



# musica&terapia

numero

# 30

#### **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 30

### 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
Relazione, musicalità e canto nella comunicazione sonora/vocale tra mamma e bambino nella primissima infanzia <i>Elena Sartori</i>	2
Il canto della voce La comunicazione vocale in musicoterapia <i>Antonella Grusovin</i>	16
Il nucleo al centro, al centro del nucleo <i>Silvia Cornara, Mara Colombo, Ivano Pajoro, Ivana Santi</i>	21
"Il filo sonoro" Musicoterapia preventiva in gravidanza e post-nascita <i>Elisa Baratelli</i>	28
Il perturbante musicale quando la voce restituisce il senso alla parola <i>Egidio Freddi</i>	36
Valutazione di un progetto di musicoterapia: il punto di vista del personale docente di una scuola elementare <i>Alberto Malfatti</i>	42
L'intervento di musicoterapia nel postparto - il progetto mamme in sol <i>Francesca Borgarello</i>	50
Recensioni	56
Articoli pubblicati sui numeri precedenti	58

# editoriale

Il n. 30 di Musica et Terapia è in parte dedicato alle relazioni presentate in occasione del congresso "La Voce Condivisa. L'uso della vocalità tra espressione artistica e finalità terapeutica" tenutosi al Sermig di Torino il 9 novembre 2013. Il primo articolo, a firma di Elena Sartori, indaga il ruolo che l'espressione vocale neonatale e materna svolge nella relazione primaria, sottolineando le molteplici analogie rispetto alla pratica musicoterapica dove l'utilizzo della vocalità costituisce spesso se non sempre un fattore facilitante l'evoluzione della relazione. A seguire Antonella Grusovin affronta il tema "voce" sotto il profilo formativo. Per lo studente in musicoterapia lo sviluppo e l'analisi delle proprie qualità vocali costituisce un elemento fondante l'acquisizione di una migliore consapevolezza del proprio Iso. Nel particolare il laboratorio condotto da Antonella Grusovin persegue tale obiettivo transitando attraverso tre stadi: la voce esiste, avere una voce, essere una voce. Nel contributo successivo, non facente parte delle relazioni presentate in occasione del Congresso di cui sopra, Silvia Cornara, Mara Colombo, Ivan Pajoro, Ivana Santi descrivono un intervento condotto presso l'Istituto Geriatrico e Riabilitativo "G. e C. Frisia" di Merate. La loro esperienza, che ha saputo ben adattarsi al contesto e alle esigenze dei pazienti, ha previsto: un intervento gruppale, per coagulare gli

ospiti della struttura, mirati interventi individuali, momenti formativi rivolti agli operatori della struttura. L'articolo di Elisa Baratelli, anch'esso estraneo al congresso sulla voce, si riallaccia tuttavia al tema (come il contributo di Francesca Borgarello) in quanto presenta una significativa esperienza preventiva rivolta all'ambito pre e post natale, dove la dimensione vocale svolge un ruolo centrale. Nell'articolo che segue Egidio Freddi, relatore al Congresso di Torino, indaga sulle molteplici valenze della dimensione vocale (dagli aspetti neurofisiologici, che in essa riverberano, alle sue peculiarità simboliche) e ci ricorda come in ambito musicoterapico la voce rifletta sia la dimensione individuale che quella intersoggettiva. Gli ultimi due contributi, non rientranti nell'evento congressuale, ci presentano due significative esperienze applicative. Alberto Malfatti presenta un intervento di musicoterapia preventiva svolto in ambito scolastico e verificato con una specifica scheda di valutazione costruita ad hoc. Francesca Borgarello descrive un percorso musicoterapico, anch'esso a carattere preventivo, rivolto al periodo postnatale individuato come un periodo molto delicato per gli intensi cambiamenti che attraversano la figura femminile e che possono svolgere un ruolo destabilizzante.

*Gerardo Manarolo*



# RELAZIONE, MUSICALITÀ E CANTO NELLA COMUNICAZIONE SONORO/ VOCAL TRAMAMMA E BAMBINO NELLA PRIMISSIMA INFANZIA

Elena Sartori, specializzata in vocalità e in didattica della musica, Trento

*This article delves into the background that deeply influences the sound/vocal human experience and into musicality as a part of communication, ever since the earliest relationships. It outlines the sonorous/musical qualities that are typical in the relationship of a baby with his/her mother in the earliest stages of life. The evidences set forth by Infant Research increasingly acknowledge the importance of musicality in the relationship of a mother with her newborn, as the element that strengthens the human natural attitude to sharing. Sound/vocal paths for new mothers and newborns not only favour voice discovery and deep perception in mothers but also the development of musicality in communication. Expanding a mother's sound awareness increases her ability to listen and manage interaction with the baby, thereby favouring emotional mirroring and reciprocity in the relationship.*

## PREMESSA

Quali sono le origini e i vissuti che impregnano profondamente la nostra esperienza vocale? Quali elementi caratterizzano musicalmente la relazione vocale primaria? Che influenza hanno questi elementi sullo sviluppo del bambino? Queste domande hanno portato chi scrive, musicoterapista che considera la voce strumento primario in musicoterapia, ad indagare più approfonditamente il tema proposto. La voce è lo strumento a noi più vicino, naturale porta di collegamento tra interiorità ed ambiente. Nella personale pratica musicoterapica l'utilizzo della vocalità è stato fino ad oggi quasi sempre fattore determinante per l'evoluzione della relazione: nei cosiddetti "momenti magici", la voce era sempre presente e vissuta intensamente da entrambe le parti: un vocalizzo all'unisono, una gioiosa condivisione ritmico/vocale, una libera espressività attraverso suoni inarticolati e onomatopee, un bicordo, una melodia partecipata; una voce che viene ascoltata, accolta; due o più voci che si incontrano. La vocalità, esperita pienamente, consente di sviluppare ricche dinamiche comunicative,

coinvolgendo la persona a tutti i livelli: emotivo, cognitivo, spirituale, partendo dal livello corporeo, attraverso la vibrazione e la risonanza, il respiro, le connessioni neurofisiologiche.

Tale esperienza è in stretta connessione con quanto avviene nel primo periodo di vita quando si realizza, per mamma e bambino, l'amplificazione degli aspetti musicali e non verbali della vocalità, legati a gestualità e movimento: la relazione sonoro-vocale primaria è intrinsecamente ricca di elementi musicali, quali tempo, ritmo, intensità, intonazione. La musicalità della mamma arricchisce la qualità degli scambi con il bambino, scambi che saranno per lui strutturanti, sia per lo sviluppo psicologico che per l'acquisizione del linguaggio e della musicalità. Le evidenze dell'infant research, dopo aver confermato con ricerche il ruolo fondamentale della qualità della relazione primaria, stanno dimostrando che siamo prima di tutto degli esseri musicali, predisposti per condividere la nostra musicalità. La letteratura in musicoterapia spesso si confronta con la letteratura sulla comunicazione

Le evidenze dell'infant research, dopo aver confermato con ricerche il ruolo fondamentale della qualità della relazione primaria, stanno dimostrando che siamo prima di tutto degli esseri musicali

non verbale, che enfatizza la musicalità tra madre e neonato nella primissima infanzia. Molto è stato scritto rispetto al collegamento tra comunicazione primaria e musicoterapia, nel cui setting si ripropongono dinamiche comunicative non verbali che possono richiamare quelle della relazione primaria; non è questo il tema che si desidera trattare, sebbene si ritenga che si potrebbero sviluppare ulteriori studi sugli elementi specificatamente musicali caratteristici della relazione vocale primaria rispetto al contesto musicoterapico; in questa relazione si ritroveranno alcune riflessioni su questo aspetto. Si vogliono qui approfondire le qualità sonoro/musicali che caratterizzano la relazione vocale con la mamma, per indagare le origini della umana esperienza vocale, confermare l'importanza della musicalità nelle relazioni umane e per delineare e sostenere percorsi rivolti alle neo-mamme, che possano favorire in loro la scoperta e la percezione profonda del suono della voce; spazi dove le mamme possano ampliare le possibilità comunicative e improvvisative, e si possano sentire confortate e sostenute nello sviluppo di un utilizzo

della vocalità libero, creativo, completo, per se stesse, e con i loro bambini.

### L'APPROCCIO ALL'ESSERE-NEONATO E AL SUO SVILUPPO

Martin Buber nei suoi discorsi sull'educazione scriveva: "Le predisposizioni che si scoprirebbero in un neonato, se si potesse davvero analizzarne l'anima, non sono altro che le capacità di assimilare e immaginare il mondo. Il mondo crea nell'individuo la persona" (Buber, 1953). Per Buber, la relazionalità originaria consente il passaggio da individuo (si nasce individuo) a persona (si diventa persona).

Negli ultimi decenni, le ricerche nell'ambito dell'infant research confermano quanto intuito da Martin Buber: se fino agli anni cinquanta gli addetti ai lavori parlavano del neonato come di un essere sostanzialmente passivo, progressivamente egli ha iniziato ad essere considerato sempre più come una persona: una persona in divenire, certamente, un essere sociale a tutti gli effetti.

Dunque il fulcro dello sviluppo è legato al tema del rapporto fra il "dentro" e il "fuori" del bambino, dell'incontro tra sfera personale e ambiente circostante, tra fattori endogeni (il corredo neurobiologico, cognitivo, etc.) ed esogeni (intorno ecologico, biologico, alimentare e soprattutto relazionale).

In questa cornice, il corpo assume un ruolo centrale, dove "l'insieme delle interazioni precoci vissute dal bambino a livello corporeo e comportamentale danno luogo ad una attività di mentalizzazione e di raffigurazione assolutamente fondamentale per l'ontogenesi del suo apparato psichico" (Golse, 2008).

Nella psicologia dello sviluppo si distingue solitamente tra competenze interattive, sensoriali, motorie, sociali, mnestiche e cognitive: esse sono tutte legate alla capacità del neonato di regolare il proprio stato di vigilanza, o *arousal*, ovvero il livello di disponibilità di fronte ai diversi stimoli provenienti dal suo ambiente circostante (Golse, 2008).

Questo sistema consente di filtrare il grande numero di stimoli, in quanto l'apparato psichico in generale è in grado di elaborare solo

piccole quantità di energie alla volta. Questo aspetto si rivela molto importante rispetto al tema degli stimoli forniti dall'adulto (anche sonori), in quanto vi può essere il rischio di sottoporre il bambino ad un ambiente sensitivo-sensoriale eccessivamente ricco, o, al contrario, poco stimolante.

Rispetto alle competenze sensoriali, poi, il neonato sembra essere dotato di una percezione amodale, nel senso che egli è capace di trasferire su un altro canale le informazioni ricevute attraverso un canale sensitivo-sensoriale; si ipotizza che il bambino non sperimenti la percezione come qualcosa di concreto, ma che viva lo stimolo come una forma, un'intensità, uno schema temporale, qualità più "globali" dell'esperienza.

Per quanto concerne le competenze comunicative e linguistiche, in origine il bebè sembra molto più sensibile alla musicalità del linguaggio e dei suoni che non alla significazione dei segni in quanto tali.

A proposito delle competenze emotive e dello sviluppo affettivo, ci riferiremo qui in particolare a due teorie che tanta parte hanno anche rispetto al tema delle competenze sociali e in particolare dell'intersoggettività:

a) La teoria dell'attaccamento di John Bowlby (1989): nell'infanzia si strutturano le caratteristiche dell'attaccamento con la mamma, che sarà il prototipo per le relazioni successive. Secondo i teorici dell'attaccamento, la qualità della relazione di attaccamento – ossia il fatto di sentire la sicurezza verso l'insicurezza dell'attaccamento - rappresenta il risultato cumulativo dell'esperienza del bambino nell'interazione con la madre nel corso del primo anno di vita.

b) La sintonizzazione affettiva di Daniel Stern: si definisce come "sintonizzazione degli affetti" (Stern, 1985) il comportamento con cui la madre non riproduce il comportamento manifesto del piccolo, ma un qualche aspetto di esso (per esempio l'intensità, il ritmo), che ne riflette lo stato d'animo; il bambino può così facilmente comprendere la partecipazione materna alla sua esperienza interiore e vivere con

la madre una condivisione di stati affettivi. La madre dunque non si limita a riflettere l'affetto, ma ne riflette piuttosto il "contorno vitale". I "contorni vitali" comprendono le qualità amodali inizialmente di intensità e di tempo; nella sua ultima pubblicazione (2011) Daniel Stern amplia ulteriormente il concetto di affetti vitali e si riferisce alle "forme dinamiche vitali"; i concetti sottostanti non sono cambiati, ma egli pone l'accento su diversi aspetti dello stesso concetto: le forme dinamiche vitali lo ampliano in quanto aggiungono forza, movimento, spazio, direzionalità e vitalità alle precedenti trattazioni sul tempo e l'intensità. In questa nuova teorizzazione, rilevanti appaiono il ruolo dato al movimento ed al senso di vitalità, concetti collegati, in quanto l'esperienza vitale è necessariamente dinamica.

Per quanto riguarda infine le competenze sociali: a partire dai due mesi di età del bambino, genitore e figlio sono in grado di mantenere l'attenzione l'uno sull'altro e di prendere parte a scambi complessi: si tratta della cosiddetta "intersoggettività primaria", così come definita da Colwyn Trevarthen (1979). È grazie all'intersoggettività che il bambino riesce gradualmente a sviluppare la distinzione tra sé e gli altri, a prendere coscienza di possedere una identità separata, a sviluppare quello che Daniel Stern definisce il "senso di sé" (1987). Manuela Lavelli (2007) nel suo libro dedicato all'intersoggettività presenta interessanti ricerche e una panoramica completa sull'argomento, dalla quale emerge in particolare:

- tutte le teorie focalizzate sul processo dialettico di regolazione dello scambio intersoggettivo, così come la teoria di Daniel Stern, evidenziano come le emozioni e gli stati affettivi costituiscano il principale elemento di condivisione tra il neonato e l'adulto di riferimento; la qualità del comportamento materno, rilevante ai fini dello sviluppo

dell'intersoggettività, è indicata soprattutto dal rispecchiamento affettivo, piuttosto che dalla propensione a esprimere richieste o a dare molti stimoli;

**Alla nascita, come ormai è assodato grazie a numerose evidenze, il bambino porta con sé un bagaglio di vissuti ed esperienze sonore**

- esiste una significativa reciprocità nella relazione mamma-neonato, per cui la risposta di attenzione da parte del bambino incrementa il

parlare affettuoso della madre che a sua volta, circolarmente, richiama l'attenzione del bambino; esiste infatti per quasi tutti gli autori considerati (tranne uno) una natura bidirezionale dell'adattamento dei partner nello scambio.

Dal punto di vista sonoro-musicale, viene da tradurre queste considerazioni soffermandosi sulla qualità del vissuto della madre stessa nell'esperienza; lo sviluppo della coscienza sonora della mamma può ampliare la sua capacità di ascolto e di gestione delle risposte e delle proposte rivolte al bambino, favorendo il rispecchiamento affettivo e la reciprocità nella relazione.

### IL NEONATO NELLA RELAZIONE SONORO/VOCALE

Alla nascita, come è ormai assodato grazie a numerose evidenze, il bambino porta con sé un bagaglio di vissuti ed esperienze sonore legate alla fase prenatale; per una panoramica sull'argomento si rimanda alle interessanti letture di Elisa Benassi (1998) e Suzanne Maiello (2011). La percezione corporea del suono attraverso la vibrazione appartiene a profondi livelli di coscienza, dei quali spesso le persone sono inconsapevoli, mentre parlano o cantano; questa percezione, che compare già passivamente nel ricevere i suoni prima della nascita, diventa attiva quando il bambino nasce, sin dalle sue prime espressioni vocali; alla nascita il bambino scopre l'ascolto aereo con le sue meraviglie, e la percezione nel corpo è nuova, iniziando egli ad emettere dei suoni; in più, si consideri che il corpo del bambino vibra molto,

in conseguenza alle sue ridotte dimensioni corporee (Reznikoff, 2004).

Nel corso dei primi mesi di vita il bambino sviluppa quello che Michel Imberty ha definito lo "schema vocale": attraverso i giochi vocali egli esercita le proprie attitudini percettive e sviluppa la percezione delle relazioni fra sensazioni fonatorie, fisiologiche e muscolari, e la qualità intrinseca dei suoni emessi con i differenti parametri acustici (Imberty, 2000). L'origine dell'esperienza vocale sembra così collegarsi a situazioni di piacere, sia di natura sensoriale, propriocettiva e uditiva, sia di natura emotiva, in quanto generate da una relazione affettiva (Tosto, 2009). Poi, accade che si focalizzi l'attenzione sulla componente linguistica della voce, mettendo in secondo piano la componente acustica: si pone attenzione più a "quel" che dice il bambino, rispetto al "come" lo dice. Anche in questo senso si ritiene importante che la mamma possa contribuire a far sì che il bambino non perda il gusto del gioco vocale senso-motorio, coltivandolo lei stessa insieme al figlio fin dai primi mesi di vita.

Fino a 10 mesi il bambino si trova nella "fase prelinguistica"; si possono osservare le seguenti competenze vocali e preverbal:

- nel periodo neonatale, il sistema di segnalazione degli stati interni è costituito da quel potente strumento di richiamo dell'attenzione che è il pianto. Già subito dopo la nascita il neonato manifesta diversi tipi di pianto associati a diversi stati di disagio (fame, stanchezza, dolore) distinguibili in base alle caratteristiche acustiche e alla lunghezza delle singole fasi;
- a partire dalla 7°-9° settimana di vita si iniziano ad osservare l'incremento ed il relativo prolungamento di suoni vocali emessi in stato di veglia tranquilla o attiva, la modulazione del tono dei suoni emessi (sia come modulazione melodica, sia soprattutto come imitazione del tono della mamma, prodotto nel contesto della comunicazione faccia-a-faccia); compaiono gradevoli suoni che richiamano tonalità musicali, denominati da Papousek (2007)

come cooing; durante gli scambi basati sull'alternanza dei turni, o "protoconversazioni", le vocalizzazioni sono accompagnate da sorrisi, contatto visivo e gesti della mano (Sheridan, 2009);

- a partire da circa 6/7 mesi di età i bambini di ogni parte del mondo iniziano a produrre suoni, simili a quelli del linguaggio; si tratta della "lallazione", costituita dalla continua ripetizione di sillabe standard: "dadadada" e "mamama", ad esempio.
- a partire da circa 8 mesi, fino all'anno di vita, il bambino inizia a combinare sillabe diverse, come "mada" o "pama": si parla di "lallazione variata"; con la lallazione i bimbi riescono persino a formare delle lunghe frasi, che hanno il ritmo e l'intonazione della lingua madre.

Christina Papalieu (2002) ha guidato una ricerca nella quale sono state osservate le vocalizzazioni di neonati tra i 7 e gli 11 mesi. Per i dettagli rinviamo allo studio specifico. Ci preme qui riportare le conclusioni di tale studio, che giunge ad identificare l'effettiva diversità di *pattern* acustici in caso di espressività emotiva o di funzionalità comunicativa. In sintesi, il risultato mostra che a partire dai sei mesi si può individuare nel neonato una capacità di sviluppo dell'uso intenzionale della voce, verso forme più complesse di comunicazione, considerate uno dei prerequisiti dello sviluppo del linguaggio.

Questa abilità facilita la relazione del bambino con l'adulto che si prende cura di lui e, come nota Colwyn Trevarthen (1990), in questo periodo si osserva nel neonato un cambiamento nella modalità organizzativa della comunicazione. Il bambino nella seconda metà del primo anno di vita possiede dunque un repertorio vocale che contribuisce a regolare la interazione cooperativa con la mamma.

#### LA MAMMA NELLA RELAZIONE SONORO/VOCALE

Innanzitutto, si può dire che la voce della mamma è preferita, rispetto al volto e all'odore, dal neonato (Lavelli, 2007).

Ritornando al collegamento con il periodo prenatale, Suzanne Maiello nel 1993 ha cercato di cogliere il significato della voce materna nel periodo prenatale per lo sviluppo proto-mentale del bambino: "la voce parla, la voce tace", mentre i suoni corporei ritmici sono continui e impersonali: ipotizza così che "la voce materna rappresenti il principale 'stimolo esterno' per lo sviluppo proto-mentale del bambino prenatale, la vera e propria materia prima intorno alla quale si forma quel proto-oggetto interno che ho chiamato oggetto sonoro. La presenza e la qualità della voce sono importanti quanto la sua assenza. Ed è la *discontinuità* lungo l'asse del tempo che introduce il principio della *differenza* e potrebbe avere per il bambino prenatale una funzione di catalizzatore per l'apparire dei primi barlumi di attività mentale". (Maiello, 2011)

Per il neonato, secondo Didier Anzieu, la voce della mamma funge da "specchio sonoro", tale da riflettere le sue espressioni comunicative, interpretandole, caricandole di significato ed aiutandolo così a conoscere il proprio corpo e il mondo, a creare quello che definisce "invocro sonoro del sé": grazie alle sensazioni sonore dirette a lui e al suo corpo, il piccolo può formulare una prima immagine corporea, stabilire un forte legame con la madre, ed attivare una sorta di scambio sonoro bilaterale con l'ambiente (Anzieu, 1987).

La voce materna è inoltre modello acustico, così come le altre voci familiari, al quale il neonato si riferisce per costruire la propria identità vocale (Tosto, 2009).

La mamma usa la voce per entrare empaticamente in relazione con il bambino: ci riferiamo qui al *baby talk*, o *motherese*, o *IDS* (*infant directed speech* - linguaggio rivolto al bambino), che ha le seguenti caratteristiche:

- in primo luogo, utilizzandolo si comunica al bambino: "questo linguaggio è per te";
- rivela le emozioni del parlante, costituendo così un primo modo in cui il linguaggio esprime un significato;

- è un linguaggio semplificato e strutturato, per facilitare il compito di individuazione di parole e sintagmi da parte del bambino;

- dato che il bambino mostra molta attenzione all'aspetto ritmico del linguaggio, avendo il *motherese* caratteristi-

### La presenza e la qualità della voce sono importanti quanto la sua assenza

che cantilenanti, esso risulta più attraente; le caratteristiche da un punto di vista musicale sono: intonazione complessiva più acuta, una gamma di altezze più ampia, vocali prolungate e "iperarticolate", pause più lunghe, espressioni più brevi ed un maggior numero di ripetizioni (Mithen, 2007).

È stato dimostrato (Saito, 2006), che il neonato pone particolare attenzione all'*IDS*, rispetto all'*ADS* (*adult directed speech*, linguaggio rivolto all'adulto).

Vedremo oltre un altro modo che le mamme utilizzano, da sempre e in tutte le culture, per entrare in contatto, rasserenare e cullare i loro bambini attraverso la vocalità: il canto.

#### COMUNICAZIONE

La comunicazione sonora si realizza dunque in un contesto ricco di stimoli e percezioni di vario tipo, in una globalità di suoni, gesti, movimento.

Alla nascita il bambino è immerso in un "universo sonoro", dove la voce della mamma diventa guida di accesso al mondo intra e inter-personale; secondo gli studi di Mechthild e Hanus Papousek, sembrano esistere dei tratti comuni al mondo intero, che costituiscono la base universale del bagno sonoro e linguistico in cui il bambino è immerso fin dalla nascita: segmentazione, ripetizione, semplicità sintattica, lentezza temporale, semplificazione e amplificazione dei moduli espressivi.

È in questo universo sonoro che si sviluppa la comunicazione preverbale, che diventa per Papousek una "arena di apprendimenti e sviluppo". Ma cosa significa comunicare? In senso generale "comunicare, tra due o più individui, significa trasmettere o condividere informa-

zioni di qualsiasi tipo attraverso il linguaggio verbale o non verbale. In questa visione, qualunque comportamento può funzionare come mezzo di comunicazione. La comunicazione preverbale, in particolare, è il regno di condotte intuitive inconsapevoli ed implicite conoscenze relazionali” (Papousek, 2007). E concretamente, cosa significa comunicare nella prima infanzia? Significa interagire con un genitore o un *caregiver*, che intuitivamente rallenta, semplifica, esagera, ripete e modifica espressioni facciali, prosodia del linguaggio e altri comportamenti che fungono da complemento rispetto ai limiti percettivi, sensori, e motori del neonato, e gli facilitano la percezione del comportamento; significa interagire con un genitore che offre in sintesi una cornice, all’interno della quale il neonato inizia ad imparare che i suoi comportamenti ricevono risposte e rispecchiamenti diversi dai partner umani a seconda delle contingenze. In sostanza, i risultati delle varie ricerche effettuate convergono nel confermare come i bambini fin da piccolissimi possiedano una innata competenza comunicativa.

### MUSICALITÀ

Negli ultimi 3 decenni in particolare, molti studi hanno confermato che musica e canto hanno una speciale importanza per la persona, arricchendone la vitalità.

Sembra che i modelli musicali siano il cuore generativo della comunicazione che anima l’apprendimento culturale dell’uomo (Trevvarthen, 2002).

La musicalità non può più essere considerata come un qualcosa da coltivare solo per pochi, bensì come una abilità espressiva intuitiva e comunicativa da ricercare ed attivamente apprezzare da parte di tutti.

La musicalità, per il musicologo John Blacking (1969, 1995) si può definire come l’innata abilità umana che fa sì che possiamo apprezzare e produrre musica.

Ma in che modo, si chiede Colwyn Trevarthen (2002), la musicalità è parte di noi?

Secondo l’autore dobbiamo andare alla sorgente, alla fonte dell’esperienza, nella rappresen-

tazione, l’immagine generativa del movimento, per trovare una spiegazione convincente: la musicalità ha dunque origine nelle immagini cerebrali del movimento e delle sensazioni che generano e guidano, con funzionalità e creatività tendenti a uno scopo, il comportamento nel tempo.

La musicalità è dunque organizzata in una cornice temporale. Esprime un flusso di eventi creati nell’intero cervello, che conduce separate parti del corpo verso obiettivi, in un reale o immaginario spazio-tempo di esperienze, sincronizzazioni.

Colwyn Trevarthen (1999, 2000) descrive la musicalità come la fonte psicobiologica della musica, che origina da quella che viene definita *intrinsic motivic pulse*, la pulsazione intrinseca che motiva il movimento e l’azione finalizzata dell’individuo, così come le esperienze condivise. La musicalità, attirando l’immedesimazione attraverso l’impulso del movimento, porta le persone a sentimenti di condivisione.

Tra i primi a riconoscere l’esistenza della musicalità nella relazione tra mamma e bambino furono i Papouseks, Mechthild e Hanus, nel 1981.

### MUSICALITÀ COMUNICATIVA

Stephen Malloch ha in seguito elaborato una teoria che definisce le forme fondamentali di espressività e creazione artistica di tutte le arti temporali – teatro, danza, poesia e musica – e spiega l’apprezzamento da parte del neonato di *pattern* musicali. Si tratta della teoria della “musicalità comunicativa”: esiste un principio organizzatore implicito per tutti i movimenti nelle interazioni equilibrate tra mamma e bambino (Trevvarthen, 2002), che consiste “nella nostra innata abilità, che possediamo fin dalla nascita, di essere in grado di muoverci in sintonia con un’altra persona” (Malloch, 1999). Stephen Malloch ipotizza che la capacità di produrre e partecipare in una musicalità comunicativa ci consenta di trascorrere del tempo carico di significato con un’altra persona, a prescindere dall’età.

La musicalità comunicativa facilita l’alternanza

dei turni in una pulsazione condivisa, regola il profilo di intonazione della vocalizzazione di genitore e bebè, modula il timbro vocale.

Tre dimensioni definiscono la musicalità comunicativa:

- 1) pulsazione: la pulsazione è il ritmo di base che organizza la regolarità di un comportamento, ci consente di anticipare quello che accadrà: essa regola tutte le nostre attività. È diversa dal ritmo, figura musicale che viene articolata sulla pulsazione;
- 2) qualità: ovvero il profilo dell’espressività vocale e la gestualità corporea, che foggia il tempo con movimenti espressivi. È il contorno melodico o il contorno di tensione/distensione di una sequenza di eventi. Nel motherese si nota l’importanza della qualità espressiva della curva vocale: in particolare negli scambi fra madre e bambino i contorni melodici dell’una e dell’altro si organizzano anche sulla base della pulsazione (Imberty, 2008);
- 3) narrativa: per Colwyn Trevarthen e Stephen Malloch la narrativa è data dal fatto che quando colleghiamo delle piccole sequenze di tempo, poco a poco, con queste brevi sequenze di comportamento o di esperienze interiori soggettive costruiamo un tempo più lungo e più ampio, che prende forma con un inizio, uno sviluppo e una fine (Imberty, 2008). La narrativa è dunque una proprietà degli scambi tra madre e bambino che si raccontano “storie di intenzione” (Trevvarthen e Gratier) senza parole, in lunghe sequenze di protoconversazione.

Per Colwyn Trevarthen e Michel Imberty si tratta di una delle condizioni fondamentali del gene e della cognizione umana.

Nel lavoro di Stephen Malloch (1999) viene riportata la struttura-tipo della maggior parte dei gesti vocali della madre: assomigliano ad un canto, con introduzione calma, animazione crescente dopo la risposta del bambino, un massimo di eccitazione con scambi rapidi e

infine una conclusione organizzata e lenta, organizzata attorno a una frequenza centrale di durata più lunga. Secondo Colwyn Trevarthen

attraverso la vocalità, quando si canta, si recita una poesia o si parla per trasmettere informazioni, si propone a chi ascolta di condividere un’av-

ventura (Imberty, 2008).

Stephen Malloch, attraverso analisi acustiche della comunicazione tra mamma e neonato, deduce infine che “il movimento – gestuale, vocale ed emozionale – è ciò che consente alla musicalità comunicativa di realizzarsi; quando questo movimento viene costretto, o impedito, la musicalità comunicativa ne soffre, e la *companionship* (complicità) ne soffre” (Malloch, 1999).

### ELEMENTI CHE CARATTERIZZANO ED ARRICCHISCONO LA RELAZIONE MUSICALE

Ci sono alcuni elementi che caratterizzano ed arricchiscono la qualità della relazione musicale e della musicalità comunicativa:

- ripetizione e variazione: per Michel Imberty la ripetizione genera una regolarità, che permette al soggetto di anticipare il corso del tempo, quindi in un certo modo di individuare dei punti di riferimento. Allo stesso tempo la variazione consente di introdurre nuovi stimoli, che consentono al bambino di imparare ad adattarsi, basandosi però su un ritmo regolare garantito dalla ripetizione, che rende prevedibile e organizza il tempo.

Inizialmente le variazioni non riguardano il ritmo ma gli altri elementi: i suoni, l’ampiezza dei movimenti; solo successivamente le variazioni potranno riguardare anche questo ritmo iniziale.

Questa struttura ripetizione/variazione dei primi scambi preverbali è dunque la struttura originaria, prototipica di tutta una serie di esperienze affettive e cognitive ulteriori di cui la musica non farà che riattivare le realtà profonde; in un’ottica musicoter-

pica, si ritiene importante tenere sempre in considerazione anche questo elemento, che riporta a necessità profonde dell'essere umano;

- tensione e distensione: diretta conseguenza di ripetizione e variazione diventa la creazione di tensione e distensione: la ripetizione crea una tensione legata all'attesa della soddisfazione di un desiderio (quello del ritorno della sequenza iniziale), che è successivamente seguita da una distensione, più o meno accentuata a seconda del fatto che la variazione si allontani più o meno dal modello iniziale (Imberty, 2000);
- sintonia: le forme vitali ricoprono un ruolo fondamentale per lo sviluppo qualitativamente elevato di una comunicazione sintonica: la teoria di Stern della messa in sintonia affettiva non si discosta molto da quanto emerge dalla teoria della musicalità comunicativa; l'autore infatti si riferisce esplicitamente ad essa: "Un aspetto legato alla musicalità comunicativa che ci riguarda più da vicino è che essa si basa sull'abbinamento delle dinamiche vitali fra più persone. La "musicalità" è composta di impulsi vitali caratterizzati da un certo ritmo e profilo temporale, e dalla manifestazione di una forza nel tempo. È questo il fenomeno delle dinamiche vitali, ed è la condivisione del flusso vitale dinamico che consente di "essere con l'altro" (Stern, 2011).

Apparentemente potrebbe trattarsi di una imitazione reciproca, ma non è così: madre e bambino in realtà si accordano, come fanno i musicisti, per entrare in risonanza emotiva l'uno con l'altro, e condividere gli stessi affetti di vitalità. Al di là delle forme esteriori del comportamento, viene ricercato il corrispondente affettivo esatto, quel "colore", quella "tonalità" avvertiti e condivisi (Imberty, 2002).

Alcuni studi effettuati con mamme e bam-

bini di 4 mesi hanno evidenziato come un basso livello di sintonia e coordinamento ritmico vocale (coordinazione di suono e silenzio tra madre e bambino), così come un alto livello, siano predittivi di un attac-

camento insicuro a 24 mesi; un livello medio di coordinamento ha invece mostrato effetti positivi sul linguaggio a 24 mesi. Come sottolinea Maya Gratier (2009), un coordina-

mento medio lascia spazio per espressione creativa e esplorazione collaborativa: né invadente, né assente; è possibile riflettere anche su questo aspetto rispetto alle modalità di intervento musicoterapico;

- intenzionalità: si sottolinea ora un aspetto che Michel Imberty ritiene fondamentale, l'intenzionalità; per lui, infatti, non c'è musicalità senza intenzionalità; è la facoltà dell'essere umano di produrre un senso che accompagna le sue attività; qualsiasi attività, ma anche la coscienza che abbiamo di essa, possiede un senso senza il quale la realtà del mondo non esisterebbe. La voce svolge un ruolo fondamentale, in quanto manifesta per sua natura l'intenzionalità della persona, ed attraverso essa il bambino può cominciare a capire l'intenzionalità delle persone che ha vicino. In più, l'intenzionalità non funziona senza una coscienza del tempo e del suo scorrere; dando un senso alle azioni, aiuta a collegarle al tempo (Imberty, 2008).

#### IL CANTO DIRETTO AL BAMBINO: ORIGINI E FUNZIONI

Probabilmente molti di noi hanno incontrato donne che non erano solite cantare, e che una volta diventate mamme hanno incominciato a farlo; in alcuni casi, superando il timore di non essere intonate, timore molto diffuso, purtroppo a causa soprattutto di condizionamenti sociali, essendo pochissime le persone realmente stonate. Spesso restano un po' sorprese nel ritrovarsi a vivere questo impulso

a cantare, talvolta esprimendo dispiacere nel riconoscere di non avere un piccolo repertorio di canti da utilizzare con il bambino; in questi casi accolgono con gioia l'idea di poter accedere a questa possibilità comunicativa.

Si tratta evidentemente di un "sapere" che ha radici profonde nell'umanità; infatti la presenza della pratica di cantare ai neo-

nati è stata scoperta in antiche tradizioni. L'esplorazione di questa forma di canto nell'ambito della ricerca in psicologia della musica è iniziata negli anni '90, in particolare a cura di Sandra Trehub e Laurel Trainor e dei loro *team*.

Viene proposta la distinzione tra diverse forme di canto rivolto al bambino:

- *ninne-nanne*: hanno la funzione di calmare il neonato e indurlo al sonno; in genere, caratterizzate da semplicità ritmica, direttamente collegata ai movimenti che accompagnano il canto, quali oscillazioni, ondeggiamenti. Sono inoltre preferiti modelli sonori quali humming (mormorio), sillabe *nonsense* (senza senso compiuto), figure onomatopoeiche: elementi presenti in tutte le culture, sia che le stesse appaiano nelle versioni "standard" dei canti o meno. Inoltre, le *ninne-nanne* solitamente tendono ad essere molto ripetitive negli aspetti ritmici, sonori, verbali e melodici;
- *play song* (canti-gioco): vogliono far divertire il bambino quando è sveglio, sollevandolo per le braccia, giocando con le sue dita, picchiettando il suo corpo, muovendogli mani e piedi, insegnando movimenti corporei di base. Di solito il canto delle *play song* inizia dopo quello delle *ninne-nanne*, nel corso dello sviluppo del neonato, ma rimane presente per maggiore tempo. Possono essere un importante veicolo di acculturazione; esse forniscono gioiose transizioni dal mondo di intimità e protezione dei canti cantati singolarmente, al più ampio mondo dei giochi interpersonali, oggetti inanimati, animali, numeri,

lettere, così come particolari rituali legati alle diverse culture (Trehub, 1998);

- adattamento di canzoni dal repertorio adulto.

### Il canto della mamma si modificava se ella cantava in presenza o meno del suo bambino

Le funzioni del canto rivolto al bambino sono:

- 1) attrarre l'attenzione del neonato verso la persona che si prende cura

di lui; musicalmente, questo si realizza grazie alla preferenza dei bambini verso l'intonazione più acuta, la prosodia del linguaggio, l'allungamento delle vocali; sono importanti anche l'accentuazione (lunghezza e intensità delle sillabe accentuate), il tempo e la lunghezza delle vocali;

- 2) svolgere funzioni legate alla comunicazione emozionale e alla regolazione dello stato del bambino; non è facile analizzare il contenuto emozionale di un canto: gli aspetti emotivi si manifestano attraverso cambiamenti nel sistema nervoso autonomo. Questi cambiamenti coinvolgono la muscolatura interessata nella vocalità e conducono a differenze acustiche percepite nella espressione delle emozioni;
- 3) istruire il bambino rispetto a strutture di modelli acustici, ad esempio la struttura della frase, del ritmo, dei raggruppamenti. Ci si aspetterebbe a tale scopo che le mamme cantando intuitivamente esagerino la struttura della canzone: ciò accade infatti con il *songese*, come vedremo.

Trehub per prima, nel 1993, dimostrò che il canto della mamma si modificava se ella cantava in presenza o meno del suo bambino (così come accade per il *motherese*); e questo sia per una mamma di lingua inglese, che per una di lingua hindi, dunque mamme appartenenti a culture diverse.

#### RASSEGNA DI ALCUNI STUDI SUL TEMA

- Una interessante ricerca di Shenfield e Trehub (2003) indica che il canto della mamma è in grado di modulare il livello di *arousal* nel bambino. Il risultato è stato

ottenuto misurando il livello di cortisolo, ormone steroideo, presente in neonati di 6 mesi, prima e dopo il canto rivolto al bambino dalla loro mamma; si tratta del livello di attivazione presente nel neonato; dopo 20 minuti che la mamma aveva cantato al bambino, la quantità di cortisolo era cambiata, ovvero era diminuita nel caso in cui il livello prima del canto era alto, ed era aumentata quando il livello era invece basso. Se ne deduce dunque che un canto giocoso può promuovere livelli di *arousal* favorevoli a sostenere l'interesse e l'attenzione del neonato, mentre canti più tranquilli possono ridurre l'attivazione e indurre al sonno.

- A quanto risulta da uno studio recente la sola voce della mamma, anche al di fuori di qualsiasi altro tipo di contatto, genera un rilascio dell'ossitocina nel bambino, aiutandolo a diminuire lo stress dopo un evento stressante (Seltzer, 2011). L'ossitocina è un ormone che svolge un importante ruolo "pro-sociale", aiutandoci a decifrare il contesto sociale e gli stati emotivi di chi ci circonda, e che fa aumentare la fiducia negli altri, la generosità, l'empatia e l'altruismo.
- Il canto elicitava specifiche reazioni vocali del bambino; questo dimostra che molto presto, nello sviluppo del bambino, emerge una importante capacità di rispondere in modo discriminante alla musica, confermando così l'esistenza di una precoce predisposizione ad agire musicalmente, e reiterando l'importanza di una precoce acculturazione musicale (Reigado, 2011).
- Il *songese*: è stata investigata la struttura temporale nell'interazione madre-neonato attraverso il canto; nel corso dello studio, l'analisi del canto delle mamme e della sincronizzazione con il tempo ha rivelato che le mamme enfatizzavano la struttura gerarchica del canto e fornivano una segmentazione della struttura temporale dell'interazione. I bambini hanno dimostrato di essere sensibili all'enfasi materna, producendo comportamenti significativi

## Bibliografia

- **Anzieu D.**  
*L'io pelle*, Borla, Roma, 1987.
- **Benassi E.**  
*Il feto apprende in utero?* in Nuove prospettive in ostetricia e neonatologia, Aspetti del benessere fetale e interazioni biologiche madre-nascituro, a cura di C. Zara e F. Polatti, Università degli Studi di Pavia, 1998.
- **Bowbly J.**  
*Una base sicura*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1989.
- **Buber M.**  
*Discorsi sull'educazione*, Armando Editore, Roma, 2009; titolo originale *Reden uber erziehung*, Lambert Schneider/Guterlshorer verlagshaus, Guttersloh, 1953.
- **Golse B.**  
*L'essere-bebè*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2008.
- **Gratier M., Apter Danon G.**  
*The improvised musicality of belonging: repetition and variation in mother-infant vocal interaction*, Communicative musicality: exploring the basis of human companionship, Oxford University press, Oxford New York, 2009.
- **Gratier M. e Trevarthen C.**  
*Ritmi di appartenenza e consapevolezza di significato: varianti culturali nelle interazioni vocali madre-bambino*, *Infanzia*, vol. 2, 2008, pp. 111-114.
- **Imberty M.**  
*Non c'è musicalità senza intenzionalità. Ritorno alle origini della musicalità umana*, *Infanzia*, vol. 2, 2008, pp. 90-95.
- **Imberty M.**  
*Interazioni vocali adulto/bambino e sintonizzazione affettiva*, in A.R. Addressi, C. Pizzorno, E. Serritti, 2007. Musica 0-3 Atti del Convegno Nazionale della Società Italiana per l'educazione Musicale (SIEM), Modena, 10 marzo 2007, EDT. Torino, 2007.
- **Imberty M.**  
*La musica e il bambino*, in Enciclopedia della musica, vol. III, Einaudi, Torino, 2002, p. 477-495.

## Segue Bibliografia

- **Imberty M.**  
*Il ruolo della voce materna nello sviluppo musicale del bambino*, *Musica Domani*, n. 114, marzo 2000, pp. 4-10.
- **Lavelli M.**  
*Intersoggettività origini e primi sviluppi*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2007.
- **Longhi M.**  
*Songese: maternal structuring of musical interaction with infants*, *Psychology of music*, vol. 37 (2), aprile 2009, pp. 195-213.
- **Maiello S.**  
*Dialoghi ante litteram*. Note sugli elementi ritmici e sonori del linguaggio e della comunicazione verbale, *Richard e Piggle* 19, 3, 2011, pp. 246-266.
- **Malloch S.**  
*Mothers and infants and communicative musicality*, *Musicae Scientiae*, Special Issue 1999-2000, pp. 29-57.
- **Mithen S.**  
*Il canto degli antenati. Le origini della musica, del linguaggio, della mente e del corpo*, Codice Edizioni, Torino, 2007.
- **Papaeliou C., Minadakis G., Cavouras D.**  
*Acoustic Patterns of Infant Vocalizations Expressing Emotions and Communicative Functions*, *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, Vol. 45, April 2002, pp. 311-317.
- **Papousek M.**  
*Communication in early infancy: an Arena of intersubjective learning*, *Infant Behaviour and Development*, vol. 30, Issue 2, May 2007, pp. 258-266.
- **Reigado J., Rocha A., Rodrigues H.**  
*Vocalizations of Infants (9-11 months old) in response to musical and linguistic stimuli*, *International Journal of Music Education*, 29, 2011, p. 241.
- **Reznikoff I.**  
*On primitive elements of musical meaning*, *JMM-The journal of Music and Meaning*, vol. 3, section 2, Fall 2004/winter 2005.

più sincronizzati su certi beat (battito, pulsazione) piuttosto che su altri. L'analisi suggerisce dunque che le informazioni sensoriali multimodali proposte dalle mamme assicurano l'effettivo apprendimento, e pongono le caratteristiche di quello che può venire chiamato *songese*, equivalente nel canto del *motherese*. Le mamme non solo facilitano l'analisi del linguaggio entro delle unità, come già visto, bensì esagerano gli spunti della struttura musicale, enfatizzando la struttura dei fraseggi dei canti. L'autrice dello studio conclude suggerendo comunque ulteriori approfondimenti sul tema proposto, e sottolineando che, grazie all'attrazione esercitata dal canto sui neonati e all'evidenza che la organizzazione gerarchica dei canti fornisce una cornice nelle interazioni, il canto potrebbe risultare ancora più efficace del parlato nella interazione con il neonato: il canto infatti facilita l'alternanza dei turni, l'interazione stessa, e aiuta a promuovere il legame e la sintonia tra i *partner* (Longhi, 2009).

## CONCLUSIONI

A conclusione di questa relazione si può ben affermare che non manchino evidenze rispetto all'esistenza di una innata competenza comunicativa musicale attribuibile ai protagonisti della preziosa diade relazionale in esame. Il bambino ha già una serie di competenze e predisposizioni, ma il ruolo svolto dall'adulto per favorire l'ingresso del bambino nel mondo della socialità, del linguaggio e della cultura è fondamentale.

Esiste inoltre una potente predisposizione alla condivisione umana, che viene rinforzata dalla condivisione musicale.

Abbiamo potuto osservare come, all'interno della "musicalità comunicativa", esistano delle modalità particolari di proposta o di comunicazione che possono favorire, o al contrario inficiare lo sviluppo equilibrato del bambino; queste modalità si possono esplicitare musicalmente, descrivendole in termini di *timing* sincronizzati o meno, profili di variazioni dell'intensità o delle altezze eccessivi,



o al contrario carenti, fraseggi poco presenti. Esiste una reciprocità nella relazione mamma-neonato, dove le risposte positive del bambino possono incrementare ulteriori risposte della mamma, in un circolo comunicativo virtuoso. In alcune situazioni questo equilibrio può venir meno, ad esempio nel caso di madri depresse, che rischiano di entrare in una comunicazione poco musicale, oppure nel caso di mamme troppo presenti, che rischiano di togliere spazio alle risposte del bambino o di sovraccaricarlo di stimoli.

È emerso come l'elemento del canto costituisca un prezioso contributo allo sviluppo del bambino, sotto molti aspetti. Si sta assistendo recentemente ad un recupero di questa preziosa risorsa attraverso la proposta di attività musicali rivolte alle mamme e ai neonati.

Quasi sempre in questi casi l'attenzione è rivolta principalmente allo sviluppo delle qualità musicali nel bambino, e più raramente di quelle della mamma, mentre da un punto di vista musicoterapico si ritiene che lo sviluppo delle qualità musicali nella mamma sia la base necessaria per promuovere la relazionalità e la comunicazione nella diade madre/bambino, agendo comunque al contempo anche sullo sviluppo della musicalità di entrambi, considerata come risorsa espressiva e comunicativa. Si mette in luce l'importanza di promuovere tali attività, intervenendo con delicatezza e competenza nella relazione madre-bambino, tenendo conto che le mamme hanno già, tra le loro competenze, la capacità di entrare musicalmente in relazione con il figlio, fornendo un supporto per svilupparne le possibilità creative; in particolare, è possibile sostenere un fecondo sviluppo del dialogo sonoro-musicale con il bambino attraverso la scoperta della vocalità per le mamme, e del piacere connesso alla sua esplorazione attraverso vocalizzazioni, canti e giochi vocali, accompagnati dal movimento, favorendo e promuovendo le possibilità improvvisative e di sintonizzazione della mamma, e la valorizzazione dei momenti di ascolto del bambino e delle sue risposte. Infine, dalle riflessioni più recenti possiamo trovare ulteriore conferma rispetto alla valenza

## Segue Bibliografia

- **Seltzer L., Ziegler T., Pollack S.**  
*Social vocalization can release oxytocin in humans*, Proceedings of the Royal Society B: Biological Sciences, May 2010.
- **Shenfield T., Trehub S., Nakata T.**  
*Maternal singing modulates infant arousal*, Psychology of music, vol. 31 n. 4, October 2003, pp. 363-375.
- **Sheridan M.**  
*Dalla nascita ai 5 anni. Le tappe fondamentali dello sviluppo*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2009.
- **Stern D.**  
*Il mondo interpersonale del bambino*, Bollati Boringhieri, Torino, 1987.
- **Stern D.**  
*Le forme vitali. L'esperienza dinamica in psicologia, nell'arte, in psicoterapia e nello sviluppo*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2011.
- **Tosto I.M.**  
*La voce musicale*, Edt, Torino 2009.
- **Trainor L., Clark E., Huntley A., Adams B.**  
*The acoustic bases of preferences for infant-directed singing*, Infant Behaviour and Development, Vol. 20 (3), 1997, pp. 383-396.
- **Trehub S., Unyc A., Trainor L., Kamenetsky S.B., Hill D.S., Henderson J.L., Saraza M.**  
*Mothers and fathers singing to infant*, Dev Psycholog, 33(3), May, 1997, pp. 500-507.
- **Trehub S., Trainor L.**  
*Singing to infants: lullabies and play songs*, in Advanced for infancy research, vol. 12, Norwood, NJ, 1998, pp. 43-77.
- **Trevarthen C.**  
*Musicality and the intrinsic motive pulse: evidence from human psychobiology and infant communication*. Musicae scientiae (special issue) 1999-2000, pp. 157-213.
- **Trevarthen C.**  
*Origins of musical identity: Evidence from infancy for musical social awareness*. In R.A.R. MacDonald, D.J. Hargreaves, & D. Miell (Eds.), Musical identities, 2002. Oxford: Oxford University Press, pp. 21-38.

profonda della nostra attività di musicoterapisti: Colwyn Trevarthen e Daniel Stern condividono e promuovono la musicoterapia, come qualcosa che si riferisce direttamente ai sentimenti intersoggettivi e all'espressività condivisa; la sua valenza deriva dal fatto che i suoni sintonicamente espressi sono in grado di supportare la motivazione alla condivisione, con persone di ogni età e condizione; ci piace concludere con una preziosa considerazione di Colwyn Trevarthen e Stephen Malloch (2000): la musica è molto di più di "pre-verbale o non verbale", e il suo uso in terapia è basato sull'antica usanza di creare quella che viene definita *companionship*, la strutturazione di un tempo condiviso insieme, dunque non solo per la capacità della musica di appellarsi a uno stadio pre-verbale di particolare vulnerabilità. Il musicoterapista si troverà sì a vivere momenti delicati quando con la persona si riproporranno dinamiche antiche, ma si troverà anche a poter accedere alla gioia profonda di condividere i suoni con un altro essere umano.

## Segue Bibliografia

- **Trevarthen C., Malloch S.**  
*The dance of wellbeing: defining the musical Therapeutic Effect*, Nordic Journal of Music Theraphy, 9(2), 2000, pp 3-17.
- **Trevarthen C., Malloch S.**  
*Musicality and music before three: human vitality and intervention shared with pride*. Zero to Three, September 2002.



## IL CANTO DELLA VOCE LA COMUNICAZIONE VOCALE IN MUSICOTERAPIA

Antonella Grusovin, musicista, musicoterapista, Trieste

*The subject of this article is vocalità in musicotherapy applied to training contexts. It highlights the importance of vocal awareness in students, in order for them to delve into the various topics that will later be dealt with in the musicotherapy practice. Vocal awareness favours and facilitates communication on both a vocal and instrumental level.*

*Alongside these topics, a group vocal path by "evolution steps" is described, which favours the growth of a collective awareness through a shared vocalità. The latter develops by vocal modes that characterise each group and by modes that are common to all groups. This is why it is possible to speculate that pure vocalità expresses through a common sound "jargon". The vocal path also favours the growth of each participant, who discovers the essence of vocalità, thus "of being a voice".*

La vocalità è esperienza comunicativa primaria che accompagna l'essere umano nel corso della vita con una consapevolezza che varia da individuo ad individuo. La parola, negli anni, si sostituisce al suono e prende il sopravvento, con il risultato di una crescente concettualizzazione del suono vocale e conseguentemente dell'essere.

Viceversa, più si procede nell'esperienza vocale, più forte diventa l'esigenza di ampliare e comunicare i contenuti sonori. Ciò si può comprendere verificando i risultati avvenuti nel corso di sedute rivolte alla vocalità in ambito musicoterapico e prima ancora nel corso della formazione del futuro musicoterapista/euta. Riguardo l'esperienza formativa, di seguito si tratterà l'argomento facendo riferimento soprattutto alle improvvisazioni vocali. Infatti, nei laboratori di vocalità, una modalità efficace per far sì che lo studente possa elaborare il senso della voce e della vocalità si realizza attraverso la partecipazione attiva ad esperienze che possano mettere in luce determinati argomenti essenziali in ambito formativo. A tali esperienze vengono affiancate le improvvisazioni vocali che "danno il polso della situazione" mettendo in risalto l'evoluzione vocale del gruppo in termini di coscienza e consapevolezza.

Dopo diversi anni di esperienza, ritengo che l'improvvisazione di gruppo restituisca la situazione complessiva a livello sonoro: per trattare l'argomento in termini di consapevolezza sono comunque necessarie ulteriori esperienze che pongano l'attenzione su ciascun argomento

musicoterapico. Un percorso formativo che comprenda il tema vocale favorisce una "sana" percezione del suono e della comunicazione sonora. Per lo studente in musicoterapia è fondamentale poter sperimentare e ripercorrere momenti di ascolto del proprio suono vocale in quanto la vocalità ha in sé una produzione infinita di suoni, sonorità e sfumature sonore. Mentre nel verbale il suono si riduce a poche sonorità espressive, nella vocalità ci si riappropria di una vasta gamma di suoni già sperimentati fin dalla prima infanzia. Inoltre la voce "coglie l'attimo" nel senso che il suono vocale "è", esiste solo nel momento in cui viene prodotto e sintetizza l'istante. Potremmo paragonare il suono vocale ad una "fotografia sonora".

Le sfumature vocali, i suoni, le modulazioni possono essere ascoltate e comprese nel momento in cui l'essere si abbandona al suono stesso. Generalmente questo passo avviene in un momento successivo, quando la voce diventa più importante e interessante del pensiero stesso. Un ulteriore passo avviene quando il pensiero è compreso nel suono. Il percorso vocale si potrebbe paragonare allo sviluppo delle tre forme di coscienza della volontà descritto da Assagioli (1977): la "volontà esiste", "avere una volontà", "essere una volontà". Quindi: "la voce esiste", "avere una voce", "essere voce". Conseguentemente, la voce è una forma di coscienza.

Per questo motivo si possono distinguere tre livelli comunicativi vocali ovvero "voce",

Un percorso formativo che comprenda il tema vocale favorisce una "sana" percezione del suono e della comunicazione sonora

"vocalità" e "canto" considerandoli come tre espressioni evolutive che si intrecciano e si intersecano nel corso della presa di coscienza di ciascun partecipante.

Un altro aspetto fondamentale della voce e della vocalità è la condivisione: questo vissuto primordiale continua ad essere consapevolmente o inconsapevolmente motivo di scambio e di crescita. Due o più suoni possono essere prodotti e ascoltati contemporaneamente e nel momento in cui si instaura una comunicazione si verifica un "gioco" creativo. Il gioco, infatti, è esperienza di vita e di crescita! Questo avviene parzialmente nel dialogo verbale: due o più persone verbalizzano una alla volta altrimenti ciò che ne risente è l'ascolto (e comunque già nel dialogo verbale c'è da chiedersi quante persone ascoltino veramente). Spesso, anche suonando utilizziamo tale modalità per cui continuiamo a produrre un "suono parlato" o che potremmo anche definire un "suono verbalizzato". Viceversa, l'interazione con una o più voci facilita e amplifica la gamma di suoni condivisi: questo processo costruttivo porta ad un processo creativo. Il suono vocale è di per sé creativo e favorisce un movimento comunicativo circolare.

In genere ciò che si constata nei primi passi in un percorso vocale è un cliché mentale: la voce viene considerata liberazione, urlo, sfogo e chi più ne ha, più ne metta. E proprio per tale connotazione, la si teme. Da un lato la voce è anche questo: non solo! La riduzione della voce a pochi elementi ci restituisce una

scarsa conoscenza della vocalità stessa e inoltre ci trasmette il bisogno espressivo dell'essere incasellato in una serie di stereotipi. Per tali ragioni e non solo per tali, i primi passi dello studente in musicoterapia a volte sono cauti. Le varie proposte di brevi esperienze, generalmente vengono vissute con un più o

meno accentuato timore e altre volte con assoluta impermeabilità e inflessibilità con suoni forti che lasciano poco spazio all'ascolto e presentano piuttosto una prevaricazione rispetto al prossimo. A volte si passa da un'esperienza all'altra senza tante parole: fare, fare, fare diventa essenziale. Il fare è l'esperienza di tutti i giorni: fare per produrre, fare per lavorare, fare per esistere, ecc. E quindi anche all'interno di un percorso musicoterapico si riporta la stessa modalità. Altre volte ancora, le esperienze vengono vissute con curiosità. Alla fine delle esperienze le verbalizzazioni diventano infinite e a fianco di questa produzione verbale, è presente una richiesta di conoscenza. Il concetto è il seguente: "bisogna conoscere tutto e subito" ovvero si desidera ardentemente impossessarsi di una tecnica vocale capace di far "resuscitare" la persona che si sottopone alla musicoterapia, che in genere viene definita "paziente".

Ciò che ci interessa a livello musicoterapico è che, nonostante i vari impedimenti mentali, nella produzione d'insieme si presentano dei suoni condivisi che nella loro semplicità e profondità conducono ad un processo di ascolto e conseguentemente di scambio. Via via nel corso delle esperienze ogni partecipante può permettersi di percepire la propria voce e la voce degli altri. In termini sonori, significa entrare in una temporalità diversa ovvero entrare nei tempi della propria vocalità. Poter percepire i propri tempi permette di poter considerare i tempi altrui. Dando spazio e respiro alla propria persona, si può iniziare a respirare insieme.

Per quanto riguarda la temporalità, la voce è un mezzo molto veloce e preciso: in pochi

## La voce in pochi istanti favorisce un ascolto totale della persona

istanti favorisce un ascolto totale della persona. Dovendo tradurre a parole ciò che la voce esprime in pochi istanti, impiegheremmo molto tempo e sicuramente diverse sfumature andrebbero perse. Per cui sono sempre più propensa a considerare la vocalità in musicoterapia un linguaggio a sé: un codice.

Procedendo nell'esperienza dello studente e proprio grazie agli sviluppi e all'ascolto avvenuti in questi anni di esperienze, sono giunta a sintetizzare l'evoluzione dei gruppi in formazione musicoterapica attraverso delle fasi identificative che in generale caratterizzano il percorso.

Di seguito vengono enunciate le diverse fasi:

- Fase esplorativa (la voce esiste)
- Fase autovalutativa
- Fase di gioco (avere una voce)
- Fase post partum
- Fase del Sé collettivo / fase del Sé universale (essere voce)

Nelle prime due fasi si riscontrano suoni che variano dal verbale o pseudo verbale (domanda/risposta) a suoni regressivi. Questi ultimi sono i primi suoni veramente condivisi, ossia sono dei codici sonori già vissuti, che nell'improvvisazione vengono rivissuti e scambiati fra i partecipanti. Proprio da questi suoni si avvia uno scambio proficuo. I suoni vanno dalle pernacchie, alle ninnananne, ai versi di animali, ecc. Queste espressioni rappresentano pure le prime forme ludiche di interazione fra i componenti, consentendo al singolo partecipante di percepirsi nel marasma di suoni del gruppo. Nel primo periodo, si potrebbe dire che "la voce esiste" ovvero il gruppo si trova all'inizio di un percorso di consapevolezza dove attraverso la sperimentazione e lo scambio inizia a percepire le qualità della vocalità.

Sempre in queste prime fasi, si esprimono sensazioni, emozioni e alcuni partecipanti riportano delle immagini. In altri termini, il suono vocale inizia ad essere inteso con altri

sensi e quindi il gruppo si apre ad un altro tipo di sensibilità. La voce è corpo e il corpo è voce. E proprio dalla corporeità che prende l'avvio una coscienza del suono.

Dato che l'essere è suono, è bene che lo studente in musicoterapia possa riprendersi ciò che per varie ragioni ha dimenticato o ha messo da parte.

In queste prime fasi del percorso è possibile ascoltare delle sonorità particolari che in seguito condurranno ad una maggior coesione del gruppo.

Nel momento in cui il gruppo inizia a giocare con il suono, viene meno una modalità verbale (domanda/risposta): i partecipanti si sentono "gruppo". Le voci e la voce del gruppo si manifestano in una gamma variegata di suoni per altezze, intensità, timbri e durate. Contemporaneamente si percepisce un disegno comune. Ora è il gruppo stesso, quale entità, a "mettersi in gioco" e si percepiscono forte coesione e contatto. Le verbalizzazioni sono ricche di contenuti e meno di domande e richieste. Ciascun partecipante incomincia a prendere coscienza della voce e della vocalità.

Questo percorso potrebbe dirsi concluso a questo punto visto che il gruppo raggiunge un buon livello di ascolto, di interazione, di comunicazione (i partecipanti vorrebbero produrre un CD!).

Tale momento culminante si può far corrispondere alla coscienza di avere una voce. In questa fase la voce si sta esprimendo anche grazie all'interazione con il gruppo. C'è una buona sintonizzazione, c'è armonia, energia, gioco nel vero senso della parola. Eppure a questo momento seguono espressioni poco felici (fase post partum). Gli incontri successivi ripresentano sonorità simili alla "fase felice" vissuta precedentemente e nel contempo l'espressione è di totale ricerca. Spesso si tenta di riprodurre la stessa energia delle espressioni precedenti, con scarsi risultati. È una produzione vacillante, senza una direzione precisa. Si tratta di una fase molto importante: in seguito alla fase creativa, è la voce stessa a

## La voce è corpo e il corpo è voce

restituire una risposta a quanto vissuto dal gruppo. La frustrazione, il senso di vuoto, l'indignazione vengono eliminati da sonorità nuove ed estremamente chiare. Ogni partecipante ritrova se

stesso all'interno del gruppo e ciascun partecipante contribuisce a creare una

rinnovata forma vocale. La vocalità e il canto risultano liberi, liberi da schemi sonori, ritmi codificati, estetismi consolidati, in costante creazione e mutazione. Alla base si percepisce un ascolto costante e stabile. Per questo motivo si può parlare di coscienza del sé universale. In seguito a questo nuovo tipo di espressione le persone generalmente rimangono in silenzio: la parola lascia spazio al suono, alla percezione: suono e percezione "parlano" al suo posto. A questo punto "l'essere è voce". E a questo livello il suono si dispiega, si libra. Per questo motivo è necessario un percorso vocale all'interno della formazione in musicoterapia: conoscere la voce e la vocalità favorisce la comprensione della comunicazione sonora e parallelamente facilita la percezione del suono strumentale.

Nel percorso vengono trattati e soprattutto vissuti argomenti riguardanti il silenzio, la postura, il movimento corporeo in relazione al movimento sonoro, la respirazione, la fiducia (in se stessi e nell'altra persona), il contatto sonoro, l'identità vocale, l'empatia, la sintonizzazione, l'estetica, la presenza, il rispetto, ecc. Seguire un percorso vocale significa ritrovare la semplicità del suono in quanto il suono è semplice. Il percorso fin qui descritto si potrebbe paragonare ad un sistema molecolare di scambio in continua evoluzione ed espansione. La voce di ciascun partecipante favorisce la comprensione di che cosa significhi "stare NEL gruppo" piuttosto che "stare IN gruppo". Inoltre utilizzare la voce comporta una "metabolizzazione" del suono vocale per cui la nostra sonorità ha bisogno d'essere ascoltata più e più volte per essere accolta al 100%. Chi è musicista sa bene quanto ci si eserciti con il proprio strumento, eppure nel momento in cui

abbandoniamo ogni velleità, si materializza quel suono che stavamo cercando da chissà quanto tempo. È proprio su quell'attimo che desidero soffermarmi: quell'istante che può corrispondere ad un punto sonoro fondamentale nella comunicazione e che favorisce un cambiamento nel processo musicoterapico: quell'istante è frutto dell'essere suono. Quando due o più essere sonori si riconoscono nella loro presenza, semplicità ed essenza, allora avviene un cambiamento.

## Bibliografia

- **Anolli L., Ciceri R.**  
*La voce delle emozioni*, Franco Angeli, Milano, 1997.
- **Assagioli R.**  
*L'atto di volontà*, Astrolabio, Roma 1977.
- **Barraqué P.**  
*La voce che guarisce*, Il punto di incontro, Vicenza, 1999.
- **Bion W.R.**  
*Esperienze nei gruppi*, Armando, Roma, 1971.
- **Linklater K.**  
*La voce naturale*, Elliot, Roma, 2006.
- **Lecourt E.**  
*Analisi di gruppo e musicoterapia*, Cittadella, Assisi, 1996.
- **Pigozzi L.**  
*A nuda voce*, Antigone Edizioni, 2008.
- **Pigozzi L.**  
*Voci smarrite*, Antigone Edizioni, 2011.
- **Rohmert G.**  
*Il cantante in cammino verso il suono. Leggi e processi di autoregolazione nella voce del cantante*, Diastema libri, Treviso, 1995.
- **Scardovelli M.**  
*Il dialogo sonoro*, Cappelli, Bologna, 1992.
- **Tomatis A.**  
*L'orecchio e la voce*, Baldini & Castoldi, Milano, 1993.
- **Watzlavick P.**  
*Il linguaggio del cambiamento. Elementi di comunicazione terapeutica*, Feltrinelli, Milano, 1980.
- **Videsott M., Sartori E.**  
*La voce in musicoterapia*, Cosmopolis, Torino, 2008.
- **Werbeck-Svardstrom V.**  
*La scuola del disvelamento della voce*, Filadelfia Editore, Milano, 2010.
- **Wilfart S.**  
*Il canto dell'essere*, Servitium Editrice, Milano, 1994.



## IL NUCLEO AL CENTRO, AL CENTRO DEL NUCLEO

Silvia Cornara, Mara Colombo,  
Ivano Pajoro, Ivana Santi \*

*In this article we describe the music therapy project carried out in an Alzheimer unit.*

*Particularly we explore the group activity, realized through the shared-singing experience accompanied by the guitar. At the end of every session we filled in a form, so as to record important information to evaluate the experience. The analysis of the data obtained highlights that music helped to draw the attention of the people and to reduce some behavioural disease.*

Da alcuni anni collaboro con l'Istituto Geriatrico e Riabilitativo "G. e C. Frisia" di Merate degli Istituti Milanesi Martinitt e Stelline e Pio Albergo Trivulzio come consulente per le attività di musicoterapia.

In stretta collaborazione con gli operatori del Settore Animazione sono stati realizzati alcuni interventi in vari reparti della struttura, la quale è suddivisa in Residenze per anziani, Nucleo Alzheimer (NA) e Reparto riabilitativo.

L'arrivo della Dott.ssa Ivana Santi nel 2011 in qualità di Direttore Medico ha permesso di riflettere nuovamente su quanto realizzato in precedenza, mentre per la prima volta ci veniva chiesto di mettere al centro dell'attenzione il Nucleo Alzheimer.

Il titolo dato al progetto, "IL NUCLEO AL CENTRO, al centro del nucleo", è in realtà il risultato del progetto stesso. Difatti, per mettere il nucleo al centro della programmazione è stato utile e necessario entrare al centro del nucleo, viverlo in varie sfaccettature, a volte subirlo. Da qui un percorso di ascolto e conoscenza in cui cercare di capire se, come e dove intervenire.

### DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO

Il progetto ha visto la realizzazione di 20 incontri, così suddivisi:

- a) Aprile 2013: 2 incontri di programmazione insieme agli operatori del servizio di animazione;
- b) Maggio - Luglio 2013: realizzazione del progetto all'interno di 17 mezze giornate, in cui sono stati effettuati:
  - 7 incontri presso il salone del NA (di

- solito la mattina dalle 10.00 alle 11.30)
  - 9 incontri presso le camere degli ospiti (nel pomeriggio dalle 14.00 alle 15.30)
  - 1 incontro di verifica intermedia con l'équipe del NA
  - 2 incontri formativi e di confronto con il personale (pomeriggio dalle 14.00 alle 15.00)
- c) Luglio 2013: 1 incontro di verifica finale con il servizio di animazione

Gli strumenti utilizzati per la valutazione sono stati:

- confronto costante con gli educatori prima, durante e al termine di ogni incontro;
- due griglie di documentazione e rilevazione dei dati: una per gli interventi in camera e una per gli interventi presso il salone;
- videoregistrazioni degli incontri di gruppo;
- incontri di équipe per una verifica intermedia e finale del percorso.

Come si vede dalla sintetica descrizione del percorso realizzato, l'intervento ha comportato un lavoro su tre fronti distinti: divenire il centro di attrazione del gruppo di ospiti con interventi presso il salone, dedicarsi ad alcune situazioni particolari negli incontri individuali presso le camere degli ospiti, stimolare gli operatori a una presenza più attenta e rispettosa tramite due momenti formativi. Un percorso dagli ospiti agli operatori, per poter tornare (forse) agli ospiti stessi.

L'osservazione e l'ascolto del Nucleo in quanto realtà complessa e sistema dinamico ha difatti fatto emergere alcune situazioni critiche, in cui provare a stare e introdurre proposte di cambiamento: il vissuto di caos, frammentazione e disgregazione del gruppo di ospiti con alcune manifestazioni comportamentali di difficile gestione quali il wandering, l'affaccendamento, la continua richiesta di assistenza; la presenza in reparto di persone particolarmente compromesse e difficilmente contattabili o manifestanti malessere e disagio; le difficoltà e il senso di inadeguatezza degli operatori, molti dei quali al loro primo approccio con pazienti Alzheimer.

In sintesi, visto il breve periodo e il numero limitato di incontri realizzati, si può parlare di un percorso di osservazione, attraverso il quale (ri-)comporre il quadro complessivo del Nucleo, cercando di individuare i fattori fonte di disarmonia.

Va detto che tutto ciò che è stato realizzato ha manifestato potenzialità positive: in tutti i tipi di percorsi si sono intraviste possibili traiettorie di sviluppo, traiettorie che per dare frutto necessitano di una progettualità a più ampio respiro. La musicoterapia lavora, come tutti gli interventi a stampo relazionale, nel tempo e col tempo, gli effetti si sedimentano grazie alla disponibilità al confronto e al lasciarsi modificare.

In questo articolo vorremmo porre in modo specifico l'attenzione all'attività di gruppo svolta presso il salone, commentando anche i dati raccolti tramite la griglia appositamente studiata.

#### **INCONTRI DI GRUPPO PRESSO IL SALONE: IL "CORO FLUTTUANTE"**

*Ci sono quelli che ascoltano, che arrivano e si mettono per tutto il tempo accanto a me, o di fronte, toccandomi. Ci sono sempre quelli che piangono. Ci sono quelli che ballano, e quelli che si uniscono agli altri - per le operette o per le canzoni di Sinatra (e per i Lieder in tedesco!). Ci sono persone disturbate che si calmano, e persone silenziose che tirano fuori la voce, persone "congelate" che si mettono a battere il tempo. Questa gente non sa dove si trova, ma mi riconosce immediatamente: io sono la "signora che canta".*

(Sachs, 2008)

Pensare, a livello musicoterapico, ad incontri di gruppo, tanto più che si tratta di un grande gruppo (17-20 persone), rivolti a persone affette dalla malattia di Alzheimer è, per così dire, una contraddizione, se non un vero e proprio paradosso.

Se l'intento principale dell'intervento musicoterapico è quello di individuare le peculiarità di ogni persona e cercare di promuoverne il

benessere, tramite un processo di sintonizzazione che miri al raggiungimento di una armonizzazione ed integrazione della identità della persona (Postacchini, Ricciotti, Borghesi, 2000), è necessario che la sua attuazione avvenga in un contesto individuale quando le condizioni della persona a cui è rivolto sono tali da richiedere

una elevata attenzione e personalizzazione dell'approccio. Questo è il caso, ad esempio, delle persone affette da demenza. In tale contesto, inoltre, perché un intervento abbia senso e un qualche effetto, è di solito previsto un percorso intenso in termini di frequenza (almeno 2 incontri alla settimana) e a lunga durata, permettendo così una conoscenza sempre più approfondita della persona e l'affinamento delle modalità relazionali e delle strategie musicoterapiche più idonee. Se l'intervento in salone non può essere definito in senso stretto musicoterapia, la sua realizzazione ha visto la messa in campo di alcune competenze musicoterapiche:

- una modalità di osservazione attenta ai parametri sonori e comportamentali delle persone presenti, nel singolo incontro e confrontando vari incontri;
- la capacità di modulare i vari incontri in base alle informazioni desunte dall'osservazione e alla conoscenza sempre più ricca delle persone;
- la rilevazione e documentazione degli incontri tramite appositi strumenti.

Questo ha significato, a livello operativo, che la musicoterapista non ha basato il proprio intervento su un programma prestabilito, ma ha costruito nel "qui ed ora" di ogni incontro il percorso musicale da condividere con i partecipanti.

Attraverso una modalità semplice (canto di canzoni in gruppo accompagnati dalla chitarra) si è cercato di perseguire degli intenti ambiziosi:

- favorire un'esperienza di gruppo e quindi di condivisione, all'interno di un clima disteso e fonte di piacere;

### **Il concetto stesso di setting ha assunto una diversa prospettiva**

- favorire l'espressione di sé, anche grazie al riconoscimento della propria identità. Si tratta infatti di esperienze spesso precluse a chi è intrappolato in un mondo frammentato

(all'interno) e poco decifrabile (all'esterno), da cui spesso ci si può solo difendere attraverso la fuga, l'isolamento, la com-

pulsione o l'aggressività.

Possono queste persone riuscire a con-dividere uno spazio-tempo e trarre piacere da ciò? L'esperimento (perché di ciò si è trattato) fatto con la musica ed in particolare con il canto corale sembra rispondere affermativamente a questa domanda.

Ad ogni incontro hanno partecipato molti ospiti del nucleo, sia chi era già presente in salone e ha convogliato la propria attenzione verso l'attività, sia chi si trovava in camera o in corridoio ed è stato attirato verso e dalla musica. Difatti, il concetto stesso di setting ha assunto una diversa prospettiva: non un contenitore in cui inserire le persone, bensì un contenitore da costruire intorno alle persone presenti. È una forma spazio-temporale che acquista senso con il procedere dell'attività, è un gruppo che si costruisce e si modifica in base alle risposte delle persone coinvolte. Le persone vengono fatte parte del gruppo, posizionate ed orientate all'interno del salone man mano che la loro attenzione viene attratta dalla musica e tenendo presente le preferenze di ognuno.

Per garantire la buona riuscita degli incontri sono stati applicati alcuni accorgimenti:

- chiudere una delle due porte del salone, lasciando aperta quella meno interessata dal passaggio di persone nel corridoio esterno, così da assicurare un luogo più protetto, meno disturbato e contemporaneamente lasciare una via di passaggio possibile;
- evitare di inserire nel gruppo persone troppo disturbate e disturbanti, in quanto impossibilitate ad aderire e a godere dell'attività in corso, bensì bisognose di una continua attenzione attraverso richieste verbali.

## ANALISI DEI DATI RACCOLTI

Ogni incontro ha avuto la durata di un'ora e mezza. Dopo un momento iniziale di saluto alle persone presenti in salone e di invito a quelle poste in corridoio, si iniziava a cantare alcune canzoni del repertorio popolare e di musica leggera, con l'accompagnamento della chitarra. Oltre alla musicoterapista, era presen-

te un educatore del servizio animazione. Al termine di ogni incontro veniva compilata la griglia di osservazione di seguito riportata. Si tratta di uno strumento semplice, di facile e veloce compilazione, che permette di registrare alcune informazioni utili per una valutazione dell'attività svolta.

Nome	Mobilità				Canta	Muove a tempo mani/piedi	Parla tra sé	Interazione		Richieste	Contatto visivo	Si isola	Viene portato fuori
	Fermo	Si muove nello spazio	Va e viene	Va via				Animatore	Ospiti				

Nella prima colonna sono predisposti i nominativi di tutti gli ospiti presenti presso il Nucleo Alzheimer, in quelle successive vengono selezionate con una X le variabili che corrispondono ai comportamenti messi in atto durante l'incontro. In fase di elaborazione dei dati è stato attribuito il valore di 1 ad ogni variabile selezionata.

Innanzitutto, vi sono 4 colonne relative alla "mobilità", ossia al comportamento della persona nello spazio:

- "fermo": la persona mantiene la stessa posizione per tutto l'incontro;
- "si muove nello spazio": la persona si muove nello spazio, ma rimane all'interno del salone;
- "va e viene": la persona entra ed esce dal salone;

- "va via": la persona esce dal salone e non rientra più.

Si è cercato di registrare l'atteggiamento prevalente dei partecipanti e quando è capitato che alcune persone mettessero in atto due differenti comportamenti nello stesso incontro, è stato assegnato un punteggio di 0,5 alle due opzioni. Nel caso in cui una persona abbandonando l'attività è stato assegnato un punteggio pieno a questa variabile.

Seguono alcune variabili relative a possibili manifestazioni della persona che registrino una sua attivazione: "canta", "muove a tempo mani/piedi", "parla tra sé". Non si tratta di opzioni reciprocamente escludentesi, quindi in uno stesso incontro è possibile che vengano selezionate più variabili. Le prime due ci parlano di un collegamento della persona allo

stimolo musicale, la terza ci dice di una sua attivazione, che non è però sempre di facile lettura.

Le variabili successive riguardano, invece, alcuni aspetti relazionali: la persona interagisce con gli animatori (musicoterapista e/o educatore) e/o con altri ospiti, fa richieste di brani da eseguire, mantiene il contatto visivo con la musicoterapista oppure si isola. Anche in questo caso si tratta di variabili che possono essere compresenti. Nel caso in cui una persona alterni il contatto all'isolamento è stato assegnato un punteggio di 0,5 alle due opzioni.

Infine, l'ultima voce riguarda la necessità di portare fuori dal salone le persone che manifestino disagio nel rimanere nell'attività o attuino comportamenti particolarmente disturbanti.

La tabella successiva riguarda la sintesi delle griglie compilate nei vari incontri: nella prima colonna (N.) viene indicato il numero di incontro, la seconda (presenze) registra il numero totale di persone coinvolte, in quelle successive sono riportati nella riga superiore la sommatoria delle opzioni selezionate e in quella inferiore la loro percentuale rispetto al totale.

Si noti la sostanziale differenza tra il 5° incontro e tutti gli altri rispetto al numero di persone coinvolte. Va detto che questo incontro è stato realizzato nel primo pomeriggio anziché alla mattina. Per una serie di motivi, infatti la musicoterapista ha avuto l'occasione di fermarsi presso il salone, realizzando un incontro non previsto nel programma originario. Vista la particolarità della situazione, i dati di questo incontro sono solo parzialmente confrontabili.

N.	Presenze	Mobilità				Canta	Muove a tempo mani/piedi	Parla tra sé	Interazione		Richieste	Contatto visivo	Si isola	Viene portato fuori
		Fermo	Si muove nello spazio	Va e viene	Va via				Animatore	Ospiti				
1	20 %	11 55	6,5 32,5	2,5 12,5	5 25	7 35	9 45	9 45	18 90	6 30	2 10	13 65	3 15	0 0
2	19 %	14,5 76,32	2,5 13,16	2 10,53	1 5,26	10 52,63	2 10,53	1 5,26	10 52,63	5 26,32	2 10,53	16 84,21	1 5,26	0 0,00
3	18 %	13,5 75	1,5 8,33	3 16,67	0 0,00	14 77,78	4 22,22	4 22,22	15 83,33	4 22,22	2 11,11	15,5 86,11	2,5 13,89	1 5,56
4	19 %	16 84,21	0 0,00	2 10,53	1 5,26	16 84,21	5 26,32	1 5,26	11 57,89	7 36,84	2 10,53	16 84,21	1 5,26	1 5,26
5	9 %	6 66,67	1 11,11	2 22,22	0 0,00	6 66,67	2 22,22	2 22,22	7 77,78	4 44,44	0 0,00	8 88,89	1 11,11	0 0,00
6	17 %	14,5 85,3	1,5 8,8	0 0,00	1 5,9	12 70,6	1 5,9	2 11,8	14 82,4	4 23,5	0 0,00	16 94,1	0 0,00	0 0,00
7	17 %	15 88,24	1 5,88	1 5,88	0 0,00	13 76,47	6 35,29	2 11,76	14 82,35	7 41,18	0 0,00	15 88,24	2 11,76	0 0,00

I dati ci permettono di fare alcune considerazioni rispetto alle varie sezioni. Innanzitutto, rispetto alla "mobilità", si vede che la maggior parte delle persone rimangono in salone, mantenendo la stessa posizione o muovendosi nello spazio. Le percentuali

migliorano già a partire dal secondo incontro, mantenendosi poi su valori elevati. Con il procedere degli incontri si è registrato, inoltre, un minore spostamento, soprattutto all'interno della stanza, mentre sono rimasti abbastanza stabili gli spostamenti di entrata/uscita dalla

stanza. Solo in due occasioni è stato necessario accompagnare la stessa signora al di fuori del salone.

Le variabili successive ci permettono di dire che molte delle persone presenti partecipano attivamente agli incontri (con il canto e/o il movimento ritmico). In particolare, il canto è risultato il comportamento prevalente ed anch'esso ha avuto un andamento crescente nella successione degli incontri. Meno presente e con un andamento altalenante il muovere a tempo mani/piedi.

Inoltre, il canto è risultato un terreno molto efficace per stimolare ed agevolare l'interazione tra alcuni ospiti. Interazione rimasta in una percentuale limitata, a differenza di quella con la musicoterapista, che ha mantenuto livelli elevati, sotto forma sia di vera e propria interazione sia di contatto visivo. Infatti, sono risultate molto poche le persone che si sono isolate, non partecipando in alcun modo all'attività.

### CONSIDERAZIONI E RIFLESSIONI

Si sa che i sintomi comportamentali e, tra questi, quelli legati al movimento sono presenti in molte persone affette da demenza, risultando spesso molto problematici e di difficile gestione.

Le persone sono "intrappolate" in un fare e in un andare continuo, forse come strumenti rimasti a loro disposizione nella ricerca di un ordine, di un senso, di una condivisione. Una ricerca, però, che è poco intellegibile a chi cerca di prendersi cura di queste persone e che diviene, così, fonte di ulteriore disorientamento e malessere.

Nella nostra breve esperienza abbiamo potuto constatare che una riduzione a livello dei movimenti nello spazio è coincisa con l'incremento della partecipazione attiva e dell'interazione. Le energie, non più spese nella ricerca di un luogo "altro" (un luogo irraggiungibile, perché inesistente in realtà), sono state utilizzate per stare insieme nella stessa esperienza, un'esperienza quindi di condivisione e di partecipazione, dinamiche, queste, presenti lungo tutto l'arco di vita delle persone e da

esse ricercate come fonte di benessere.

Il fatto che durante l'intero percorso vi siano punteggi elevati rispetto all'interazione con gli animatori e al contatto visivo con la musicoterapista, ci può far riflettere sulla necessità di un approccio attento alle caratteristiche delle persone che soffrono di demenza, per permettere di costruire un contesto facilitante la relazione e l'incontro, oltre che rassicurante per i partecipanti.

Da questo punto di vista, lo stimolo musicale pare molto efficace, permettendo di "accedere" e "accendere" le persone che ne entrano in contatto.

Oliver Sachs nel testo "Musicofilia" (2008) afferma che "la risposta alla musica si conserva anche quando la demenza è molto avanzata". Difatti, in un altro passaggio scrive che "c'è una straordinaria robustezza della base neurale della musica" e che "la risposta emozionale alla musica (già le emozioni hanno basi cerebrali arcaiche e basilari) sembra essere diffusa e probabilmente non è solo corticale, ma anche sottocorticale".

Inoltre, uno studio (Janata, 2009) riporta una importante scoperta: un centro di raccolta neurale nel quale vengono associate musiche o canzoni ad eventi o ricordi significativi. Un'area in cui ricordi, musiche ed emozioni sono vicine ed associate. Non appena sentiamo una vecchia canzone, legata ad un episodio importante del nostro passato, essa fa risuonare in noi il ricordo di quell'evento e risveglia le stesse emozioni che provammo allora. Questo snodo neurale è locato nella corteccia mediale prefrontale e crea un collegamento tra la corteccia uditiva e la memoria. Poiché quest'area è una delle ultime a venir danneggiate dal morbo di Alzheimer, lo studio, suggerisce che la musica potrebbe risvegliare in soggetti con demenza senile flebili barlumi di memoria (Raglio, Manarolo, Villan, 2001).

La musica diviene quindi un mezzo facilitante per e all'interno di una relazione facilitante, in cui, almeno per un po', possano trovare cittadinanza e appartenenza queste persone, esuli dalla propria identità.

## Bibliografia

### ■ Aldridge D.

*La musicoterapia nella ricerca e nella pratica*, Ismez, Roma, 2001.

### ■ Bonanomi C.

*Il simbolismo sonoro in musicoterapia*. In Borghesi M., Garcia M.E., Scardovelli M. (a cura di), Assisi 2000: musicoterapia a confronto, P.C.C., Assisi.

### ■ Cornara S.

*La comunicazione non verbale*, La Balise, Quaderno di idee e pratiche sociali di AVC-CSV Como, n. 7 2/2008, "Disabilità. Percorsi alterabili", Laria.

### ■ Disoteco M.

*I suoni della memoria*, Meltemi, Roma, 2003.

### ■ Janata P.

*The Neural Architecture of Music-Evoked Autobiographical Memories*, Cerebral Cortex November 2009; 19:2579-2594.

### ■ Porzionato G.

*Malattia di Alzheimer e terapia musicale*, in M&T 1, Cosmopolis, Torino, 2000.

### ■ Postacchini P.L., Ricciotti A., Borghesi M.

*Musicoterapia*, Carocci, Roma, 2000.

### ■ Raglio A., Manarolo G., Villani D.

*Musicoterapia e malattia di Alzheimer*, Cosmopolis, Torino, 2001.

### ■ Borlengo S., Manarolo G., Marconcini G., Tamagone L.

*La condivisione degli stati della mente: una possibile lettura dell'interazione musicoterapica nella grave disabilità*, M&T 14, Cosmopolis, Torino, 2006.

### ■ Sachs O.

*Musicofilia*, Adelphi, Milano, 2008.

\* **Dott.ssa Silvia Cornara**: psicologa, musicoterapeuta  
Centro Artiterapie - Cooperativa sociale La Linea dell'arco di Lecco  
**Sig.ra Mara Colombo**: Animatrice Sociale/Educatrice Professionale  
Istituto Geriatrico e Riabilitativo "G. e C. Frisia", Via Don Gnocchi 4, 23807 Merate (LC)  
**Sig. Ivano Pajoro**: Animatore Sociale/Educatore Professionale  
Istituto Geriatrico e Riabilitativo "G. e C. Frisia", Via Don Gnocchi 4, 23807 Merate (LC)  
**Dott.ssa Ivana Santi**: Direttore UOC Spec. in Geriatria e Gerontologia  
Istituto Geriatrico e Riabilitativo "G. e C. Frisia", Via Don Gnocchi 4, 23807 Merate (LC)



# “IL FILO SONORO” MUSICOTERAPIA PREVENTIVA IN GRAVIDANZA E POST-NASCITA

Elisa Baratelli, musicoterapista, infermiera professionale, Genova

*This article is about the music therapy project “The wire sound” made at a Family Counseling public Asl 3, inside the “birth path” and aims to accompany motherhood with its lights and shadows in a holistic manner, in particular, pursued the following objectives:*

- to promote communication between the mother and the fetus
- support pregnant women to use the channel-rhythmic sound in communication with your child
- support future fathers in our efforts and strengthen the role of the latter within the mother-child from the point of view of sound-music both from the perspective of relational

Questo articolo riguarda il progetto di musicoterapia “Il filo sonoro” realizzato presso un Consultorio Familiare pubblico della Asl 3 genovese, all’interno del “percorso nascita”.

Nel 2010 chiesi l’autorizzazione formale all’allora primario Dott.ssa Angela Grondona di poter svolgere il mio tirocinio, come futura musicoterapista, all’interno dei corsi di preparazione alla nascita che venivano organizzati nella struttura presso la quale lavoravo e lavoro attualmente come infermiera professionale.

Già inserita nell’organico dei corsi di preparazione alla nascita, innamorata del mio lavoro, della dimensione della maternità con le sue luci ed ombre e convinta dell’importanza di accompagnare la donna in maniera completa e olistica, ho deciso di indirizzare tutto il mio futuro di musicoterapista al ruolo preventivo della musica in ambito pre e post natale.

Prima di addentrarmi nel cuore del mio lavoro credo sia necessario approfondire due elementi:

- la storia, l’evoluzione, lo scopo dei consultori familiari
- il concetto di prevenzione primaria e l’importanza che questa ricopre nel mio lavoro presso il Consultorio Familiare

## **COSA SONO I CONSULTORI FAMILIARI**

“I Consultori Familiari, in Italia, sono strutture sanitarie istituite con la legge 29 luglio 1975

n° 405 allo scopo di intervenire in sostegno della famiglia o al singolo che ne faccia richiesta. È un servizio gestito ed organizzato dalle regioni italiane, fornito istituzionalmente dalle Asl alle quali compete l’organizzazione finanziaria e gestionale, rientrante nelle prestazioni del Servizio sanitario nazionale.

## **FUNZIONI E SCOPO**

Nel 1975 la legge 405 istituisce i Consultori Familiari con lo scopo di assicurare:

- l’assistenza psicologica e sociale per la preparazione alla maternità e paternità responsabile e per i problemi di coppia e della famiglia, anche in ordine alla problematica minorile;
- la somministrazione dei mezzi necessari per conseguire le finalità liberamente scelte dalla coppia e dal singolo in ordine alla procreazione responsabile nel rispetto delle convinzioni etiche e dell’integrità fisica degli utenti;
- la tutela della salute della donna e del prodotto del concepimento;
- la divulgazione delle informazioni idonee e promuovere ovvero a prevenire la gravidanza, consigliando i metodi e farmaci più adatti a ciascun caso.

Inoltre la legge del 19 febbraio 2004, n° 40 in materia di procreazione medicalmente assistita, ha aggiunto come scopi:

La multidisciplinarietà delle aree di intervento del Consultorio Familiare ha la finalità di guardare alla persona in modo olistico

- l’informazione e l’assistenza riguardo ai problemi della sterilità e della infertilità umana, nonché alle tecniche di procreazione medicalmente assistita;
- l’informazione sulle procedure per l’adozione e l’affidamento familiare.

La multidisciplinarietà delle aree di intervento del Consultorio Familiare ha la finalità di guardare alla persona in modo olistico, al fine di promuovere la salute sessuale, riproduttiva e relazionale del singolo, della coppia e della famiglia e di garantire l’applicazione della legge 194/78 (interruzione volontaria di gravidanza) attraverso interventi socio-sanitari realizzati anche in collaborazione con Enti e Istituzioni locali, le Associazioni di volontariato, i coordinamenti aziendali di educazione alla salute” (tratto da Wikipedia).

## **LO SCOPO DEI CONSULTORI FAMILIARI**

Il nostro ruolo come operatori sanitari è quello di concentrare tutti gli sforzi e le competenze sul prevenire l’insorgenza di disagi e/o problemi siano essi di natura medica, psichica, fisica, sociale agendo attraverso l’aspetto educativo, l’accompagnamento, il sostegno, la cura. Il nostro primario, la dott.ssa Grondona, credeva fortemente a questo aspetto, riteneva basilare la prevenzione e la sosteneva con determinazione, professionalità, accoglienza, sensibilità e apertura mentale.



Quell'apertura mentale e professionale che mi ha consentito di far entrare in una struttura sanitaria la musica e la musicoterapia.

### MUSICOTERAPIA MATERNITÀ E PREVENZIONE

Per poter sviluppare il mio progetto ho fatto riferimento alla definizione di musicoterapia formulata da P.L. Postacchini (1991):

“La musicoterapia è una tecnica mediante la quale varie figure professionali facilitano l'attuazione di progetti d'integrazione spaziale, temporale e sociale dell'individuo, attraverso strategie di armonizzazione, per mezzo dell'impiego del parametro musicale. Tale armonizzazione viene perseguita con un lavoro di sintonizzazioni affettive, le quali sono possibili e facilitate grazie a strategie specifiche della comunicazione non verbale”.

Sempre Postacchini precisa come le qualità professionali del musicoterapista debbano comprendere “La competenza ed il rigore metodologico da un lato e dall'altro l'attitudine naturale all'amorevolezza, come quando si è intenti a creare un'opera d'arte. La competenza e l'amorevolezza uniti e utili per saper cogliere il senso profondo di una verità nascosta che sembra difficile da raggiungere, in alcuni casi solo possibile o potenziale”.

La musicoterapia per gestanti rappresenta una realtà complessa di intervento in quanto va a toccare varie dimensioni connesse al diventare madre: quella fisica, quella emotiva, quella relazionale.

La musicoterapia in gravidanza permette alla donna di sperimentarsi sia su di un piano concreto che simbolico, e di creare uno spazio sia mentale che fisico privilegiato per potersi ritagliare un momento intimo con il proprio bambino, al di fuori del dinamismo esasperato della nostra società che spesso invece di rinforzare il senso di forza e capacità della donna nel diventare ed essere madre ne rinforza il senso di inadeguatezza.

Il poter utilizzare la musica, gli strumenti, il proprio corpo offre alle gestanti la possibilità di creare una dimensione espressiva per poter manifestare i propri stati d'animo liberamente.

Permette alla donna di diventare “creatrice”, “cantrice”, artista della propria maternità grazie ad un setting musicoterapico che permette alla donna di confrontarsi con i suoni in maniera non convenzionale, liberatoria, spesso imperfetta e quindi smitizzando l'immagine della madre che tutto sa e tutto può, svincolandosi dal tanto diffuso concetto di maternità perfetta. Il contesto musicoterapico si fa carico delle emozioni, della loro espressione o non espressione. Non viene ricercata la perfezione musicale formale, viene invece sostenuta la ricerca e l'utilizzo delle proprie modalità musicali, sonore ed espressive. Un vero e proprio canale di auto-conoscenza che permetta di avvicinarsi alla successiva conoscenza del proprio bambino prima immaginato e percepito solo “internamente” poi concretizzato e tenuto fra le braccia.

L'incontro con altre donne che vivono la stessa dimensione permette spesso di uscire dall'isolamento e di condividere vissuti comuni.

L'obiettivo è quello di sostenere, accompagnare, fortificare la donna e favorire lo sviluppo di una successiva buona relazione madre-bambino.

Aver coinvolto nel progetto anche i futuri padri è stato importante e ha avuto come scopo quello di dare valore agli stessi, di aprire un canale di comunicazione sonoro-musicale capace di coinvolgere entrambi i futuri genitori e impegnarli, unirli nell'entrare in contatto con il proprio bambino, di aumentare l'affiatamento delle coppie intervenute e la loro intimità, di coinvolgere l'intera “famiglia” nel contesto musicoterapico per avvicinare le dinamiche della nuova futura relazione a tre.

### L'IMPORTANZA DEL LAVORO DI ÉQUIPE

Il lavoro intrapreso è stato collocato all'interno di un contesto di équipe e mai disgiunto da esso.

Le gestanti che hanno deciso di prendere parte a questo progetto sono arrivate all'interno del setting o inviate dall'ambulatorio ginecologico della struttura medesima o su richiesta volontaria, in quanto affascinate dal contesto musicale.

Mi sono avvalsa della collaborazione dell'allora psicologa borsista dedicata al percorso nascita con la quale ho collaborato attivamente, con entusiasmo e con la quale mi sono confrontata nello svolgimento del mio lavoro.

Sono stata costantemente supervisionata dalla responsabile del percorso nascita e dalla mia tutor esterna specializzata in musicoterapia pre e post nascita.

### IL PROGETTO

Il titolo del mio progetto è stato: “IL FILO SONORO: percorsi musicali in gravidanza e post nascita” che ho continuato ad attuare all'interno del Consultorio e che da poco tempo ho concluso.

### FINALITÀ E OBIETTIVI DEL PROGETTO

La finalità principale del mio lavoro è stata quella di concentrarmi sull'aspetto preventivo della musica in una fase delicata della vita di ogni donna: il diventare madre.

Lo scopo è stato quello di “accompagnare” le gestanti verso una migliore integrazione ed armonizzazione della propria persona utilizzando il canale sonoro-musicale, lavorando sulle emozioni e sull'affettività in un contesto di gruppo, al fine di far emergere, rielaborare e codificare le sensazioni ed emozioni scaturite all'interno del setting.

### OBIETTIVI DEL PROGETTO

Gli obiettivi sono stati stabiliti considerando la tipologia dell'utenza alla quale è stato rivolto il progetto: la futura mamma, la coppia, il bambino. Possiamo quindi parlare di obiettivi a breve termine ed obiettivi a lungo termine.

Gli obiettivi a breve termine sono legati ad effetti subito riscontrabili nel corso dello svolgimento degli incontri:

- creare un ambiente adatto alla libera espressione delle donne in gravidanza;
- rafforzare le gestanti nel proprio senso di identità;

## La finalità principale del mio lavoro è stata quella di concentrarmi sull'aspetto preventivo della musica

- proporre un percorso musicale idoneo alla preparazione fisica e psichica in vista del travaglio e del parto e successivamente del periodo post-nascita;

- favorire l'empowerment delle competenze e conoscenze delle gestanti;
- sostenere le donne in gravidanza nel processo di ricerca

- delle proprie radici sonoro-musicali;
- favorire l'ascolto profondo sia musicale che emotivo;
- agevolare e supportare il rilassamento e la distensione fisica (curando il setting, riducendo i fattori di disturbo, curando la privacy e utilizzando un contesto empatico);
- insegnare e condividere ninna nanne e filastrocche da poter poi utilizzare nel periodo post-nascita, approfondendo il contatto delle future madri con la propria vocalità;
- favorire la comunicazione fra la madre e il feto supportandola attraverso il contesto sonoro-musicale;
- supportare le gestanti nell'individuazione ed il riconoscimento del proprio tempo interiore e del proprio iso;
- “allenare” le gestanti ad utilizzare il canale ritmico-sonoro nella comunicazione con il proprio bambino;
- coinvolgere i futuri padri nel percorso intrapreso e rafforzare il ruolo di questi ultimi all'interno della diade madre-bambino sia dal punto di vista sonoro-musicale sia dal punto di vista relazionale.

Gli obiettivi a lungo termine sono quelli legati allo sviluppo di competenze ed acquisizioni che posso essere rilevate ed osservate dopo la nascita del bambino:

- rafforzare la gestante nella conoscenza di sé, della propria identità sonoro-musicale per poter usare quest'ultima efficacemente dopo la nascita del bambino;
- utilizzare un contesto sonoro-musicale al fine di poter osservare la relazione madre bambino nel post-nascita ed effettuare una

reale funzione preventiva nel caso di eventuale insorgenza di situazioni di difficoltà o anomalie nella relazione fra la madre e il suo bambino (depressioni post-partum, baby blues) o difficoltà all'interno del nuovo nucleo familiare creatosi (coppia e bambino appena nato);

- essere un sostegno alla donna nel processo (di conoscenza) del diventare madre;
- creare una rete e supporto utili nel sostenere le donne e la coppia sia nel periodo pre nascita che post-nascita;
- sviluppare un rapporto di fiducia con le donne al fine di poter agire in sinergia con le stesse durante tutto il percorso di presa in carico;
- fornire informazioni e sviluppare competenze solide e chiare da poter utilizzare a lungo termine nella relazione con il proprio bambino.

#### MODALITÀ

- Creazione di un gruppo e lavoro all'interno di un setting musicoterapico strutturato e studiato al fine di avviare e concludere un percorso di musicoterapia preventiva.

#### DESTINATARI

Gruppi di donne in gravidanza omogenee per epoca gestazionale aventi mostrato interesse e sensibilità verso questo approccio di preparazione alla nascita.

#### IMPOSTAZIONE METODOLOGICA

È stata articolata in più fasi:

- Invio: le partecipanti al progetto di musicoterapia preventiva sono giunte sia attraverso gli ambulatori di ginecologia del servizio consultoriale, sia con accesso diretto e spontaneo esprimendo interesse per il percorso e per le caratteristiche peculiari dell'attività proposta.
- Fase di valutazione: è stata necessaria per individuare caratteristiche globali e sonoro-musicali delle partecipanti in questione, al fine di individuare la presenza o assenza di criteri idonei a supportare la presa in carico

e pianificare un'ipotesi di intervento.

A tale scopo è stata distribuita ad ogni gestante una scheda di musicoterapia per raccogliere i dati necessari per valutare una possibile presa in carico nel gruppo da parte dell'operatrice.

- Procedura di presa in carico: realizzata attraverso un colloquio individuale per approfondire e precisare:
  - le motivazioni che giustificano la richiesta di partecipazione al corso
  - le finalità di questo particolare corso di preparazione alla nascita.

Dalla procedura di presa in carico ho potuto individuare i criteri per l'avvio del corso

- Studio delle partecipanti  
È stato necessario per raccogliere dati utili alla musicoterapia per valutare successivamente l'efficacia del progetto creato e si è articolato in diversi momenti:
  - il primo colloquio individuale con ogni partecipante;
  - l'osservazione delle partecipanti nel setting (ci si è avvalsi dell'osservazione diretta partecipe);
  - la raccolta del materiale sonoro-musicale di ogni partecipante attraverso la registrazione degli incontri, la raccolta di brani suggeriti dalle gestanti, ecc...;
  - l'analisi delle scelte musicali delle partecipanti al corso e le modalità di ascolto;
  - l'analisi delle modalità di improvvisazione sonoro-musicale;
  - l'analisi del comportamento delle partecipanti in risposta all'interazione sonoro-musicale formulata dalla musicoterapista.
- Formazione del gruppo e caratteristica degli incontri  
Gli incontri pianificati si sono svolti con cadenza settimanale e hanno avuto la durata di due ore ciascuno. Il setting è stato creato all'interno della stanza dedicata al percorso nascita.

Gli incontri sono continuati con la stessa cadenza e modalità fino alla nascita di tutti i bambini.

Il percorso nascita è continuato dopo la nascita dei bambini a cadenza settimanale fino al compimento del sesto mese di vita dei piccoli.

#### TEMPI

- Il Percorso è stato articolato in due tempi: periodo pre e post nascita.

La musicoterapia prenatale svolge un'azione preventiva nei confronti di disturbi nella relazione tra madre e bambino, potenziando il legame genitoriale, favorendo l'empowerment materno e proponendosi come sostegno all'unione familiare (ove possibile) in un periodo in cui la coppia si trasforma radicalmente. In questo modo la futura madre o i futuri genitori si preparano ad accogliere precocemente il bambino atteso, desiderato, pensato, vissuto che incomincia ad occupare uno "spazio" nella loro mente e nel loro cuore.

La musicoterapia post-natale si propone come strumento di osservazione e intervento all'interno della diade madre-bambino e ha come finalità la cura, il sostegno, l'approfondimento del legame materno e del linguaggio spontaneo musicale ed emotivo tra la madre e il suo bambino e/o tra la coppia e il bambino.

Attraverso il gioco musicale si può instaurare un dialogo istintivo costituito da suoni, ritmi, movimenti, vocalizzi, coccole che superando le barriere del linguaggio verbale permette di accedere al livello emotivo.

La madre e il padre stabiliscono i primi contatti con il proprio bambino durante l'ascolto di melodie rilassanti, cantando, ninnando, proponendo giochi musicali tratti dal patrimonio popolare italiano e straniero oppure inventando filastrocche e rime o suonando semplici strumenti adatti anche a bimbi molto piccoli.

Il contatto corporeo unito ai suoni delle voci familiari o sostenuto da strumenti aiutano a conoscersi, comunicare, apprendere.

## Bibliografia

### ■ Auditore A., Pasini F.

*Musicoterapia preventiva e profilassi della gravidanza e del puerperio*, Cosmopolis, M&T n. 8, Torino, 2003.

### ■ Auditore A., Pasini F.

*La musicoterapia pre-perinatale*, in Musica e Terapia, Manarolo G., Borghesi M, a cura di, Cosmopolis, Torino, 1997.

### ■ Citterio P.U.

*L'abbraccio sonoro in gravidanza*, Ed. Bonomi, Pavia, 2007.

### ■ Coluzzi R.

*Musicoterapia e gravidanza*, Ed. Il Minotauro, Roma, 2004.

### ■ Delalande F.

*La musica è un gioco da bambini*, Ed. Francoangeli, Milano, 1984.

### ■ Imberty M.

*La musica e il bambino*, da Enciclopedia della musica, Ed. Einaudi, Torino, 2002.

### ■ Imberty M.

*Il ruolo della voce materna nello sviluppo musicale del bambino*, Musica Domani n. 114, 2000.

### ■ Lecourt E.

*Analisi di gruppo e musicoterapia*, Ed. Cittadella, Assisi, 1993.

### ■ Manfredi P., Imbasciati A.

*Il feto ci ascolta e impara*, Ed. Borla, Roma, 2004.

### ■ Manarolo G.

*Manuale di musicoterapia*, Ed. Cosmopolis, Torino, 2006.

### ■ Maghella P.

*Corso di preparazione al parto*, Ed. Red, Milano, 2005.

### ■ Pallavicino A.Z.

*Nascere in musica*, Ed. Borla, Roma, 2002.

### ■ Pigozzi L.

*A nuda voce*, Ed. Antigone, Torino, 2008.

### ■ Postacchini P.L., Ricciotti A., Borghesi M.

*Lineamenti di musicoterapia*, Ed. Carocci, Roma, 1997.

## QUESTIONARI E STRUMENTI DI VALUTAZIONE

Nel mio lavoro mi sono avvalsa di diversi strumenti:

- schede di musicoterapia: distribuite alle gestanti prima dell'inizio del corso: utili a raccogliere dati anamnestici riguardanti la dimensione e l'identità sonoro-musicale di ogni gestante in vista di una corretta presa in carico di ogni donna e il successivo inserimento nel gruppo;
- schede di osservazione musicoterapica: utili a valutare diversi aspetti emersi nel corso di ogni incontro (rapporto di ogni gestante con il setting, l'espressione corporea, la relazione con la musicoterapista, l'improvvisazione e la relazione con gli strumenti, l'ascolto dei brani e la reazione agli stimoli sonori, osservazioni inerenti attività di altro tipo proposte);
- schede di musicoterapia utilizzate nel post-nascita: utili per raccogliere informazioni di natura anche medica inerenti il travaglio, il parto, l'inizio dell'allattamento, per raccogliere informazioni sull'utilizzo della dimensione sonoro-musicale alla nascita dei bambini da parte di ogni mamma, per raccogliere informazioni utili a segnalare una eventuale insorgenza di disturbi nella relazione madre-bambino, per monitorare la relazione sonoro-musicale di ogni mamma e stabilire una reale efficacia del percorso intrapreso nel pre-nascita con le partecipanti;
- questionari di valutazione del percorso musicale pre e post nascita distribuite alle donne in due momenti diversi: alla fine del percorso pre-nascita (dopo la nascita dei bambini) e alla fine del corso (in occasione della conclusione del cammino con le donne e i loro bambini). Sono stati utili per valutare l'efficacia del cammino intrapreso e per sostenere una eventuale continuazione del progetto creato all'interno del percorso nascita con la musicoterapia.

## CONCLUSIONI

Ho sempre pensato come donna, come musicoterapista, come operatore sanitario che esi-

## Segue Bibliografia

- **Relier J.P.**  
*Amarlo prima che nasca*, Ed. Le lettere, Firenze, 1998.
- **Righetti P.**  
*Gli effetti di ascoltare musica in gravidanza e nel travaglio di parto: descrizione di un'esperienza*, in *Musica e Terapia*, Manarolo G., Borghesi M., a cura di, Cosmopolis, Torino, 1997.
- **Righetti P.**  
*Elementi di psicologia prenatale*, Ed. Magi, Roma, 2003.
- **Scopesi A., Viterboni P.**  
*Psicologia della maternità*, Ed. Le bussole/Carocci, Roma, 2003.
- **Soifer R.**  
*Psicodinamica della gravidanza, parto, puerperio*, Ed. Borla, Roma, 1985.
- **Soldera G.**  
*Le emozioni della vita prenatale*, Macro edizioni, Diegaro di Cesena (FC), 2000.
- **Spaccaczocchi M.**  
*La musica e la pelle*, Ed. Francoangeli, Milano, 2004.
- **Stern D.**  
*Diario di un bambino*, Ed. Mondadori, Milano, 1991.
- **Stern D., Bruschiweiler Stern N.**  
*Nascita di una madre*, Ed. mondadori, Milano, 1999.
- **Tomatis A.**  
*Nove mesi in paradiso*, Ed. Ibis, Pavia, 2006.
- **Tomatis A.**  
*La notte uterina*, Ed. Red, Milano, 1996.
- **Videsott M., Sartori E.**  
*La voce in musicoterapia*, Ed. Cosmopolis, Torino, 2008.

sta un altro modo di avvicinarsi alla persona. La musica rappresenta un canale sottovalutato dalla medicina tradizionale. Spesso dove non arriva il farmaco e/o la parola può arrivare il non verbale e il suono. La musica appartiene a tutti gli esseri umani: fin dalla fase più precoce dell'esistenza siamo immersi in un bagno sonoro, una impronta che non viene cancellata al momento della nostra nascita ma che al contrario si arricchisce con lo sviluppo e l'evoluzione della persona.

Il tentativo di questo progetto è stato proprio quello di aprire una struttura sanitaria a una metodologia di supporto preventivo non convenzionale.

Ho avuto un buon riscontro e un buon indice

di efficacia. Il gradimento è stato elevato nonostante il rilievo di criticità (la scarsità del tempo che ho potuto dedicare di fronte all'interesse della donne, i limiti logistici e materiali, ecc...).

Continuo a credere fortemente in questo lavoro e ringrazio di cuore tutti coloro che mi hanno dato l'opportunità di toccare con mano, sperimentare, approfondire e verificare sul campo tutto ciò che ho studiato in questi anni. Una persona in particolare (che ci ha lasciato improvvisamente lo scorso agosto) vorrei ringraziare: la Dott.ssa Grondona.

La ringrazio dal profondo del cuore per l'apertura, la fiducia che mi ha offerto.



## IL PERTURBANTE MUSICALE QUANDO LA VOCE RESTITUISCE IL SENSO ALLA PAROLA

Egidio Freddi, musicoterapista, Università Cà Foscari, Venezia

*The human voice is the main neurobiological feature of verbal communication. Thanks to our voice we can speak, talk to others, express our feelings, emotions and communicate in interpersonal life. It assures meaning to social exchanges with the aid of non verbal language. In music therapy it gives fundamental information on the patient's emotional situation inside the setting. The voice is a revealing element of the temperature and quality of the work of the therapist and can offer ideas, hints, creative processes inside the musical activity.*

Questo contributo è stato presentato al Convegno: "La Voce Condivisa. L'Uso della Vocalità tra espressione Artistica e Finalità Terapeutica", tenutosi al Sermig di Torino il 9 Novembre 2013. La protagonista del convegno è stata la voce come componente innata neurobiologica dell'espressione umana, che abilita alla lingua dell'uomo, al linguaggio verbale, alla comunicazione linguistica, ma anche all'espressione sonoro-musicale profonda della persona. La voce restituisce il soffio vitale del respiro, del canto, e gli strumenti a fiato ne esaltano la componente pulsionale, l'aria fatta suono, melodia e linguaggio musicale.

Nella musicoterapia la voce ha un ruolo fondante perché riflette sia la dimensione irripetibile, personale dell'individualità, ma assume anche il segno dell'intersoggettività della relazione con l'altro da sé. La voce viene anche "ascoltata".

Nelle "pieghe" della voce infatti troviamo indicatori predittivi dello stato della persona, sia sul piano fisico, sia psicologico, di tensione-distensione, di stati emotivi. Sul piano psicodinamico l'analisi della tessitura vocale garantisce al terapeuta una porta di ingresso privilegiata allo stato interno del paziente, alla sua condizione. L'interpretazione del "detto", del parlato va ben oltre il mero significato linguistico e assume valore fondamentale nel trattamento delle psicoterapie e nella valutazione psicoanalitica. Bologna (1992) chiarisce:

"Il paziente non vede neppure in volto l'interprete; lo raggiunge solo l'eco della sua voce che fornisce l'interpretazione. E così è solo la voce del paziente che interessa all'analista, prima ancora delle parole".

Nella voce si manifestano tutti i segnali neurofisiologici che contraddistinguono lo stato del corpo e della mente nella sua complessità. Il contributo integrativo della voce nella competenza comunicativa è cruciale. Essa fornisce degli "indizi" e delle chiavi di lettura che passano informazioni preziose.

Gli aspetti prosodici soprasegmentali, intonazione, ritmo, accento, la gestione di pause e silenzi, integrano la componente linguistica sui piani paralinguistici ed extralinguistici, permettendo una competenza comunicativa efficace e specializzata al parlante.

La presenza della voce quindi abilita all'espressione del linguaggio verbale e ne è il pre-requisito fondamentale. Senza la voce non è possibile esercitare la "lingua" dell'uomo, lo strumento attraverso il quale ci rapportiamo con il mondo. La voce diventa uno strumento potente nei primi momenti della vita, sia in fase gestazionale, sia post-natale. La madre, veicolo di madre-lingua, prima a livello vibratorio, sonoro, poi a livello vocale, traghetta il bambino/a alla competenza comunicativa e in seguito linguistica. È attraverso la voce che si

Nella voce si manifestano tutti i segnali neurofisiologici che contraddistinguono lo stato del corpo e della mente nella sua complessità

creano le premesse intersoggettive per la futura esplosione del linguaggio verbale. Le formanti della voce materna costituiscono un potente strumento neuropsicologico per l'accesso agli scambi con il gruppo sociale. La voce precede quindi il linguaggio e opera molto prima, all'inizio dell'avventura umana. La nascita è un atto sonoro-vocale che è manifestazione vitale del respiro e del battito cardiaco: è la certificazione dell'esistenza in vita. Voce e linguaggio sono complementari: operano in modo congiunto, ma le prerogative della voce travalicano il mero segno linguistico. Tuttavia gli aspetti paralinguistici ed extralinguistici della vocalità integrano, arricchiscono e a volte possono anche smentire il significato. L'uso infatti dell'ironia, delle metafore, soprattutto in rapporto ai codici mimici, gestuali e prossemici possono veicolare significati antitetici al messaggio linguistico, che può venire inficiato da dati non squisitamente linguistici. Zumthor (1983) suggerisce una distinzione fra oralità e vocalità. Egli definisce *oralità* il funzionamento della voce in quanto linguaggio, e *vocalità* l'insieme delle attività e dei valori che le sono propri, indipendentemente dal linguaggio. Non si tratta di una dicotomia ma piuttosto di una co-occorrenza. Ciò certifica la complessità del dato vocale nelle sue varie componenti, che sono in grado di mutuare sfaccettature che riguardano la lettura "fine" degli scambi linguistici, con conseguente polisemia del

messaggio. Il musicoterapista è un ascoltatore e un interprete della voce che si manifesta nel *setting*. Va considerato che deve avere la sensibilità per leggere il messaggio vocale sia sul piano linguistico, quindi sul piano del significato “in senso stretto”, sia su quello musicale, sapendo quindi dare giusto valore alla musicalità vocale. L'apparato fonatore assieme alla bocca e all'orecchio veicolano l'elemento simbolico che rappresenta la profondità dell'animo umano. Sempre Bologna (1992) specifica:

“Il simbolico è trasmesso da quel canale che conduce l'aria, il cibo, l'intero mondo esterno, nell'individuo: ossia la bocca e l'organo ad essa complementare, l'orecchio”.

L'espressività vocale, diviene a pieno titolo un *luogo di manifestazione del senso*, inteso come selezione di percorsi possibili. Secondo la prospettiva di Vygotskij (1934), il *senso* è una formazione dinamica e complessa con molte zone di ineguale stabilità; il significato, convenzionalmente stabilito, è una di queste zone, ed è esattamente, la più costante. Occorre pensare al rapporto voce-corpo-gesto-parola-linguaggio come a quello di un'unicità relazionale di una tendenza dell'essere umano al comunicarsi. Nella dimensione di una *fenomenologia vocalica dell'unicità* (Cavareto, 2003), la competenza vocale, che nasce da una dotazione biologica originaria, si manifesta in modo preponderante con caratteristiche uniche ed irripetibili in ogni essere umano, al di là della cronicità o dell'ineluttabilità di un quadro clinico. Nei pazienti schizofrenici, ad esempio, questa unicità fra “anima e corpo” è irrimediabilmente compromessa. La voce tiene in ostaggio la persona nel proprio corpo. I contenuti del messaggio sono irrilevanti a favore degli aspetti sonori, fonici ed espressivi, ma non nella loro forma sociale, inclusiva e integrativa, piuttosto nella bizzarria, del gioco linguistico ossessivo e nelle stereotipie. Nell'esperienza musicoterapica con pazienti affetti da schizofrenia il tipico linguaggio ap-

parentemente delirante può rappresentare in effetti un profondo meccanismo di difesa e di ritiro nella patologia. In realtà spesso è proprio all'interno del linguaggio ossessivo che si nascondono “latenti” e “criptati” i messaggi del paziente, che usa il contenitore per mutare, a suo modo, un messaggio. È proprio la voce in questo caso che “tradisce,” per così dire, un'intenzionalità comunicativa che il musicoterapista deve saper cogliere in modo attento. Parole appena pronunciate alla fine di una seduta, o durante il lavoro, lapsus linguistici, motti di spirito, battute, eloquio volgare non di rado costituiscono chiavi di accesso esclusive da decodificare. Questi momenti che passano per via vocale costituiscono il materiale vivo sul quale operare, tenendo conto che molte volte il dialogo paziente/terapista appare sconnesso, sbilanciato e frammentato ed è compito dell'operatore trovare il *leit-motiv* in grado di innescare uno scambio fruttuoso, con valenza modificativa e trasformativa. Si tratta in sostanza di armonizzare, rendendolo fruibile, il messaggio interno della persona, che non appare subito manifesto e che può avere caratteristica *dissonante*.

Se consideriamo l'inevitabile asimmetria della diade nel processo riabilitativo dobbiamo dare per scontato che esiste nel terapista un livello di supervisione “in tempo reale” di quello che succede all'interno della seduta, parimenti alla percezione del direttore d'orchestra che è in grado di monitorare, sia le singole sezioni dell'orchestra, sia il risultato complessivo. È quello che Antonio Damasio (2000) definisce *il film che si sta svolgendo nel nostro cervello*, mentre stiamo lavorando.

Si tratta di uno stato di coscienza che implica l'analisi contestuale di ciò che fa il paziente, di quello che “noi” stiamo facendo e del conseguente risultato globale dello scambio. Dentro questa complessa operazione va inserita anche la voce, che deve essere gestita, controllata e usata dal conduttore come “strumento” comunicativo sottile, attento a confermare, dissuadere, anticipare, prevenire, spronare, gratificare o sanzionare. La voce possiede quindi questa duplice funzione di comuni-

cazione linguistica, e affettivo-relazionale e strumentale.

È noto a tutti il carattere socialmente universale della fruizione musicale, tutti ascoltiamo musica nei vari momenti privati e sociali della nostra esistenza, a volte questa percezione può avere elementi di pervasività e ossessività, non possiamo “sottrarci” se non con un atto deliberato all'ascolto, anche se siamo in grado, attraverso meccanismi di selezione selettiva degli input in ingresso di stabilire priorità di ascolto. Ma non siamo in grado di inibire il suono, salvo chiudere entrambe le orecchie, o allontanarci dalla fonte sonora. Lo stesso dicasi per la voce, come aspetto sonoro della comunicazione. Nei casi di delirio schizofrenico il *sentire le voci* costituisce un fenomeno fortemente destabilizzante per il soggetto che si sente “ospitato” da queste realtà angoscianti e derealizzanti.

Cosa significa “il perturbante musicale” a questo punto? Per “perturbante musicale” si intende quel particolare momento, che sorge durante un ascolto condiviso o nella mutua produzione o improvvisazione musicale, che nella restituzione verbale del paziente ha creato una condizione di destabilizzazione emotiva “dinamica”. Il concetto di “perturbazione” fa riferimento all'improvvisa modifica dello stato del corpo e della mente dell'ascoltatore che avviene, in un certo senso indipendentemente dalla sua volontà e che si trova a dover considerare il nuovo elemento sonoro percettivo che trasforma il dato comunicativo. Suono e voce due rovesci di una stessa medaglia hanno la speciale facoltà di creare cambiamenti dinamici nel pensiero del fruitore che si trova ad analizzare questi stimoli che agiscono sia a livello neurofisiologico, sia psicologico. Il musicoterapista deve essere in grado di cogliere nella tessitura variata della voce, nel suo cambiamento d'intonazione, nelle caratteristiche dell'eloquio, questo “commento” non squisitamente verbale della persona che apre a modificazioni e trasformazioni elaborative. Il

## È noto a tutti il carattere socialmente universale della fruizione musicale

“lavoro” fatto dal musicale viene prima senso-percepito dalla persona a livello neurofisiologico e poi parzialmente coscientizzato nella restituzione verbale, di un materiale “grezzo”

ma, in un certo senso, pronto all'uso.

La musica perturba il corpo e la mente perché presentifica il dolore e il piacere al

tempo stesso. In questo senso la malattia può essere fronteggiata, depurata e svuotata della sua carica nefasta e restituita al paziente dentro un contenitore estetico creativo e vitale. Il suono guidato e pensato dal musicoterapista carico di senso e significato si manifesta nella mente e nel corpo dell'ascoltatore, innescando fenomeni di rispecchiamento, riconoscimento e identificazione, che aprono la strada alla verbalizzazione. La voce del paziente tradisce l'impatto con il musicale registrandone gli aspetti relazionali e affettivi, mettendoli a disposizione della coppia come materiale vivo potenzialmente modificabile. La voce restituisce quindi un senso compiuto alla parola vuota, caricandola di spinte relazionali e affettivo-comunicative. Questa operazione è possibile per opera dell'effetto “disturbante” del dato musicale che mette “in crisi” momentanea lo scambio comunicativo. Nell'improvvisazione musicale affiorano le tracce di un non-detto, di un rimosso che delegano la voce all'espressione dell'inesprimibile, dell'inimmaginabile, persino dei contenuti distruttivi, depurati o disinnescati dalla loro carica negativa. Il suono rompe un equilibrio instabile “disturbando” l'ordine effimero della patologia, offrendo una risposta possibile e restituendo alla voce quell'unità che garantisce equilibrio. Suono e voce (fatta di suoni) si trovano ad operare congiuntamente in un'area transizionale che rende possibile il cambiamento. Di Benedetto (2000) chiarisce:

“Il suono ha una sua forza attrattiva e qualche volta una sua forza intrusiva. Distrae dal compito che si sta facendo per richiamare perentoriamente l'attenzione

su qualcos'altro (...). Nell'ascoltare il suono entra dentro e avvolge, senza che si debba fare alcunché per cercarlo”.

La parola complessa “la parola poetica” al pari del suono artisticamente significato e denotato, contribuisce alla scoperta di nuovi territori di cura. La voce registra le componenti evocative, fonosimboliche, armoniche degli enunciati che il suono le suggerisce e rende fruibili. La voce del terapeuta “accoglie” quella del paziente che si affida alla sua guida in un terreno insidioso, ma ricco di spunti creativi. Ma perché la voce è così importante? Mancina (2004) scrive:

“[la voce] permette di cogliere il senso della comunicazione del paziente, non tanto nel contenuto delle parole, quanto piuttosto attraverso il tono, il timbro, la prosodia, la sintassi ed i tempi del linguaggio”.

La voce richiama materne esperienze endou-terine e postnatali, archiviate nella memoria implicita e in alcune parti dell'inconscio non rimosso. I parametri musicali della voce offrono al musicoterapeuta un patrimonio unico e privilegiato, un materiale affettivo-relazionale spesso protetto e nascosto dal quale trarre spunti di lavoro ed espressione creativa. Ascoltare la voce del paziente in musicoterapia significa farci carico della sua corporeità, come specifica Manarolo (2006):

“L'oggetto del nostro ascolto è il corpo, la corporeità nelle sue diverse manifestazioni, e in tale aspetto possiamo cogliere la specificità della musicoterapia e più in generale delle terapie espressive. Ascoltiamo il corpo dei nostri pazienti per poter cogliere nel loro essere nel mondo le tracce di un senso, di un significato non ancora manifesto, ma latente e potenziale”.

La voce in sintesi materia sonora e fisica insieme costituisce una prerogativa esclusiva

e irripetibile della persona, che tramite il suo uso sociale fa emergere la complessità del parlante nei suoi aspetti linguistici, ma anche mimico-gestuali e extralinguistici. Il suono, così come la voce del terapeuta o dell'analista può perturbare momentaneamente lo scambio comunicativo determinando una momentanea destabilizzazione, che al pari dell'emozione, tuttavia, porta in sé il seme di una possibile risposta, visione o interpretazione. Concludiamo questo contributo con le parole di Bologna (1992) che chiariscono la potenzialità della voce umana:

“Prima ancora che il linguaggio abbia inizio e si articoli in parole per trasmettere i messaggi nella forma di enunciati verbali, la voce ha già da sempre origine, c'è come potenzialità di significazione e vibra quale indistinto flusso di vitalità, spinta confusa al *volere-dire*, all'*esprimere*, cioè all'*esistere*. La sua natura è essenzialmente *fisica, corporea*; ha relazione con la *vita* e con la *morte*, con il *respiro* e con il *suono* è emanata dagli stessi organi che presiedono all'*alimentazione* e alla *sopravvivenza*”.

## Bibliografia

### ■ Bologna C.

*Flatus vocis. Metafisica e antropologia della voce*, Il Mulino, Bologna, 1992.

### ■ Cavarero A.

*A più voci. Filosofia dell'espressione vocale*, Feltrinelli, Milano, 2003.

### ■ Damasio A.

*Emozione e Coscienza*, Adelphi, Milano, 2000.

### ■ Di Benedetto A.

*Prima della parola. L'ascolto psicoanalitico del non detto attraverso le forme dell'arte*, Franco Angeli, Milano, 2000.

### ■ Manarolo G.

*Manuale di musicoterapia. Teoria, metodo e applicazioni della musicoterapia*, Cosmopolis, Torino, 2006.

### ■ Mancina M.

*Sentire le parole. Archivi Sonori della memoria Implicita e Musicalità del Transfert*, Bollati Boringhieri, Torino, 2004.

### ■ Vygotskij L.S.

*Myslenie i rec'*, Moskwa, Accademia di Scienze pedagogiche dell'URSS, 1934, trad.it. Pensiero e linguaggio, Laterza, Roma-Bari, 1990.

### ■ Zumthor P.

*La presenza della voce. Introduzione alla poesia orale*, Il Mulino, Bologna, 1983.



## VALUTAZIONE DI UN PROGETTO DI MUSICOTERAPIA: IL PUNTO DI VISTA DEL PERSONALE DOCENTE DI UNA SCUOLA ELEMENTARE

Alberto Malfatti, musicoterapeuta, psicologo, Bolzano

Several studies in the recent years have confirmed that the perception of the relationship between teacher and student can have a substantial effect on the atmosphere in the classroom and the overall performance of children. The impressions of the teachers are a key element in the evaluation of a music therapy project at school. This project analyzes the teacher's opinions through a rating scale.

### PREMESSA: IL CORPO INSEGNANTE COME PRIMO RISCONTRO

È frequente che un intervento di musicoterapia nella scuola venga svolto senza prendere in considerazione alcun parametro di valutazione, se non il punto di vista dello stesso musicoterapeuta (spesso troppo soggettivo e quindi anche poco attendibile). Infatti le impressioni del personale docente, che in realtà è la prima entità a potersi accorgere di un qualunque cambiamento in corso, non vengono spesso analizzate. La musicoterapia oggi, al contrario, ha bisogno di accrescimenti scientifici, approfondimenti e metodi validi di valutazione che ne comprovino l'importanza e l'efficacia (Raglio, 2008).

Quando uno o più bambini partecipano ad un progetto con un professionista esterno, spesso l'esperienza per tutti si rivela positiva sul momento, ma di difficile valutabilità successiva. Attraverso invece uno scambio reciproco e continuo tra musicoterapeuta e personale docente è possibile costruire insieme un intervento condiviso nei metodi e nelle finalità, valutandolo poi successivamente. Il musicoterapeuta infatti non dovrebbe mai sottrarsi al confronto e alla messa in discussione del suo operato, che, oltre al giudizio diretto del bambino, è valutabile anche da persone che lo vedono quotidianamente e ne possono

considerare i reali sviluppi psicologico-comportamentali.

Quando un bambino si trova in un contesto come quello scolastico, così diverso dal mondo a cui è abituato (spesso infatti vi è una grande discrepanza tra la permissività concessa a scuola e quella concessa a casa), può verificarsi un aumento del numero di comportamenti non adeguati al contesto. Non comprendendo fino in fondo l'ambiente nuovo e le sue regole, il bambino può trovarsi in una situazione di confusione, soprattutto emotiva. Se, in casi come questi sono gli insegnanti ad accorgersi per primi che vi è una certa difficoltà di adattamento da parte del bambino, sono anche i primi a cogliere determinati segnali verso un cambiamento in positivo. Proprio per questo è importante capire come loro percepiscono il divenire di un atteggiamento da parte del bambino nel contesto classe-scuola.

Come diversi autori (Maggiolini, 1994; Birch, Ladd, 1996; Perini, 1997; Pianta, 1999; Blandino, 2002) hanno descritto, la percezione della relazione insegnante-alunno può influire in maniera determinante sul clima in classe e sulle prestazioni generali dei bambini.

Per quantificare la percezione di questo cambiamento (tra prima e dopo la musicoterapia) è stata creata ad hoc, dal musicoterapeuta, una griglia a 9 items. Questo strumento era

Il progetto di musicoterapia è stato avviato nelle scuole primarie "S. Nicolò" e "Leonardo da Vinci"

una scala a rapporti che andava da un massimo del comportamento riscontrato (+5) ad un massimo di comportamento negativo o inverso (-5), oppure all'assenza dello stesso (0).

### INTRODUZIONE: IL PROGETTO DI MUSICOTERAPIA

Il progetto di musicoterapia è stato avviato nelle scuole primarie "S. Nicolò" e "Leonardo da Vinci" dell'Istituto Comprensivo di Merano 1 (provincia di Bolzano) nell'anno scolastico 2013/2014. Sono state svolte in 8 mesi circa 84 ore di musicoterapia attiva coinvolgendo 14 alunni suddivisi sia in base ai loro bisogni riscontrati insieme agli insegnanti di classe, sia in base al tipo di setting scelto, di gruppo (6) o individuale (8). Le modalità di intervento sono state condivise insieme a tutte le figure di riferimento in modo da poter sviluppare specifiche situazioni e poter agire su alcuni aspetti ritenuti critici. Le figure di riferimento erano, a seconda del bambino, gli insegnanti di classe, gli insegnanti di sostegno ed i collaboratori all'integrazione<sup>1</sup>.

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 interazione in maniere alternative, il pensare in gruppo, la consapevolezza e l'espressione di sé. L'attività principale in musicoterapia riguardava l'improvvisazione musicale. Le attività proposte a livello individuale sono state molto varie e calibrate sulle capacità/richieste di ogni bambino momento per momento, mentre il gruppo ha avuto svolgimenti più regolari rispetto alle attività svolte, ma ha dovuto affrontare maggiormente le diversificate dinamiche interne emergenti. Il coinvolgimento all'attività di musicoterapia è stata promossa dal corpo insegnante in base alla diagnosi accertata (generalmente diagnosticata dal Servizio Sanitario competente) oppure in relazione all'osservazione di particolari comportamenti e dinamiche anomale all'interno delle relazioni in classe. Nello specifico i partecipanti presentavano: disturbi evolutivi specifici dell'eloquio e del linguaggio, disturbi da deficit di attenzione/iperattività, disturbi specifici dell'apprendimento (con specifici problemi nell'eloquio), sindromi dello spettro autistico (ad alto funzionamento/tipo Asperger), sindrome di Down, disturbi della condotta con episodi di aggressività, problemi comportamentali e relazionali di vario genere.

### LE SCALE DI VALUTAZIONE

La scheda di valutazione è stata costruita *ad hoc*, in base alle richieste e alle aspettative che il personale docente aveva manifestato nei confronti della musicoterapia prima dell'inizio degli incontri. È stata quindi creata una scala a rapporti (con intervalli di 1) che andava da un massimo del comportamento riscontrato (+5) ad un massimo di comportamento negativo o inverso (-5), oppure all'assenza dello stesso (0). Dopo la conclusione dell'intervento di musicoterapia è stato chiesto alle insegnanti (di classe, di sostegno e collaboratori all'integrazione) di riportare il loro giudizio su di una eventuale variazione nei comportamenti e/o negli atteggiamenti osservabili nei bambini.

## L'attività principale in musicoterapia riguardava l'improvvisazione musicale

Gli item riguardavano le seguenti 9 aree:

### Item 1: Tranquillità

Questo item riguarda la capacità nel riuscire a vivere in una maniera serena le attività e le relazioni, in questo caso scolastiche, in modo da poterle anche affrontare meglio.

### Item 2: Capacità di concentrazione

È un requisito specifico delle attività scolastiche che rende più proficuo tutto il lavoro svolto in classe. Consiste nel convergere le proprie energie verso un unico scopo, ed è infatti maggiormente riscontrabile durante le ore di lezione (ma non solo).

### Item 3: Autostima

In questo caso si voleva riscontrare una qualità trasversale alle attività scolastiche, perché un bambino con buona autostima lavora meglio nei compiti specifici, ma influenza anche la qualità delle relazioni con i compagni.

### Item 4: Comunicazione interpersonale

Rappresenta un'abilità in evoluzione continua durante tutto lo sviluppo, fondamentale sia in ambiente scolastico che extra-scolastico. Riguarda la capacità del bambino di esprimere in modo efficace i propri messaggi (pensieri, emozioni, ecc.) in maniera verbale e/o non verbale, e allo stesso tempo con la comprensione di quelli altrui.

### Item 5: Capacità di riconoscimento e gestione delle proprie emozioni

Riguarda la capacità di avere la giusta percezione rispetto al proprio mondo emozionale e questo può influire positivamente sull'abilità di controllarsi ed esprimere i propri stati d'animo in maniere adeguate ai contesti.

### Item 6: Atteggiamento positivo verso i compagni

Indaga indirettamente (grazie all'osservazione

vivere in una maniera serena le attività e le relazioni, in questo caso scolastiche, in modo da poterle anche affrontare meglio.

dell'insegnante) la qualità delle relazioni tra il bambino e i suoi compagni di classe.

### Item 7: Atteggiamento positivo verso gli insegnanti

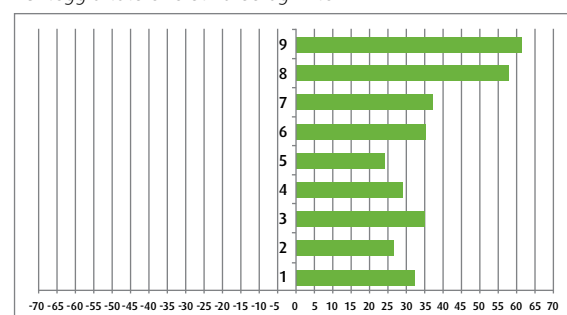
Indaga direttamente la qualità delle relazioni tra il bambino e i suoi insegnanti.

### Item 8: Atteggiamento dimostrato verso l'attività di musicoterapia

Vuole sondare la capacità del bambino di esprimere i propri atteggiamenti nei confronti dell'attività svolta. Indaga indirettamente anche la qualità e l'autenticità del rapporto tra insegnante e alunno.

### Item 9: Valutazione dell'utilità nel proseguire un nuovo progetto di musicoterapia

Punteggio totale relativo ad ogni item



X=somma totale punteggi

Y=numero degli item

generale (tra tutti i bambini), su quali aspetti abbia maggiormente influito l'intervento di musicoterapia, secondo l'opinione delle insegnanti.

Il primo e importante dato emerso dalla rilevazione di questi dati è stato un atteggiamento molto positivo nei confronti della musicoterapia sia da parte dei bambini sia da parte delle insegnanti, riscontrabile dal fatto che non sono stati espressi giudizi negativi (da -1 a -5) in nessuno dei campi presi in considerazione. L'item che ha fatto registrare il maggior punteggio è stato l'item 9 (Valutazione dell'utilità nel proseguire un nuovo progetto

Valuta la soggettiva percezione dell'insegnante rispetto alla musicoterapia come mezzo per poter favorire alcuni sviluppi personali nei bambini.

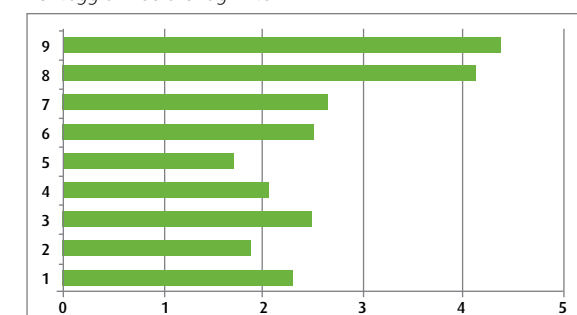
### DISCUSSIONE DEI RISULTATI

L'analisi svolta è di tipo quanti-qualitativo senza gruppo di controllo. È un tipo di valutazione che non mira a dimostrare l'efficacia dei singoli interventi, bensì a sondare le impressioni e le percezioni del personale docente, primo vero metro di giudizio rispetto a qualsiasi intervento. Un'analisi statistica potrebbe essere svolta in futuro per cercare le relazioni significative tra le diverse variabili prese in considerazione.

### Variazioni degli item

La variazione degli item indicherebbe, a livello

Punteggio medio di ogni item



X=media punteggio ottenuto

Y=numero degli item

di musicoterapia) con una media di giudizio estremamente positivo (M=4.36), correlato ad un positivo coinvolgimento dei bambini riscontrabile dall'item 8 (Atteggiamento dimostrato verso l'attività di musicoterapia, M=4.14). Questo è un primo dato significativo, ovvero che il personale docente ha ritenuto proficuo il lavoro svolto dal professionista, ne ha rilevato i risultati attraverso l'osservazione di comportamenti e atteggiamenti del bambino e ha espresso in maniera molto chiara la volontà di far proseguire l'attività per l'anno a venire. La vicinanza tra i punteggi degli item 8 e 9, fa anche emergere come ci sia stata una



concordanza tra l'atteggiamento mostrato dai bambini e la volontà degli insegnanti nel far proseguire questo tipo di progetto, manifestando quindi una sintonia di intenti.

Da parte loro le insegnanti hanno anche ravvisato un cambiamento di atteggiamento nei loro confronti e in generale nel clima in classe. Infatti ottimi e significativi risultati sono stati riscontrati negli item "atteggiamento positivo verso gli insegnanti" (item 7,  $M=2.64$ ) e "un atteggiamento positivo verso i compagni di classe" (item 6,  $M=2.5$ ), parametri che di certo fanno pensare ad un differente clima nel contesto classe.

Da non trascurare (sempre secondo le insegnanti) un sostanziale aumento generale dell'autostima nei bambini (item 3,  $M=2.5$ ): un dato che può riflettersi in diversi campi d'azione e nella messa in pratica delle proprie

competenze in differenti contesti. Infine è importante notare come ogni parametro preso in considerazione abbia fatto registrare cambiamenti significativi andando da un massimo di 4.36 (atteggiamento riguardante la validità dell'intervento) ad un minimo di 1.71 (capacità di riconoscimento e gestione delle proprie emozioni). Questo rimarca la validità del tipo d'intervento che si dimostra ad ampio spettro, favorendo in diversi soggetti nuove possibilità. Per quanto riguarda la probabilità per un bambino di migliorare nell'immediato la propria capacità di riconoscimento e gestione delle emozioni (item 5), questo era di certo meno auspicabile, siccome si tratta di un processo lento, arduo e di difficile quantificazione, soprattutto nel breve termine. Il fatto che tutti i parametri cambino con una tendenza generale significativa, dimostra invece

(su un massimo di 5). Su questa base si può affermare che, se per uno dei soggetti la musicoterapia non ha rappresentato una vera possibilità di cambiamento, per la gran maggioranza sono stati invece notati benefici più che positivi (in 11 soggetti su 14 il cambiamento percepito è di almeno 2 punti di valore medio). La media generale è buona ( $M=2.6$ ) e indica che sono avvenuti dei cambiamenti significativi e rilevanti. C'è da sottolineare però come una media non renda sempre al meglio la realtà dei fatti, in quanto è generalmente normale che un bambino venga proposto e inserito nel progetto per un problema specifico (ad esempio la capacità di riconoscimento e gestione delle proprie emozioni), e che tragga il massimo beneficio possibile solo in quel parametro specifico, senza il cambiamento di altri parametri (e che probabilmente non si ritenevano problematici neanche prima dell'intervento stesso).

A tal proposito è importante soffermarsi sulle differenze percepite considerando bambino per bambino, sotto ogni parametro, evitando quindi di considerarne la media. Esistono delle differenze molto rivelanti in ogni bambino: ad esempio il soggetto 1 (sogg1) migliora sostanzialmente nell'atteggiamento positivo verso gli insegnanti (4 punti) e nella propria autostima (4 punti), oppure il soggetto 6 migliora soprattutto nella tranquillità manifestata e nel proprio atteggiamento verso i compagni (punteggio rispettivamente di 4 e 5). Questo può far comprendere come l'intervento sia in sé specifico e adattabile a diversi tipi di problematiche e possa essere quindi poco descrittivo generalizzare risultati così soggettivi.

Una valutazione interessante potrebbe essere quella riferibile al numero di soggetti che hanno fatto registrare cambiamenti significativi a prescindere dal parametro (vista anche la diversità delle problematiche). In questo caso sono stati quantificati per ogni bambino i

cambiamenti molto significativi (ritenuti quelli uguali o maggiori di 4 punti). Sono risultati essere addirittura 6 i bambini che hanno fatto

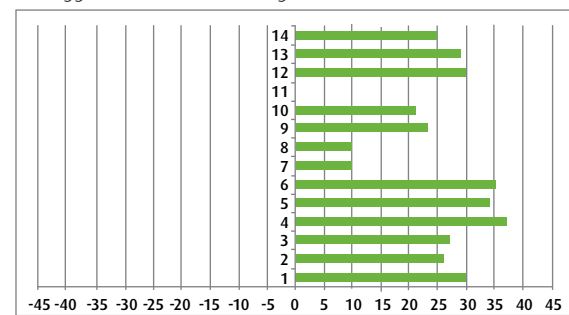
## È importante soffermarsi sulle differenze percepite bambino per bambino

registrare un cambiamento molto significativo in 4 o più parametri presi in considerazione, mentre tutti gli altri (a parte uno), manifestano cambiamenti molto

significativi (uguali o maggiori di 4 punti) in almeno uno dei parametri considerati. Se nel primo caso (bambini con numerosi cambiamenti significativi) si potrebbe pensare che la musicoterapia abbia avuto un'influenza più generale e che l'esperienza sia stata per così dire 'totalizzante', negli altri il risultato potrebbe essere legato a bisogni terapeutici più specifici e che questi, ma solo questi, siano stati pienamente soddisfatti.

Relativamente a queste riflessioni, una variabile da prendere in considerazione è di certo quella relativa alla partecipazione ad un gruppo piuttosto che ad un intervento individuale, in quanto esistono differenze interessanti tra i due tipi di interventi. I partecipanti all'attività di gruppo sono i soggetti: 4, 6, 10, 12, 13, 14; mentre i partecipanti all'attività individuale sono i soggetti: 1, 2, 3, 5, 7, 8, 9, 11. La media dei cambiamenti percepiti nei partecipanti al gruppo è più alta ( $M=3.27$ ) mentre quella dei partecipanti all'attività singola è minore ( $M=2.22$ ). Questo potrebbe significare che in gruppo vengono elaborati meccanismi più generali e diffusi, soprattutto già ad un livello sociale, mentre nelle attività singole gli obiettivi sono più peculiari e strutturati sui bisogni specifici di ogni bambino. La dimensione gruppo (il Noi della Gruppo Analisi), favorirebbe infatti lo sviluppo della mente singola. In gruppo, lo stare, fare ed essere assieme, mobilita i meccanismi di proiezione/identificazione/identificazione proiettiva, l'empatia e la capacità di sintesi nella significazione, ovvero la creatività. Si può anche ipotizzare che acquisizioni apprese in un ambito già di per sé sociale (il gruppo) ne facilitino anche la contingente manifestazione.

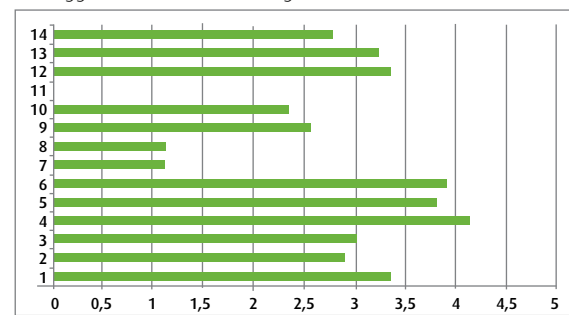
Punteggio totale relativo ad ogni bambino



X=somma punteggio ottenuto

Y=soggetti

Punteggio medio relativo ad ogni bambino



X=somma punteggio medio ottenuto

Y=soggetti

come ci sia stata una corrispondenza tra richiesta dei docenti e attività svolte dal musicoterapeuta, in una conformità reciproca di intenti.

### Variazioni per soggetti

Questi dati ci permettono di analizzare sotto quali aspetti ogni bambino abbia fatto registrare cambiamenti, in modo da sondare la variabilità tra soggetti all'interno dello stesso campione (gruppo che ha svolto l'intervento di musicoterapia).

Analizzando i dati, differenziandoli per ogni

bambino, si può subito notare come non tutti i bambini abbiano tratto da questa esperienza lo stesso tipo di beneficio, né in termini quantitativi né in termini qualitativi. La differenza rilevata tra i soggetti è sicuramente rilevante, andando da un massimo di cambiamenti percepiti (sogg4,  $M=4.11$ ) ad un minimo (sogg11,  $M=0$ ) in cui è vero che non sembrano essere stati riscontrati cambiamenti in positivo, però neanche in negativo.

Le medie di cambiamento (percepito dalle insegnanti) vanno da 0 (nessun cambiamento riscontrato riferibile alla musicoterapia) a 4,1

## CONCLUSIONI

Ritengo che l'aspetto che emerge maggiormente da questa analisi riguardi proprio la rilevanza e l'importanza delle valutazioni del corpo docente. Queste infatti possono giocare un ruolo determinante nella relazione docente-professionista (e quindi dell'efficacia del progetto), ma soprattutto nella capacità di investire in una relazione educativa (quella con il bambino), se c'è la percezione di una costante crescita e sviluppo. Se un'insegnante, dunque, ha la possibilità di accorgersi, sia degli effettivi miglioramenti, sia di quelli potenziali, sarà più facilmente coinvolta e determinata nel suo intervento educativo. In sintesi, il costrutto qui presupposto è che, non sia l'effettivo cambiamento in un bambino a determinare altri miglioramenti nel gruppo classe, nel clima e nelle relazioni interpersonali, ma che in realtà, in questo sia decisiva proprio la percezione soggettiva del corpo insegnante. Questa percezione può di certo influire sull'instaurarsi di un clima positivo, di fiducia, di investimento, di costruzione condivisa e di gratificazioni in classe.

Nello specifico di questo percorso di valutazione di progetto, gli aspetti più importanti emersi sono principalmente due. Il primo riguarda

la valutazione generale da parte del personale docente nel considerare proficua la prosecuzione del progetto di musicoterapia nel contesto scuola. I giudizi a tal proposito sono chiari e molto soddisfacenti, probabilmente perché soddisfacenti sono anche i risultati osservabili nei bambini. La seconda riflessione riguarda che ogni bambino (a parte uno) ha tratto dei benefici da questa attività e che ognuno ha partecipato sia volentieri che con impegno. Si può dire quindi che la musicoterapia non intervenga su un solo specifico problema, ma che, grazie al suo approccio dinamico e globale, ogni partecipante sia messo nella condizione di poter trarre un giovamento, in quegli aspetti che per lui sono, in quel momento, prioritari. Alla conclusione di questo progetto è diventato sempre più chiaro come sia stato fondamentale per il personale docente esprimere le proprie impressioni, ma soprattutto per il musicoterapeuta raccoglierle ed elaborarle, per impostare, pianificare e collaborare in futuro insieme a loro e ai bambini. In una prospettiva futura è auspicabile pensare ad una standardizzazione e ad una validazione di questa scala in modo da poter creare uno strumento capace di rispondere quantitativamente e qualitativamente alle richieste scolastiche.

## Bibliografia

### ■ Biasutti M.

*Psicopedagogia della musica*, Cleup edizioni, Padova, 2003.

### ■ Bion W.R.

*Apprendere dall'esperienza*, Tr. it. Armando editore, Roma, 1962.

### ■ Birch S., Ladd G.

"*Interpersonal relationship in the school environment and children's early school adjustment*", in Wentzel K., Juvonen J. (a cura di), *Social motivation: understanding children's school adjustment* (pp. 119-225), Cambridge University Press, New York, 1996.

### ■ Blandino G.

*Le risorse emotive nella scuola*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2002.

### ■ Bryan T., Sullivan-Burstein K. & Mathur S.

*The influence of affect on social-information processing*, *Journal of Learning Disabilities*, 31 (5), 418-426, 1998.

### ■ Maggiolini A.

*Mal di scuola. Ragioni affettive dell'insuccesso scolastico*, Unicopli, Milano, 1994.

### ■ Perini S.

*Psicologia dell'educazione*, Il Mulino, Bologna, 1997.

### ■ Pianta R.C.

*La relazione bambino-insegnante*, tr. it. Raffaello Cortina Editore, Milano, 1999.

### ■ Ulfarsdottir L. & Erwin P.

*The influence of music on social cognitive skills*, *The Arts in Psychotherapy*, 26 (2), 81-84, 1999.

### ■ Raglio A.

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

<sup>1</sup> 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.



# L'INTERVENTO DI MUSICOTERAPIA NEL POSTPARTO - IL PROGETTO MAMME IN SOL

Francesca Borgarello, musicoterapista, Torino

Postpartum music therapy is a precautionary activity; the main aim of music therapy is to facilitate the mother-baby relation, to enhance the healthy features of this relation, and to support it if isn't strong enough or difficult.

The first mother baby relation is indeed an acoustic relation. Both the healthy development of the child and the physical and mental recovery of the mother depend on the success of this relation.

The project of "Mamme in Sol" was born from these preconditions. It's aim is to help create special every day moments for mums and their new-born babies, enhance their natural strenghts and to transform the music into a contact and communication space with the babies.

*"Un bambino non può esistere da solo, ma è essenzialmente parte di una relazione"*

D. W. Winnicott

Esiste oggi un'ampia letteratura, sostenuta anche dalle ricerche nel campo delle neuroscienze, che ci conferma la sorprendente competenza musicale del bambino da 0 a 3 anni. Ma non solo. Altri studi ci confermano che già a partire dal 6° mese di gravidanza il feto è in grado di percepire gli stimoli sonori dell'ambiente uterino e dell'ambiente esterno e di discriminare la voce della mamma dal resto dei suoni.

Dunque cuore, respiro, liquido amniotico, flusso sanguigno, ma soprattutto voce della mamma sono le principali afferenze uditive del bambino nella pancia.

Sebbene sia innegabile che la musica abbia grandi benefici sullo sviluppo del bambino, ancora più importante è sapere che alla nascita il suono è soprattutto il canale di relazione privilegiato tra mamma e bambino.

Quando nasce un bambino, la mamma instaura con lui, in modo del tutto spontaneo, una relazione profonda, fatta di scambi reciproci, di intimità, di empatia. Questo legame è un legame fatto prevalentemente di suoni. Mamma e bambino si parlano in musica. Semplici giochi vocalici, rime, gorgheggi, motivetti orecchiabili, modulazioni della voce sono il canale attra-

verso il quale una madre insegna al neonato il linguaggio delle emozioni e lo accompagna nella sua crescita.

Da parte suo il neonato è competente ed è capace di entrare in relazione con la figura di riferimento fin da subito e anch'egli si esprime attraverso un suono molto particolare: il suono del pianto (Panza, Flaugnacco, 2013). Questo sistema di comunicazione dimostra di essere già perfettamente integrato all'interno della relazione mamma-bambino; il pianto è un suono emesso con funzione comunicativa da parte del neonato e compreso dalla mamma per la presa in carico dei bisogni del bambino.

Non è tanto la musica di per sé a influenzare positivamente la crescita psico-affettiva e cognitiva del bambino, ma è nella relazione primaria che si trova il fulcro della crescita del bambino e la chiave della realizzazione della mamma.

Il postparto è un periodo molto delicato della vita di una donna, caratterizzato da forti emozioni, importanti cambiamenti fisici ed emotivi e mutamenti nelle relazioni interpersonali che possono fortemente destabilizzare.

La nascita di un bambino è un evento nel quale prevalgono sensazioni positive, ma è anche un momento di crisi e di difficoltà: paura, ansia, tristezza sono sentimenti che convivono con un senso di benessere e di enorme gioia.

È nella relazione primaria che si trova il fulcro della crescita del bambino e la chiave della realizzazione della mamma

Una nuova vita dipende interamente da lei, e la donna può arrivare a sentirsi sopraffatta da questa responsabilità.

Se la maternità e la nascita di un bambino nella maggior parte dei casi destabilizzano il nucleo familiare per un breve periodo, per poi tornare alla normalità in un equilibrio nuovo, vi è una percentuale di donne per le quali non è così.

Le cause della depressione postparto possono essere molteplici, cause di origine biologica (variazioni ormonali sproporzionate), cause di origine ginecologica (complicazioni durante la gravidanza o il parto), cause di origine ambientale (difficoltà di adattamento al nuovo ruolo di madre, ostacolo alla propria realizzazione personale, difficoltà economiche), cause di origine psicosociale (mancanza di sostegno delle persone vicine, senso di solitudine, difficoltà di acquisire il ruolo genitoriale) e psicologiche (familiarità verso i disturbi di carattere psicopatologico) (Monti, Agostini, 2006).

La depressione postpartum o anche solo la fatica dei primi mesi va ad incidere sul processo di costruzione della relazione primaria che inizia alla nascita.

Una mamma in difficoltà e di conseguenza un bambino coinvolto in un relazione di disagio sono destinati entrambi a subire pesanti ripercu-

cussioni che nel lungo termine possono avere risvolti molto negativi.

Questo perché dalla riuscita o no della relazione primaria dipendono sia uno sviluppo sano del bambino, sia la ripresa fisica e mentale della mamma.

La mamma attiva emozionalmente il bambino con stimoli sensoriali: vista, udito, tatto trasmettono messaggi di affetto e accudimento.

A sua volta attraverso la relazione con la mamma il bambino fa esperienza del mondo e impara ad identificarsi come parte di un tutto, impara a distinguere il Se dagli altri, impara a comunicare, a regolare le proprie emozioni, pone le basi dell'apprendimento del linguaggio.

Quando un genitore non riesce a sintonizzarsi con una particolare gamma di emozioni del bambino (gioia, pianto, bisogno di essere cullato), questi non impara a riconoscerle e rinuncia ad esprimerle. In questo modo la povertà di emozioni proposte inaridisce la qualità delle relazioni intime (Ammaniti et al, 2007).

Un bambino che per lungo tempo non entra in relazione con un adulto di riferimento in modo soddisfacente sarà un bambino con gravi difficoltà relazionali e sociali.

In generale la donna depressa mostra molte difficoltà nel coinvolgere il bambino in un dialogo sonoro-affettivo e ciò si esprime attraverso alterazioni del dialogo precoce mamma-bambino.

Ciò comporta (Monti, Agostini, 2006):

- scarso contatto fisico con il bambino;
- contatto visivo discontinuo;
- verbalizzazioni negative sul bambino;
- attenzione focalizzata sulle proprie angosce;
- minor numero di espressioni facciali;
- minori sintonizzazioni;
- difficoltà nel dialogo, che non sempre appare appropriato all'età del bambino;
- modalità di comunicazione con minori ripetizioni verbali e sonore;
- minore predisposizione al gioco.

Il lavoro del musicoterapista parte da qui, dall'integrazione e dal rafforzamento dei punti deboli messi in luce dagli studi sui disturbi della relazione primaria. La musica è lo strumento

ideale per aiutare la mamma ad accedere al linguaggio non verbale che dovrà usare per comunicare con il suo

bambino. Attraverso il canto, il gioco sonoro, lo strumentario, azioni concrete incentrate sulla musica, il musicoterapista porta la donna a creare momenti di intimità con il proprio bambino per favorirne il contatto sia fisico che emotivo.

Questo tipo di intervento si inserisce in un ambito di prevenzione della salute, cerca nelle risorse della mamma le possibilità di guarigione e le affida il risultato del beneficio ottenuto.

Vista la fragilità della donna nel postpartum, la difficoltà nell'ammettere le proprie insicurezze, la paura (giustificata) del giudizio del mondo circostante, questo tipo di intervento è un intervento di gruppo. Presentato come Corso di Musica per mamme e bambini rende facile l'accesso anche alle donne che, se pur in difficoltà, non ricorrerebbero ad un sostegno più formalizzato (lo psicoterapeuta, il consultorio etc).

Il gruppo inoltre assolve a quella importante funzione di sostegno psicologico che le neomamme ricercano in altre persone che stanno vivendo la medesima esperienza (Stern, 1995).

Un contenitore, un luogo privilegiato dove le mamme si incontrano e si scambiano informazioni, si confrontano, si confidano più liberamente.

Per ottenere benefici reali sulla qualità della relazione mamma-bambino il musicoterapista:

- lavora per creare uno spazio di condivisione emotiva, di gioco e di stimolo della fantasia;
- propone un repertorio musicale che sia un

## Questo tipo di intervento si inserisce in un ambito di prevenzione della salute

efficace supporto alla relazione primaria mamma-bambino all'interno dei momenti della giornata più significativi;

- rende la musica uno strumento di facile utilizzo per la mamma anche nella quotidiana gestione di situazioni di stress (sonno, fatica, pianto, dolore...);
- attiva il dialogo sonoro tra mamma e bambino attraverso proposte musicali puntuali (giochi di contatto, giochi visivi, balli, canti..).

Da queste riflessioni e dall'esperienza dei numerosi corsi di musicoterapia mamma-neonato condotti a Torino presso l'Associazione Ostetrica "La Maternità" ho ideato il progetto *Mamme in Sol*.

A differenza dei percorsi tradizionali dell'educazione musicale per bambini (centrati principalmente sull'idea di ascolto calato dall'alto, condotto dall'insegnante o da un operatore) il progetto si rivolge direttamente alle Mamme per tirare fuori le loro risorse sonore e trasformare la musica in territorio di contatto e comunicazione.

La mamma impara, o "reimpara", a giocare con i suoni, trova nuovi stimoli per inventare rime, filastrocche e canti mentre si scopre competente e agente dei benefici che la musica produce sul proprio bambino.

Nei primi mesi di vita del bambino, mamma e neonato vivono una relazione strettissima e speciale. Sono a contatto tutto il giorno - tutti i giorni! - e condividono una lunga serie di momenti rituali.

Il percorso associa a questi riti una raccolta di ascolti, brani ed esercizi pratici: il Bagnetto, la Pappa, il Cambio, La Nanna, il Pianto, la Cura sono alcuni dei temi che fanno da filo conduttore nella scelta delle musiche da proporre durante gli incontri.

I corsi di musicoterapia creativa *Mamme in Sol* sono condotti in gruppi di otto mamme, con i relativi bambini, per un periodo da due mesi a quattro mesi.

Non sono necessarie competenze di tipo musicale da parte delle mamme.

## Bibliografia

■ **Ammaniti M., Cimino S., Trentini C.**

*Quando le madri non sono felici. La depressione post-partum*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 2007.

■ **Auditore A., Pasini F.**

*La musicoterapia postpartum*, M&T n. 3, Cosmopolis, Torino, 2001.

■ **Azzolin S.**

*Giocare con i suoni*, Carocci Faber, Roma, 2013.

■ **Galimberti U.**

*Dalla parte delle madri*, Feltrinelli, Milano.

■ **Gordon E., Apostoli A.**

*Ascolta con lui, Canta per lui*, Edizioni Curci, Milano, 2005.

■ **Imberty M.**

*"La musica e il bambino"*. In Enciclopedia della musica. II, Il sapere musicale, Einaudi, Torino, 2002.

■ **Imberty M.**

*"Il ruolo della voce materna nello sviluppo musicale del bambino"*.

In *Musica Domani*, n. 114.

■ **Manfredi P., Imbasciati A.**

*Il feto ci ascolta e impara*, Borla, Roma, 2004.

■ **Monti F., Agostini F.**

*La depressione postnatale*, Carocci Ed., Roma, 2006.

■ **Panza C., Flaugnacco E.**

*"Competenze musicali del bambino 0-3 anni"*. In *Medico e Bambino* 2013.

■ **Stern D.N.**

*Nascita di una madre*, Mondadori, Milano, 1999.

■ **Stern D.N.**

*La costellazione materna*, Bollati Boringhieri, Torino, 1995.

■ **Tafari J.**

*Nascere Musicali*, EDT, Torino, 2007.

■ **Tomatis A.**

*L'orecchio e la vita*, Baldini & Castoldi, Milano, 1992.

Il luogo è reso confortevole dai colori caldi della stanza, dalle luci e dalla comodità della seduta.

Tutte le esigenze delle mamme sono accolte e favorite così da permettere ad ognuna di loro di vivere in serenità l'ora del corso e potersi concentrare esclusivamente sul proprio benessere e sul proprio

bambino. Il setting (ovvero il luogo, il giorno, l'ora e la durata dell'incontro, la disposizione nella stanza, il musicoterapista, il numero di utenti...) rimane stabile; il brano di apertura e il saluto finale rimangono anch'essi fissi ed assolvono alla medesima funzione di rassicurazione e contenimento.

La struttura dell'incontro è pensata per alternare momenti di musicoterapia recettiva ad altri di musicoterapia attiva. Le tecniche utilizzate sono l'ascolto, la vocalità, i giochi sonori, i giochi con strumento, la danza-movimento. Ogni brano proposto è pensato per essere usato, giocato e personalizzato in base ai gusti e alla fantasia delle mamme.

A ciascuna tipologia di esercizio corrisponde una diversa funzione ludica e musicoterapica:

- gli esercizi di ascolto sostengono la condizione emotiva tra mamma e bambino, in particolar modo se la mamma è invitata a portare la "propria" musica o la musica ascoltata durante la gravidanza;
- i brani "giocati" sul bambino avvicinano mamma e neonato portandoli su un piano di scambio, affettività e contatto fisico. Sono semplici giochi sonori che aiutano a intrattenere e distrarre il neonato. Le Melodie sono volutamente ripetitive così da essere facilmente memorizzabili e successivamente ripetute dalle mamme anche nel contesto familiare;
- il canto trasmette un naturale senso di rilassamento, allenta le tensioni corporee e innalza il tono dell'umore. Riduce inoltre l'ormone dello stress donando un generale senso di serenità.

Il canto conduce la relazione primaria verso

## Tutte le esigenze delle mamme sono accolte e favorite

- un inedito livello di profondità e complicità; comporre una ninna nanna vuol dire dedicare tempo e attenzione al proprio bambino per creare un momento speciale di cui

essere la solo protagonista. Inserirne il nome all'interno del testo dà modo alla mamma di personalizzarla e rende il

bambino più attivo e reattivo allo stimolo sonoro proposto;

- il ballo e il movimento favoriscono il contatto fisico, danno al bambino un senso di contenimento e di protezione e aiutano la mamma a reagire, a rimettere in circolo gli ormoni della "felicità";
- l'ascolto di musiche dal mondo sviluppa la curiosità, rende il momento dell'ascolto più vario e arricchisce il linguaggio sonoro di mamma e bambino;
- i silenzi sono gli spazi dedicati ai bambini per esprimersi, cantare, reagire liberamente e per le mamme per concentrarsi sull'osservazione;

## Segue Bibliografia

### ■ Trehub S.

*Musical Predispositions in Infancy: An Update, in I Peretz, R. J. Zatorre (eds), The cognitive neuroscience of Music, Oxford University press, New York.*

### ■ Trevarthen C.

*"Le emozioni intuitive: l'evoluzione del loro ruolo nella comunicazione tra madre e bambino", in Ammanniti, M., Dazzi N., (a cura di) Affetti. Natura e sviluppo delle relazioni interpersonali, Laterza, Roma-Bari, 1990.*

### ■ Tronick E.

*"The infant's Response to Entrapment between Contradictory Messages in Face-to-Face Interaction", in Journal of American Academy of Child Psychiatry.*

- infine l'utilizzo di strumenti semplici da utilizzare, di facile reperibilità, di forme e dimensioni idonee all'utenza facilitata l'espressività della mamma, la introduce in una dimensione di gioco e di divertimento.

Al termine degli incontri viene donato un cd con le musiche del Corso. Questo fa fronte all'esigenza delle mamme di poter riprendere e ripetere a casa le esperienze sonore.

Il cd diventa l'occasione per creare momenti di incontro musicale quotidiano tra mamma e neonato, e nel tempo resta come ricordo,

come colonna sonora di un momento speciale vissuto con il proprio bambino.

Per riassumere: l'obiettivo generale dell'intervento di musicoterapia postparto non è dunque la cura degli stati depressivi della mamma, né tantomeno l'utilizzo della musica quale facilitatore dello sviluppo delle capacità uditive e musicali del bambino, quanto piuttosto favorire la relazione madre-bambino, potenziarne gli aspetti sani e supportarla dove carente o difficoltosa.

**DANIEL N. STERN****Le Forme vitali. L'esperienza dinamica in psicologia, nell'arte, in psicoterapia e nello sviluppo***Cortina, Milano, 2011*

Il titolo originale dell'opera pubblicata nel 2010 dalla Oxford University Press è *Forms of Vitality: Exploring Dynamic Experience in Psychology, the Arts, Psychotherapy, and Development*.

Il tema della vitalità o forza vitale che Daniel Stern affronta in quest'opera, rappresenta un argomento "sotterraneo", come lui stesso lo definisce, mai studiato in modo approfondito in campo psicoanalitico e psicologico.

Come molti temi di confine, è poco visibile e difficilmente "mappabile" poiché si colloca in un'area nella quale biologia, psicologia, filosofia e arte si intersecano e si integrano.

Saluta l'edizione italiana la *Prefazione* di Massimo Ammaniti, che sottolinea lo sforzo dell'autore volto a spiegare le caratteristiche dei sistemi neuropsicologici che intervengono nella modulazione delle esperienze dell'essere umano.

Si approfondisce così il concetto mutuato da Susanne K. Langer di *affetti vitali* esposto da Stern nell'opera *Il mondo interpersonale del bambino* (1985). Come la Langer, nella sua monumentale opera in tre volumi *Mind: An Essay on Human Feeling* (1967-82) dava una svolta scientifica e metodologica interdisciplinare ai concetti estetici ed antropologici del tempo parlando di *pattern of life*, di configurazioni della vita interiore dell'essere umano che spiegherebbero i *sentimenti* di vita presenti in ogni atto mentale, così Stern ripropone oggi la stessa riflessione integrata, avendo a disposizione le conquiste delle neuroscienze e la sua grande esperienza osservativa nel campo della prima infanzia e dei primissimi scambi tra madre e

bambino. Gli studi di Stern, maturati in solidi gruppi di lavoro, si sono concretizzati in un approccio clinico mai riduzionista che continua ad auspicare una profonda integrazione delle varie discipline scientifiche.

Secondo l'autore è possibile ricondurre la vitalità espressa dall'essere umano a processi fisici e mentali reali. "Come un tutt'uno, una Gestalt - sottolinea a p. 6 - cinque eventi dinamici (movimento, tempo, forza, spazio e intenzione/direzionalità) concorrono insieme all'esperienza vitale".

Questa pentade dinamica rappresenta la coloritura di ogni esperienza umana, legata al profilo delle fluttuazioni nell'eccitamento, nell'interesse e nel sistema di attivazione (*arousal*).

Significativo per la musicoterapia il capitolo settimo "Implicazioni per la teoria e per la pratica clinica", nel quale Stern prende in esame le forme vitali evocate dal *musicale*.

"L'immersione nello stesso flusso dinamico promosso dalla musica, produce momenti di *mutuo riconoscimento*, in cui terapeuta e paziente realizzano simultaneamente, di star condividendo un'esperienza comune. Ciò avviene grazie alla sintonizzazione affettiva, all'attenzione condivisa e alla conferma reciproca" (p. 118).

Il processo di identificazione che riconosce nella forma musicale parti della nostra affettività e del nostro *sentire*, getta luce sull'enorme importanza delle terapie espressive non verbali, indicando nuovi percorsi di studio e di approfondimento.

Antonella Guzzoni

**IMPROVVISAZIONE OGGI****Alessandro Sbordoni (a cura di)***Edizioni Lim, Lucca 2014*

"Parlare di 'Improvvisazione oggi' vuol dire prendere in considerazione ciò che dello 'ieri' resta ancora valido, interrogandosi, al tempo sulle prospettive del domani. Il termine 'improvvisazione' è ormai obsoleto e troppo generico: sicuramente inadatto a connotare i confini e le numerose sfaccettature oggi assunte dall'estemporaneità formativa col suono. In questo libro viene data la parola ai soggetti direttamente operanti, a musicisti e compositori che a vario titolo si servono dell'improvvisazione come prassi operativa e creativa, proprio per mostrare come l'esigenza di una nuova riflessione sull'improvvisazione si ponga ormai dal "basso", cioè dal concreto operare musicale della contemporaneità. L'improvvisazione si configura oggi come un fenomeno trasversale, che va ben oltre i tradizionali ambiti di composizione ed esecuzione, arrivando a toccare ogni parte della vita musicale e anzi giungendo ad investire sfere significative dell'esistenzialità, fino al lavoro. L'arte di oggi dovrebbe dunque interpretare e gestire questa nuova domanda, questa richiesta profonda che emerge dal sociale, introducendo una qualità alta dell'atto comunicativo e quindi rispondendo a suo modo alla sfida, che oggi la sua società le pone" (dalla presentazione del curatore).

**MUSICA E METAMORFOSI DEL TEMPO****Da Wagner a Boulez: un percorso fra musica, psicologia e psicoanalisi****Michel Imberty***Edizioni Lim, Lucca, 2014*

"Questo libro nasce da un doppio progetto. Innanzitutto, provavo da tempo la necessità di tentare una sintesi di oltre venti anni di lavori nei settori della musicologia e delle scienze umane (in particolare della psicologia e della psicanalisi), necessità nutrita anche degli insegnamenti che ho dato in questi settori tanto in Italia quanto in Francia, e degli incontri con studenti provenienti da orizzonti diversi, il cui entusiasmo, la curiosità e la gioventù di spirito sono stati per me la fonte di un rinnovo costante. Questo libro si rivolge dunque a loro, ai miei allievi e a tutti gli studenti, e alcune informazioni, alcuni fatti, ben noti agli specialisti delle discipline di riferimento vengono ricordati proprio per facilitarli nella lettura. Ma questo libro ha anche l'ambizione di interessare, oltre agli studenti e agli specialisti stessi, il più grande numero di persone dilettanti di musica che, senza essere musicologi, filosofi o psicologi, possiedono in questi settori una cultura che può condurli a interrogarsi sui destini dell'arte, della musica e del pensiero in generale nel corso del secolo appena finito. Se quest'ultimo è stato particolarmente fertile di evoluzioni, rivoluzioni, rotture, rinunce e rinascite, la musica che ha visto nascere e prendere il volo ne porta anche la testimonianza. Illustrare questa storia musicale dal punto di vista filosofico, estetico, psicologico o psicoanalitico è disegnare i contorni della storia del pensiero contemporaneo, tanto la musica appare oggi strettamente legata alle avventure della creazione e del genio umano" (dalla presentazione dell'autore).

# articoli pubblicati

## ■ Volume VII, Numero 1, Gennaio 1999

E se la musica fosse... (M. Spaccacozchi) • 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. Spaccacozchi) • 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. Cangioti) • 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. Spaccacozchi) • 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 musicoterapi-

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

## ■ Numero 9, Gennaio 2004

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

## ■ Numero 10, Luglio 2004:

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

## ■ Numero 11, Gennaio 2005

Aspetti timbrici in musica e in Musicoterapia (P. Ciampi) • Il problema del "significato" in musicoterapia. Alcune riflessioni critiche sullo statuto epistemologico della disciplina, sulle opzioni presenti nel panorama attuale e sui modelli di formazione proposti (G. Gaggero) • Il significato dell'espressività vocale nel trattamento musicoterapico di bambini

con Disturbo Generalizzato dello Sviluppo (DGS) (A. Guzzoni) • L'esportabilità spazio-temporale del cambiamento nella pratica musicoterapica: una pre-ricerca (M. Placidi) • L'ascolto come luogo d'incontro: un trattamento di musicoterapia recettiva (G. Del Puente, G. Manarolo, S. 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) • Forme aperte, forme chiuse: una esperienza di musicoterapia di gruppo nel centro diurno psichiatrico di Oderzo (TV) (R. Bolelli) • L'intervento integrato tra

# articoli pubblicati

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. Macorig) • La stimolazione sonoro-musicale alla casa dei risvegli Luca de Nigris di Bologna (R. Bolelli) • Gruppi di musicoterapia presso il servizio territoriale di neuropsichiatria dell'infanzia e della adolescenza (L. Gamba) • Attività di musicoterapia nella riabilitazione psichiatrica (L. Gamba, A. Mainardi, E. Agrimi)

## ■ Numero 18, Luglio 2008

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

## ■ Numero 19, Gennaio 2009

Psicologia della Musica e Musicoterapia: quale dialogo? (R. Caterina) • Neuroscienze e musica: dallo sviluppo delle abilità musicali alle attuali conoscen-

ze 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. Mazziere, M. Spaccazocchi) • Musicoterapia e casi impossibili: le opportunità create da una certa modalità di ascolto musicale (P. Ciampi, A. Cavaliere) • 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 metodologici 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 Casalmaggiore (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 Vigliarone, 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).

## ■ Numero 29, Gennaio 2014

Le competenze musicali per accedere alle scuole di formazione in musicoterapia (Maurizio Spaccazocchi) • Improvvisazione in musicoterapia: concatenazioni relazionali ed affettive (Paolo Ciampi) • T.I.M.E.: Training Interactive Musical Elements una proposta per i D.S.A. (Giovanna Ferrari, Antonella Nicoletti, Luca Xodo) • Musicoterapia e demenze: l'esperienza presso strutture residenziali e diurne (Gianni Vizzano) • Suzanne - Elaborazione di un lutto in un gruppo di musicoterapia (Andrea Cavaliere, Cooperativa Sociale CrescereInsieme ONLUS) • Musicoterapia a scuola (Alberto Malfatti) • Musicoterapia con il bambino autistico (Stefano Bolchi).

Gli articoli pubblicati dal 1992 al 1998 sono ora raccolti in "Musica & Terapia, Quaderni italiani di Musicoterapia" edizioni Cosmopolis, Corso Peschiera 320, 10139 - Torino - [www.edizionicosmopolis.it](http://www.edizionicosmopolis.it). Sul nostro sito [www.musicaterapia.it](http://www.musicaterapia.it) sono disponibili i pdf consultabili e scaricabili, dall'anno 2000 al 2010. Dei numeri successivi è possibile visualizzare il sommario.



# 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](mailto: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.