulla capacità di concentrazione durante lo svolgimento di un compito o attività e sul suo livello di autostima (item 9, “di fronte ad un compito difficile si scoraggia e lascia perdere”). Il bambino è riuscito a trasferire fin da subito alcune consapevolezza raggiunte in seduta nel contesto scolastico.
- Nel caso di R. sembra che la musicoterapia abbia inciso in molte delle aree prese in considerazione dalla scala di valutazione, facendo registrare molteplici cambiamenti rispetto ai comportamenti osservabili (con cambiamenti in 11 item su 14). I maggiori di questi si riferiscono all'aumento dell'autostima, all'autoregolazione e alla concentrazione. Un fattore importante ha riguardato la capacità di trasferire i comportamenti acquisiti in musicoterapia anche in altri contesti, come quello scolastico.

Un'analisi più generale relativa alla variazione degli item su tutti i soggetti ha fatto emergere cambiamenti nelle stesse aree rispetto a osservatori diversi, denotando una buona validità dello strumento anche per questo tipo di progetto. Le aree maggiormente indicate al cambiamento (che registrano 4 cambiamenti su 6 possibili) si ritrovano negli item:

- Item 5: “Si stanca facilmente nel portare avanti un compito”.
- Item 6: “Non riesce a stare seduto al proprio posto quando l'attività lo richiede”.
- Item 10: “È in movimento continuo”.
- Item 18: “Presenta altri disturbi come difficoltà relazionali o emotive”.

Si può affermare allora che una musicoterapia concepita per intervenire nel contesto scolastico possa agire soprattutto in aree

quali l'autoregolazione, la concentrazione, l'attenzione, l'autostima e le capacità emotivo-interpersonali, ma che produca allo stesso tempo, ad un livello più generale, possibili cambiamenti in ognuno degli ambiti presi in esame dalla scala di valutazione (in quanto tutti gli item presentano almeno una volta modificazioni di 1p).

Scale di valutazione Nordoff-Robbins

Le scale di valutazione Nordoff-Robbins prendono in considerazione tre tipi di aspetti:

1. Qualità della relazione bambino-terapeuta;
2. Qualità della comunicazione e dell'improvvisazione;
3. Qualità delle risposte ritmiche, strumentali e canore.

1. Rispetto alla valutazione della *relazione bambino-terapeuta* si è potuto notare come il punto di partenza dei tre bambini ad inizio percorso fosse molto simile tra loro e che questo sia andato migliorando nella stessa direzione. Questo processo potrebbe essere spiegato dalla abilità del gruppo nella creazione di coesione interna e di una propria cultura (di improvvisazione) condivisa. Si è potuto così instaurare una relazione che si può definire ampiamente soddisfacente, ovvero, usando le parole delle categorie Nordoff-Robbins:

- “Relazione basata sull'attività che si sviluppa tramite il piacere della musica”;
 - “Riconoscimento ed accettazione del ruolo del terapeuta”;
 - “Resistenza meno difensiva”.
2. La *comunicatività musicale* ha raggiunto i seguenti livelli che risultano solo di poco differenti a quelli di partenza:
- “Le risposte provocate sono più prolungate e musicalmente formate”;
 - “La percussione impulsiva e coattiva è più rispondente”;
 - “Le vocalizzazioni sono più controllate e ritmicamente collegate al terapeuta”;
 - “Il movimento è influenzato dal linguaggio, dal modo e dalla fase musicale”.

3. Per quanto riguarda le 13 *categorie di risposta* (modificate a 10) si è potuto notare

come il cambiamento sia stato registrato sotto ogni aspetto della scala ed in ogni campo (percussione, strumento melodico e canto). Le medie di miglioramento, infatti, sono costanti (2,33p) in ognuno di questi campi d'indagine. Nello specifico A. sembra migliorare particolarmente nel canto (4p di miglioramento); E. invece incontra qualche difficoltà in più nel maneggiare strumenti melodici, forse perché maggiormente impegnato su altri strumenti come il canto e percussioni (dove in effetti migliora); R. sembra migliorare particolarmente sullo strumento melodico (4p di miglioramento).

CONCLUSIONI

Questi risultati potrebbero lasciarci concludere che, in linea generale, ogni bambino che segue una sua particolare inclinazione (canto, percussione o strumento melodico) ottiene dei miglioramenti che vengono poi riflessi sia ad un livello cognitivo-comportamentale (riferito alla scala IPDDAI), sia nel contesto in cui è inserito (nel nostro caso scolastico). Allora non esisterebbe un approccio migliore per sviluppare abilità musicali ed interpersonali, ma ne esisterebbero una moltitudine proporzionale alle propensioni di ogni partecipante. Sarebbe quindi da ritenere indispensabile una personalizzazione dell'offerta di attività in musicoterapia soprattutto a scuola, che possa seguire le spontanee inclinazioni di ogni personalità coinvolta, affinché si possa realizzare nella piena creatività e libertà. La verifica finale di tali ipotesi, però, dovrebbe inserirsi in uno studio più ampio, ponendosi anche l'obiettivo di indagare possibili correlazioni significative tra le scale di valutazione Nordoff-Robbins e la IPDDAI.

¹ Il collaboratore/la collaboratrice all'integrazione collabora con il personale docente per promuovere, anche in modo autonomo, l'integrazione dei bambini e degli alunni in situazione di handicap, secondo le indicazioni del piano educativo individualizzato, nelle scuole dell'infanzia, nelle scuole primarie, nelle scuole secondarie di primo e secondo grado e nella formazione professionale della Provincia di Bolzano.

Bibliografia

- **Alvin I.**
Terapia musicale, Armando Editore, Roma, 1986.
- **Benenzon R.O.**
Manuale di Musicoterapia., Ed. Borla, Roma, 1983.
- **Biasutti M.**
Psicopedagogia della musica, Cleup edizioni, Padova, 2003.
- **Bruscia K.E.**
Modelli di improvvisazione in musicoterapia, ISMEZ editore, Roma, 1987.
- **Caproni et al.**
Sviluppare la concentrazione e l'autoregolazione, Erickson, Trento, 2008.
- **Marcotto E., Paltenghi B., Cornoldi C.**
IPDDAI, una scala per l'identificazione precoce del disturbo da deficit di attenzione e iperattività, 2002.
- **Nordoff P., Robbins C.**
Therapy in Music for handicapped children, Victor Gollancz, Ltd., London, 1971.
- **Nordoff P., Robbins C.**
Creative Music Therapy, Harper and Row Publishers, New York, 1977.
- **Nordoff P., Robbins C.**
Musicoterapia per bambini disabili, Angeli, Milano, 1982.
- **Priestley M.**
Analytische Musiktherapie, traduzione tedesca, Brigitte Stein (1983), Klett-Cotta, Struttgart – West Germany, 1980.



MUSICOTERAPIA CON IL BAMBINO AUTISTICO

Stefano Bolchi musicista, musicoterapista, Genova

The synergy between music therapy and lacanian psychoanalysis is proposed as a clinic model that places its centre in the subject and his relationship with sound. In the presence of the structural closure of autism ethics reaches its limit and starts questioning music therapy peculiarity. Because of the difficulties found in tackling this issue, the specific boards do not know where to place the responsibility of music therapy.

La Musicoterapia riguarda il rapporto uomo/ suono in un ambito di studi multidisciplinare che comprende vari modelli teorico applicativi. Per guidare il lettore alla prospettiva metodologica che viene illustrata in questo articolo è necessario fornire alcune coordinate. La musicoterapia di cui si parla consiste in una relazione terapeutica che utilizza il mediatore sonoro-musicale. Occorre far luce su due specificità che sono interconnesse tra loro: la relazione e l'elemento sonoro-musicale, che per la loro sinergia rendono specifica la musicoterapia. Queste sono le sole due coordinate che reggono la clinica musicoterapica che si vuole qua dispiegare. Riguardo alla relazione: l'approccio idiografico della relazione fa riferimento alle scienze umane, alla storicità della relazione, alla singolarità e particolarità degli eventi, non sottoponibili alla ripetibilità. Tale è il campo della relazione. Ogni relazione è irriducibilmente unica come unici sono i soggetti che ne fanno parte. Questo approccio è profondamente ed epistemologicamente diverso da quello definito nomotetico, che si riferisce alle scienze della natura, le scienze esatte. E questo è un primo bivio da prendere per incamminarsi sulla strada di un modello musicoterapico che mette al centro del suo impianto la relazione. La finalità terapeutica della musicoterapia che si va a delineare risiede nella specificità della relazione, in altre parole è la relazione ad essere terapeutica e non l'elemento sonoro

o musicale. L'elemento sonoro-musicale è il mezzo, il mediatore, un contenitore. L'ambito teorico a cui fanno riferimento molti modelli musicoterapici è quello della psicologia dinamica, definito come un vasto insieme di correnti psicologiche che storicamente prendono il via dalla scoperta di S. Freud. Questi modelli si fondano sul principio perno dell'inconscio. Tra i vari indirizzi viene inserita la teoria lacaniana, elaborata dallo psicoanalista francese Jacques Lacan: questo è il fondamento teorico del modello musicoterapico proposto in questo contributo. Questo riferimento è da intendere non come forma di terapia psicoanalitica comunemente intesa (paziente-lettino-analista) ma come utilizzo della psicoanalisi al fine di fornire al paziente una relazione di cura adeguata alla sua struttura psichica nel setting musicoterapico. Innanzitutto va detto che la psicoanalisi non si occupa dell'oggettività e dell'universale, bensì della soggettività e del particolare.

L'inconscio, questo sconosciuto

Cosa hanno in comune musicoterapia e psicoanalisi lacaniana? Hanno entrambe a che fare con l'inconscio. Inoltre hanno in comune l'interesse per il "come" piuttosto che per il "cosa"¹: il lavoro, in entrambi i casi, ha a che fare con l'articolazione del materiale proposto dal soggetto più che con il contenuto. Nel seminario XI, I quattro concetti

L'ambito teorico a cui fanno riferimento molti modelli musicoterapici è quello della psicologia dinamica

fondamentali della psicoanalisi (1979), Lacan precisa la novità apportata da Freud con il concetto di inconscio. L'inconscio di Freud introduce altro rispetto alle forme che lo hanno preceduto, cioè l'inconscio romantico della creazione immaginante o il luogo delle divinità della notte. L'inconscio non è qualcosa di affiliato ad una volontà oscura considerata come primordiale, non è qualcosa prima della coscienza, non è l'istinto o l'irrazionale, il primitivo o il pre-linguistico. *"A tutti questi inconsci (...) ciò che Freud oppone è la rivelazione che a livello dell'inconscio c'è qualcosa di omologo in tutti i punti a ciò che avviene a livello del soggetto - che c'è qualcosa che parla e che funziona in modo altrettanto elaborato che a livello del conscio, che perde così quello che sembrava essere il suo privilegio. (...) nel sogno, nell'atto mancato, nel motto di spirito, che cosa colpisce anzitutto? Il modo di inciampo con cui essi appaiono. Inciampo, mancamento, fessura. In una frase pronunciata, scritta, qualcosa viene a vacillare. Freud (...) è lì che va a cercare l'inconscio."*²

LA CORNICE DELL'INTERVENTO

Viene di seguito presentata un'esperienza clinica avuta con un paziente in un centro di riabilitazione, per il quale è stato previsto un percorso di interventi a carattere residenziale. Si tratta di un bambino di dieci anni, con una diagnosi di Disturbo Generalizzato dello

Sviluppo con tratti autistici. La struttura ospitante offre agli ospiti un intervento riabilitativo per qualsiasi patologia neurologica, neuropsicomotoria e psichiatrica in età evolutiva, caratterizzato da un approccio di tipo multidisciplinare definito in un progetto individuale per ciascun paziente. Il protocollo d'intervento previsto per questo tipo di disturbi comprende l'utilizzo di metodi di terapia Cognitivo Comportamentale e strumenti come: il programma TEACCH, ABA, stimolazioni sensoriali, interventi psicofarmacologici. Questi hanno come finalità la modifica di comportamenti specifici o la correzione di quelli problematici, la riduzione dell'aggressività, l'insegnamento di abilità sociali, la riabilitazione educativa. Nel caso di questo bambino il programma riabilitativo prevede l'ipotesi di un intervento musicoterapico la cui finalità è quella di promuovere processi comunicativi e relazionali. Le diverse finalità si distinguono così da una parte, con l'adattamento all'ambiente, e dall'altra, con la relazione intersoggettiva.

In questo momento storico si ritiene eticamente importante proporre alla musicoterapia la questione di considerare la sua specificità relazionale. Attualmente vengono eliminate le terapie della relazione nel trattamento con questi pazienti perché non rispondono a principi oggettivi evidence based. La relazione non viene così considerata strumento di terapia nei confronti di un disturbo *"le cui cause sono a tutt'oggi sconosciute. La natura del disturbo..., non rende possibile il riferimento al modello sequenziale eziopatogenetico comunemente adottato nelle discipline mediche"*³. Anche la musicoterapia, così, viene indicata come un trattamento non raccomandato per i disturbi dello spettro autistico: c'è da chiedersi allora perché un paziente destinato ad un intervento specifico sulla relazione sia stato inviato ad un musicoterapista.

Nell'articolo questo paziente verrà chiamato col nome di Fabio (F.).

CLINICA MUSICOTERAPICA

È stato perseguito un metodo di musicoterapia attiva con l'utilizzo della tecnica dell'improvvisazione libera.

Setting iniziale

In un primo periodo di osservazione si delineano pochi ed enigmatici tratti per decidere se è possibile prendere in carico il bambino. Si valuta, perciò, l'accettazione anche parziale del setting musicoterapico da parte del paziente e la sua sensibilità al canale sonoro-musicale.

Il setting, in questo periodo di osservazione, si presenta con questo scenario:

- il pianoforte è disposto a ridosso di un angolo della stanza;
- numerose bacchette con battenti rotondi e morbidi sono posate sopra ad un mobile alto circa un metro;
- al centro della stanza è presente qualche strumento a percussione (djembè, tamburo e piastre risonanti in legno);
- di fronte alla porta di entrata, dal lato opposto della stanza è stato piegato in quattro un tappeto grande di gommapiuma rivestito di colore verde.

Nessuno elemento dello strumentario presente nel setting ricopre inizialmente il ruolo di oggetto intermediario, lo strumento che, secondo Rolando Benenzon, permette di avviare un processo comunicativo tra paziente e musicoterapista.

La predisposizione di questo setting è motivata da alcune osservazioni: le bacchette sono gli oggetti che suscitano l'interesse esclusivo di Fabio, appena entra nella stanza va alla loro ricerca. Durante le primissime sedute il tappeto verde era aperto e disteso nel centro della stanza ricoprendone la maggior parte della superficie; il bambino camminava intorno senza mai calpestare il tappeto, rappresentando così un limite al movimento di Fabio. Il tappeto è stato presto ripiegato e riposto ad un lato della stanza offrendo più spazio al bambino.

La Bacchetta incorporata

Fabio entra nella stanza, non dice nulla e non guarda nessuno: si butta a capofitto sulla bacchetta

sottile, quella con il battente blu a palla morbida. La tiene in una mano: la postura ricorda la mano che sostiene l'archetto di

un contrabbasso con posizione "alla tedesca", facendola oscillare ripetutamente su un fulcro di equilibrio, in un continuo ritmo binario.

Lo sguardo si posa nella porzione compresa tra il movimento (l'oscillazione) e l'oggetto (la pallina posta in cima) e non si distingue dov'è o se sia direzionato. In questo senso si può dire che l'oggetto autistico è in primo luogo una sensazione⁴.

Fabio si muove nello spazio senza interrompere l'equilibrio e la pallina della bacchetta tocca le cose che incontra durante l'oscillazione: la parete della stanza, il davanzale interno della finestra, il mobile. Avvicina il naso al battente, lo tocca con le mani e con la guancia, poi riparte l'oscillazione e il battente raggiunge gli oggetti. Il bambino ha a disposizione una serie di bacchette poste sopra al mobile: una vale l'altra. La stereotipia viene applicata a tutti gli oggetti che per precise caratteristiche fisico-cinestesiche conservano quel gesto: penne, steli ecc. Quando non ci sarà alcuna bacchetta disponibile nel setting, Fabio, tenterà di compiere il medesimo gesto utilizzando un piccolo idiofono in legno a parallelepipedo di media lunghezza ma con scarsi risultati. Inoltre viene osservato compiere questo gesto senza trattenere alcun oggetto, mantenendo, però, la stessa postura e lo stesso movimento della mano. È a questo punto che si può interpretare che la bacchetta è un prolungamento di sé.

A volte alterna questa stereotipia lasciando cadere a terra la bacchetta, fermandosi per poi riprenderla e subito dopo lasciarla nuovamente cadere con la mano a distanza progressivamente minore dal suolo e così via

L'oggetto autistico è in primo luogo una sensazione

sino ad incontrare il limite ultimo: a separare la sua mano dal pavimento c'è solo l'oggetto. Quando Fabio abbandona "la bacchetta

incorporata" si osservano manifestazioni ipercinetiche ripetute, dei tic: il battito del piede simultaneo ad un glissato vocale

di breve durata ed intenso, talvolta con un repentino inarcamento della schiena. Quando riprende la bacchetta diminuisce la frequenza dei tic.

La frustrazione

Dall'esperienza delle prime sedute ne rimane una profonda frustrazione dovuta ai seguenti elementi:

- aggressività fisica verso gli operatori quando gli viene indirizzata una proposta verbale o non verbale;
- assenza di risposta a stimoli sonori, assenza di libera manipolazione dello strumentario;
- il tempo del setting è connotato da una profonda atmosfera di destrutturazione: si dilata, mancano dei riferimenti temporali che possano strutturare l'inizio, lo sviluppo e la conclusione di un possibile dialogo, di una forma di discorso.

A questo punto l'équipe ha difficoltà ad individuare un qualsiasi aggancio con l'elemento sonoro-musicale, presupposto essenziale per la presa in carico di Fabio nella relazione terapeutica.

Si decide di arricchire la raccolta dati con elementi extra setting.

Viene fissato un appuntamento con una terapeuta della struttura che segue il programma di riabilitazione di Fabio due volte alla settimana, mentre la domenica lavora al piano residenziale, osservando così il bambino nell'ambiente quotidiano. Durante il colloquio la terapeuta riferisce che il programma per F. comprende test cognitivi, esercizi di motricità fine, di integrazione oculo

manuale e test sullo sguardo: si osservano microvariazioni del comportamento in tempi molto lunghi e i risultati si ottengono con l'ausilio di rinforzi alimentari (alla risposta giusta viene data una patatina fritta), una pratica comunemente utilizzata secondo il metodo ABA. La sensibilità tattile è presente, assente invece la concentrazione visiva sulle immagini. Il programma di emancipazione del controllo sfinterico è fallito. Aggiunge che l'aggressività di F. si manifesta quando c'è troppa richiesta: a quel punto occorre smettere l'attività. Fabio non è ipoacusico. Il suo linguaggio è estremamente povero e si limita alla parola "ciao".

L'aspettativa di una risposta da Fabio, la richiesta e gli stimoli sonori conducono soltanto ad una chiusura ulteriore del bambino e alla frustrazione nel terapeuta che se non riconosciuta come fattore controtransferale conduce al fallimento della cura e alla rinuncia della presa in carico.

Il campo del linguaggio

È importante introdurre ora il concetto di *Linguaggio* che verrà utilizzato in questa esposizione. Ci si riferisce a quello che intende Lacan (1974) per *Campo del Linguaggio*⁵.

Lacan riunisce in una sola serie concettuale linguaggio, cultura, simbolico, Legge, Edipo. Il perno di questa serie è la tesi secondo la quale il linguaggio, più che una proprietà dell'uomo o una sua facoltà psicologica, è ciò che avvolge la vita umana, ciò che regola la comunicazione tra gli esseri umani. Il campo del linguaggio precede l'essere dell'uomo ancor prima della sua nascita e lo determina. Le leggi di una Cultura, la scelta del nome proprio o l'iscrizione in una determinata tradizione familiare e sociale anticipano infatti, e non seguono, la nascita di un essere umano. Il linguaggio non consiste in una facoltà soggettiva che si acquisisce

evolutivamente mediante l'esperienza e la memoria. E non coincide con la competenza verbale che si acquisisce. È una rete, una struttura che determina il soggetto. Lacan indica il simbolico, che è il campo del linguaggio, come il luogo dell' "Altro". Per

"Altro" maiuscolo Lacan non indica "l'altro", minuscolo, inteso come il simile, ma definisce invece il campo del linguaggio entro le cui leggi si trova preso il soggetto.

Il significante musicale

La prospettiva strutturalistica di Lacan trova nella Linguistica di Saussure (1968) e Jakobson (2002) dei punti di appoggio fondamentali.

Secondo Saussure il segno è composto da due facce: il significato (il concetto, il valore semantico) e il significante (il valore fonetico, acustico che veicola il concetto). Il concetto di significante diventa per Lacan l'elemento guida nella clinica analitica. Nella conferenza pronunciata alla Sorbona il 9 maggio 1957 "L'Istanza della lettera dell'inconscio o la ragione dopo Freud" Lacan dice:

"Di solito, è sempre il significato che mettiamo in primo piano nell'analisi, perché è sicuramente quanto di più seducente, e a prima vista ciò che sembra essere la dimensione propria dell'investigazione simbolica della psicoanalisi. Ma a disconoscere il ruolo di mediazione primordiale del significante, che è il significante in realtà l'elemento guida, non solo squilibriamo la comprensione originale dei fenomeni nevrotici, la stessa interpretazione dei sogni, ma ci rendiamo anche assolutamente incapaci di capire cosa avviene nelle psicosi".

Dal campo del linguaggio si articolano i molteplici codici condivisi dall'uomo: le lingue parlate e scritte, le lingue

matematiche, algebriche e geometriche, le lingue morte, i linguaggi dei segni, il codice musicale occidentale e quelli extraeuropei. L'etnomusicologia ci ha mostrato la varietà e la diversità dei codici musicali condivisi dalle culture del mondo, orali o scritti.

Così, come per le parole o i numeri, il significante musicale è qualsiasi elemento definito da un lessico musicale condiviso: i nomi delle note musicali, le indicazioni agogiche, i bpm, le frequenze in Hertz, e così via fino alle cadenze tonali e ai principi delle relazioni armoniche.

PRESUPPOSTI PER UNA RELAZIONE

Come presupposto clinico nella cura del paziente ho preso in considerazione due ipotesi di Lacan:

- I. anche il bambino autistico è nel campo del linguaggio, nonostante, spesso, non parli;
- II. il linguaggio del bambino autistico rimane qualcosa di chiuso, non c'è domanda all'Altro, c'è confusione tra il soggetto e l'Altro, non c'è discorso⁶.

Il bambino autistico è nel linguaggio ma non nel discorso. Questo vuole dire che è comunque immerso in un ambiente codificato, ma non può utilizzarne il codice per entrare in un discorso con l'altro ed è occupato a difendersene. La teoria lacaniana spiega la dinamica di questo non accesso alla rete simbolica dei rapporti umani a partire da quel momento strutturante la vita soggettiva che Freud ha illustrato con il mito dell'Edipo. Secondo la concezione lacaniana dell'Edipo il soggetto nasce inizialmente come oggetto in balia dell'Altro, da cui dipende in tutto e per tutto. Inoltre, il bambino rappresenta l'oggetto del desiderio materno, e per Lacan questo desiderio è originariamente illimitato ed incorporante. A questo punto entra in gioco un elemento terzo che Lacan chiama "Nome-del-Padre", significante della funzione

paterna. È importante precisare che non si tratta del padre reale ma della funzione paterna come funzione simbolica: può essere retta nella realtà da chiunque occupi una posizione riconosciuta come terza rispetto alla coppia madre-bambino. Questa funzione pone un

limite e separa la diade madre-bambino. In questo modo il bambino cessa di essere l'unico oggetto del desiderio materno, perché il desiderio della madre non si risolve esclusivamente nel bambino, e questo gli permette di entrare in contatto con una dimensione a cui ora può accedere: quella del limite, della differenza, della regola, del simbolico. L'accesso al simbolico coincide con il fondamento strutturante della soggettivazione: secondo Lacan questo avviene solo grazie al significante fondamentale "Nome del Padre" che si iscrive nell'inconscio del soggetto. La non iscrizione, l'assenza di questo significante, al contrario, non permette la simbolizzazione soggettiva, ma preclude l'accesso al simbolico. L'elemento perno della simbolizzazione non ha funzionato: Lacan dice che è stato *forcluso il Nome del Padre*. Nella *forclusione* non c'è affatto simbolizzazione. I fenomeni elementari che caratterizzano la psicosi (deliri e allucinazioni) si spiegano come fenomeni di ritorno dall'esterno di qualcosa che non è stato simbolizzato perché ciò che nel simbolico è stato forcluso ritorna nel reale. Non c'è emancipazione dalla posizione di oggetto in balia dell'Altro, che rimane un Altro che non trova limite nel godere dell'oggetto in maniera esclusiva: la forclusione ingabbia il soggetto in una relazione con un Altro sregolato, non normato. L'Altro diventa così invasivo, sovrachiaro e persecutorio. Deliri psicotici e stereotipie vengono così lette come difese estreme per una ricostruzione del mondo o per tenere a distanza la minaccia esterna. Lacan sostiene che la posizione terapeutica,

in questi casi, deve essere dimessa, barrata: il terapeuta non deve presentificare l'Altro di un godimento illimitato bensì deve poter facilitare nel soggetto la limitazione dell'Altro.

La storia precedente al ricovero di Fabio è caratterizzata da un rapporto esclusivo e

simbiotico con la madre (il bambino infatti ha dormito nello stesso letto accanto a lei per anni) e dalla mancanza della figura di un padre che desse un limite a questa fusione. L'utilizzo particolare della bacchetta da parte di Fabio viene letto alla luce di quanto è stato detto prima: la principale attività di autodifesa, la **stereotipia**, è anche attività di autocostruzione. La ripetizione di una struttura significativa elementare si manifesta nel **ritmo binario**: tale struttura elementare del simbolico consiste in un ritmo che per l'autistico è un'alternanza prevedibile, con effetto disangosciante. Questo tentativo di dare forma al mondo⁷ avviene nel bambino del "Fort-Da"⁸ freudiano in forma di gioco per costruire una catena significativa, un ponte verso l'Altro. L'oggetto autistico non ha invece statuto di rappresentazione simbolica. Il suo trattamento è di pura alternanza e tende ad una manipolazione senza fine.

La Bacchetta sonora

Nasce l'idea di trovare un aggancio al ritmo di Fabio, alla sua stereotipia, nel tentativo di dare un valore *transizionale* allo strumento incistato in cui è concentrata la primitiva attività simbolica del bambino.

La "trovata" sonora sta nel legare con diversi giri alla palla battente della "bacchetta incorporata" un sonaglio così composto: è un bracciale ornato da piccoli campanellini che, se viene appena scosso, produce un insieme di suoni sottili e brillanti. All'inizio della seduta Fabio entra nella stanza e come al solito corre diretto verso il mobile dove sono disposte le bacchette. Prende in

mano la bacchetta *preparata* e appena parte il movimento oscillatorio lo scampanello risuona frizzante e ricco di armoniche. Fabio

se ne accorge e si ferma. Compie di nuovo il gesto e si ferma ancora, poi guarda la nuova bacchetta e la tocca. Ipotizzando la scoperta da parte del

bambino di un elemento sonoro, nelle sedute successive si è prospettata la proposta di un dialogo: un suono simile veniva prodotto da un piccolo sonaglio fatto oscillare dalle mie mani in contrappunto alla scampanello proveniente dalla bacchetta tenuta da Fabio.

Un setting su misura

I movimenti di Fabio nello spazio della stanza di musicoterapia seguono traiettorie rigide e percorsi che si ripetono uguali di seduta in seduta. Staziona e si sposta in punti dello spazio distanti dai posti "occupati" dai due musicoterapisti, passando per il centro della stanza. La vicinanza corporea scatena spesso l'aggressività del bambino. La strategia che prende forma è quella di posizionare alcuni strumenti a percussione nelle zone preferite di Fabio: una serie di tamburelli bassi, tipo quelli utilizzati dalla musica popolare, dal diverso diametro, poggiati uno dopo l'altro sopra il mobile, mentre il più piccolo dei quali sul davanzale interno della finestra (accanto all'angolo della stanza prediletto da F.); una grancassa grande e due tamburi djembe (uno piccolo ed uno di media grandezza) al centro della stanza; un supporto dove sono fissate una coppia di conga regolato ad altezza del bambino, posizionato a metà di un lato della stanza che F. raggiunge spesso. Durante le sedute successive a questo cambiamento del setting il gesto oscillatorio della *bacchetta incorporata* di Fabio incontrava nel suo percorso gli strumenti a percussione. Il battente rimbalzava così sulle pelli producendo il suono dei diversi tamburi. Anche in questo caso F. si fermava di fronte a

questi eventi sonori per poi continuare con il gesto stereotipato, altre volte soffermandosi a far rimbalzare il battente sulle pelli. Questo fatto verrà interpretato come la scoperta da parte del bambino della presenza di un elemento timbrico/ritmico. Si osserverà inoltre la ricorrenza di quest'azione in sedute successive. Da questo nascerà il tentativo di costruire un dialogo ritmico tra i tamburi percossi da Fabio e gli strumenti percossi da me, a partire dalla modulazione fine di cellule ritmiche elementari prodotte dal bambino (gruppi di 3 suoni).

Intanto gli incontri settimanali cominciano a rivelare una struttura che prenderà la forma della "seduta per Fabio". Tutto parte dall'iniziativa di introdurre nel setting una chitarra, *preparata* con un'accordatura aperta in SOL MAGGIORE che suona un arpeggio a corde alternate con movimento dei bassi (ne deriva una sonorità di carattere esclusivamente *modale*). Questo arpeggio rimane su una tessitura armonica modale per tutto il tempo dell'accoglienza di F. nel setting: è un tappeto sonoro di medio bassa intensità ma dalla dinamica stabile con lo scopo di segnalare il passaggio da un contenitore all'altro cioè dal corridoio al setting di musicoterapia. Successivamente viene proposta una diversa direzione: il cambio da un contesto modale ad uno tonale. Compare la modulazione con il passaggio sull'accordo di RE MAGGIORE, e dopo ancora la conseguente risoluzione con il ritorno sul SOL MAGGIORE. L'armonia entra quindi nel campo della *tonalità*:

SOL (I grado) =====> RE (V grado) =====> SOL (I grado)⁹

Su questo *tappeto sonoro* diventato tonale sono stati inseriti dei vocalizzi a bassa intensità e in seguito sono comparsi quelli di Fabio: all'inizio erano vocalizzi simili all'emissione glissata e breve che accompagnava i tic, ma dopo sono entrati nella struttura tonale proposta. Le vocalizzazioni di Fabio sono diventate numerose, in tonalità, con la presenza di

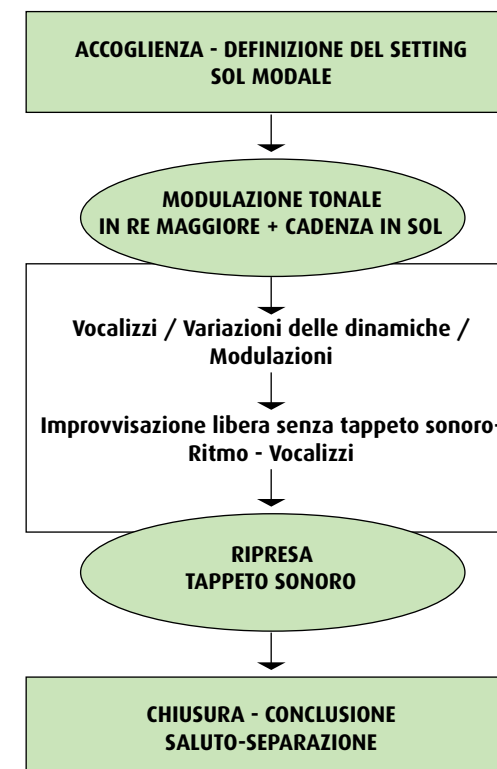
variazioni di dinamica e modulazioni sui fonemi ripetuti "PA" e "TA":

PA - PAAA (nota Si, III grado di sol magg.)
====> PA - PAAA (nota La, II grado di sol magg.)

PA - PAAA (nota Si, III grado di sol magg.)
====> PA - PAAA (nota Sol, I grado di sol magg.)

-seduta del 17 febbraio

L'arpeggio di chitarra poi sfumava scomparendo per dare spazio a momenti di improvvisazione libera con vocalizzi che mantenevano il riferimento della tonica di Sol senza il sostegno armonico del tappeto sonoro precedente. Quest'ultimo tornava a risuonare con funzione di ripresa, conclusione e saluto.



CONCLUSIONI

L'autismo di Fabio si manifesta con la cosiddetta *chiusura a conchiglia* (Tustin, 1983), una profonda esclusione dell'altro, una grande diffidenza verso il mondo esterno e la parallela creazione di un mondo chiuso e stereotipato. L'angoscia e l'aggressività di Fabio sono state interpretate come risposte a proposte invasive per il soggetto coartato. L'Altro viene così investito di valenze persecutorie e intrusive. In questo senso "ogni attenzione indirizzata al bambino autistico è inoperante o pura aggressione"¹⁰. In questo modo il bambino diventa l'oggetto dell'Altro del godimento perché non c'è separazione, ma forclusione simbolica. Per sostenere questo soggetto occorre incarnare per lui la presenza di un Altro regolato e docile che affianchi il bambino nella sua costruzione, che lo sostenga, aprendogli, così, il campo verso l'Altro. In questo modo si riscontra una *pacificazione*: i muri innalzati in difesa dal mondo esterno diventano più permeabili. Gli effetti della pacificazione sono molteplici, svanisce l'aggressività, si osserva un rilassamento nel corpo e nella prossemica, diminuisce la frequenza delle stereotipie, effetti che sono stati progressivamente riscontrati dalla seconda metà del trattamento di F. Inoltre si è osservata la trasformazione da una modalità autosensoriale a una risposta sensoriale e sonora che implica il riconoscimento e l'attesa della sensazione offerta dall'adulto. Un elemento ulteriore di sostegno al trattamento è stata l'osservazione di spontanee produzioni sonoro-musicali, comparse anche in un contesto esterno al setting musicoterapico, sotto forma di vocalizzi emessi al sopraggiungere del terapeuta all'uscita della scuola, dove si recava per accompagnare il bambino alla seduta di Musicoterapia.

Bibliografia

- **AA.VV.**
Quaderni Veneziani. Autismo e Psicosi infantile-Clinica in istituzione, Borla, Roma, 2006.
- **Benenzon R.O.**
Manuale di Musicoterapia., Borla, Roma, 1984.
- **Benveniste E.**
Problemi di linguistica generale, il Saggiatore, Milano, 1971.
- **De Saussure F.**
Corso di linguistica generale, Laterza, Bari, 1968.
- **Di Ciaccia A., Recalcati M.**
Jacques Lacan, Bruno Mondadori, Milano, 2000.
- **Egge M.**
Il bambino autistico, Astrolabio, Roma, 2006.
- **Freud S.**
Al di là del principio di piacere, Opera Omnia Vol 9, Bollati Boringhieri, Torino, 1989.
- **Galimberti U.**
Dizionario di Psicologia, Utet, Torino, 1992.
- **Lacan J.**
Il seminario. Libro X. L'angoscia, 1962-63, Einaudi, Torino, 2007.
- **Lacan J.**
Il Seminario. Libro XI. I quattro concetti fondamentali della psicoanalisi, Einaudi, Torino, 1979.
- **Lacan J.**
Scritti. Volume I, Einaudi, Torino, 1974.
- **Laplanche J., Pontalis J.B.**
Enciclopedia della psicoanalisi, Laterza, Roma-Bari, 1987.
- **Manarolo G.**
Manuale di musicoterapia, Cosmopolis, Torino, 2006.
- **Nattiez J.J.**
Enciclopedia della musica, Einaudi, Milano 2006.
- **Pigozzi L.**
A nuda voce. Vocalità, Inconscio, Sessualità, Antigone, Torino, 2008.
- **Tustin F.**
Stati autistici nei bambini, Armando, Roma, 1983.
- **Tomatis A.**
L'orecchio e la voce, Baldini e Castoldi, Milano, 1993.
- **Winnicott D.**
Gioco e realtà, Armando, Roma, 1974.

- 1 "...il come si riferisce alle caratteristiche strettamente sonoro musicali", G. Manarolo, *Manuale di Musicoterapia*, Cosmopolis, Torino, 2006, cit. p. 346.
- 2 J. Lacan, *Il Seminario. Libro XI. I quattro concetti fondamentali della psicoanalisi*, Einaudi, Torino, 1979, pag 26.
- 3 Sistema nazionale per le linee guida dell'Istituto superiore di sanità (SNLG-ISS), ottobre 2011.
- 4 F. Tustin, *Stati autistici nei bambini*, Armando, Roma, 1983.
- 5 J. Lacan, *Funzione e campo della parola e del linguaggio in psicoanalisi*, Scritti vol I, Einaudi, Torino, 1974, pag 230.
- 6 J.M. Egge, *Il bambino autistico*, Astrolabio, Roma, 2006.
Martin Egge era neuropsichiatra infantile, psicoterapeuta, psicoanalista lacaniano. Direttore terapeutico dell'Antenna 112, attiva dal 1997, centro sorto sul modello dell'Antenne 110 di Bruxelles, istituzione per bambini autistici, psicotici o con gravi disturbi della personalità, fondata nel 1973 dallo psicologo e psicoanalista Antonio Di Ciaccia, attuale Presidente dell'Istituto Freudiano per la Clinica, la Terapia e la Scienza di Roma, legalmente riconosciuto per la formazione quadriennale in Psicoterapia. Il lavoro parte proprio da queste due ipotesi.
- 7 E. Benveniste, ne "La nozione di 'ritmo' nella sua espressione linguistica" (in "Problemi di linguistica generale", il Saggiatore, Milano, 1971) dimostra che nell'antica Grecia il significato originario di *rythmos* era quello di 'forma'. Il suo significato costante era quello di forma distintiva, figura proporzionata, disposizione, designava la forma nell'attimo in cui essa è assunta da ciò che si muove.
- 8 S. Freud, *Al di là del principio di piacere*, Opera Omnia Vol 9, Bollati Boringhieri, Torino, 1989, pag 201.
- 9 La modalità è un approccio arcaico che ha la particolarità di riguardare sonorità sganciate da un contesto armonico di cui occorre rispettare le specifiche leggi. Non esistono infatti centri d'attrazione particolari, le varie note non vengono pensate come "gradi" all'interno di una gerarchia di rapporti, nel senso inteso dall'armonia classica. La modalità è storicamente pre-tonale. La dimensione tonale, diversamente, inaugura le regole di relazione armonica e melodica, l'affermazione della tonica, la modulazione, con precise condizioni da rispettare.
- 10 A. Di Ciaccia, "Una pratica al rovescio", in *Quaderni Veneziani. Autismo e Psicosi infantile-Clinica in istituzione*, Borla, Roma, 2006, pag. 29.

INFANT OBSERVATION-INFANT RESEARCH
Storie cliniche, applicazioni, ricerche.
Quaderni di Psicoterapia Infantile, n. 65
Borla, Roma.

A cura di Dina Vallino e Marco Macciò, 2012

Il contributo dell'*Infant Observation*, unitamente a quello dell'*Infant Research*, sollecita notevoli spunti di approfondimento per una musicoterapia che si rivolge all'Età dello Sviluppo. Le riflessioni a cura di Dina Vallino e Marco Macciò evidenziano in primo luogo i caratteri distintivi ed i metodi osservativi che caratterizzano le due correnti: siamo di fronte a un metodo osservativo di tipo sperimentale in *Infant Research* e di tipo antropologico (ricerca sul campo) in *Infant Observation*.

Conoscere come musicoterapisti il principale elemento in comune che contraddistingue queste due metodologie osservative, ossia lo studio della relazione preverbale, rappresenta un approfondimento proficuo per la restituzione clinica dei casi ed una chiarificazione in termini di orizzonte teorico rivolta ad accostare i temi sia dello sviluppo armonico del bambino che di quello patologico. La scoperta della comunicazione precoce, i pattern di comunicazione, la costruzione degli oggetti interni, riposiziona ed attualizza il concetto bioniano di *rêverie*, ovvero la capacità di accogliere i sentimenti proiettati e dare ad essi un significato. Tale capacità rappresenta la qualità essenziale del setting musicoterapico, nel quale gli oggetti sonoro-musicali hanno il ruolo di *oggetti contenitori* nella funzione di contenimento e regolazione emozionale per la costruzione, nel bambino, di un proprio senso di identità. L'ascolto musicale e le produzioni sonore aiutano il bambino in terapia a collegare le proprie impressioni sensoriali ad eventi "colorati" di sfumature emotive condivise con l'Altro, creando nel dialogo sonoro, le condizioni per "avere dei confini", "essere presente", "essere in un posto confortevole" con un altro da sé, percepito "esclusivo" (e non

"che esclude"), poiché esclusivo è il linguaggio sonoro-musicale, un linguaggio che sopravvive anche in assenza di parole, che accoglie ed è in grado di offrire una mente esterna (quella del musicoterapista) che possa contribuire a "sbrogliare la matassa" dei propri vissuti interiori.

Antonella Guzzoni

DAVID LE BRETON (2008)
Il sapore del mondo
Un'antropologia dei sensi

Cortina, Milano.

Traduzione di Maria Gregorio

Titolo originale: *La Saveur du Monde. Une anthropologie des sens* (2006), Métailié, Paris.

David Le Breton, sociologo e antropologo, insegna all'Università di Strasburgo ed è uno dei più noti studiosi di antropologia del corpo. Le Breton ci consegna un'opera voluminosa (quasi cinquecento pagine) ma estremamente piacevole alla lettura, che può anche avvenire a momenti alterni e mescolando o invertendo, a proprio piacimento, l'ordine dei capitoli, che affrontano tutti i nostri sensi della percezione. Nulla va perduto in compagnia di questo autore, magistralmente tradotto. L'antropologia di cui parla Le Breton implica che ci si abbandoni con il proprio sistema senso-percettivo ad una immersione nel mondo, che si accetti di esserne dentro e non davanti. L'individuo prende coscienza di sé solo attraverso il sentire e sperimenta la propria esistenza tramite le risonanze sensoriali e percettive che lo attraversano senza sosta. I sensi sono un modo per "dare senso", sullo sfondo di un mondo che non smette mai di scorrere. Un suono, un sapore, un volto, un profumo, un contatto corporeo ci restituiscono il senso della presenza e ravvivano la consapevolezza del nostro esistere. "La percezione - sottolinea l'autore - non è coincidenza con le cose, bensì interpretazione". Ogni essere umano cammina in un universo sensoriale che è

legato a ciò che la sua storia personale ha prodotto a partire dall'educazione che egli stesso ha ricevuto. "Vi è la foresta del cercatore di funghi e quella di chi ama passeggiare, la foresta del fuggitivo, dell'indiano, del cacciatore, del guardiacaccia o del bracconiere, e quella degli innamorati e di coloro che si sono perduti; vi è la foresta degli ornitologi, ma anche quella degli animali o dell'albero, la foresta del giorno e quella della notte". Mille foreste nella stessa foresta, mille verità di un medesimo mistero che ci sfugge e si concede solo a frammenti. Straordinari il terzo capitolo sull'udito, intitolato *Intendere, intendersi: dall'intesa al malinteso*, ed il quarto *L'esistenza come storia della pelle: toccare, ovvero il senso del contatto*. Dopo aver letto questo libro... le cose acquistano un profumo diverso. Un proseguimento analitico dell'opera poetica di Marcel Proust, *La strada di Swann...* per potersi occupare di terapia e riabilitazione con un "gusto" nuovo e ravvivato. Indispensabile per cercare di comprendere la dimensione dell'autismo.

Antonella Guzzoni

PAOLO FRESU
Musica dentro

Feltrinelli, Milano, 2013

"Questo libro è un atto d'amore. Per la musica. Per i suoni. Per lo strumento, la tromba, compagno di strada di una vita. Dentro c'è tutto l'universo di un artista sempre più apprezzato e conosciuto sia in Italia sia all'estero. C'è il legame con le radici sarde, i silenzi di una campagna selvaggia rotti dal fruscio delle foglie e dai belati delle pecore. C'è la scoperta della vocazione musicale e il severo tirocinio di un artista. C'è l'incontro con Miles Davis, modello e ispiratore di sempre. E c'è un'idea della musica come esplorazione incessante di paesaggi sonori. La tromba di Fresu ha dato lustro alla nouvelle vague del jazz europeo, le sue incursioni nel pop e nella musica colta hanno contribuito ad aprirle nuove

strade, la sua passione e generosità hanno aiutato ad avvicinarla a un pubblico sempre più ampio. Fresu si narra qui con voce semplice e intensa, rivelandoci oltre al musicista il maestro, l'organizzatore culturale, il viaggiatore innamorato dell'Africa e di Parigi, il tessitore di magie, di incontri e di storie" (dalla quarta di copertina).

STEFANO BOLLANI
Parliamo di musica

Mondadori, Milano, 2013

"L'idea che per capire la musica si debba per forza possedere un certo bagaglio culturale è spesso una scusa per pigri, o una medaglia acquisita sul campo per chi crede di essere fra quelli che la 'capiscono'. Avere gli strumenti per godere della musica non significa conoscere né l'armonia né l'epoca in cui è stata scritta né il retroterra culturale del compositore, ma riconoscere qualcosa che abbiamo dentro e che risuona. In questo libro Stefano Bollani ci spiega il bello della musica. E lo fa con parole semplici, con il suo spirito libero, sfatando insidiosi luoghi comuni e svelando i segreti di un laboratorio fantastico, quello dell'improvvisatore: armonia, melodia, dinamiche, ritmo, colpi a effetto, trucchi, debolezze e assi nella manica dei jazzisti, dei creatori pop e degli interpreti. Parliamo di musica è un viaggio affascinante nei meccanismi della creazione musicale raccontato da uno dei massimi talenti del nostro tempo. Bollani però prima di tutto è un vorace ascoltatore, dai Beatles a Frank Zappa, da Elio e le Storie Tese a Giacomo Puccini, da Bill Evans alla bossanova di Antonio Carlos Jobim e compilando una sorta di appassionato taccuino di appunti, il grande pianista ci guida nella comprensione dei suoni e delle loro diverse chiavi di lettura, fino a farci scoprire che si tratta di un percorso dentro le nostre stesse percezioni nascoste. Perché 'non solo nella musica, ma anche nella vita, il vero spettacolo è ascoltare'". (dalla quarta di copertina).

articoli pubblicati

■ 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 pluriminorati: 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)

■ 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 pro-

posti (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. Venuti) • 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 proposta (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. Santonocito, P. Parentela) • "Il Serpente Arcobaleno" esperienze di musico-arte-terapia 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) • For-

articoli pubblicati

me 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. Macorigli) • 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. Bottonne, 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).

■ Numero 20, Luglio 2009

Il Canto Sociale della Corale Cavallini di Modena (F. Albano, P. Curci) • Il metodo STAM nella psicosi: il contributo della ricerca (E. Ceccato, D. Lamonaca, L. Gamba, R. Poli, P.A. Caneva) • La Composizione Facilitata di Canzoni nella riabilitazione psichiatrica (P.A. Caneva) • L'organizzazione temporale in pazienti psichiatrici: dalla ricerca alla riabilitazione con il modello di musicoterapia integrata MIM (G. Giordanella Perilli) • La misurazione degli esiti nel trattamento musicoterapico (L. Gamba, R. Poli) • Anamnesi di una cover band a proprio (dis)agio (S. Bolchi, G. D'Erba, R. Quinzi) • Musicoterapia in SPDC (A. Sarcinella) • Quale ricerca in Musicoterapia? (A. Raglio)

■ Numero 21, Gennaio 2010

Musicoterapia. Scientifica o Umana? (P.L. Postacchini, M. Spaccazocchi) • Apprendimenti musicali e sistema specchio (M. Mazzieri, M. Spaccazocchi) • Musicoterapia e casi impossibili: le opportunità create da una certa modalità di ascolto musicale (P. Ciampi, A. Cavalieri) • Quando la verità relazionale del vocalico canta intonata (R. Gigliotti) • La cultura e la risposta all'ascolto musicale. Le immagini come garanti metapsichici (G. DelPuente, G. Manarolo, S. Guida)

■ Numero 22, Luglio 2010

Interpretazione psicoanalitica e interpretazione musicale. Osservazioni comparate (F. Petrella) • "Anche oggi ci siamo incontrati". Musica, narrazione, realtà (P. Ciampi) • Riflessioni e possibili orientamenti me-

todologici per il trattamento musicoterapico nei disturbi neuropsichici della adolescenza (F. Demaestri) • La persona al centro dell'ascolto: esperienze di musicoterapia recettiva nel trattamento del paziente psicogeriatrico (M.C. Gerosa, M.A. Puggioni, C. Bonanomi) • L'intervento musicoterapico in ambito psichiatrico: invio al trattamento, sintomatologia e strategie riabilitative (S. Navone)

■ Numero 23, Gennaio 2011

Intervista ad Augusto Romano • Acquisizione linguistica e musica (E. Freddi) • La balbuzie e la voce del padre (L. Pigozzi) • La musicoterapia presso la Fondazione Sospiro: evoluzione, sviluppi scientifici e riflessioni (A. Raglio) • La canzone come strumento terapeutico (P.L. Postacchini) • Musicoterapia: processo, descrizione e analisi del comportamento non verbale (A. Pitrelli) • Schizoaffettività e musicoterapia l'esperienza della stabilità (S. Neri) • Un concerto di storie (S. Cornara)

■ Numero 24, Luglio 2011

La ricerca in musicoterapia: dati quantitativi e qualitativi (R. Caterina) • La ricerca in musicoterapia: lineamenti, tematiche e prospettive (M. Biasutti) • Musicoterapia e Danzaterapia nel trattamento dei disturbi dell'equilibrio in pazienti con sclerosi multipla: studio su due pazienti (C. Laurentaci, M.R. Lisanti, A. Dasco, G. Guida) • Sviluppo di una sequenza sonoro/musicale da impiegare come strumento d'indagine nella fase di valutazione musicoterapica (G. Manarolo, S. Piattino, C. Lorenzi, F. Pirillo, G. Del Puente).

■ Numero 25, Gennaio 2012

Incontro-intervista con Umberto Petrin (F. Demaestri) • Musicoterapia e scuola a un bivio: quale direzione? (F. Bottone, A. Cappelli) • La fragilità emotiva del musicista. Report di un'indagine empirica preliminare (P.L. Righetti, E. Battistella, M. Semenzin) • Dialisi e rilassamento: un'esperienza di ascolto in musicoterapia (F. Ricci) • Ripetizione e variazione: chiave della strutturazione del tempo e delle esperienze emotive (G. De Battistini) • Il musicale in musicoterapia: analisi di un intervento di gruppo (R. Bolelli)

■ Numero 26, Luglio 2012

Introduzione al tema: la musicoterapia in oncologia

(A. Perdichizzi) • Musicoterapia in oncologia: studio quanti-qualitativo in ambito ospedaliero (Alberto Malfatti, Davide Ferrari, Giovanna Ferrandes) • Musicoterapia in oncologia un caso clinico (Andrea Perdichizzi) • Efficacia del trattamento musicoterapico in pazienti con esiti di intervento per neoplasia mammaria (C. Laurentaci, W. Cifarelli) • Musica per diminuire il distress e per rafforzare le strategie di coping (G. Antoniotti) • Musicoterapia in hospice per il malato e i familiari (M. Baroni)

■ Numero 27, Gennaio 2013

Musicoterapia e disturbi dello spettro autistico: osservazione e valutazione dell'attenzione congiunta (Antonella Guzzoni) • La musicoterapia presso il Centro Paolo VI di Casalnoceto (Al), una storia lunga trent'anni (Ferruccio Demaestri) • Suoni e silenzi della gravidanza: la musica come strumento per relazionarsi e raccontarsi (Alessandra Auditore, Francesca Pasini) • "La voce dei colori" (Piera Candelelli, Marzia Gentile, Giacomo Vigliaroni, Antonio (Mauro) Sarcinella) • Ritmi sospesi (Mauro Peddis, Paolo Franza) • "Quello che non ho" (Andrea Cavaliere) • L'incremento dell'attenzione condivisa attraverso l'intervento di musicoterapia in soggetti con disturbo dello spettro autistico (Stefano Cainelli, Simona de Falco, Paola Venuti).

■ Numero 28, Luglio 2013

Impromptus sull'improvvisazione: in musica, nel lavoro analitico (Fausto Petrella) • Suono e immaginazione: progredire attraverso i linguaggi dell'arte (Umberto Petrin) • L'improvvisazione come formatività interpersonale (Alessandro Sbordoni) • Improvvisazione: appunti a margine (Claudio Lugo) • L'improvvisazione nella didattica: una ricerca sulle concezioni dei docenti (Michele Biasutti) • Aspetti modali nell'improvvisazione musicoterapica (Stefano Navone) • Crediamo ai tuoi occhi: costruire l'improvvisazione con un gruppo di adolescenti affetti da disagio neuropsichico (Ferruccio Demaestri, Paolo Filighera, Paolo Giusto, Cristian Lo Re)

norme redazionali

I colleghi interessati a pubblicare articoli originali sulla presente pubblicazione sono pregati di inviare il file relativo, redatto con Word, in formato .doc, al seguente indirizzo di posta elettronica: manarolo@libero.it

L'accettazione dei lavori è subordinata alla revisione critica del comitato di redazione.

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., *Cannaio M., Stati psicotici nell'infanzia*. In M. Groppo, E. Confalonieri (a cura di), *L'Autismo in età scolare*, Marietti Scuola, Casale M. (Al), 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.

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.