



musica&terapia

numero

33

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. Benenzon
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 Schwaiblmair
Istituto di Pediatria Sociale e Medicina Infantile,
Università di Monaco, Germania

segreteria di redazione

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

indice

editoriale

numero

33

Editoriale	1
Emozioni, musica e significato Roberto Caterina	2
Le ricerche psicopedagogiche sulle sinestesie in musica Michele Biasutti	15
Effetti sulla terapia farmacologica di un trattamento musicoterapico di gruppo Mario Degli Stefani, Michele Biasutti, Manuela Guadagnini	25
Musicoterapia e stati vegetativi: una sindrome recente Mauro Sarcinella	36
La teoria della musicalità intrinseca nell'intervento musicoterapico con pazienti in stato vegetativo Anna Forloni	42
Musica e musicoterapia per l'Alzheimer: un'esperienza personale Paola Reani	50
Recensioni	56
Articoli pubblicati sui numeri precedenti	58

Cosmopolis s.n.c.

Corso Peschiera, 320
10139 Torino
tel 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
Cosmopolis snc - Torino

Il n. 33 di "Musica et Terapia" si apre con il contributo di **Roberto Caterina**, Università degli Studi di Bologna, dedicato al rapporto musica-emozioni. La sua dissertazione, fra l'altro, precisa come il "musicale" si strutturi per il tramite di analogie riferite alla dimensione corporea, sfera intimamente connessa al vissuto emotivo.

Sulla base di questo stretto rapporto la musica appare capace di esprimere, comunicare e talvolta, in particolari contesti, indurre stati emotivi.

L'articolo, a firma di **Michele Biasutti**, Università degli studi di Padova, tratta della dimensione sinestesica in musica. L'approfondita disamina del tema, che coinvolge aspetti musicologici, estetici e neuroscientifici, si conclude con alcune riflessioni inerenti le implicazioni musicoterapiche, sia in un contesto attivo che recettivo.

Mario Degli Stefani, Michele Biasutti, Manuela Guadagnini, a seguire, ci presentano un'interessante ricerca che ha valutato l'incidenza del trattamento musicoterapico sulla prescrizione di psicofarmaci ed in particolari sui dosaggi assunti. L'articolo inoltre contiene un'approfondita disamina che sintetizza i dati scientifici relativi agli esiti del trattamento musicoterapico in ambito psichiatrico. I risultati della loro ricerca dimostrano come la musicoterapia attiva di gruppo consenta nel tempo un migliore controllo di alcuni sintomi psicotici con una secondaria e graduale riduzione dei dosaggi.

I successivi articoli sono dedicati alle applicazioni della musicoterapia nello stato vegetativo.

Nel primo contributo dedicato al tema, **Mauro Sarcinella**, dopo una premessa clinica, illustra aspetti strettamente metodologici e clinici conducendoci nel vivo degli aspetti applicativi e delle connesse problematiche interpersonali.

Successivamente **Anna Forloni** ci introduce, con chiarezza espositiva e profondità concettuale, nell'ambito della teoria della musicalità intrinseca, potenziale fondamento teorico all'intervento musicoterapico in tale ambito clinico.

Paola Reani conclude il primo numero del 2016 con un articolo dedicato alle applicazioni della musicoterapia nella Demenza Senile. Il suo contributo, dopo una sintesi sullo stato dell'arte, descrive una interessante esperienza applicativa.

Il prossimo ottobre (**sabato 22**) presso Il Sermig di Torino è previsto un Congresso dedicato alle applicazioni della musicoterapia nel Disturbo Pervasivo dello Sviluppo.

La mattina sarà dedicata ad approfondire gli aspetti diagnostici e di trattamento, verranno illustrate le potenziali ricadute delle acquisizioni neuroscientifiche in ambito musicoterapico e una possibile integrazione fra dimensione intersoggettiva e dimensione musicale, nel pomeriggio saranno presentate diverse esperienze applicative.

GERARDO MANAROLO



EMOZIONI, MUSICA E SIGNIFICATO

Roberto Caterina* Università degli studi di Bologna

In this paper we try to show how the music-emotion relationship is far more difficult than it appears at first sight. Music is an abstract construction, not a living being, and as such it cannot naturally feel emotions, it can rather represent their shape and contour. Alongside with this perspective that respects the formal elements of music and its intrinsic meaning, as in the studies of music philosophers Kivy and Davies, one should however consider that musical thought is organized through metaphors and analogies which come from bodily sensations, similarly to what happens to the expression of emotion. On this basis it is legitimate to consider the musical experience not only as related to the representation of emotions, but also as a powerful factor that can induce intense emotions and physiological responses. Many experimental studies are consistent with this aspect. You can consider, then, the music as an important tool to communicate emotion to other people; listening contexts, aspects of socialization aspects - so evident in sharing musical experiences -, the form of the musical discourse that is never univocal, but that is built together with other people, are all elements that demonstrate how music is an important factor in the organization of social life as well as in the individual growth processes.

RIASSUNTO

In questo scritto si cerca di mostrare come il rapporto musica-emozioni sia assai più problematico di quanto appaia a prima vista. La musica è una costruzione astratta, non è un essere vivente e in quanto tale non può naturalmente provare delle emozioni, può al più rappresentarle, riprenderne la forma e il contorno. In questa prospettiva, che rispetta gli elementi formali della musica e il suo significato immanente o intrinseco, si può vedere, però, a partire dagli studi di alcuni filosofi della musica come Kivy (1980) e Davies (1994), che il pensiero musicale si organizza attraverso delle metafore e delle analogie che hanno come punto di partenza le sensazioni corporee, in maniera del tutto simile a quanto avviene per l'espressione delle emozioni. Su questa base è legittimo considerare l'esperienza musicale non solo come legata alla rappresentazione delle emozioni, ma anche come un fattore potente che può indurre degli stati emotivi e sollecitare delle risposte fisiologiche. Numerose ricerche sperimentali testimoniano questo aspetto. Si può considerare, quindi, la musica come un importante strumento per comunicare ad altri delle emozioni; i contesti di ascolto, gli aspetti relativi alla socializzazione che sono ben presenti nella condivisione di esperienze musicali, la forma stessa del discorso musicale, che non è mai univoca ma che si costruisce insieme agli altri, sono tutti elementi che testimoniano come la musica rappresenti un impor-

tante fattore sia nell'organizzazione della vita sociale delle persone, sia nella crescita individuale.

1) DIVERSE PROSPETTIVE DI STUDIO

La relazione musica-emozioni sembra rivestire un carattere naturale, intuitivamente comprensibile e strettamente legato all'esperienza della maggior parte delle persone. Chi ascoltando un concerto o un brano musicale preferito non ha provato delle emozioni, a volte intense, e non ha in alcuni casi deliberatamente cercato quelle emozioni riascoltando il brano musicale?

Eppure, nonostante il rapporto musica-emozioni sia così immediato, gli studi effettuati spesso hanno fatto riferimento ad aspetti diversi e contrastanti e non hanno ben chiarito la natura di quel rapporto. Le ricerche effettuate hanno interessato numerosi ambiti applicativi: musicologi, filosofi, psicologi e neuroscienziati hanno cercato di vedere se vi fosse una puntuale corrispondenza tra espressione delle emozioni e determinate caratteristiche di un brano musicale; hanno tentato di definire quali emozioni si presentassero più frequentemente all'ascolto musicale; hanno evidenziato il rapporto tra le risposte fisiologiche e l'attivazione di determinate aree del cervello in corrispondenza del carattere emotivo di un brano musicale; hanno, infine, cercato di sottolineare l'importanza del contesto di ascolto nell'attivazione delle risposte emotive. Si tratta di quattro diver-

se prospettive che rispecchiano alcune delle caratteristiche e delle componenti proprie delle emozioni e di cui, almeno in parte, si riferirà in questo scritto.

2) UN PRECURSORE

Il grande critico musicale viennese Eduard Hanslick (1854) per primo, in tempi relativamente vicini a noi, evidenziò la difficoltà della rappresentazione del significato musicale come derivante dalle emozioni che l'ascolto musicale suscita. Secondo Hanslick l'oggetto di studio della ricerca musicale è "il bello", le qualità estetiche che si trovano all'interno di un brano musicale e non già le reazioni emotive di un ascoltatore. Non è che tali reazioni siano assenti ma esse dipendono dal significato intrinseco che un brano musicale possiede e non possono, in ogni caso, costituire l'oggetto stesso del significato musicale. In altri termini, la musica ha un suo proprio significato (cioè significa se stessa), un suo proprio linguaggio e non avrebbe senso il ricorso ad altri linguaggi per coglierne le caratteristiche salienti. A tal proposito si può ricordare un aneddoto attribuito a Schumann (talvolta anche a Beethoven): dopo aver eseguito un suo brano a chi gli chiedeva cosa quel pezzo volesse significare Schumann (o Beethoven) in risposta suonava nuovamente il brano. Il senso di questo aneddoto va naturalmente in direzione dell'impossibilità di esprimere attraverso delle parole ciò che la musica vuol dire e comunicare. Così, la

questione del rapporto musica-emozioni sarebbe mal posta se la musica dovesse andare oltre se stessa per definire ciò che essa vuol dire.

La posizione di Hanslick, al di là del suo valore all'interno degli studi musicologici, ha senza dubbio il merito di rendere, per così dire, problematica quell'equazione "musica-emozioni" che a molti era sembrata naturale. Il legame tra musica ed emozioni, se vogliamo parlarne, non può consistere nel fatto che la musica esprima una o più emozioni; piuttosto si dovrebbe dire che la musica rappresenti delle emozioni. Poiché queste emozioni fanno parte del significato immanente alla musica stessa non è detto che debbano coincidere con i termini emotivi che ci sono veicolati dal linguaggio verbale. Le emozioni in musica potrebbero avere una natura e uno statuto del tutto particolari e potrebbero costituire degli insiemi in un certo qual modo autonomi rispetto alle categorie emozionali che ben conosciamo.

3) MUSICA COME RAPPRESENTAZIONE DELLE EMOZIONI

Una prova indiretta di ciò che si è appena detto la si ha se si esamina una situazione che è tipica del rapporto musica-emozioni e che presenta non poche difficoltà ad essere spiegata. Non sempre quando si ascolta un brano musicale le emozioni che cogliamo nell'esecuzione sono effettivamente indotte: ascoltare un brano triste non vuole necessariamente dire diventare tristi; si può cogliere la tristezza espressa, senza necessariamente provare quella emozione. Al contrario si può, in alcuni casi, provare un'esperienza positiva, quasi di benessere fisico pur ascoltando un brano musicale giudicato "triste" o "rabbioso". Così si può ascoltare estasiati un adagio di Mozart cogliendone pienamente le caratteristiche tristi.

Bisognerebbe, quindi, dire che il rapporto musica-emozioni presenta almeno un duplice livello: la musica può da un lato rappresentare delle emozioni e dall'altro può indurre delle emozioni. Il fatto che non sempre le due cose coincidano ci deve far comprendere che il valore del termine "emozione" in musica è più ampio o, comunque, diverso rispetto ad altri contesti. Sembrerebbe quasi che la tristezza in

musica, per rifarci all'esempio precedente, non abbia lo stesso valore, significato e, soprattutto le stesse conseguenze, di altri contesti ben noti nella pratica e nella vita quotidiana. A tale proposito, alcuni studiosi, allievi di Scherer a Ginevra (Zentner et al, 2008), hanno postulato l'esistenza di specifiche emozioni musicali da opporre alle emozioni di base o fondamentali: mentre queste ultime sono legate alla sopravvivenza dell'organismo, le emozioni musicali sono orientate da parametri estetici e si riferiscono, quindi, alle musiche che piacciono, che non necessariamente sono le stesse per tutti.

Il punto di vista "rappresentativo" per cui la musica si limiterebbe a delineare le emozioni, piuttosto che a indurle riprende, per certi versi, alcune obiezioni di Hanslick (1854) ed è stato sostenuto con particolare enfasi, non a caso, da alcuni filosofi della musica come Kivy (1980) e Davies (1994) che, ispirandosi alle idee di Hanslick, hanno mostrato come la musica riproduca in maniera analogica la forma, il contorno delle emozioni. Per Kivy (1980) alcuni brani musicali sono espressivi di una certa emozione perché è possibile percepire che alcuni loro tratti sono "strutturalmente simili a quelli della nostra voce" quando questa esprime tale emozione nella vita quotidiana. Quindi diciamo "questa musica è espressiva di tristezza" perché assomiglia al nostro tono vocale nei momenti di tristezza. Per Davies (1994) la frase "questa musica è triste" rimanda ad un'analogia tra il movimento percepito ascoltando un brano musicale e i movimenti di una persona ritenuta triste: la lentezza, gli andamenti vacillanti, esitanti e irregolari del corpo verrebbero riprodotti in musica per descrivere la tristezza. Per entrambi gli autori esiste, quindi, un legame tra espressione musicale e schemi espressivi umani nella voce e nel movimento che sembrerebbero avere un'origine molto antica in accordo con punti di vista etologici classici (Darwin, 1872) e recenti (Geissman, 2002) come vedremo meglio in seguito. L'ipotesi che la musica rappresenti le emozioni, piuttosto che crearle, consente senza dubbio di capire perché la musica - che è una configurazione astratta, non un essere vivente - possa contenere al suo interno un contenuto emotivo.

vo. Con il ricorso all'analogia (o alla metafora) il linguaggio musicale riprodurrebbe la forma delle emozioni in maniera non dissimile a quanto ci suggerisce la visione di un cane San Bernardo (fig 1) o un salice piangente (fig 2): entrambi hanno una forma che ricorda l'espressione della tristezza e ciò, naturalmente, non vuol dire che essi siano tristi.

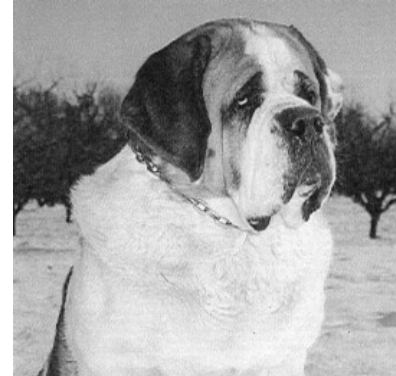


Figura 1: L'espressione "triste" di un cane San Bernardo



Figura 2: La forma "triste" di un salice piangente

4) MUSICA, METAFORE ED EMOZIONI

Gli aspetti della metafora e dell'analogia ci consentono anche di capire perché, fermo restando gli aspetti intrinseci del significato musicale, il linguaggio verbale possa essere in un certo modo utile per farci capire che cosa la musica sia. Spesso si descrive un passaggio musicale in maniera metaforica, accostandolo, cioè, ad esperienze che si riferiscono ad un altro contesto interpretativo e sensoriale. Si dice, ad esempio, che un suono "sale", "scende" come se ne avvertissimo la presenza fisica nello spazio e quasi lo vedessimo. Oppure diciamo che è morbido, aspro, quasi lo potessimo toccare. Parlando poi della musica, in generale non mancano descrizioni in termini metaforici. La ben nota frase oggetto di vivaci discussioni e polemiche "la musica è il linguaggio delle emozioni" può essere assunta ad emblema di una descrizione metaforica. Zbikowski (2008) parla della natura metaforica dell'analisi musicale. L'analisi schenkeriana ad esempio con i suoi termini di "struttura profonda", "struttura di superficie" rinvia certamente ad un contesto interpretativo di tipo grafico o linguistico e non immediatamente musicale.

Tutte queste metafore descrivono la musica "come se..." fosse qualche altra cosa. Si tratta di metafore fatte a proposito della musica e **sulla musica** per chiarirne meglio il significato e farlo intendere agli altri.

In particolare è importante l'uso delle metafore fisiche in riferimento alla musica. Esempi comuni di metafore **sulla musica** sono: "un'esecuzione vigorosa", un "legato fluente". Johnson (1999), Clarke (2001) e Damasio (1999), dai loro rispettivi ambiti disciplinari - filosofia, psicologia della musica e neuroscienze - concordano nel ritenere queste metafore particolarmente utili a farci sentire il modo in cui viviamo la musica e, quindi, le emozioni che noi stessi proviamo nel momento in cui ascoltiamo o eseguiamo della musica.

Queste metafore **sulla musica** riferite al movimento possono essere un potente mezzo, per esecutori, insegnanti e studenti, per sviluppare aspetti sia musicali sia più specificamente tecnici. Ad esempio nell'insegnare a suonare uno strumento come la chi-

tarra, si può far riferimento alla sua forma che è simile a quella del corpo umano, e si può fare immaginare allo studente una tecnica esecutiva in cui lo strumento può essere sostenuto come una mamma o un adulto fa con un bambino, in maniera leggera ma ferma; le corde possono essere pizzicate con delicatezza proprio come si fa il solletico sulla pancia ad un bambino, e così via. Esiste, però, un altro modo di vedere il rapporto tra musica e metafora. La musica stessa può esprimere delle metafore, può attraverso i suoni, rinviare a qualche

La musica stessa può esprimere delle metafore, può, attraverso i suoni, rinviare a qualche altra cosa, proporre delle interpretazioni del mondo

altra cosa, proporre delle interpretazioni del mondo. In questo caso è più corretto parlare di metafore all'interno stesso del messaggio musicale e non sulla musica. Esempi di queste altre metafore possono andare da un banale pot-pourri di brani il cui senso può essere visto negli accostamenti proposti, al rapporto tra musica e testo poetico o letterario in cui è possibile cogliere un sotto-testo narrativo, o ancora, a varie forme di dialogo sonoro in un contesto come quello dell'esecuzione musicale o della musicoterapia. Numerose metafore musicali (sia metafore fatte sulla musica o espresse direttamente dalla musica) riguardano alcune sensazioni **corporee** e i termini stessi di tensione e distensione normalmente utilizzati nella grammatica musicale per indicare quando ci si allontana dalla tonalità di impianto (tensione) o quando si ritorna ad essa (ritorno sulla tonica, distensione) sembrano rinviare a precisi stati corporei. Ci sono dei riferimenti ancora più precisi. L'espedito espressivo di rallentare in prossimità della conclusione di una frase musicale, ad esempio, come di recente è emerso in una ricerca (Friberg e Sundberg, 1999), **sembra** avere le stesse proprietà del movimento messo in atto dalle persone quando rallentano e si fermano dopo una corsa. Questa è una sensazione molto comune nei cantanti e in altri interpreti. Tenendo a mente questi collegamenti che esistono tra musica, metafore e coinvolgimento corporeo, occorre sottolineare che parlare di metafore della

musica, quando cioè la musica stessa si esprime utilizzando degli accostamenti metaforici, vuol dire far riferimento non tanto a degli schemi linguistici ma a delle categorie di pensiero. In altri termini attraverso le metafore **della musica** possiamo avere una chiave di lettura, a volte privilegiata, di ciò che si intende

per pensiero musicale e, naturalmente, del significato ad esso connesso.

Il pensiero musicale può essere inteso come un'idea musicale, legata alla composizione, ma questa definizione è senza dubbio riduttiva. Il pensiero musi-

cale opera in realtà in tutte le attività legate alla musica, nella composizione, ma anche nell'interpretazione, nell'esecuzione, nell'ascolto, nel ricordo.

Il pensiero musicale, per ciò che si è prima detto, risulta strettamente collegato alle sensazioni corporee. Sotto questo aspetto è importante ricordare che fin dalla nascita i genitori accarezzano, abbracciano, fanno saltellare ritmicamente i bambini, si rivolgono loro con quel linguaggio tipico che si usa con i neonati (*motherese*) in cui molti elementi musicali (ritmici, melodici) sono presenti.

Si tratta di esperienze **protomusicali** che hanno nel corpo e nella sua espressione il principale referente. Naturalmente questi movimenti sono funzionali ad istanze di tipo comunicativo. Trevarthen (1999) sostiene che queste esperienze protomusicali siano determinanti nel favorire adattamenti fisiologici ed emozionali così che i modelli interattivi diventino rilevanti e dunque significativi.

Da quanto si è prima detto, emergerebbe che gran parte delle idee e dei concetti musicali nascerebbe nel corpo e si manifesterebbero attraverso dei precisi schemi di rappresentazione.

Le metafore **della musica** farebbero riferimento precisamente a degli schemi corporei. Si può ricordare qui quanto dice Stern (1995) a proposito degli affetti vitali, Imberty (2002) relativamente agli schemi di tensione e distensione e Johnson (1987) agli "schemi incarnati". Gli "affetti vitali" per Stern (1995) rappre-

sentano delle variazioni dinamiche, modificazioni del corpo che orientano le nostre percezioni e che rendono conto di alcuni fenomeni ben noti di comunicazione delle emozioni. I processi di sintonizzazione e di empatia possono aver luogo attraverso dei movimenti corporei che vanno verso una medesima direzione. L'ascolto e l'esecuzione musicale, d'altra parte, si baserebbero proprio su queste variazioni corporee che non sono certamente casuali, ma sono organizzate in veri e propri schemi mentali, secondo quanto espresso da Piaget (1945) e Delalande (1993). A questa nozione di schema si rifà precisamente Imberty (1986, 2002) per cui il significato musicale (o meglio lo "spazio semantico") si organizza intorno ad alcuni assi dimensionali: la tensione e la distensione sono viste come estensioni del movimento corporeo, dotate di caratteristiche temporali e, quindi, applicabili al mondo dei suoni (nel loro svolgersi nel tempo) così come al comportamento motorio. Il filosofo statunitense Mark Johnson (1987) propone un concetto di "pensiero incarnato" partendo da alcune esperienze corporee comuni che orientano gli individui a muoversi nello spazio, ad avere un buon senso dell'equilibrio e che sono costituite da più azioni coordinate fra di loro (schemi). Questi schemi relativi al comportamento corporeo possono estendersi, utilizzando metafore ed analogie, ad altri ambiti. Così, ad esempio, il concetto di equilibrio, può non limitarsi alla sua dimensione fisica, ma riguardare più in generale e in termini più astratti un'idea di armonia fra varie parti di una composizione.

Si tratta, pur con le dovute differenze, in tutti questi casi di strutture organizzate, categorie mentali astratte a partire da esperienze corporee.

Semberebbe, quindi, che nel pensiero musicale ci sia un frequente e continuo ricorso a dei meccanismi analogici, il rinvio ad una forma, ad uno schema che contenga i principali e salienti aspetti espressivi di determinate qualità che vogliono essere comunicate ad altre persone. È proprio qui che noi possiamo trovare un collegamento specifico tra musica ed emozioni. Le emozioni, al pari della musica, hanno nell'espressione corporea una prima ed importante forma di rappresentazione.

5) MUSICA COME INDUZIONE DELLE EMOZIONI

Per quanto si è prima detto, relativamente al coinvolgimento corporeo nell'ascolto e nella pratica musicale, l'affermazione che la musica rappresenti soltanto le emozioni non può che lasciare insoddisfatti. Il rapporto musica-emozioni è estremamente profondo, spesso legato ad emozioni molto intense, come testimoniano le ricerche relative ai resoconti di ascolto da parte di musicisti esperti sia di Gabrielson e Lindström (2003) sia di Sloboda (1991) concernenti l'attivazione di specifiche risposte fisiologiche. Ad esempio Sloboda (1991) parla di "tremori", "brividi", "gropo in gola", "lacrime" che si accompagnerebbero ad alcuni elementi musicali, come le appoggiature melodiche, i bruschi cambi di tonalità, un ciclo discendente di quinte, ecc. Alcuni studi più recenti sulla risposta dei brividi sollecitati dall'ascolto musicale si basano non solo su dei self reports, ma anche su delle misurazioni oggettive (Plazac, 2008). Molte ricerche nel campo delle neuroscienze, usando metodiche come la tomografia ad emissioni di positroni (PET) o la risonanza magnetica funzionale (fMRI) hanno evidenziato ancor più il legame tra musica, emozioni ed attivazione corporea. In particolare uno studio di Salimpoor et al. (2011) ha mostrato come l'ascolto musicale che dà luogo a brividi di piacere attivi il rilascio di dopamina nel cervello, così come il mangiare cibi gratificanti e il piacere sessuale. Studi recenti (Bigand, Filipic e Lalitte, 2005) hanno, inoltre, mostrato che è sufficiente un tempo brevissimo (dai 250msec a 1 sec.) ad un ascoltatore medio per individuare se un brano musicale (o sarebbe meglio dire un frammento sonoro) è in grado di suscitare emozioni e quali. In meno di 1 secondo di suoni ci sarebbero, quindi, elementi sufficienti per comprendere il carattere emotivo di un brano: inoltre, lo studio relativo all'attivazione di determinate aree cerebrali dimostrerebbe come l'elaborazione dell'informazione emotiva in un brano musicale sia estremamente rapida e, il più delle volte, indipendente da altre abilità musicali (in letteratura si è descritto come in alcuni pazienti, che non sapevano riconoscere un motivo molto familiare, persisteva il riconoscimento

del tono emotivo della melodia). Gli aspetti relativi all'induzione delle emozioni sono ben noti in alcuni contesti applicativi come nella scelta delle musiche nei film (utile per sottolineare delle scene particolarmente intense) o ancora nella cosiddetta "musica funzionale" usata nei centri commerciali o nelle fabbriche per indurre modifiche comportamentali negli acquirenti o negli operai. Bisogna inoltre ricordare che nella pratica della musicoterapia la musica viene soprattutto impiegata per modulare e regolare le emozioni e costruire, su questa base, un rapporto terapeutico valido.

6) MUSICA ED EMOZIONI: RICERCHE SPERIMENTALI

Spesso lo studio del rapporto tra musica ed emozioni si è soffermato su un'analisi comparata tra alcune componenti musicali e specifiche espressioni emotive. Una certa cautela va adottata nei confronti di alcune ricerche sperimentali che hanno delle ipotesi e degli obiettivi molto ristretti. La classica rassegna di Gabrielson e Lindstrom (2001) testimonia come questo modo di procedere si espone a dei limiti severi, al di là del valore che singole ricerche possano avere e al di là di alcuni risultati che hanno avuto un buon riscontro empirico (ancorché non in termini assoluti), come ad esempio il rapporto tra il modo minore e la tristezza o la connessione tra la velocità elevata ed alcune emozioni positive. I limiti di questa impostazione nascono dal fatto che in un brano musicale molteplici componenti interagiscono tra loro e, spesso, gli effetti di queste interazioni non possono essere previsti dall'analisi delle singole componenti che, quindi, hanno il più delle volte un valore relativo e non assoluto. C'è poi da considerare - e questo forse è un limite ancor più severo - che tale impostazione di ricerca spesso trascura quegli aspetti legati al costituirsi dell'esperienza emotiva, agli effetti che produce in chi la vive, alle strategie che sono messe in atto per controllarla e modularla. In altre parole, per cogliere delle puntuali connessioni tra strutture musicali e aspetti emotivi spesso si trascura il fatto che il processo di ascolto è sempre un processo dinamico che implica istanze comunicative, così come lo è l'espressione musicale e l'espe-

rienza emotiva. Partendo dalla musica, dalla struttura musicale quindi, già il musicologo Meyer (1956, 2001) aveva delineato alcune caratteristiche, per così dire, narrative del discorso musicale nella creazione di aspettative nell'ascoltatore nate dal rapporto tra tensione e distensione e proprio in queste caratteristiche aveva colto il carattere "emotivo" che un determinato brano poteva avere: le emozioni nascono, soprattutto, nella violazione di quelle aspettative. Il modello di Meyer presenta degli aspetti di sicuro interesse sia per un musicologo sia per uno psicologo: la sua idea di "emozione" che ritrova nelle strutture musicali è in linea con i modelli cognitivisti più recenti come quello di Frijda (1986) con cui sembra condividere il concetto che le emozioni non siano tanto delle azioni, ma delle "tendenze all'azione" o quello di Scherer (1987) i cui studi evidenziano come le emozioni siano non degli stati mentali ma dei "processi" che modulano continuamente il rapporto individuo-ambiente. In questo processo è precisamente la valutazione della "novità - non novità dello stimolo" il primo fondamentale passo che attiva nell'organismo la risposta emotiva nei confronti dell'ambiente; in maniera non dissimile sia Meyer sia Scherer riconoscono in una risposta di "sorpresa" o, meglio, di "trasalimento" (e forse si potrebbe parlare ancora più propriamente di meraviglia), una specie di nucleo originario su cui si costruisce tutta l'esperienza emotiva. Sulla risposta di "trasalimento" (meraviglia), che comporta come tutti i processi valutativi ("appraisal") anche un'attivazione fisiologica ("arousal") si innestano altre istanze di ordine diverso: non solo lo stimolo è reputato "nuovo" o "sorprendente" ma è valutato come "interessante-non interessante", "piacevole-spiacevole", ecc... Riprendendo, quindi, il modello di Meyer si potrebbe dire che la violazione delle aspettative nell'ascoltatore di un brano musicale non solo attiva una risposta di sorpresa ma anche di interesse e di valutazione edonica: l'ascoltatore concentra la sua attenzione sul brano e sulla propria esperienza e le mette in relazione. Questo è senza dubbio il primo passo per comprendere che la musica è un strumento di collegamento, di relazione con il mondo. Si costruisce con l'ascolto di un brano musicale un per-

corso narrativo fatto di tanti piccoli momenti emotivi o micro emozioni (Huron, 2006) che costituiscono da un lato l'ambiente privilegiato di quelle esperienze di violazione delle aspettative già descritte da Meyer e dall'altro il presupposto della regolazione delle emozioni attraverso ripetizioni consistenti di parti musicali. Tra sorpresa e ripetizioni nascono le emozioni in musica e le emozioni musicali.

7) ASPETTI COMUNICATIVI DELLA MUSICA

La musica non è solo un sistema di regole chiuso in se stesso ma, anche e soprattutto, uno strumento di comunicazione che può trovare diversi contesti interpretativi che spesso impongono una formulazione di un sistema di regole nel momento stesso dell'atto comunicativo. Il rapporto musica-emozioni va visto precisamente all'interno di quelle che sono le potenzialità comunicative della musica e della sua forza di aggregazione sociale.

Nel discorso musicale è in qualche modo implicita l'idea che la forma che esso assume, il significato che ne deriva non sono mai univoci ma sono il frutto di

un'attività di costruzione e collaborazione. Una parte della forma musicale viene creata nell'atto stesso del fare musica insieme ad altri, o anche nell'ascolto.

Per questo nello studio del rapporto musica-emozioni è importante considerare sia la relazione che si viene a creare tra il compositore, l'interprete e il fruitore, sia il contesto di ascolto e, cioè, con chi si ascolta la musica, dove la si ascolta e quali attività possono essere svolte contemporaneamente all'ascolto. Per quanto riguarda il campo dell'interpretazione musicale, in alcuni studi svolti in questi anni dal nostro gruppo di ricerca, abbiamo potuto vedere come gran parte dell'espressività dell'interprete sia legata alla comunicazione di emozioni, presenti sia nel testo musicale sia come risposta all'ascolto della propria esecuzione. L'interprete, inoltre, spesso non esprime delle emozioni soltanto eseguendo delle frasi musicali, ma anche utilizzando il proprio corpo, i propri gesti e le proprie espressioni facciali (vedi box 1 e box 2). Per quanto concerne il contesto di ascolto bisogna dire che esso è radicalmente mutato rispetto ad un secolo fa.

BOX 1

Nell'ambito dell'espressione vocale delle emozioni nella voce parlata e cantata abbiamo eseguito il seguente esperimento (Baroni, Caterina, Zanarini, Ragazzi, 1997).

Metodo e materiali:

3 attori e 3 cantanti professionisti hanno interpretato le seguenti frasi scelte dal repertorio operistico:

- 1) Dunque al giardin verrai?
(Mozart, Le nozze di Figaro, act 3, scene 2)
- 2) Ed or fra noi parliam da buoni amici
(Puccini, Tosca, act 2, scene 5)
- 3) Nulla sfugge al mio sguardo
(Verdi, Aida, act 3, scene 3)

Le emozioni richieste erano felicità, rabbia e tristezza.

Due livelli di intensità sono stati considerati (alto-medio)

Le interpretazioni erano precedute da una interpretazione neutra (scolastica).

I cantanti erano accompagnati al piano (potevano sentire l'accompagnamento attraverso la cuffia; l'accompagnamento non era registrato).

SEGUE

segue **BOX 1**

3 giudici indipendenti hanno valutato le interpretazioni dei cantanti e degli attori secondo due scale: una scala a 5 punti per vedere la riconoscibilità delle emozioni espresse (1=molto debole; 2=debole; 3=discreta; 4=chiara; 5=molto chiara) e una scala a 4 punti per stabilire la genuinità e la naturalezza delle interpretazioni (1=esagerata; 2=un po' forzata; 3=quasi genuina; 4=genuina).

Sono state scelte le due interpretazioni migliori di cantanti e attori.

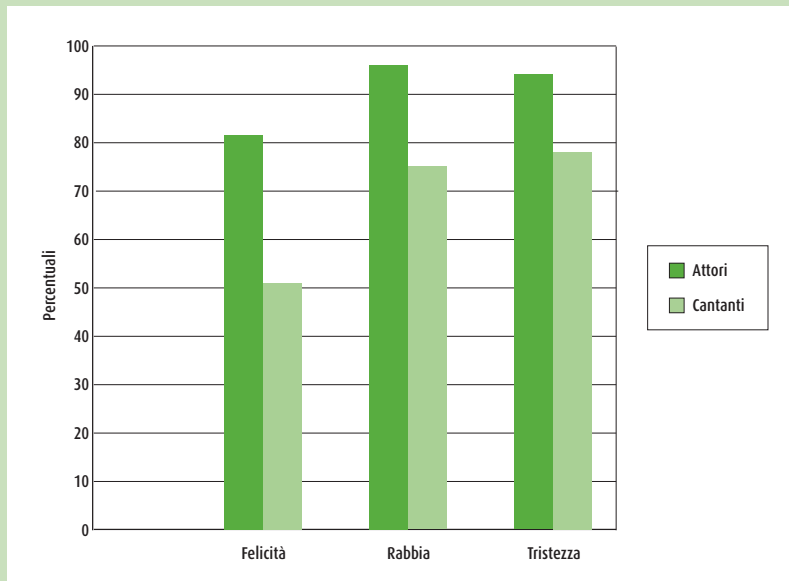
Disegno sperimentale:

3 emozioni x 3 frasi x 2 livelli interpretativi = 18 stimoli.

Gli stimoli sono stati bilanciati, suddivisi in due nastri (cantanti e attori) e presentati in ordine casuale e sottoposti ad una prova di decodifica a 42 studenti universitari.

Risultati:

I risultati hanno indicato che sia i cantanti che gli attori riescono ad esprimere le emozioni richieste con un grado di riconoscibilità superiore a quello attribuibile al caso. Le emozioni espresse dagli attori sono riconosciute significativamente meglio rispetto a quelle dei cantanti (**vedi grafico**), ma i parametri acustici e vocali utilizzati per esprimere le diverse emozioni sono sostanzialmente simili.

**BOX 2**

Nell'ambito di una serie di studi sull'interpretazione pianistica abbiamo filmato e registrato diverse interpretazioni di alcuni brani di Debussy (Caterina, Bonfiglioli, Baroni e Addressi, 2004). Tra le molte analisi fatte ci siamo soffermati su alcuni segnali facciali, come l'innalzamento o l'abbassamento delle sopracciglia che sembrano avere, analogamente a quanto avviene nel linguaggio verbale, un particolare potere comunicativo in relazione alle frasi musicali eseguite. Qui sotto vengono dati due esempi del pianista Bruno Canino durante l'esecuzione di un "trillo".



Fino ai primi anni del ventesimo secolo la fruizione musicale avveniva in concerti pubblici, in audizioni private e coinvolgeva un numero relativamente ristretto di persone. La diffusione di strumenti di riproduzione, dai vecchi dischi a 78 giri fino ai moderni DVD, la radio, la televisione, lo smart phone, il computer, hanno profondamente rivoluzionato l'am-

bito dell'ascolto musicale. Oggi si può ascoltare musica sempre, in qualsiasi luogo, per la strada, in treno, a casa propria, con amici, con modalità personalizzate (al volume che si desidera), quante volte si voglia e mettendo a confronto le migliori interpretazioni. Ancora nell'ambito dell'esecuzione e della composizione musicale numerosi programmi informatici, hanno permesso di manipolare dei suoni, di costruire dei suoni campionati, di comporre ed eseguire musica. È chiaro che anche nel campo della performance, soprattutto nel caso dei concerti di musica leggera, il rapporto tra un artista e il suo pubblico non può non tener conto di questa situazione profondamente diversa rispetto al passato.

Certamente si può dire che l'estensione degli strumenti di comunicazione abbia dato luogo a processi di omologazione e ad una maggiore uniformità tra artista e pubblico, ma questa situazione, quando anche fosse del tutto vera, non necessariamente deve essere vista in termini esclusivamente negativi. Si può dire anzi che nella società odierna vi è spazio per un recupero di quel legame tra arte e vita quotidiana che la tradizione romantica aveva messo in crisi. Il recupero della dimensione quotidiana nel mondo dell'espressione artistica è un fattore molto importante per l'organizzazione e la regolazione della vita sociale anche attraverso le manifestazioni artistiche che possono contribuire non poco a ridurre comportamenti violenti, antisociali.

La musica, un po' come la moda nei vestiti, favorisce i processi di identità che riguardano il sé personale e quelli che riguardano il sé sociale, soprattutto in particolari periodi della vita come l'adolescenza.

La musica ha da sempre costituito un potente fattore di aggregazione sociale. Ciò è particolarmente importante nella vita degli adolescenti dove gli amici, i coetanei spesso si riconoscono in una comunanza di gusti musicali. In alcune ricerche condotte sui gusti musicali degli adolescenti (Gasparoni, Marconi e Santoro, 2004) si può vedere come tre ragazzi su quattro ritengano che la musica da loro ascoltata sia la stessa che ascoltano i loro amici più cari. Naturalmente le preferenze verso un determinato genere musicale o uno specifico artista implicano

molto spesso l'adozione di comportamenti esteriori (modo di vestire, parlare, ecc.) simili, la condivisione di alcune scelte di vita o, più in generale, dei meccanismi di identificazione che portano ad una maggiore coesione all'interno di un gruppo o sottogruppo sociale. Inoltre la musica può esprimere emozioni a livello intrapersonale come mezzo di comunicazione di propri stati emotivi, canzoni di amore, di rabbia possono essere usate in questi specifici contesti. In questa maniera la musica stessa fa parte della costruzione dell'emozione e dell'evento ad essa legato.

Si può, quindi, certamente riprendere l'idea della Langer (1972) che la musica sia il linguaggio delle emozioni, dicendo più precisamente che la musica è un sistema di comunicazione.

Ma alla luce di quanto si è detto, bisogna precisare due aspetti che nascono dall'uso dell'analogia e delle metafore in musica. Riferendosi in parte ad una lunga tradizione psicoanalitica (Anzieu, Winnicott, Bion, ecc...) si può dire che le espressioni vocali, i movimenti del corpo, attraverso i processi di analogia e della metafora, si trasformano in concetti, idee, pensieri che fanno parte del sapere musicale e che ci permettono di esprimere e vivere pienamente le nostre emozioni. Inoltre, attraverso la musica, si attuerebbe un passaggio dal mondo delle proprie esperienze interne a quello esterno. Come si è già detto una parte della forma musicale viene creata nell'atto stesso del fare musica insieme ad altri, o anche nell'ascolto. Ne consegue che elementi percettivi, indizi di superficie, ripetizioni, ciò che in altri termini può essere colto in un'analisi musicale fatta durante l'ascolto piuttosto che non in un'analisi formale eseguita sulla partitura, danno indicazioni di come la forma musicale possa essere organizzata. Il pensiero musicale che nasce da quella forma consente di esprimere, regolare e condividere con gli altri le proprie emozioni.

Nella definizione degli aspetti comunicativi della musica bisogna sottolineare il ruolo che gli elementi percettivi svolgono. Nel suo modello di semiologia della musica Jean Jaques Nattiez (1975) ha individuato tre livelli di analisi inerenti a due processi: un processo poetico legato alla creazione, alla composizione di un'opera d'arte, un processo esteso legato

to ai meccanismi e alle strategie adoperate per la fruizione di quanto è stato creato nell'attività poetica. Così, l'analisi musicale ha un livello poetico che riguarda soprattutto la composizione, un livello neutro che riguarda l'opera in quanto tale e un livello estetico, infine, che riguarda la fruizione e la percezione. Quel che è importante nel modello di Nattiez e che è in linea con quanto è stato fin qui detto: che il livello estetico non coincide con un semplice momento di decodifica degli stimoli proposti all'ascolto come in molti modelli di comunicazione, ma è un processo attivo di costruzione della forma e del significato musicali in relazione a molti fattori come il contesto di ascolto, le convenzioni socio-culturali, le regole implicite o esplicite che possono essere legate all'interpretazione e alla notazione musicale.

In conclusione, la musica è un fenomeno che attraversa la vita quotidiana e la rende più ricca, proprio come le emozioni che costellano continuamente la nostra esistenza. La musica in parte utilizza dei codici propri, diversi dalle parole, per cui è difficile trovarne un significato che possa essere espresso con parole (ineffabilità della musica). Ma la musica non viene a noi come un suono dal vuoto stellare per dirla con Wittgenstein. Al contrario è intimamente connessa a gran parte delle attività della vita quotidiana costruite insieme ad altre persone e in cui, di regola, si utilizza il linguaggio verbale. Per questo la musica, oltre ad essere un pensiero che si organizza secondo le sue regole, è anche oggetto di pensiero e, in quanto tale, ci dischiude i suoi segreti e ci consente di trovare, insieme ad altri, le sue stesse emozioni.

* **Roberto Caterina** è nato a Salerno il 14 dicembre 1952.

È professore associato presso il Dipartimento di Psicologia dell'Università di Bologna e docente di Psicologia della musica, Psicologia della percezione e Psicologia della comunicazione.

Membro dell'Escom (European Society for the Cognitive Science of Music). Tra i suoi interessi figura lo studio della regolazione delle emozioni nella relazione di aiuto, soprattutto attraverso le arti terapie. Su questo argomento ha pubblicato diversi contributi nella letteratura scientifica internazionale ed italiana.

Bibliografia

■ **Baroni M., Caterina R., Regazzi F., Zanarini G.**
Emotional aspects of singing voice in A. Gabrielsson (ed.), Third Triennial ESCOM Conference, Proceedings (Uppsala, Sweden, 7-12, June 1997). Uppsala: Uppsala University, 484-489, 1997.

■ **Bigand E., Filipic S., Lalitte P.**
The Time Course of Emotional Responses to Music, Annals of the New York Academy of Sciences, 1060:429-437, 2005.

■ **Caterina R., Bonfiglioli L., Baroni M., Adessi A.R.**
Mimic expression and piano performance, The 8th International Conference on Music Perception & Cognition (ICMPPC8) (Evanston, Illinois, USA, August 3-7, 2004) a cura di Lipscomb S.D., Ashley R., Gjerdingen R.O., Webster P. "Proceedings on CDROM of the 8th International Conference on Music Perception & Cognition (ICMPPC8)", The Society for Music Perception & Cognition SMPC, 2004.

■ **Clarke E.**
Meaning and the specification of motion in music, Musica Scientiae 5/2: 213-231, 2001.

■ **Damasio A.**
The Feeling of What Happens: Body and Emotion in the Making of Consciousness, New York: Harcourt Brace, 1999.

■ **Darwin Ch.**
The Expression of Emotions in Man and Animals, London: Murray, 1872, (trad. it. "L'espressione delle emozioni nell'animale e nell'uomo", Boringhieri, Torino, 1982).

■ **Davies S.**
Kivy on Auditors' Emotions, Journal of Aesthetics and Art Criticism, Vol. 52, No. 2, pp 235-236, 1994.

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

■ **Friberg A., Sundberg J.**
Does Music Performance Allude to Locomotion? A

Model of Final Ritardandi Derived from Measurements of Stopping Runners, Journal of the Acoustical Society of America 105(3): 1469-1484, 1999.

■ **Frijda N.H.**
The emotions, Cambridge: Cambridge University Press, 1986, (trad. it. "Emozioni", Il Mulino, Bologna, 1990).

■ **Gabrielsson A., Lindström W.S.**
Strong experiences related to music: A descriptive system, Musicae Scientiae, 7, 157-217, 2003.

■ **Gabrielsson A., Lindström E.**
The influence of musical structure on emotional expression, pp. 223-249, 2001. In Sloboda J.A & Juslin P.N. (Eds.), "Music and Emotion: theory and research", New York: Oxford University Press.

■ **Gasperoni G., Marconi L., Santoro M.**
La musica e gli adolescenti, Edt, Torino, 2004.

■ **Geissmann T.**
Duet-splitting and the evolution of gibbon songs, Biological Reviews 77: 57-76, 2002.

■ **Hanslich E.**
Vom Musikalisch-Schönen, 1854, trad. it. "Il bello musicale", Aesthetica, Palermo, 2001.

■ **Huron D.**
Sweet Anticipation: Music and the Psychology of Expectation, Cambridge: MIT Press, 2006.

■ **Imberty M.**
Suoni, Emozioni, Significati, Clueb, Bologna, 1986.

■ **Imberty M.**
Il bambino e la musica, in Nattiez J.-J. (Ed), "Enciclopedia della Musica", vol. II, (477-95), Einaudi, Torino, 2002.

■ **Johnson M.L.**
The body in the mind: The bodily basis of meaning, imagination, and reason. Chicago: University of Chicago Press, 1987.

SEGUE

segue **Bibliografia**

■ Johnson M.L.

Embodied Reason (pp. 81-102) in Gail Weiss and Honi Haber (eds) "Perspectives on Embodiment: The Intersections of Nature and Culture", London: Routledge, 1999.

■ Kivy P.

The Corded Shell, New Jersey: Princeton University Press, 1980.

■ Meyer L.B.

Emotion and meaning in music, Chicago: Chicago Press, 1956.

■ Meyer L.B.

Music and Emotion: distinctions and uncertainties (pp. 341-361). In: Sloboda J.A & Juslin P.N. (Eds.), "Music and Emotion: theory and research", New York: Oxford University Press, 2001.

■ Nattiez J.J.

Fondements d'une sémiologie de la Musique, Paris: Union générale d'éditions, 1975.

■ Piaget J.

La formation du symbole chez l'enfant, 1945. Trad. it. "La formazione del simbolo nel bambino", La nuova Italia, Firenze, 1972.

■ Plazac J.

The Effects of Attention on Frisson-Related Responses from Unexpected Musical Events, The Ohio State Online Music Journal (OSOM), Vol. 1, num. 2, 2008.

■ Salimpoor V.N., Benovoy M., Larcher K., Dagher A., Zatorre R.J.

Anatomically distinct dopamine release during anticipation and experience of peak emotion to music, Nature Neuroscience, 14(2), 257-262, 2011.

■ Scherer K.R.

Toward a dynamic theory of emotion: The component process model of affective states, Geneva Studies in Emotion and Communication, 1(1), 1987.

■ Sloboda J.A.

Music structure and emotional response: some empirical findings, Psychology of Music, 19, 110-120, 1991.

■ Stern D.

The Motherhood Constellation, New York: Basic Books, 1995.

■ Trevarthen C.

Musicality and the intrinsic motive pulse: evidence from human psychobiology and infant communication, Musicae Scientiae, Special Issue, 155-215, 1999.

■ Zbikowski L.M.

Metaphor and Music (pp. 502-524). In R.W. Gibbs jr. (ed) "The Cambridge Handbook of Metaphor and Thought", Cambridge: Cambridge University Press, 2008.

■ Zentner M., Grandjean D., Scherer K.R.

Emotions evoked by the sound of music: Characterization, classification, and measurement, Emotion, 8, 494-521, 2008.



LE RICERCHE PSICOPEDAGOGICHE SULLE SINESTESIE IN MUSICA

Michele Biasutti Università di Padova,
Dipartimento FISPPA

It is well known that music can elicit external auditory sensations such as the perception of colour or mental images.

Several studies have examined these effects of the so called area of the synaesthesia. The synaesthesia is the ability to transform, enrich and encode events in multiple sensory experiences. The research questions that researchers have considered in order to provide explanations for synaesthesia are: The colours can be heard? The sounds can be seen? In what way does this association occur? Are there general laws and the principles are recursive? What impact has this phenomenon in the population? These questions have also stimulated this essay in examining various aspects of synaesthesia, from historical to etymological, from psychological and perceptive to neurophysiological, analysing the synesthetic associations to specific musical parameters such as frequency, timbre and the musical form. Several aspects will be analysed such as the images, the colour, the sign and the light in the composition, the synaesthesia between verbal sound events and colours, the visual linguistic terms to define music, synaesthesia and pitch, associations between musical structures and colours, the synaesthesia and the timbre, the incidence of synaesthesia and the neurophysiological mechanisms of synaesthesia. Finally it will be discussed the relevance of synaesthesia for the work of a music therapist.

INTRODUZIONE

È risaputo che la musica può suscitare sensazioni esterne al fatto uditivo quali percezioni di colori o immagini mentali. Diversi studi hanno approfondito questi effetti che rientrano nel settore chiamato delle sinestesie. Il termine sinestesia deriva dal greco *Syni*, che significa insieme o unione, e *Aisthesis*, che significa sensazione o percezione. Il fenomeno della sinestesia coinvolge l'unione dei sensi, e avviene quando una modalità sensoriale (gusto, olfatto, tatto, udito o vista) è causa di una percezione in un'altra modalità. Horan (2011) considera la sinestesia l'abilità di trasformare, arricchire e codificare eventi in esperienze sensoriali multiple in modo coinvolgente. Ad esempio, l'ascolto di un evento sonoro può indurre una sinestesia, e generare una sensazione visiva come un'immagine o un colore. In particolare, è definita cromestesia, ascolto del colore o ascolto colorato, la situazione nella quale stimoli uditivi come suoni o melodie evocano immagini di colori.

Le sinestesie non si limitano all'associazione di colori ai suoni, anche se questa è una tra le esperienze più diffuse. In alcuni casi si possono verificare sinestesie nella stessa modalità sensoriale: la vista di un oggetto può indurre la sensazione di un particolare colore. Un'altra sinestesia è quella termica, in base alla quale alcuni colori, solitamente come il giallo, l'arancio e il rosso sono sentiti come caldi, mentre il blu e il verde come freddi.

Le sinestesie sono state rilevate da centinaia di anni, anche se lo studio sistematico è incominciato dalla fine del XIX secolo ed è stato un settore battuto specialmente nella prima parte del Novecento (Glicksohn, 2011). Le domande alle quali i ricercatori hanno cercato di fornire spiegazioni erano ad esempio: i colori si possono ascoltare? I suoni si possono vedere? Si può associare un colore ad ogni musica? In che termini avviene questa associazione? Esistono delle leggi generali, dei principi ricorsivi? Che incidenza ha questo fenomeno nella popolazione? Queste domande hanno stimolato anche il

percorso di ricerca di questo saggio che esamina vari aspetti delle sinestesie, da quelli storici a quelli etimologici, da quelli psicologici e percettivi a quelli neurofisiologici, analizzando le associazioni sinestesi- che a specifici parametri della musica come la frequenza, il timbro e la forma musicale. In particolare, saranno analizzate le immagini, il colore, il segno e la luce nella composizione, le sinestesie tra eventi sonori verbali e colori, i termini linguistici visivi per definire la musica, le sinestesie sull'altezza, le sinestesie sulla tonalità, le associazioni tra strutture musicali e colori, le sinestesie sul timbro, l'incidenza delle sinestesie e i meccanismi neurofisiologici delle sinestesie. Da ultimo sarà discussa la rilevanza delle sinestesie per il lavoro del musicoterapista.

IMMAGINI, COLORE, SEGNO E LUCE NELLA COMPOSIZIONE

La storia della musica è piena di esempi di come effetti e sensazioni sinestesiache siano state di stimolo e di ispirazione a compositori quali Berlioz, Brahms, Chopin, Debussy, Franck, List, Rachmaninov, Rimsky-Korsakov, Schumann, Scriabin e Wagner. Anche nel periodo contemporaneo figurano molti compositori quali Scriabin, Messiaen, Gubaudulina e Sani che hanno cercato di fornire una stimolazione multipla e raffigurazioni anche visive delle loro opere musicali. In particolare, si rilevano più tendenze quali la rappre-

sentazione musicale di stimoli visivi, l'utilizzo del colore nelle partiture, la realizzazione di partiture grafiche e l'uso di particolari sistemi di illuminazione durante l'esecuzione di brani musicali.

Riguardo alla rappresentazione musicale di stimoli visivi, la musica a programma racchiude una serie variegata di esempi di traduzione musicale di stimoli visivi. Un esempio molto noto in questo

ambito è fornito dal compositore russo Musorgskij che nella suite pianistica **Quadri di un'esposizione** (1874) ha elaborato sonoramente gli stimoli avuti durante un'esposizione di opere dell'amico pittore e

architetto Hartmann. Musorgskij è stato ispirato dai disegni e dagli acquerelli che il pittore aveva realizzato durante vari viaggi svolti anche all'estero. Riguardo all'utilizzo del colore nelle partiture, diversi autori sono ricorsi a questa tecnica, come la Gubaudulina e Messiaen, riportando i nomi dei colori in particolari punti delle loro partiture o indicazioni colorate. In particolare, Messiaen riferisce di utilizzare delle vivide sensazioni cromatiche nella sua musica e utilizza segni di vari colori nelle partiture. Riguardo alla realizzazione di partiture grafiche, moltissimi autori hanno spinto al massimo la possibilità di esprimersi anche graficamente nella scrittura musicale contemporanea ideando delle nuove grammatiche compositive e dei nuovi sistemi interpretativi del segno grafico. Le partiture di autori quali Bussotti e Cage diventano delle opere grafiche nelle quali l'esecutore deve cimentarsi introspevolmente per rielaborare un'interpretazione sonora del segno.

Riguardo all'uso di particolari sistemi di illuminazione durante l'esecuzione di brani musicali, alcuni autori quali Gubaudulina, Sani e Scriabin ne hanno previsto l'uso riportandolo anche in partitura. La Gubaudulina ha scritto in partitura una parte per le luci con colori differenti nel suo IV quartetto per archi e Sani nel progetto musicale **Non tutte le isole hanno di mezzo il mare** utilizza delle particolari illuminazioni con fasci di luce nell'isola I con progetto visivo di Mario Sasso. Un

I colori si possono ascoltare? I suoni si possono vedere? Si può associare un colore ad ogni musica? In che termini avviene questa associazione?

uso esteso e articolato delle luci è stato proposto da Scriabin che ha orchestrato la sua quinta sinfonia **Prometeo (Poema del Fuoco)** con una parte di luci, ritenendo che l'integrazione di luci colorate avrebbe agito come "un potente risuonatore psicologico" per gli ascoltatori. L'autore era convinto che i colori potessero diventare parte costitutiva di una composizione musicale e intendeva proporre una sintesi estetica incentrata sulle relazioni tra suoni e colori nella ricerca di un'unità dei sensi.

La partitura del **Prometeo** prevede una particolare tastiera chiamata **Tastiera per luce**, con una parte scritta a due voci che aveva il compito di fornire dei segnali per l'accensione di luci colorate. Scriabin aveva l'intenzione di realizzare anche un altro brano, **Misterium**, nel quale sarebbero state stimolate molteplici esperienze sensoriali (uditive, visive, olfattive e tattili) con musica, poesia, danza, luci e profumi da celebrarsi sulle rive del Gange. La morte precoce dell'autore, avvenuta a 43 anni, non gli ha consentito di portare a termine questo progetto.

TERMINI LINGUISTICI VISIVI PER DEFINIRE LA MUSICA

Lo stretto rapporto tra dimensione visiva e uditiva è deducibile intuitivamente considerando che diversi aggettivi utilizzati comunemente per definire delle caratteristiche visive quali brillante e scuro sono impiegati per contraddistinguere anche aspetti del suono. In particolare, i vocaboli derivati dalle parole **colore** e **cromatico** come *colorazione*, *color*, *coloratura*, *colorito*, *croma* e *cromatico* sono molto diffusi in ambito musicale.

Il termine **colorazione** era utilizzato nell'antica Grecia per descrivere il coinvolgimento determinato da particolari intonazioni delle scale musicali: differenti sistemi di temperamento erano utilizzati con intenti specifici e le variazioni nel temperamento erano dei qualificatori più dello stato emotivo e affettivo che dell'altezza dei suoni. L'analogia con i colori sembra un processo naturale, poiché la sen-

sazione di differenze minime di intonazione è vissuta affettivamente.

Il vocabolo **cromatico** definiva poi uno dei tre generi in uso nell'antica Grecia che, con il diatonico e l'enarmonico, costituivano il sistema musicale.

Un altro termine, la parola latina **color**, designava nel Medio Evo (XII secolo) un procedimento compositivo nel quale la melodia era ornata con degli abbellimenti. Lo stesso vocabolo era in uso nel 1300 e 1400 nella pratica contrappuntistica ed era contrapposto a quello di *talea*. Talea indicava la melodia gregoriana chiamata *tenor*, sulla quale si basava tutta la composizione caratterizzata da uno schema ritmico che si ripeteva. *Color* indicava invece una variazione del tenor e la ripetizione della stessa melodia con valori ritmici diversi. La parola *color* è rimasta in uso e indica genericamente un arricchimento della melodia attraverso abbellimenti. In particolare si parla di **coloratura**, in riferimento all'ornamentazione di una melodia, ad esempio da parte dei cantanti. Si tratta di una tecnica tipica del *belcanto* italiano, che consisteva nel variare la melodia con virtuosismi ad esempio nell'aria col da capo.

Il vocabolo **colorito** si riferisce invece all'espressività della musica, al fraseggio, alla dinamica, all'intensità, al tipo di vibrato e al tipo di timbro, elementi che sono di stretta pertinenza dell'esecutore.

La parola **cromatica** è utilizzata per più elementi musicali, come l'intervallo, la scala, il sistema e gli strumenti, mentre il termine **cromaticismo** indica un procedimento della musica occiden-

L'autore era convinto che i colori potessero diventare parte costitutiva di una composizione musicale

tale dal XIV secolo, in base al quale alcuni gradi della scala sono innalzati o abbassati di un semitono.

Il termine **colore** è usato anche per definire le sfumature nel timbro. Slawson (1985) nel volume **Sound color** tratta le questioni inerenti alla struttura del suono, intendendo con il termine *color* le associazioni che i compositori utilizzano per dare significato ed espressività alla musica.

In definitiva, si rileva che vi sono diversi termini, derivati dalla parola colore, in uso in campo musica-

le con accezioni ampie, in associazione a vari elementi formali della musica quali l'altezza, la melodia, la metrica, la dinamica e il timbro. Ci si può anche interrogare sull'importanza che il suono delle parole e del linguaggio riveste a livello rappresentativo.

SINESTESIE TRA EVENTI SONORI VERBALI E COLORI

Esistono diversi studi che hanno considerato le associazioni tra eventi sonori verbali e colori. Secondo alcuni ogni lingua ha un proprio colore: il francese il marron scuro, l'inglese il marron chiaro, il tedesco il verde, l'italiano l'azzurro, l'antico greco il giallo. Alcune persone associano dei colori alle singole lette-

re dell'alfabeto. Galton (1883) ha condotto degli studi per spiegare questo fenomeno, evidenziando che la combinazione delle lettere poteva determinare un colore.

Altre ricerche condotte con il **Stroop colour-word test** hanno considerato le associazioni tra le parole dei colori e il loro colore rilevando dei tempi di reazioni maggiori per nominare parole discordanti. Ad esempio, la parola rosso scritta con il colore verde è letta con una minor prontezza evidenziando dei tempi di risposta più lunghi per gli stimoli incongruenti (parole di colore diverso da quello semantico) rispetto a quelli congruenti (concordanza nel nome del colore e del colore percepito).

Diversi studi hanno definito il funzionamento del sistema percettivo uditivo nella decodifica dei messaggi verbali e di altri eventi sonori complessi. In particolare, si è cercato di ridurre ad un numero definito e psicologicamente significativo tutte le informazioni contenute nello spettro armonico del suono con lo scopo di individuare delle similitudini nell'elaborazione degli stimoli verbali e musicali. Per la trattazione delle informazioni sono stati proposti formule matematiche, algoritmi e modelli che hanno schematizzato in uno spazio bidimensionale o tridimensionale le informazioni.

Riguardo agli eventi sonori linguistici, Yilmaz (1967) ha descritto lo spazio delle vocali con una schematizzazione circolare con, al centro, la vocale neutra schwa, in accordo con l'analisi fonetica dei suoni delle vocali. Secondo alcuni, esisterebbero delle analogie nei meccanismi percettivi delle vocali e del colore: la vocale neutra avrebbe la stessa funzione della luce bianca, mentre le vocali opposte nella disposizione circolare avrebbero una mansione simile ai colori complementari. La percezione della voca-

le neutra servirebbe come riferimento o ancoraggio intorno al quale è organizzato lo spazio percettivo. Yilmaz (1967) ha cercato anche di dimostrare che le leggi di mescolamento del colore possono essere ap-

plicate alla percezione delle vocali. Attraverso una serie di osservazioni sulle qualità delle vocali, l'autore ritiene che la vocale neutra sia sintetizzabile con la somma di tutte le vocali pronunciate da una persona, ovvero da un appropriato mescolamento di vocali opposte nella schematizzazione circolare delle vocali. Si tratta di un procedimento simile a quello con il quale si ottiene il colore bianco attraverso il dosaggio opportuno di colori complementari. In definitiva, emerge una rilevanza della dimensione uditiva delle parole e ci si può chiedere quanto questa sia in rapporto con la musica.

Come per gli stimoli verbali, anche per la musica si possono rintracciare delle analogie nei processi generali di elaborazione delle informazioni. Lo spazio acustico è stato schematizzato in base alle relazioni percettive, sintetizzando il concetto di altezza cromatica. Uno dei modelli più diffusi dell'altezza musicale è la teoria delle due componenti che riporta un andamento ad elica. Questa teoria non ha elementi di raccordo con la teoria dei colori, poiché il mescolamento di due note non produce un effetto comparabile a quello ottenibile con il processo additivo dei colori. La combinazione di due note non produce un tono intermedio tra le due e la combinazione di note opposte

nel circolo cromatico non genera un percepito neutro, nel quale sono perse le identità dei singoli toni. Sarebbe forse opportuno ricercare analogie di ordine superiore piuttosto che limitarsi alla risoluzione tra i singoli toni, ad esempio quando le note si raggruppano e sono strutturate in un contesto più ampio.

SINESTESIE SULL'ALTEZZA DEI SUONI

Le sinestesie sull'altezza dei suoni sono piuttosto rare e consistono nell'associare colori a determinate note. Ad esempio, i possessori di orecchio assoluto riportano frequentemente di avere sensazioni di colori per specifiche note. In generale, appare ricorsiva la sensazione che i suoni nel registro grave forniscono immagini di buio, mentre quelle nel registro acuto di brillantezza. Alcuni studi condotti con onde sinusoidali a varie frequenze hanno eviden-

ziato che il giallo e il verde erano associati alle frequenze acute, il rosso e l'arancione a quelle medie, mentre il blu e il violetto a quelle gravi. Gli operisti utilizzano tali abbinamenti per proporre scene che tendono allo scuro con musiche nel registro grave, mentre scene luminose nel registro acuto. A volte questo stereotipo è utilizzato anche nei film.

Esistono anche delle sinestesie denominate musico-spaziali, legate allo spazio musicale, in base alle quali le altezze sono percepite con una matrice spazialmente definita. In questo tipo di sinestesie le informazioni musicali orientano automaticamente l'attenzione del fruitore in base alle loro specifiche forme musico-spaziali con un carattere di automaticità e coerenza (Akiva-Kabiri et al., 2014).

SINESTESIE SULLA TONALITÀ

I ricercatori hanno evidenziato che per molti compositori ogni tonalità ha un colore proprio. Si tratta di una sensazione diffusa tra i compositori e sono stati documentati diversi casi nella storia. Beethoven riteneva che la tonalità di Si minore desse sensazioni di nero,

anche se non fornisce evidenze su una sua capacità sistemática di associare suoni a colori. Secondo alcuni esisterebbero concordanze su alcune tonalità: quella di Do maggiore richiamerebbe il bianco, in relazione ai tasti bianchi in avorio del pianoforte, ma è stato evidenziato come tale processo sia più evidente con i pianisti rispetto a esecutori di altri strumenti.

Alcuni compositori ritengono che la predominanza del Re maggiore sia foriera di sensazioni del colore oro o giallo. Questo può essere associato alla circostanza che molti compositori, specialmente del periodo barocco quali Bach e Handel, hanno utilizzato questa tonalità in special modo con gli ottoni, in relazione alla facilità di esecuzione e alle maggiori possibilità tecniche di questi strumenti in Re maggiore.

L'associazione di colori alle tonalità è legata ad un processo individuale e perciò vi è una discreta variabilità nei giudizi dei singoli compositori. Ad esempio

Scriabin e Rimsky-Korsakov ritenevano che esistessero delle corrispondenze precise tra i colori e le tonalità maggiori, ma esistono delle discrepanze nei giudizi dei due autori. Emerge un elemento comune nei

vari compositori analizzati: molti riferivano colori puri in associazione ad armonie senza alterazioni, mentre tonalità con diesis e bemolli erano connesse a sensazioni di colori con toni metallici, brillanti e riflessi particolari. Più è complessa la chiave e più risulta articolata l'associazione che suscita. Sembra poi che le tonalità maggiori con i bemolli, come Re bemolle, La bemolle e Mi bemolle, siano associate a colori scuri come il violetto, il viola e il blu metallico, mentre quelle senza bemolli sono associate a colori più chiari.

SINESTESIE SUL TIMBRO

Le sinestesie sul timbro coinvolgono il suono degli strumenti o l'effetto sonoro complessivo dato dalla somma degli strumenti dell'intera orchestra. Vari compositori hanno riferito di associazioni tra il timbro di strumenti musicali e i colori. Sembra che il

flauto induca la sensazione di un azzurro intenso, l'oboe il giallo, la tromba lo scarlatto, il corno il viola e il flauto dritto il grigio. Probabilmente i compositori che possiedono la capacità di associare colori alla musica hanno anche una particolare sensibilità per l'orchestrazione, ovvero l'abilità di creare e combinare in una composizione musicale i vari strumenti dell'orchestra. Il colore sonoro indica una sensazione uditiva più che una proprietà acustica e questo può guidare i compositori secondo una dimensione interiore di elaborazione.

Nel Novecento il timbro è stato posto al centro dell'interesse e la composizione è divenuta non solo la costruzione di una struttura, ma anche la ricerca di un'entità timbrica. Il timbro si emancipa dagli altri elementi e si sviluppa una composizione che costruisce anche *il suono*, oltre che *con il suono*.

Schöenberg ha proposto il termine **Klangfarbe** (suono, melodia di colore) sviluppando uno dei primi esempi di composizione timbrica. Si tratta di una tecnica musicale che comporta la divisione della linea musicale tra vari strumenti, anziché assegnarla ad un solo strumento, aggiungendo così colore (timbro) e texture alla linea melodica. L'intento è di creare delle strutture timbriche con una propria autonomia semantica. Nell'orchestra si possono ottenere impasti timbrici molto particolari tanto da simulare altri strumenti come hanno sperimentato gli spetralisti francesi con Grisey e Murail. Altri autori come Ligeti hanno, invece, utilizzato l'orchestra per simulare timbri virtuali e sonorità spaziali.

ASSOCIAZIONI TRA STRUTTURE MUSICALI E COLORI

Riguardo alle associazioni tra strutture musicali e colori, Polzella e Biers (1987) hanno condotto delle ricerche proponendo degli estratti dal clavicembalo ben temperato di J.S. Bach e chiedendo ai partecipanti di scegliere quale tra i colori rosso, giallo, verde e blu si associava meglio alla musica. I brani variavano siste-

maticamente per tonalità, velocità e tempo. Le risposte che richiamavano il colore rosso sono state frequenti con preludi in tempo quaternario. Il giallo è stato associato a preludi in tonalità maggiore con andamento più veloce e tempo ternario, i preludi lenti con il blu.

Bernard (1986) ha analizzato estesamente l'opera di Messiaen, individuando che l'autore utilizzava i colori in associazione a singoli accordi o a gruppi di sonorità. Le etichette visive erano di tre tipologie principali:

- 1) indicazioni monocromatiche di un colore solo, come il rosso o il verde.
- 2) indicazioni sempre in un colore uniforme, ma dato da un procedimento più complesso: due colori sono mescolati come agli estremi delle bande di un arcobaleno. A tale effetto è assegnato il nome di entrambi i colori che lo determinano, ad esempio blu e arancione o grigio e rosa.
- 3) combinazioni di complessità variabile, che vanno dalla semplice coppia di due (grigio e oro) o tre colori (arancio, oro e bianco latte). Tali sensazioni cromatiche possono essere associate ad accordi successivi, a bande verticali o parallele di tre colori di maggior o minor lunghezza, effetti derivanti da un colore principale con macchie, con coperture parziali, con sovrapposizioni di una o più tinte. Alcune di queste ultime varianti risultano piuttosto elaborate: per esempio un giallo sulfureo trasparente con riflessi di pale viola e piccole di aree di blu prussiano e marron blu-violetto.

Esistono anche delle sinestesie sullo stile compositivo. Si tratta di una tipologia generale di sinestesia, che dà luogo a sensazioni in associazione ad una composizione o anche allo stile di un determinato autore. Ad esempio il **Tannhäuser** di Wagner esplicita solitamente immagini di colore blu, mentre **L'Olandese volante** di verde nebbia. Probabilmente queste associazioni derivano da particolari visivi della rappresentazione, come la cava blu di Venere e il mare infinito nel secondo. Si rileva che nel gene-

re operistico, essendo presenti elementi scenici e coreografici, sono più facili associazioni con i colori. Alcuni studiosi hanno anche proposto delle risposte cromatiche associate alla produzione completa di singoli autori, senza differenziare i vari brani: è stato evidenziato che alcune persone collegavano la musica di Beethoven al nero, mentre quella di Chopin era vista come luminosa e quella di Gounod di tinta viola e blu.

INCIDENZA DELLE SINESTESIE

Gli studiosi hanno fornito stime molto diverse riguardo all'incidenza delle persone sinestesiche. Cytowic (1997) ritiene che solo una persona su 100.000 abbia sensazioni sinestesiche, mentre Pearce (2007) riporta una media di una persona su 2.000.

Carmichael et al. (2015) parlano invece di un'incidenza del 1,2% e altri studiosi hanno riportato percentuali molto maggiori. Cuddy (1985) ha condotto uno studio chiedendo a 24 musicisti di riferire estesamente le loro esperienze di associazioni tra musica e colore. Sedici di questi hanno detto di non aver sperimentato alcun tipo di sinestesia (in relazione a singole note, tonalità, timbri, o alcun altro tipo di evento musicale), cinque hanno riportato associazioni vaghe e indefinite come ad esempio brillantezza e oscurità, piuttosto che indicare con precisione dei colori. Solo tre partecipanti, corrispondenti al 12,5% del totale, hanno descritto vivide esperienze sinestesiche di associazione di sensazioni cromatiche a specifiche tonalità o passaggi musicali.

Questi dati evidenziano che le stime di incidenza delle sinestesie sono estremamente variabili nella letteratura scientifica, perché i ricercatori si sono concentrati su varie tipologie del fenomeno utilizzando criteri di definizione differenti (Ramachandran & Hubbard, 2001a). Solo recentemente sono stati sviluppati dei test standardizzati quali la **Synesthesia Battery** che è stata validata da Carmichaela et al. (2015) ed è considerata uno strumento efficace per la misurazione delle sinestesie.

Riguardo alle differenze di genere, diversi studi hanno suggerito che le donne sperimentano più comunemente le sinestesie rispetto agli uomini con percentuali anche di sei volte superiori. Altri studi hanno attribuito questi esiti ad un problema di reclutamento dei partecipanti e al fatto che le donne sono più inclini a descrivere le sinestesie anche se questo elemento non è condiviso unanimemente dai ricercatori (Simner & Carmichael, 2015).

Altre ricerche hanno dimostrato che, se opportunamente sollecitate, le persone che normalmente non associano colori ai suoni rispondono come chi ha sensazioni sinestesiche ma con la differenza di una minore ricchezza di risposte rispetto ai sinestesici. Ad esempio, una musica dall'andamento veloce ed eccitante è visualizzata da un sinestetico come un rosso brillante tagliato da linee irte con colori più forti. Chi non sperimenta sensazioni sinestesiche risponde in maniera meno fantasiosa, indicando come rosso caldo, infuocato o brillante il colore che descrive efficacemente la musica.

In generale, sembra che le sensazioni sinestesiche abbiano delle caratteristiche ricorsive e siano caratte-

rizzate da una diversa incidenza a livello evolutivo poiché sono più diffuse tra i bambini rispetto agli adulti. È necessario che tali meccanismi si sviluppino nella fanciullezza e si instaurino

come meccanismi associativi per poi perdurare nel tempo. La letteratura non riporta casi nei quali le sinestesie si siano manifestate per la prima volta in un adulto. Chi ha sensazioni sinestesiche a volte non è pienamente consapevole della portata del fenomeno e, quando gli viene comunicato che si tratta di una caratteristica particolare, si dimostra stupito.

MECCANISMI NEUROFISIOLOGICI DELLE SINESTESIE

Mills, Boteler e Olivier (1999) hanno studiato i correlati neurofisiologici delle sinestesie evidenziando che si manifestano come processi automatici. Si trat-

Chi ha sensazioni sinestesiche a volte non è pienamente consapevole della portata del fenomeno

ta di processi non intenzionali che avvengono senza il controllo diretto della coscienza e non producono interferenze con altre attività mentali. Considerando gli aspetti psicofisiologici e neuronali, le sinestesie generano una cross attivazione di neuroni in varie parti del cervello così che le regioni cerebrali coinvolte nella percezione del timbro sono cross-attivate con quelle della percezione cromatica.

Riguardo ai meccanismi neurofisiologici delle sinestesie, vi sono due orientamenti principali: le teorie modulari e quelle unitarie. I modularisti considerano la sinestesia un prodotto di collegamenti neurali errati, ad esempio tra la aree uditive e visive, mentre gli unitaristi, considerano la sinestesia come un processo emo-

Sapere se i partecipanti alle sessioni di musicoterapia sono sinestesici può aiutare il musicoterapista nella gestione del gruppo e nell'interpretazione

zionale della percezione sensoriale situato nel sistema limbico (Pearce, 2007). Le differenze della collocazione dei colori associati sono divise in due zone: nello spazio esterno (sinestesia proiettiva) o "nell'occhio della mente" (sinestesia associativa). Nella sinestesia proiettiva vi è un'associazione esterna mentre nella sinestesia associativa un collegamento diretto. Ramachandran e Hubbard (2001b) hanno ipotizzato due tipologie di sinestesie, quelle "inferiori" (riferendosi ai processi percettivi di basso livello) e quelle "superiori" (riferendosi ai processi cognitivi superiori), nei quali le diverse forme di sinestesia rappresentano delle diverse fasi di elaborazione del cervello.

IMPLICAZIONI PER LA MUSICOTERAPIA

Vi sono diverse implicazioni delle sinestesie che possono essere discusse riguardo alla musicoterapia passiva e attiva. Nella musicoterapia passiva può essere rilevante considerare se l'associazione di colori o immagini alla musica può essere d'aiuto all'ascolto e contribuire a far affiorare particolari vissuti. Sapere se i partecipanti alle sessioni di musicoterapia sono sinestesici può aiutare il musicoterapista nella gestione del gruppo e nel-

l'interpretazione dei vissuti verificando le loro capacità di rispondere in maniera multimodale alle stimolazioni musicali e sonore. Le persone sinestesiche potrebbero cogliere aspetti particolari e sfumature in modo diverso rispetto agli altri partecipanti e potrebbe essere utile vagliare le risposte sinestesiche dei vari gruppi.

Un altro aspetto riguarda la selezione del repertorio: quando si prepara una sequenza sonda può essere utile conoscere le potenzialità sinestesiche

di determinati brani o passaggi musicali per costruire una sequenza appropriata.

Riguardo alla musicoterapia attiva, una riflessione riguarda la scelta degli strumenti musicali del setting che possono gene-

rare sensazioni cromatiche diversificate, ad esempio se utilizzare metallofoni o membranofoni. Può essere d'interesse considerare anche l'importanza che le sinestesie hanno per i compositori e per chi genera la musica ad esempio durante lo svolgimento di attività di improvvisazione, processi riscontrabili durante le sessioni di musicoterapia attiva.

CONCLUSIONI

Le ricerche presentate hanno evidenziato che le associazioni tra musica e colori non sembrano seguire principi generali e ricorsivi. Si rileva una grande variabilità nei giudizi e nei dati sperimentali tanto che sembra plausibile ipotizzare una natura idiosincratca del fenomeno e della natura delle associazioni. Si possono rilevare regole solo ad un livello molto generale. Secondo Mills, Boteler e Olivier (1999) molte delle sensazioni sinestesiche sono idiosincratciche, ma ci possono essere dei tratti di ricorsività nei seguenti aspetti:

- certi colori determinano gli stati emotivi della musica;
- linee di colore differente sono associate con strumenti di timbro diverso;
- modelli visivi sono associati con la musica: linee lievemente ondulate sono associate a una musica

dolce, mentre un andamento sincopato o staccato richiama linee irte;

- immagini che si espandono nel campo visivo sono associate ad un aumento di volume o di altezza;
- i colori diventano più luminosi e aumentano la brillantezza con l'aumento dell'altezza tonale o con un tempo più veloce.

Potrebbe essere interessante ricercare analogie a livello di processi generali di funzionamento del sistema uditivo e di quello visivo piuttosto che di singoli meccanismi. Cuddy (1985) ha cercato di rintracciare le analogie a livello di processualità generale del segnale, descrivendo i sistemi di organizzazione delle diverse modalità sensoriali. Ad esempio, specifici meccanismi di previsione del colore attraverso il dosaggio di singoli colori possono essere utilizzati anche in campo musicale. Con l'ascolto sono astratte le caratteristiche salienti dei brani: un pezzo contiene tantissime informazioni acustiche che sono sintetizzate in poche informazioni significative.

Le analogie con il colore possono essere rintracciate nei principi generali secondo i quali il sistema uditivo lavora ed estrapola le informazioni significative. Le ricerche in questo settore sono all'inizio, poiché non sono state ancora analizzate le analogie con altri elementi sottostanti la percezione dei colori come il contrasto, la costanza e l'adattamento e ad esempio la percezione delle qualità melodiche e armoniche della musica.

Può essere d'interesse sviluppare anche delle ricerche sulle analogie nella processualità creativa paragonando la musica alle arti grafiche. Ad esempio si potrebbe studiare come i compositori utilizzano il timbro per scrivere una composizione timbrica e come i pittori usano il colore per realizzare un quadro astratto.

Alcuni autori riferiscono di avere a disposizione una tavolozza timbrica dalla quale attingere durante la composizione.

Può essere d'interesse considerare come i compositori hanno organizzato il "colore tonale" e utilizzato la tavolozza timbrica nei loro brani e come il fatto di essere sinestesici condiziona e orienta la loro creatività.

In definitiva, le ricerche hanno evidenziato che le persone sinestesiche hanno una percezione cross-modale che offre la possibilità di sentire il suono visivamente, dimostrando un'unitarietà nell'elaborazione dell'informazione. Si tratta dell'attivazione di un percorso spazio-temporale interiore, nel quale le varie modalità sensoriali (gusto, olfatto, tatto, udito o vista) formano una texture e generano sensazioni armoniche creando un'immagine emotiva profonda. Lo studio delle sinestesie rimane per molti aspetti enigmatico ma, allo stesso tempo, affascinante per la sua natura idiosincratca e difficilmente schematizzabile in precetti precostituiti.

Bibliografia

- **Akiva-Kabiri L., Linkovski O., Gertner L., Henik A.**
Musical space synesthesia: Automatic, explicit and conceptual connections between musical stimuli and space, *Consciousness and cognition*, 28, 17-29, 2014.
- **Bernard J.W.**
Messiaen's synaesthesia: The correspondence between color and sound structure in his music, *Music Perception: An Interdisciplinary Journal*, 4(1), 41-68, 1986.
- **Carmichael D.A., Down M.P., Shillcock R.C., Eagleman D.M., Simner J.**
Validating a standardised test battery for synesthesia: Does the Synesthesia Battery reliably detect synesthesia?, *Consciousness and cognition*, 33, 375-385, 2015.
- **Cuddy L.L.**
The color of melody, *Music Perception: An Interdisciplinary Journal*, 2(3), 345-360, 1985.
- **Cytowic R.E.**
Synaesthesia: phenomenology and neuropsychology - a review of current knowledge, In: Baron-Cohen S., Harrison J.E., editors, "Synaesthesia - classic and contemporary readings", Cambridge, MA: Blackwell Publishers Inc., pp. 17-39, 1997.
- **Galton F.**
Inquiries into human faculty and its development, London: Dent, 1883.
- **Glicksohn J.**
Synesthesia, In Runco M.A. and Pritzker S.R. (Eds), "Encyclopedia of creativity", Second Edition, vol. 2, pp. 403-408, San Diego: Academic Press, 2011.
- **Horan R.**
Spirituality, In Runco M.A. and Pritzker S.R. (Eds), "Encyclopedia of creativity", Second Edition, vol. 2, pp. 364-372, San Diego: Academic Press, 2011.
- **Hubbard E.M., Ramachandran V.S.**
Neurocognitive mechanisms of synesthesia, *Neuron*, 48:509-520, 2005.
- **Mills C.B., Boteler E.H., Oliver G.K.**
Digit synaesthesia: A case study using a Stroop-type test, *Cognitive Neuropsychology*, 16, 181-191, 1999.
- **Pearce J.M.S.**
Synaesthesia, *European neurology*, 57(2), 120-124, 2007.
- **Polzella D.J., Biers D.W.**
Chromesthetic responses to music: Replication and extension, *Perceptual and Motor Skills*, 65(2), 439-443, 1987.
- **Ramachandran V.S. Hubbard, E.M.**
Synesthesia - a window into perception, thought and language, *Journal of Consciousness Studies*, 8(12), 3-34, 2001a.
- **Ramachandran V.S., Hubbard E.M.**
Psychophysical investigations into the neural basis of synaesthesia, *Proc Biol Sci.*; 268: 979-983, 2001b.
- **Simner J., Carmichael D.A.**
Is synaesthesia a dominantly female trait?, *Cognitive neuroscience*, 6(2-3), 68-76, 2015.
- **Slawson W.**
Sound color, Yank Gulch Music, 1985.
- **Yilmaz H.**
A theory of speech perception, *The Bulletin of mathematical biophysics*, 29(4), 793-825, 1967.



EFFETTI SULLA TERAPIA FARMACOLOGICA DI UN TRATTAMENTO MUSICOTERAPICO DI GRUPPO IN AMBITO PSICHIATRICO CON PAZIENTI AMBULATORIALI GRAVI

Mario Degli Stefani* Psichiatra, psicoterapeuta, Padova
Michele Biasutti** Docente universitario, Padova
Manuela Guadagnini* Musicoterapista, Padova

The current research investigated how the participation in group music therapy treatments affected the use of drug therapy in an outpatient group of 27 severely ill patients with diagnosis of psychosis, bipolar disorder and borderline personality disorder. The research methodology is based on a longitudinal study that took into account the dosages of the drugs collected by analysing the medical records of the patients for a period of two years. In detail, pharmacological treatments have been classified according to the following four main categories: neuroleptics, benzodiazepines, mood stabilising and antidepressants medication. The variables examined included the temporal variations of the type of drug and frequency of hospitalizations. The data were analysed using the statistical software SPSS 22. The results showed different trends in the musictherapy group and in the control group: the dosages of neuroleptics, mood stabilising and antidepressants did not change significantly in the musictherapy group while the control group increased significantly. Benzodiazepines have not had instead significant changes in both groups. The findings are discussed considering the possible applications in psychiatry and the contribution that music therapy treatments could have to the improvement of the psychopathological condition of patients.

ANALISI DELLA LETTERATURA

Nel panorama delle terapie riabilitative in psichiatria, in questi ultimi anni, la musicoterapia ha assunto un ruolo rilevante. Si tratta di un ambito che può contare su uno statuto epistemologico in consolidamento in relazione alle molteplici applicazioni e alla letteratura in costante crescita (Manarolo, 2006, 2012; Degli Stefani, Ferrari e Xodo, 2007; Degli Stefani e Grünig, 2015; vedi anche www.congrmusicoterapia2013.altervista.com). In psichiatria gli interventi musicoterapici sono assimilabili all'ambito delle terapie espressive e delle tecniche non verbali volte a facilitare, ampliare e modellare le modalità espressive e comunicative dei pazienti (Manarolo, 2005). La letteratura scientifica sugli effetti della musicoterapia nella salute mentale è ampia e diverse rassegne e metanalisi hanno evidenziato che la musicoterapia in associazione a cure quali quelle farmacologiche ha degli effetti rilevanti su aspetti come i sintomi negativi e positivi della psicosi, la depressione e lo stato globale della persona (Carr e Miller, 2013; Gold, Solli, Kruger e Lie, 2009; Maratos, Gold, Wang e Crawford, 2008). Effetti positivi della musicoterapia si rilevano anche nella patologia schizofrenica (Talwar et al., 2006; Yang et al., 1998). Jung e Newton (2009) hanno operato un'analisi comparativa della letteratura esistente nel database della Cochrane sugli effetti di 28 terapie alternative ai farmaci per schizofrenia, psicosi e disturbi

bipolari, rilevando che la musicoterapia risulta uno tra i quattro interventi più efficaci in ambito psichiatrico. Altre ricerche hanno considerato l'efficacia di terapie musicoterapiche valutandone gli effetti quali il benessere, la riduzione della depressione (Erkkilä et al., 2008), lo stato umorale (Silverman e Rosenow, 2013) e le strategie di coping (Silverman, 2011).

La questione inerente alla variazione dell'assunzione di farmaci da parte degli utenti dei servizi psichiatrici in relazione agli esiti di sedute riabilitative musicoterapiche (che è l'oggetto della presente ricerca), è stata considerata con un interesse minore dai ricercatori, probabilmente per la difficoltà di accesso a questa tipologia di dati e alla complessità del loro reperimento. Le variazioni dei trattamenti farmacologici sono state valutate spesso secondariamente senza essere reputate un aspetto fondamentale. Chen et al. (2014) hanno utilizzato il dato farmacologico per confrontare i pazienti del gruppo sperimentale e quello di controllo e dimostrare che avevano caratteristiche simili per assunzione di farmaci. Si rileva invece la necessità di considerare la centralità della variabile dosaggio dei farmaci nelle ricerche, poiché può influire in maniera significativa sulla gestione della malattia e comporta una serie di evidenti vantaggi sia operativi sia a livello di trattamento della persona.

Nella letteratura scientifica è presente anche una discussione su come le tecniche musicoterapiche possano diventare complementari o coadiuvanti a terapie farmacologiche e psicologiche di sostegno alla persona, con la conseguente necessità di vagliare attentamente le evidenze scientifiche dell'efficacia della musicoterapia. Maratos et al. (2008) in una metanalisi su cinque studi hanno operato un confronto tra efficacia della musicoterapia rispetto ad altre terapie quali quella farmacologica e quella di supporto psicologico, rilevando che in quattro dei cinque studi analizzati è stata riportata una maggiore riduzione dei sintomi di depressione tra i pazienti randomizzati a seguito di trattamenti di musicote-

rapia rispetto a quelli con cure standard. Simili risultati sono stati evidenziati anche da Castillo-Pérez et al. (2010). Altri studi hanno evidenziato, in varie tipologie di pazienti, come la musica può comportare una riduzione dello stato di ansia e la conseguente diminuzione di farmaci per il suo controllo. Lepage et al. (2001) hanno rilevato che la musica ha comportato un decremento della necessità di sedativi in interventi con anestesia spinale.

Pochi studi hanno preso in esame le variazioni dei trattamenti farmacologici a seguito di interventi musicoterapici. Morgan et al. (2011) hanno condotto una ricerca considerando le variazioni nel trattamento farmacologico in seguito a sedute musicoterapiche in pazienti di età compresa tra i diciassette e cinquantacinque anni di un reparto psichiatrico con diagnosi di schizofrenia, disturbo schizo-affettivo, disturbo affettivo bipolare con un quadro di sintomi psicotici in fase acuta. I pazienti sono stati divisi in due gruppi randomizzati: uno sperimentale, che ha partecipato a quattro sessioni di musicoterapia attiva individuale, e uno di controllo che ha partecipato a quattro sedute di ascolto musicale. Diverse scale sono state proposte ai pazienti prima e dopo i trattamenti quali la Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) e la Calgary Interview Guide for Depression ed è stata rilevata la media relativa alla dose settimanale di farmaci quali gli antipsicotici, gli stabilizzatori dell'umore, le benzodiazepine e gli antidepressivi. I risultati non hanno evidenziato differenze statisticamente significative nel dosaggio farmacologico prima e dopo i trattamenti musicoterapici, mentre sono stati riscontrati risultati significativi nella scala BPRS. Gli esiti di questa ricerca sono, probabilmente, in relazione anche alla durata esigua del trattamento musicoterapico.

LA RICERCA

Metodo

L'analisi della letteratura ha evidenziato una casistica positiva relativamente alle ricerche sull'efficacia di

trattamenti musicoterapici in psichiatria (Carr e Miller, 2013; Gold, Solli, Kruger e Lie, 2009; Jung e Newton, 2009; Maratos, Gold, Wang e Crawford, 2008; Silverman, 2011; Silverman e Rosenow, 2013; Talwar et al., 2006; Yang et al., 1998), ma non una riduzione significativa del trattamento farmacologico dei pazienti (Morgan et al., 2011). Ci si chiede quanto i risultati di quest'ultima ricerca siano stati influenzati dal limitato numero delle sedute (solo quattro) di trattamento musicoterapico. In generale, si rileva una scarsità di ricerche che ha messo in correlazione gli effetti di trattamenti musicoterapici con l'assunzione di farmaci in pazienti psichiatrici considerando queste variabili fondamentali nella formulazione delle ipotesi sperimentali.

La presente ricerca intende colmare le lacune delle ricerche precedenti, verificando quanto un trattamento musicoterapico prolungato può incidere sull'assunzione farmacologica in un gruppo di pazienti psichiatrici.

La metodologia della ricerca ha adottato un approccio quantitativo con un disegno sperimentale che ha compreso un gruppo sperimentale denominato MT e un gruppo di controllo denominato CTR. Il gruppo MT ha partecipato alle sedute di musicoterapia mentre il gruppo CTR ha svolto altre attività a carattere non espressivo.

La ricerca ha comportato un'analisi longitudinale dei dosaggi dei farmaci per ogni singolo paziente attraverso la consultazione delle relative cartelle cliniche per un periodo di due anni. I trattamenti farmacologici sono stati classificati in base alle seguenti quattro categorie principali: *neurolettici*, *benzodiazepine*, *stabilizzatori umore* e *antidepressivi*. Le variabili prese in esame hanno considerato le variazioni temporali rispetto al tipo di farmaco.

Ipotesi e domande della ricerca

La presente ricerca intende verificare quanto la partecipazione a sedute di musicoterapia possa incidere sull'assunzione di una terapia farmacologica in

pazienti ambulatoriali gravi. Si tratta di uno studio pilota condotto con un numero limitato di 27 partecipanti per verificarne preliminarmente la rilevanza. La domanda alla quale si intendere rispondere nella ricerca è la seguente:

- la partecipazione a sedute di musicoterapia di pazienti psichiatrici gravi influisce sull'assunzione di farmaci?

Partecipanti

I criteri d'inclusione utilizzati per la selezione dei partecipanti sono stati i seguenti: età compresa tra i 20 e i 60 anni, diagnosi ICD-10 che rientrasse nelle patologie F20 (schizofrenia), F25 (disturbi schizo-affettivi), F31 (disturbo affettivo bipolare), F32 (disturbo affettivo bipolare) ed F60 (disturbo di personalità) e presa in carico presso il CSM con apertura delle cartelle cliniche dal 2000.

I pazienti che hanno partecipato a questo studio sono stati 27 di età compresa tra i 27 e 57 anni (età media 42) seguiti ambulatorialmente presso un Centro di Salute Mentale del nord-est d'Italia. Si tratta di un gruppo di pazienti psichiatrici clinicamente inquadra-

La partecipazione a sedute di musicoterapia di pazienti psichiatrici gravi influisce sull'assunzione di farmaci?

bili nel vasto ambito delle psicosi, con diagnosi di psicosi, disturbo bipolare, disturbo borderline. In particolare, le diagnosi sono varie e comprendono disordine affettivo bipolare

misto, disordine depressivo maggiore a episodi ricorrenti, disturbo schizoaffettivo subcronico tipo bipolare, psicosi schizofrenica tipo schizoaffettivo, disordine affettivo bipolare misto, psicosi tipo depressivo, disturbo borderline di personalità, depressione e abuso di sostanze, disordine affettivo bipolare, schizofrenia tipo ebefrenico, disorganizzato, con tratti ossessivi, schizofrenia tipo ebefrenico, psicosi paranoide psicogena e psicosi schizofrenica tipo paranoide. I pazienti coinvolti nello studio sono considerabili gravi in riferimento alla psicosi.

I partecipanti sono relativamente indipendenti e autonomi: la maggior parte di loro vive presso la famiglia di origine. Il 63% sono uomini e il 22% sono

sposati e vivono con il coniuge, mentre solo uno vive in un appartamento comunità. Riguardo all'istruzione socioculturale, il 14% ha una laurea e il 37% ha un diploma di scuola superiore, ma solo il 37% ha un lavoro. I soggetti sono stati suddivisi in maniera casuale nel gruppo MT, composto da 14 partecipanti e di CTR, composto da 13 partecipanti. I due gruppi presentavano caratteristiche analoghe per età, genere e patologia, con la differenza che solo il gruppo MT ha partecipato ad attività di musicoterapia mentre il gruppo CTR ha partecipato ad attività a carattere non espressivo.

Le attività musicoterapiche

Le attività musicoterapiche hanno previsto l'uso di tecniche attive e di improvvisazione (Biasutti, 2015) e si sono svolte in sessioni di gruppo di due ore ciascuna a cadenza settimanale durante tutto l'anno, per un totale di quarantotto sedute. Il setting era preparato disponendo le sedie in cerchio con al centro lo strumentario costituito principalmente da strumenti a suono indeterminato (djembè, darbuka, cembali, wood blocks, sonagli, bonghi, maracas). Inoltre, erano presenti una chitarra, un piccolo xilofono, una fisarmonica e una tastiera. Lo scopo delle attività musicoterapiche è stato di costituire un contenitore umano stabile e una cornice terapeutica in grado di sostenere le rilevanti manifestazioni di sofferenza espresse nel corso delle sedute. Il trattamento musicoterapico è avvenuto in gruppo favorendo l'acquisizione di fattori terapeutici gruppalì. Il gruppo è stato condotto da un musicoterapista e da uno psichiatra psicoterapeuta con la presenza costante di un infermiere. Intorno a questi professionisti ruotavano, quasi sempre, una psicologa volontaria e/o un tirocinante specializzando in musicoterapia. Il numero elevato di operatori è stato necessario per la solidità del setting ed è stato compensato da una caratteristica costitutiva della musicoterapia, che prevede la partecipazione attiva alle produzioni musicali di tutti i membri. Alla fine di ogni incontro era prevista un'attività di verbalizzazione dei vissuti avuti durante l'incontro. Inoltre, l'équipe curante si ritrovava una volta al mese per una riunione di condivisione e di confronto sull'andamento delle sedute. I 14 partecipanti del gruppo MT sono

stati suddivisi in due gruppi di 8 e 6 partecipanti per garantire una minore dispersione e una maggiore attenzione, da parte dell'équipe curante, ai soggetti. Si tratta comunque di gruppi di tipo slow-open pensati per un massimo di 10 partecipanti.

Procedimento

I dati sono stati raccolti analizzando in maniera retrospettiva le cartelle cliniche dei pazienti durante un arco temporale di due anni per estrapolare lo storico farmacologico di ogni paziente. Si tratta di una procedura complessa e meticolosa che ha considerato un lasso temporale sufficientemente esteso per apprezzare l'andamento generale della terapia farmacologica. È stato distinto il periodo pre-musicoterapico dal periodo post-musicoterapico nel quale i pazienti hanno partecipato in maniera continuativa ad attività musicoterapica per un anno, considerabile la durata minima per rilevare risultati significativi del trattamento musicoterapico (Gold et al., 2009). L'arco temporale complessivo oggetto di analisi ha compreso un periodo di 12 mesi per il pre-test e di 12 mesi per il post-test nei quali sono stati rilevati i dosaggi dei farmaci assunti dai pazienti giornalmente, riportando poi il quantitativo totale consumato, complessivamente, per ogni mese. Riguardo ai farmaci, i partecipanti hanno assunto una moltitudine di farmaci riassumibili in 35 tipologie, che sono state collocate nelle seguenti quattro macro-categorie: neurolettici, benzodiazepine, stabilizzatori dell'umore e antidepressivi. Per ottenere una standardizzazione dei dati, il dosaggio è stato riportato in Mg e successivamente è stato trasformato in percentuale, rapportando il dosaggio giornaliero a quello massimo. È stato calcolato anche il dosaggio giornaliero medio relativo ai farmaci depot o long acting, che erano assunti ogni 2/4 settimane. La variabile della ricerca è stata l'andamento temporale del dosaggio farmacologico. Per la consultazione delle cartelle cliniche è stato ottenuto un permesso dal dirigente della struttura.

Risultati

I dati raccolti hanno compreso le variazioni nel tempo dei trattamenti farmacologici, per quattro

tipologie di farmaci, per 24 mesi. Per l'analisi dei dati è stato usato il programma statistico SPSS 22. Sono state computate le statistiche descrittive ed è stato effettuato il test di normalità Kolmogorov-Smirnov per verificare se la distribuzione delle categorie farmacologiche analizzate fosse nella norma. I risultati hanno evidenziato che tutte le categorie rispondevano ai criteri di normalità ad eccezione degli stabilizzatori dell'umore che hanno riscontrato un p-value <0.05.

Per questa categoria è stato effettuato il Test non parametrico di Friedman che ha consentito di isolare l'effetto tempo entro i gruppi separatamente. Per le elaborazioni delle altre categorie è stata invece utilizzata l'analisi della varianza (ANOVA) tempo x gruppo a misure ripetute e l'ANOVA per l'effetto tempo. La prima ha calcolato tre effetti principali: il tempo, il gruppo e l'interazione tempo x gruppo, mentre la seconda l'andamento nel tempo. Nella prima analisi l'effetto tempo entro i soggetti (ANOVA within) ha verificato la varianza di tutti i soggetti nelle 24 misurazioni (12 mesi pre e 12 mesi post). L'effetto gruppo (ANOVA between) ha invece verificato le eventuali differenze tra i gruppi MT e CTR. L'analisi tempo x gruppo ha considerato le interazione tra queste due

variabili. La seconda analisi ha fornito elementi aggiuntivi rispetto all'ANOVA tempo x gruppo prendendo in considerazione la sola variabile tempo nelle 24 misure within subject isolando i partecipanti del gruppo MT e CTR. Successivamente sono state calcolate le correlazioni nell'assunzione dei farmaci.

Trattamento farmacologico

Neurolettici. Le medie marginali del dosaggio mensile dei neurolettici relative al gruppo MT (linee continue) e CTR (linee tratteggiate) nei 12 mesi prima dell'intervento musicoterapico (1a-12a) e dopo l'intervento musicoterapico (1b-12b) sono riportate in **figura 1**. L'ANOVA ha evidenziato una differenza significativa nell'analisi tempo x gruppo con $F(23, 575) = 3.15$ $p < 0.001$.

I due gruppi variano significativamente nel tempo rispetto ai dosaggi del neurolettico: il gruppo MT diminuisce mentre quello CTR aumenta. L'ANOVA entro i gruppi per il fattore tempo, ha evidenziato una differenza statisticamente significativa per il gruppo CTR con $F(23, 276) = 3.73$ $p < 0.001$: il dosaggio del neurolettico aumenta nell'arco delle 24 misurazioni mentre per il gruppo MT non ci sono differenze significative nel dosaggio del farmaco.

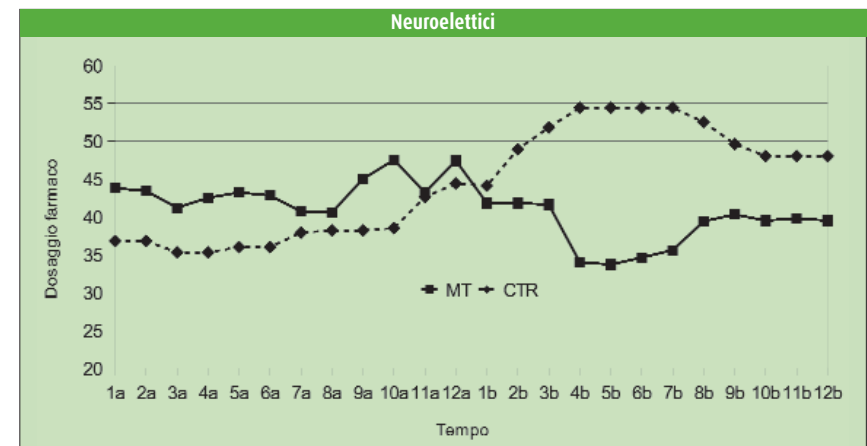


Figura 1: Medie marginali del dosaggio mensile dei neurolettici relative al gruppo MT (linee continue) e CTR (linee tratteggiate) nei 12 mesi prima dell'intervento musicoterapico (1a-12a) e dopo l'intervento musicoterapico (1b-12b).

Benzodiazepine

Le medie marginali del dosaggio mensile delle benzodiazepine relative al gruppo MT (linee continue) e CTR (linee tratteggiate) nei 12 mesi prima dell'intervento musicoterapico (1a-12a) e dopo l'intervento musicoterapico (1b-12b) sono riportate in **figura 2**.

L'ANOVA non ha evidenziato differenze significative rispetto ai tre effetti principali: tempo, gruppo e tempo (x) gruppo. Le benzodiazepine risultano avere un andamento simile in entrambi i gruppi e il dosaggio farmacologico si dimostra stabile nel tempo come si può rilevare dal grafico di **figura 2**.

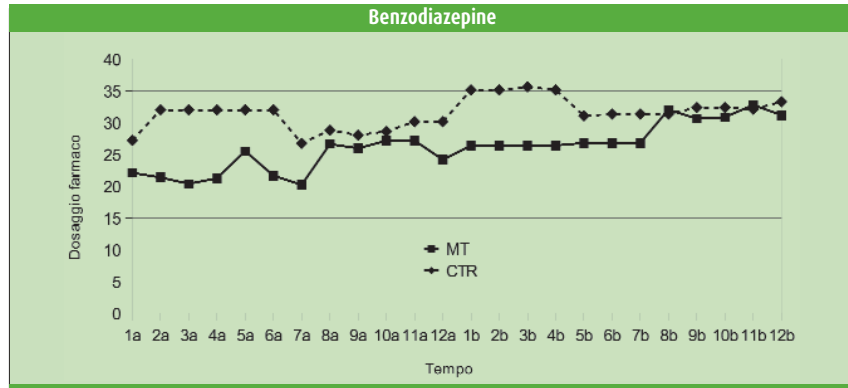


Figura 2: Medie marginali del dosaggio mensile delle benzodiazepine relative al gruppo MT (linee continue) e CTR (linee tratteggiate) nei 12 mesi prima dell'intervento musicoterapico (1a-12a) e dopo l'intervento musicoterapico (1b-12b).

Stabilizzatori dell'umore

Le medie marginali del dosaggio mensile degli stabilizzatori dell'umore relative al gruppo MT (linee continue) e CTR (linee tratteggiate) nei 12 mesi prima dell'intervento musicoterapico (1a-12a) e dopo l'intervento musicoterapico (1b-12b) sono

riportate in **figura 3**. Per gli stabilizzatori dell'umore è stato effettuato il Test di Friedman che ha evidenziato un aumento significativo del dosaggio farmacologico nell'arco temporale (24 misurazioni) solo per il gruppo CTR con $X^2 = 40.8$ (df=.12) ma non per il gruppo MT.

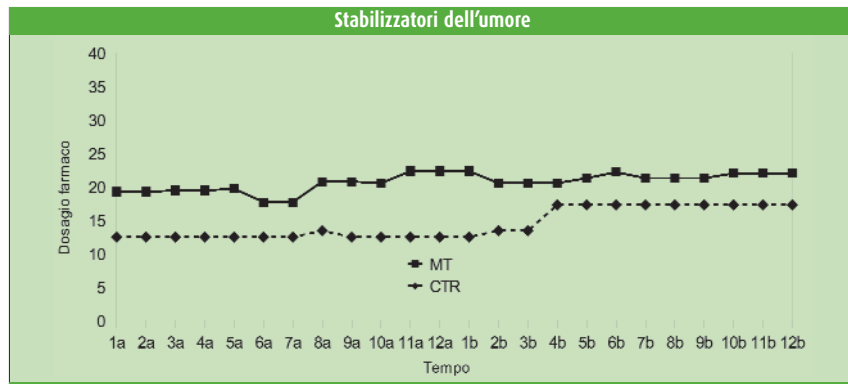


Figura 3: Medie marginali del dosaggio mensile degli stabilizzatori dell'umore relative al gruppo MT (linee continue) e CTR (linee tratteggiate) nei 12 mesi prima dell'intervento musicoterapico (1a-12a) e dopo l'intervento musicoterapico (1b-12b).

Antidepressivi

Le medie marginali del dosaggio mensile degli antidepressivi relative al gruppo MT (linee continue) e CTR (linee tratteggiate) nei 12 mesi prima dell'intervento musicoterapico (1a-12a) e dopo l'intervento musicoterapico (1b-12b) sono riportate in **figura 4**. L'ANOVA ha evidenziato una differenza significativa nell'analisi tempo entro i gruppi con $F(23,575)= 2.83$ $p<0.001$: il dosaggio tende ad aumentare per entrambi i gruppi.

L'interazione tempo x gruppo tende alla significatività senza raggiungerla ($F(23,575)= 1.44$ $p=.084$): i gruppi aumentano nell'assunzione di dosaggio in modo differente: il gruppo CTR aumenta maggiormente rispetto al gruppo MT. Tale dato è evidente nell'ANOVA effetto tempo entro i gruppi dalla quale emerge una differenza significativa per il gruppo CTRL con $F(23-576)= 6.25$ $p<0.001$, mentre il gruppo MT non ha riportato differenze significative.

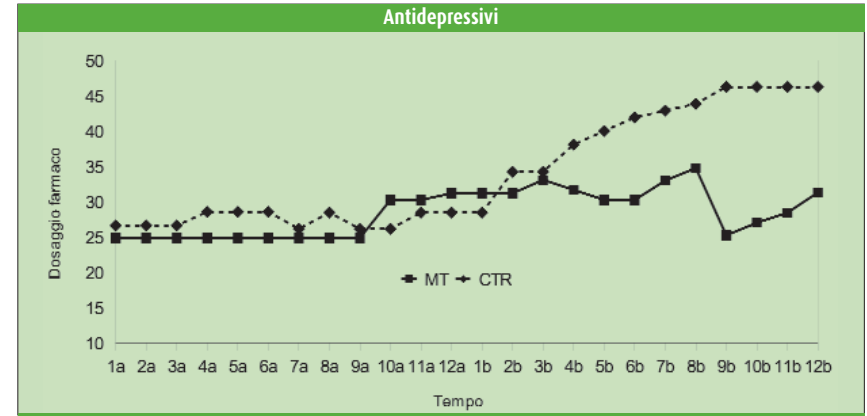


Figura 4: Medie marginali del dosaggio mensile degli antidepressivi relative al gruppo MT (linee continue) e CTR (linee tratteggiate) nei 12 mesi prima dell'intervento musicoterapico (1a-12a) e dopo l'intervento musicoterapico (1b-12b).

Correlazioni

Le correlazioni delle quattro categorie farmacologiche per i gruppi MT e CTR sono riportate in **tabella 1**. Per il gruppo MT si rilevano correlazioni significative tra le benzodiazepine, gli stabilizzatori dell'umore e gli antidepressivi e tra gli stabilizzatori dell'umore e gli antidepressivi. All'aumentare delle benzodiazepine aumentano anche gli altri farmaci. Vi sono invece correlazioni negative tra il neurolettico e gli altri farmaci che, però, non raggiungono la significatività. In questo caso alla diminuzione del neurolettico, il dosaggio delle altre categorie farmacologiche tende ad aumentare. Per il gruppo CTR si evidenziano correlazioni significative tra il neurolettico e tutte le altre tipologie di farmaci, e tra gli stabilizzatori dell'umore e gli antidepressivi. All'aumentare dei neurolettici aumentano anche gli altri farmaci.

Gruppo MT	1	2	3	4
1. Neurolettici	1			
2. Benzodiazepine	.335	1		
3. Stabilizzatori umore	-.294	.747**	1	
4. Antidepressivi (a)	-.347	.512*	.599**	1
Gruppo CTR	1	2	3	4
1. Neurolettici	1			
2. Benzodiazepine	.474*	1		
3. Stabilizzatori umore	.829**	.296	1	
4. Antidepressivi	.807**	.392	.959**	1

*p<.05; **p<.01

Tabella 1

DISCUSSIONE

La presente ricerca ha valutato gli effetti di un intervento musicoterapico sul dosaggio farmacologico in pazienti psichiatrici ambulatoriali. I risultati hanno evidenziato andamenti diversi e differenze tra i gruppi MT e CTR: i dosaggi dei neurolettici, degli stabilizzatori dell'umore e degli antidepressivi non sono variati significativamente nel gruppo MT mentre sono aumentati significativamente in quello CTR. Le benzodiazepine non hanno avuto invece variazioni significative in entrambi i gruppi.

Per quanto riguarda i neurolettici, terapia farmacologica fondamentale in questo tipo di diagnosi, dai risultati dell'ANOVA tempo x gruppo emerge una differenza significativa tra il gruppo MT e quello CTR. Dai grafici della **figura 1** si può evincere un andamento differente nei due gruppi: il dosaggio del gruppo MT tende a diminuire, anche se non in maniera significativa, mentre nel gruppo CTR il dosaggio accresce

significativamente. Il risultato conferma l'ipotesi iniziale secondo la quale un trattamento musicoterapico in associazione a cure standard tra cui quella farmacologica, può influenzare il dosaggio dei neurolettici, riducendone o stabilizzandone il suo consumo, di pari passo con il miglioramento del quadro clinico. I dati della presente ricerca sono in contrasto con quanto rilevato da Morgan et al. (2011) che non hanno riportato differenze significative nel dosaggio farmacologico tra il gruppo sperimentale e di controllo nelle stesse categorie farmacologiche. Le differenze sono probabilmente rapportabili al diverso numero di sedute dello studio di Morgan et al. (2011) rispetto alla presente ricerca. Una spiegazione più estesa è riconducibile alla natura dei neurolettici che sono impiegati nel trattamento della schizofrenia e in patologie come il disturbo bipolare, negli episodi depressivi, con esordi psicotici e nei disturbi di personalità. Si tratta di farmaci che agiscono sulla riduzione dei sintomi positivi quali allucinazioni, deliri, aggressività, eccitazione, mentre hanno minori effetti diretti sui sintomi negativi come impoverimento ideativo, autismo, depressione, chiusura in se stes-

si. La musicoterapia attiva ha un ruolo importante nella riduzione dei sintomi delle psicosi quali allucinazioni auditive, deliri e agitazione psicomotoria in pazienti bipolari, schizofrenici, schizo-affettivi e affetti da disturbo depressivo maggiore (Silverman e Leonard, 2012). Le ricerche hanno considerato pazienti con diagnosi analoghe a quelle dei partecipanti al presente studio e si potrebbe ritenere che la musicoterapia possa aver indotto un'attenuazione dei sintomi positivi oltre che quelli negativi, favorendo la possibilità della riduzione del dosaggio giornaliero del farmaco.

Riguardo alle benzodiazepine non sono state riscontrate differenze significative sia per il gruppo MT che per il gruppo CTR e questo dipende probabilmente anche dalle caratteristiche del farmaco. Le benzodiazepine sono utilizzate come miorilassanti e sono efficaci per i sintomi quali

ansia ed agitazione e trovano utilizzo nei disturbi d'ansia, nelle depressioni, ma anche in disturbi psicotici come la schizofrenia

con la funzione di farmaco associato. La letteratura sottolinea come il trattamento con le benzodiazepine debba essere ciclico: la dose non può essere aumentata per un lasso di tempo prolungato e solitamente il farmaco è somministrato in modo continuativo per un periodo non troppo lungo (Dell'osso e Lader, 2013).

L'aumento della terapia antidepressiva corrisponde alla riduzione della terapia neurolettica secondaria e alla maggior stabilità del quadro psicotico di base. Si tratta di un dato che potrebbe suggerire una maturazione delle capacità di introspezione e di insight dei pazienti che sono in grado di affrontare con una maggior consapevolezza la malattia ed eventuali vissuti depressivi correlati. Questa ipotesi potrebbe essere correlata anche all'induzione secondaria di maggiori elementi ansiosi, e all'utilizzo di benzodiazepine ed è considerabile una tappa intermedia verso un processo di elaborazione successivo.

Riguardo agli stabilizzatori dell'umore i dati non hanno risposto ai criteri di normalità e sono stati oggetto di test non parametrici che hanno evidenziato un aumento del dosaggio solo per il gruppo

CTR mentre il gruppo MT è rimasto stabile. Da ricordare che le variazioni dei dosaggi di questa tipologia di farmaci sono di norma meno "puntiformi" rispetto le altre categorie valutate, per il meccanismo di azione che richiede tempi lunghi per una efficacia terapeutica. Questo risultato conferma l'ipotesi iniziale che un trattamento musicoterapico possa stabilizzare o ridurre la quantità giornaliera di psicofarmaci somministrati ai pazienti psichiatrici. Si tratta di un dato in controtendenza rispetto alla letteratura (Morgan et al., 2011) che non ha evidenziato differenze significative tra gruppi per questa categoria farmacologica.

Riguardo agli elementi che possono avere contribuito ai risultati positivi del presente studio si rilevano aspetti quali il numero delle sedute, la tecnica musicoterapica e la tecnica della verbalizzazione al termine della seduta. Il numero delle sedute alle quali hanno partecipato i soggetti è stato di 48 nell'arco di un anno della durata di due ore ciascuna. Si tratta di un numero congruo in accordo con la letteratura che prevede lo svolgimento dalle 16 alle 51 sedute per poter registrare un risultato positivo (Gold et al., 2009). Riguardo alla tecnica musicoterapica è stato adottato un approccio attivo che è ritenuto maggiormente significativo nel trattamento di pazienti psichiatrici gravi

(Manarolo, 2006; Silverman, 2011; Silverman e Leonard, 2012). Tali metodiche sono ritenute efficaci poiché i pazienti hanno la possibilità di esprimere e far emergere sentimenti che non riuscirebbero ad esplicitare in altro modo. Un altro elemento inerente all'approccio metodologico, riguarda la verbalizzazione che è stata proposta al termine delle sedute di musicoterapia e che ha consentito di vagliare mentalmente i contenuti che sono emersi durante l'intervento musicale (Bruscia, 1998). Si tratta di un elemento cruciale nel quale si ha un passaggio dall'elemento sonoro-musicale, che consente l'espressione di contenuti non consapevoli e latenti nel paziente,

a quello verbale. Questa fase è considerata essenziale e terapeutica ed è supportata dallo psichiatra e dell'intera équipe che funge da contenitore per le reazioni emotive dei pazienti.

CONCLUSIONI E PROSPETTIVE DI RICERCA

I risultati della presente ricerca hanno dimostrato l'efficacia, a lungo termine, di attività di gruppo di musicoterapia attiva. Si potrebbe approfondire quanto tali attività inducano effetti persistenti e risultino significative in combinazione con trattamenti farmacologici, e quanto siano in grado di limitarne l'uso. Gli psicofarmaci sono fondamentali nel decorso di una patologia psichiatrica, ma hanno diversi effetti collaterali che riducono la qualità della vita sia a livello fisico quali tremori, stanchezza, sonnolenza, sia a livello sociale quali appiattimento della sfera emotiva, sociale, riduzione della motivazione a intraprendere attività quotidiane e isolamento. Limitare il dosaggio dei farmaci è un aspetto importante da tenere in considerazione in relazione alle possibilità offerte dalla musicoterapia rispetto al controllo dei

sintomi psicotici, e l'avvenuta riduzione del dosaggio dei neurolettici sembrerebbe indicare una maggior stabilità del quadro clinico che costituisce, già di per sé, un risultato significativo. L'intervento musicoterapico offre il

Limitare il dosaggio dei farmaci è un aspetto importante da tenere in considerazione in relazione alle possibilità offerte dalla musicoterapia rispetto al controllo dei sintomi psicotici

vantaggio di non avere effetti collaterali e potrebbe portare benefici sulla qualità della vita del paziente (Grocke, Bloch & Castle, 2009) anche in termini di riduzione della terapia farmacologica.

I farmaci più rilevanti analizzati in questa ricerca sono stati i neurolettici e gli antidepressivi. Si tratta di farmaci più potenti rispetto agli altri, sia in termini di effetti sulla persona sia di effetti collaterali. L'aumento del dosaggio della terapia antidepressiva potrebbe essere correlabile a un miglioramento delle capacità di insight e di consapevolezza della malattia, verso un processo seguente di elaborazione. Le restanti due tipologie, gli stabilizzatori dell'umore e

le benzodiazepine hanno caratteristiche diverse e sono meno indicative della patologia psicotica. Un aspetto importante della presente ricerca è che sono state registrate differenze significative tra gruppi nell'andamento del dosaggio sia dei neurolettici sia degli antidepressivi e questo fornisce elementi rilevanti per la valorizzazione della musicoterapia in ambito psichiatrico. I dati di questa ricerca sono incoraggianti anche in considerazione della caratteristica dei pazienti che sono assimilabili ad un quadro clinico grave. Per questa tipologia di pazienti la continuità nella frequenza agli incontri di musicoterapia è già un indicatore di successo rilevante, poiché in altre attività della struttura vi è stato un forte drop-out nella partecipazione.

La presente ricerca deve essere considerata uno studio pilota condotto con un numero limitato di pazienti. I dati sono risultati significativi e forniscono elementi incoraggianti per il proseguo delle ricerche ma dovrebbero essere convalidati con un gruppo di soggetti più ampio prima di essere generalizzati. Gli altri aspetti che potrebbero essere approfonditi in sperimentazioni future includono una migliore comprensione della relazione tra processo terapeutico e paziente in relazione alle singole patologie e ai diversi contesti nei quali i pazienti sono collocati.

Siti web:

<http://www.personavoceidentita.altervista.org>

Gruppo GMP: <https://www.facebook.com/GMP-Gruppo-Musicoterapia-in-Psichiatria-576623609014945/?ref=bookmarks>

Associazione Mu.S.A.: <https://www.facebook.com/Mu-S-A-Musica-Salute-e-Arte-1650032465216930/?ref=bookmarks>

* Mario Degli Stefani e Manuela Guadagnini

Dipartimento Interaziendale di Salute Mentale,
2° Servizio Psichiatrico, Ulss 16, Padova.

** Michele Biasutti

Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e
Psicologia applicata (FISPPA) Università degli Studi di Padova.

Bibliografia

■ Biasutti M.

Pedagogical applications of the cognitive research on music improvisation, *Frontiers in Psychology*, 6:614, 2015. doi: 10.3389/fpsyg.2015.00614

■ Bruscia K.E.

Defining music therapy (2nd ed.), Gilsum, NH: Barcelona Publishers, 1998.

■ Carr C., Odell-Miller H., Priebe S.

A systematic review of music therapy practice and outcomes with acute adult psychiatric in-patients, *Plos one*, 8, 1-20, 2013.

■ Castillo-Pérez S., Gómez-Pérez V., Velasco M.C., Pérez-Campos E., Mayoral M.A.

Effects of music therapy on depression compared with psychotherapy, *The Arts in Psychotherapy*, 37(5), 387-390, 2010.

■ Chen R.C., Liu C.L., Lin M.H., Peng L.N., Chen L.Y., Liu L.K., Chen L.K.

Non-pharmacological treatment reducing not only behavioral symptoms, but also psychotic symptoms of older adults with dementia: a prospective cohort study in Taiwan, *Geriatr Gerontol*, 14, 440-446, 2014.

■ Dell'osso B., Lader M.

Do benzodiazepines still deserve a major role in the treatment of psychiatric disorders? A critical reappraisal, *European Psychiatry*, 28 (1), 7-20, 2013.

■ Degli Stefani M., Ferrari G., Xodo L. (a cura di)

Risuonanze, Il senso del suono nel trattamento del disturbo mentale, Edizioni scuola di musicoterapia "Giovanni Ferrari", Padova, 2007.

■ Degli Stefani M., Grünig S.

A tempo di musica. Correlazioni tra musicoterapia, clinica e psicofarmacologia: uno studio pilota. In Degli Stefani M. e Xodo L. (a cura di) "Suoni tempi e ritmi nelle relazioni di cura, opportunità musicali per la salute mentale" (pp. 100-113), CLEUP, Padova, 2015.

SEQUE

segue Bibliografia

■ Erkkilä J., Gold C., Fachner J. Ala-Ruona E., Punkanen M., Vanhala M.

The effect of improvisational music therapy on the treatment of depression: protocol for a randomised controlled trial, *BMC Psychiatry*, 8 (50), 1-9, 2008.

■ Gold C., Solli H.P., Kruger V., Lie S.A.

Dose- response relationship in music therapy for people with serious mental disorders: systematic review and meta-analysis, *Clinical Psychology Review*, 29, 193-207, 2009.

■ Grocke D., Bloch S., Castle D.

The effect of group music therapy on quality of life for participants living with a severe and enduring mental illness, *Journal of Music Therapy*, 46 (2), 90-104, 2009.

■ Jung X.T., Newton R.

Cochrane Reviews of non-medication-based psychotherapeutic and other interventions for schizophrenia, psychosis, and bipolar disorder: A systematic literature review, *International Journal of Mental Health Nursing*, 18: 239-249, 2009.

■ Lepage C., Drolet P., Girard M., Grenier Y., DeGagné R.

Music decreases sedative requirements during spinal anesthesia, *Anesthesia & Analgesia*, 93(4), 912-916, 2001.

■ Manarolo G.

Musicoterapia e psichiatria, aspetti teorici e applicativi, *Giornale di gerontologia*, 53(5), 511, 2005.

■ Manarolo G.

Manuale di Musicoterapia, Cosmopolis, Torino, 2006.

■ Manarolo G. (a cura di)

Le cure musicali. Applicazioni musicoterapiche in ambito psichiatrico, Cosmopolis, Torino, 2012.

■ Maratos A.S., Gold C., Wang X., Crawford M.J.

Music therapy for depression, *Cochrane Database Syst Rev*, 1, 2008.

■ Morgan K., Bartrop R., Telfer J., Tennant C.

A controlled trial investigating the effect of music therapy during an acute psychotic episode, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 124 (5), 363-371, 2011.

■ Silverman M.J.

Effects of music therapy on psychiatric patients' proactive coping skills: Two pilot studies, *The Arts in Psychotherapy*, 38(2), 125-129, 2011.

■ Silverman M.J., Leonard J.

Effects of active music therapy interventions on attendance in people with severe mental illnesses: Two pilot studies, *The Arts in Psychotherapy*, 39(5), 390-396, 2012.

■ Silverman M.J., Rosenow S.

Immediate Quantitative Effects of Recreational Music Therapy on Mood and Perceived Helpfulness in Acute Psychiatric Inpatients: An Exploratory Investigation, *The Arts in Psychotherapy*, 40(3), 269-274, 2013.

■ Talwar N., Crawford M.J., Maratos A., Nur U., McDermott O., Procter S.

Music therapy for in-patients with schizophrenia: an exploratory randomised controlled trial, *British Journal of Psychiatry*, 189 (5), 405-409, 2006.

■ Yang W.Y., Li Z., Weng Y.Z., Zhang H.Y., Ma B.

Psychosocial rehabilitation effects of music therapy in chronic schizophrenia, *Hong Kong Journal of Psychiatry*, 8 (1), 38-40, 1998.



MUSICOTERAPIA E STATI VEGETATIVI

UNA SINDROME RECENTE

MAURO SARCINELLA Musicoterapista, Torino

■ *The vegetative state is the result of severe brain injuries, and it projects the patient in a way of the partial recovery of mental functions and of loss of environmental awareness. Objective: Through sound stimulation we attempt to find the most appropriate communicative way to highlight the residual functions and to resume the relationship with the environment. Through sound stimulus to activate of alternative patterns of cognitive function, thanks to the modularity and the use of different transmission paths (tympanic and bone). This stimulus could be placed on a continuum that went from ISO Universal and the Intrinsic Musicality (what characterizes us as belonging to human species) to the Individual Biography (musical experiences that constitute our being unique and unrepeatable), integrating or separating these two polarities depending on the severity of the patient, the objectives and the course of treatment. Music therapy can be inserted at facilities that support and complete medical practice and that aim at emotional enrichment of people in a vegetative state and to take care of the whole person and help her to transform the pre-traumatic ways of acquisition, processing of stimuli and the consequent manifestation of self-expression.*

Lo stato vegetativo costituisce una sindrome relativamente poco nota, anche perché di recente definizione (universalmente adottata nel 1994). È stata definita in vari modi, spesso uguagliandola al coma, ma con il coma non può essere assolutamente confusa: essa può esserne un'evoluzione o, nella fase terminale della vita, precederlo.

Lo stato vegetativo è una possibile conseguenza di gravi lesioni cerebrali. Traumi, prolungate interruzioni dell'attività del cuore o del respiro, emorragie, ischemie o altri eventi cerebrali possono infatti causare una fase acuta (o coma profondo) alla quale può seguire una fase (stato vegetativo) caratterizzata da una ripresa solo parziale delle funzioni mentali.

In questa seconda fase il paziente è vigile, ma ha perso le funzioni neurologiche cognitive e la consapevolezza dell'ambiente intorno a sé (**crude consciousness**), presenta, al contrario del coma, alternanza delle fasi di sonno (in cui gli occhi sono chiusi) e veglia (in cui gli occhi sono aperti e possono esplorare l'ambiente), ma non è in grado di rispondere in maniera appropriata e finalizzata agli stimoli ed agli eventi ambientali.

Il quadro neurologico è, solitamente, quello di una paralisi conclamata di tutti e quattro o di alcuni arti e, dal punto di vista motorio, si evidenzia una motricità simile a quella neonatale con un'attività riflessa primitiva, in alcuni casi vivace. Il piano intel-

lettivo sembra essere caratterizzato dalla dispercezione eccessiva, con stimoli esterni ed interni che invadono, senza filtro e senza possibilità di controllo, il cervello e la mente della persona. La memoria dell'individuo risulta essere caotica, evidenziando la perdita di parte del passato e rendendo difficile sia la collocazione di sé nello svilupparsi della storia personale e collettiva che il dover strutturare un futuro, dovendo, per questo, partire da un presente vissuto come non suo, in una mente e in un corpo che non riconosce come propri. La capacità comunicativa e relazionale regredisce a livello primitivo a causa dello scarso controllo del corpo e della mancanza di autocoscienza, rendendo complicato comprendere ciò che la persona vuole, se sta bene o male, se ha un dolore o semplicemente vuole essere lasciata in pace.

Si tratta di una sindrome grave: le persone restano a lungo fragili ed a rischio di complicazioni infettive, respiratorie e cardiache.

Superata la fase iniziale, immediatamente successiva all'evento acuto e la complessa fase di stabilizzazione clinica, ogni persona rappresenta un mondo a sé, anche per la possibile evoluzione della sindrome. Superati i primi 6-12 mesi di permanenza nella fase vegetativa, il recupero di una piena autonomia resta sostanzialmente impossibile, ma è possibile riconoscere, anche nel lungo periodo, segnali di evoluzione verso una maggior contattabilità e/o consapevo-

lezza. In ambito medico è stata proposta una possibile suddivisione in tre stadi di questa evoluzione: *stato vegetativo, stato di minima coscienza o responsività, disabilità grave*. Faccio riferimento a questa suddivisione, anche se successivamente la comunità scientifica ha introdotto altre chiavi per definirne il decorso (la Coma Near Scale ad esempio), perché esprime bene il carattere dinamico della sindrome. Nello "Stato di Minima Coscienza (o Responsività)" la persona presenta, in maniera più o meno evidente, una parziale consapevolezza di sé e dell'ambiente circostante, può rispondere ad alcuni comandi e può reagire in modo più coerente e costante agli stimoli che riceve.

Il passaggio dal coma allo stato vegetativo o allo stato di minima coscienza può essere rapido, si può verificare anche in poche settimane, mentre l'evoluzione successiva, dallo stato vegetativo alla minima coscienza o alla disabilità grave può richiedere mesi o anni e può anche essere difficile da riconoscere ad occhi non esperti. Richiede quindi attenzione, prudenza, osservazioni ripetute. In caso contrario sono frequenti errori di diagnosi.

La speranza di vita di queste persone può essere variabile. Negli ultimi anni è stata condizionata dal miglioramento delle conoscenze e dalla qualità dei percorsi di cura. Superato il primo anno, il più critico sotto il piano clinico, la speranza di vita media si sta oggi allineando ai 5 anni, ma sono descritte soprav-

vivenze anche molto prolungate, soprattutto nelle persone più giovani colpite da eventi traumatici.

Si tratta di una sindrome in crescita numerica, ciò è dovuto ai miglioramenti dei servizi di emergenza e di terapia intensiva. Le persone in stato vegetativo in Italia sono da 3.000 a 5.000.

Si tratta di una sindrome che risulta essere un dramma collettivo, in quanto chi ne è affetto è "condannato a non morire" mentre i familiari sono "condannati a non vivere" per un tempo più o meno lungo. Paziente e ambiente circostante, i familiari senza dubbio, ma anche gli operatori, si trovano a condividere la stessa angoscia, causata dall'impossibilità di comunicare per mezzo dei canali e degli strumenti consueti, provocando una sorta di trasmissione dei sintomi, seppur in forma diluita, dalla persona in sofferenza a coloro che entrano in contatto con lei: difficoltà a comunicare, tendenza alla chiusura, percezione alterata.

Anche per questo, il modello di lavoro sviluppato in questi anni sugli stati vegetativi ha dimostrato che le risposte mediche, fornite dalle strutture alle esigenze delle persone che permangono in questa dimensio-

ne, seppur sempre più efficaci, non possono che essere considerate obiettivi importanti, ma parziali.

Nella fase acuta prevalgono gli aspetti più medici, come l'eliminazione dei sintomi, la diminuzione della sofferenza, il limitare l'insorgenza di danni secondari o terziari ma, garantite queste risposte, bisogna riflettere sui contenuti e sulle modalità del prendersi cura di queste persone: risulta, infatti, sostanzialmente diverso l'atteggiamento con cui ci si avvicina al curare una malattia, con quello con cui si cerca di sostenere il percorso di una persona che è alla ricerca di un suo nuovo "sentirsi bene".

La persona in stato vegetativo o di minima coscienza, può non essere consapevole delle forme e dei contenuti delle proprie emozioni, ma è abbastanza

sicuro che le avverta in modo più profondo di quanto percepibile ad un'osservazione superficiale; certamente le esprime attraverso espressioni fisiche che richiamano, a chi si prende cura di lui, idee di malessere, benessere, paura, tranquillità, disagio o quiete, ma che probabilmente non sono ad esse direttamente collegate. È in atto una radicale trasformazione nelle modalità di acquisizione dei dati (input) a livello di schemi sensoriali-percettivi, della loro elaborazione e delle conseguenti manifestazioni-espressione di sé (output).

Anche per cercare di ridurre questa discrepanza comunicativa, nella cura di questa sindrome si fa sempre maggior ricorso ad un modello di intervento che preveda azioni sull'ambiente e l'adozione di pratiche complementari a quelle della medicina tradizionale. Si tratta di pratiche orientate

verso il benessere del corpo ed il trattamento non farmacologico dei principali sintomi di disagio, di interventi orientati a sviluppare una cultura del "prendersi cura" in modo olistico della persona, finalizzati a strutturare una cornice ambientale che favorisca il

benessere di pazienti, parenti e operatori. In poche parole interventi diretti alla ricerca di una migliore qualità della vita, del massimo benessere bio-psico-sociale (Morosini, 2009).

Si tratta di un modello di lavoro integrato tra professionisti di discipline diverse, in cui è sempre maggiormente richiesta la Musicoterapia.

MUSICOTERAPIA E STATO VEGETATIVO

La Musicoterapia è, dunque, inserita nei percorsi di facilitazione che mirano all'arricchimento emotivo delle persone in stato vegetativo. Fa parte di una serie di interventi che concorrono a questo obiettivo attraverso l'utilizzo di linguaggi specifici per aumentare il ventaglio delle stimolazioni offerte e che hanno, come caratteristica comune, il volersi pren-

dere cura della totalità della persona che si trova in questa situazione (nella struttura in cui opero sono stati attivati interventi di shiatsu, agopuntura, reiki, touch therapy, riflessologia plantare, pet therapy).

Lo sforzo congiunto di tutti i professionisti che operano con i pazienti in stato vegetativo è orientato quindi a cercare il canale di comunicazione più adatto ad evidenziare funzionalità residue, quelle da tenere in considerazione per stimolare più efficacemente le vie integre che possano permettere un sempre più possibile contatto con l'ambiente.

Nessuno allo stato attuale delle conoscenze può affermare quale sia la migliore modalità di somministrazione di stimoli, quel che è certo è che tutti gli stimoli sensoriali devono essere sfruttati per trovare il miglior canale di comunicazione, la via preferenziale che ogni essere umano usa per instaurare una relazione con ciò che lo circonda.

Nello specifico gli interventi sono finalizzati a:

- **Rafforzare** la sicurezza emotiva nei confronti del mondo circostante (famiglia, operatori, ambiente in generale) per migliorare la comunicazione e la relazione, attraverso la strutturazione di nuove forme di attaccamento e di sintonizzazioni affettive.
- **Aiutare** a favorire la ricostruzione dell'immagine di sé e dello schema corporeo.
- **Lavorare** sui tempi di attenzione e sull'orientamento spazio-temporale, favorendo, in questo modo, la maggior comprensione di ciò che accade dentro ed attorno a sé.

Il musicoterapista persegue questi obiettivi attraverso l'attivazione di patterns alternativi della funzione cognitiva grazie allo stimolo sonoro-musicale che può essere modulabile nelle proprie caratteristiche e che ha un duplice impiego di vie di trasmissione, quella timpanica e quella ossea, quest'ultima frequentemente conservata integra in questi pazienti. L'intervento di Musicoterapia parte da un recupero degli elementi costitutivi dell'identità sonora dei pazienti attraverso un'anamnesi sonoro-musicale

(canzoni, musiche, preferenze, ambiente sonoro di provenienza, capacità musicali e strumentali, reazioni a suoni e rumori, ecc...) ricostruita dal musicoterapista o dagli operatori della struttura interpellando

i parenti. Questa anamnesi viene inserita nel percorso di intervento che ha come modello teorico di riferimento quello dell'Armonizzazione dell'Handicap (Postacchini, 2001) finalizzato allo sviluppo armonico

dei vari analizzatori sensoriali, motori, cognitivi ed affettivi attraverso la tecnica della sintonizzazione affettiva (Stern, 1987).

Gli obiettivi sono perseguiti grazie all'impiego di modalità di lavoro che si collocano su di un continuum d'intervento che va:

- **dall'ISO Universale e dalla Musicalità intrinseca:** l'aspetto musicale che ci caratterizza in quanto esseri viventi appartenenti alla specie umana
- **alla Biografia individuale:** tutti quegli aspetti ed esperienze musicali che costituiscono il nostro essere persona unica ed irripetibile.

Il grado di integrazione o separazione delle due polarità dell'intervento, sia nella singola seduta che nello svilupparsi dell'intervento nel medio e lungo periodo, dipende da fattori quali la gravità del paziente, il percorso terapeutico, gli obiettivi.

Il linguaggio musicale, grazie alle sue composite caratteristiche, ci permette di lavorare su diversi piani che vanno dall'udire, in cui lo stimolo è percepito ed elaborato dal paziente ad un livello sensoriale, all'ascoltare, con un primo passaggio al livello cognitivo ed, infine, all'interazione; immaginando così un ipotetico percorso che prevede il passaggio dell'operare del paziente dalla coscienza nucleare, caratterizzante l'attività percettiva, alla coscienza estesa che consente il lavoro mentale.

Questo percorso, per quel che ci compete e ci caratterizza, avviene attraverso la stimolazione sonora del paziente, che può attuarsi tramite diverse fonti.

La prima e decisamente importante fonte di stimolazione sonora è la **voce**, declinata nei suoi due

Quel che è certo è che tutti gli stimoli sensoriali devono essere sfruttati per trovare il miglior canale di comunicazione

aspetti principali: quella “parlata”, tipica del racconto, della narrazione di eventi, e quella “cantata”. Importante per la sua dimensione corporea, in un contesto in cui le persone ci forniscono segnali comunicativi da codificare attraverso il loro corpo.

Nell'intervento con i pazienti in stato vegetativo il primo criterio di valutazione delle risposte ci viene fornito dai comportamenti oculomotori e da alcune modificazioni posturali: il

grado di fissazione o di orientamento degli occhi, il movimento del capo e degli arti, la mimica facciale, le caratteristiche assunte dal tono muscolare, la sua tensione o il suo essere rilassato, che ci suggerisce

il grado di rilassamento o di tensione generale dell'organismo e, dunque, i processi di rielaborazione delle emozioni fornite dagli stimoli sonori. A ciò affianchiamo le indicazioni che ci forniscono le espressioni vocali del paziente, laddove sono presenti, alle quali cerchiamo di collegarci per offrirgli quello scambio di sintonizzazioni sonore, esatte ed inesatte, che caratterizzano l'intervento secondo il modello teorico di riferimento delle Sintonizzazioni Affettive di Stern (1987). L'altro aspetto della stimolazione è legato all'ascolto di eventi sonori, intesi nella visione più ampia del termine, quindi non solo la riproduzione di brani musicali registrati, ma anche di tutte quelle esperienze sonore (dai suoni naturali a quelli tecnologici) che possono essere significativi ed utili al paziente. Una parte significativa di questa stimolazione avviene attraverso l'esecuzione dal vivo di eventi sonori vocali e strumentali, utilizzando, almeno nella fase iniziale dell'intervento, in modo separato i parametri musicali del ritmo (giochi vocali con il nome del paziente, scansione temporale del suono proposto, diversità di suoni...), della melodia (suoni singoli, semplici cellule melodiche riproposte) e dell'armonia (uso della voce e dell'accompagnamento musicale). In seguito questi parametri vengono riuniti nello stesso stimolo sonoro proponendo eventi maggiormente complessi e che attingono dall'anamnesi mu-

sicale svolta in precedenza, dalla conoscenza del paziente sviluppatasi durante le sedute e da quell'esperienza che accomuna facilmente le persone che si trovano a vivere in un medesimo contesto socioambientale (brani con struttura semplice e di comune appartenenza come ad esempio “Giro giro tondo” o “Fra Martino”).

Come è facile intuire, in questo contesto d'intervento, dato lo stato in cui versano le persone con cui si lavora, risulta particolarmente difficoltosa la possibilità di leggere le risposte del paziente e su queste riformulare e ristrutturare il tipo di relazione e gli stimoli sonori, essendo

pochi e flebili, come si diceva in precedenza, gli indicatori a nostra disposizione. È fondamentale dunque approcciarsi all'intervento tenendo ben presente, più di quello che già facciamo nel nostro agire musicoterapico, mi verrebbe da dire, alcuni aspetti di fondo del nostro operare:

- Se è vero che gran parte dei risultati positivi degli interventi terapeutici si basano sull'opportunità offerta ai pazienti di vivere momenti emotivi significativi all'interno delle sedute, quelle che vengono definite “Esperienze emozionali correttive”, questo diventa elemento principale in interventi come la Musicoterapia, che fonda il proprio agire proprio sul lavoro sulle emozioni e ancor di più in un contesto in cui le emozioni sembrano essere l'unico canale comunicativo, seppur di difficile lettura.
- Nel nostro agire ci guida la consapevolezza che l'intervento è un incontro di esperienze e che il musicoterapista è parte attiva all'interno di questo incontro. Non esiste una neutralità, ma un attento partecipare. L'attenzione alla modalità di questo partecipare è uno degli strumenti che utilizziamo, attraverso l'osservazione, nel nostro modo di operare e che deve essere ancor più monitorata in un contesto in cui, per forza di cose, l'agire del musicoterapista diventa predominante.

Nel nostro agire ci guida la consapevolezza che l'intervento è un incontro di esperienze e che il musicoterapista è parte attiva all'interno di questo incontro

- Il nostro intervento ha come fulcro l'ascolto del paziente. Si parte da questo per ipotizzare l'intervento e si ritorna a questo ogni volta che si vuole verificare il proprio agire. È il paziente che dice, che comunica, che chiede, che accetta o meno le proposte. A noi il compito di essere sempre in costante ascolto di ciò che il paziente comunica, in modo consapevole o inconscio, e su questo modellare il nostro intervento. Meno il paziente dice e maggiore deve essere la nostra capacità di cogliere ciò che vorrebbe dire, maggiore la nostra volontà di saper attendere i suoi tempi, maggiore lo sforzo a comprendere le sue modalità di comunicarci le cose.

Anche perché se, come si diceva, è particolarmente difficoltoso cogliere ed elaborare le risposte percettive del paziente allo stimolo sonoro, ancora più complicato risulta essere il passaggio alla dimensione cognitiva della risposta, al grado di elaborazione simbolica, già complessa nelle caratteristiche proprie del linguaggio sonoro-musicale utilizzato (il senso della musica) e che va a sovrapporsi allo stato di coscienza labile del paziente. Ci avvaliamo anche in questo caso del modello teorico di riferimento, affidandoci all'utilizzo delle sintonizzazioni ed in particolare di quelle inesatte, che ci permettono di lavorare sul cambiamento, cambiamento che può sembrare infinitesimale tanto da essere di difficilissima lettura, in un contesto caratterizzato da un'apparente immobilità. Ma il cambiamento, i piccolissimi scarti, risultano essere, nel lungo termine, lo strumento e l'indicatore primario in una terapia riabilitativa basata sul contesto relazionale. È dunque il percorso che porta alla produzione creativa, iniziata con un'esplorazione per proseguire, prima, con il rispecchiamento ed, in seguito, con l'introdurre piccole variazioni, che delinea la relazione con il paziente e che ci permette di avere la possibilità di lavorare con l'improvvisazione musicale nel contesto degli stati vegetativi. Infine, anche se sicuramente superfluo, è giusto sottolineare come questa modalità di intervento risulti efficace anche nei contesti in cui non è presente una specifica competenza musicale del paziente e

che negli stati vegetativi questa risulta ancor meno elemento discriminante anche perché, se mai stata presente, risulterà quasi certamente azzerata dalla grave situazione. Non è la realizzazione musicale che interessa, ma la reazione, minima, riflessa, fisica di risposta allo stimolo sonoro, che può farci intuire che questa avvenga a seguito di un qualche processo mentale messo in atto della persona che abbiamo di fronte e che ci permette di pensare che essa stia cercando un modo, per forza di cose nuovo, per relazionarsi con l'ambiente circostante.

Bibliografia

■ Benenzon R.

Musicoterapia e coma, Phoenix, Roma, 2002.

■ Benatti D.

Il primo approccio del Musicoterapeuta al post-comatoso in stato vegetativo o “di minima risposta”, 2015, in <http://www.musicoterapia.it>, sez. “Pubblicazioni”.

■ Bolelli R.

La stimolazione sonoro-musicale alla Casa dei Risvegli “Luca de Nigris” di Bologna, in “Musica et Terapia” n. 17, Cosmopolis, Torino, 2008.

■ Cavallari L.

Musicoterapia e coma: primo bilancio di una ricerca, in “Coma e stati vegetativi. Le frontiere della ricerca”, Bologna, 2004.

■ Morosini P., Gallucci M., Deriu P.L.

Hospice. Manuale di accreditamento tra pari, Editore Erickson, 2009.

■ Stern D.N.

Il mondo interpersonale del bambino, Trad. it. Bollati Boringhieri, Torino, 1987.

■ Owen R.

Psicoanalisi pratica per terapeuti e pazienti, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2007.

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

Musicoterapia, Carocci, Roma, 2001.



LA TEORIA DELLA MUSICALITÀ INTRINSECA NELL'INTERVENTO MUSICOTERAPICO CON PAZIENTI IN STATO VEGETATIVO

Anna Forloni Musicoterapista, Torino

It's not so easy to verify the correspondence between sound experience and experiential living of it in vegetative states, since the vegetative state response goes mainly through the variability of some physiological parameters and the observation of some behavioral indices. For this reason the application of the intrinsic musicality theory is useful for music therapy intervention with patients in a vegetative state: the intrinsic musicality defines the possibilities within which to operate, providing the 'coordinates' of predictable/categorized emotional responses. The following paper analyzes the hypothesis of intrinsic musicality in relation to the intervention with vegetative state patients, highlighting the matching with the Universal Iso (Benezon).

1. APPUNTI INTRODUTTIVI

Lo stato vegetativo (o *sindrome da vigilanza non responsiva*) è un fenomeno controverso e poco conosciuto, prodotto dalla rianimazione e dalla terapia intensiva. Non ci troviamo di fronte ad una vera e propria patologia: stato vegetativo e minima coscienza sono diagnosi cliniche, che descrivono un comportamento osservato senza implicare una patologia specifica. La concezione standard considera la qualità di vita dei pazienti in stato vegetativo (SV) esclusivamente dal punto di vista dell'assenza di dolore e cura del benessere, poiché assume che la perdita delle funzioni cognitive precluda la relazionalità dei pazienti e la possibilità di scambiare significati; ma è chiaro che l'impossibilità di esibire manifestazioni dell'esistenza di una consapevolezza di sé e dell'ambiente esterno non equivale alla mancanza della consapevolezza stessa.

È importante difendere l'essere *persona* di questi pazienti, spesso ridotti a "vegetali", e lo si può fare promuovendo un concetto di identità diacronica: parlare dell'individuo in termini di identità diacronica significa sostenere che l'identità della persona non è determinabile solo in base a qualità formali (alto/basso, robusto/esile, ecc.) o funzionali (sistema respiratorio, sistema neurosensoriale, ecc.) ma anche in termini di sviluppo; significa prendere in considerazione lo "sviluppo nel tempo" quale elemento fondante l'identità della persona. L'identità

nel cambiamento è un aspetto tanto paradossale quanto concreto; ogni oggetto, in quanto persistente nel tempo, subisce inevitabilmente qualche genere di cambiamento, eppure gli oggetti continuano ad essere considerati gli stessi nonostante le alterazioni subite (Perry, 2002). Così vale per i soggetti SV: non sono né vegetali, né "altre persone"; stanno solo vivendo uno dei tanti *stadi* della loro identità di persona continuante (Lewis, 1971).

Il dato oggettivo da cui partire è la presenza del paziente SV, il suo esserci. Un *esser-ci* in senso heideggeriano (2011): non c'è esistenza priva di tonalità emotive; l'esser-ci è un esistere emotivamente. L'esser-ci del paziente insieme all'esserci, come presenza significativa, dell'operatore (in questo caso, il musicoterapista), modificano radicalmente la passività di questa sindrome in una produttività (di significati) sorprendente.

La musicoterapia è un percorso che affianca e completa la pratica medica con gli stati vegetativi; il paziente SV deve essere aiutato a ridisegnare la propria mappa del mondo: la ristrutturazione della percezione (e coscienza) di sé e la riorganizzazione dell'orientamento spazio-temporale passa attraverso continui processi di destrutturazione e ristrutturazione dello schema corporeo, partendo dai vissuti attuali del proprio *corpo espressivo* (Frans Vendam, 1989). Gli obiettivi del trattamento musicoterapico rivolto a

pazienti in SV sono pochi, semplici e mirati (migliorare la qualità di vita, aumentare la probabilità di recupero delle capacità residue, ristabilire l'orientamento spazio-temporale che permetta la distinzione tra sé e il mondo esterno, la ricerca di nuovi canali e/o livelli di comunicazione) e il loro conseguimento coinvolge due ambiti inscindibili tra loro: quello *relazionale* e quello *emotivo-musicale*; la componente emotivo-affettiva è di fondamentale importanza in coloro che si trovano in condizioni di disorientamento dovuto al non riconoscimento dei limiti spazio-temporali di sé e dell'altro e che vivono un rapporto conflittuale con il proprio corpo (il quale è fonte di dolore).

Il macro-obiettivo sui pazienti SV è orientato alla *contattabilità* (diversamente l'intervento su pazienti in stato di minima coscienza potrà dedicarsi maggiormente alla *riabilitazione*), ossia, rendere la persona in grado di essere contattata; contatto con il musicoterapista che diventa contatto con la realtà attraverso la riappropriazione del proprio corpo e dei suoi confini. Dalla contattabilità alla relazione, che passa attraverso la sintonizzazione, una comunicazione a tutto campo, che mette in gioco il corpo e l'anima delle persone coinvolte nel dialogo sonoro.

Il compito del musicoterapista è quello di ridare voce alla "soggettività psicocorporea che ancora sopravvive" (Manarolo, 2001) in corpi ridotti a vegetali, che vengono assistiti ma non curati.

2. TEORIA DELLA MUSICALITÀ INTRINSECA

La letteratura in ambito psicologico evolutivistico mostra che il passato evolutivo dei nostri progenitori ha plasmato e modellato (in parte) le nostre preferenze in termini di gusto ed estetica. La teoria della musicalità intrinseca sostiene che tale passato modelli anche le nostre preferenze musicali e la predisposizione a rispondere emotivamente a certi stimoli sonori. Parlare di musicalità intrinseca significa parlare di predisposizione estetica, di sensazioni emotive (legate all'ascolto musicale) prevedibili o, quantomeno, categorizzabili. Lo studio di Lenti Boero&Bottoni (2008) ipotizza che la musica possa nascondere un codice universale e adattivo di determinate preferenze; ciò non significa sostenere che per ogni percezione sonora esistano sensazioni emotive necessarie e sempre verificabili, ma piuttosto, che esistono delle categorie emotive che possono corrispondere a determinate classi di produzione sonora. Le evidenze della sperimentazione psicoacustica indicano che, nonostante la soggettività dell'esperienza percettiva sonora, si possono stabilire delle tendenze reattive e che tali tendenze sono il frutto di quel passato evolutivo che ha plasmato i nostri orizzonti di preferenze. Simili ipotesi si riscontrano in campo estetico musicale: Stephen Davies, in *The Artful Species* (2012), parla di istinto estetico, utilizzato per risolvere problemi legati alla sopravvivenza; ciò che ci aiuta a sopravvivere, lo consideriamo bello. O ancora, la biofilia applicata all'arte, parla di attributi visivi che possono essere considerati universalmente attraenti (Themel, 2008). Le ipotesi evolutivistiche riconoscono, in sostanza, l'esistenza di correlazioni tra alcuni elementi sonoro/musicali (s/m) e determinate emozioni: per esempio, i suoni gravi emessi da grandi animali (o da strumenti come il bassotuba) possono essere associati alla paura e all'ansia; l'intensità evoca un accrescimento dell'eccitazione (il Bolero di Ravel o i crescendo rossiniani); il ritmo, che, secondo le ricerche nel campo della musicalità umana biologica, si presenta sempre in forma di pulsazione isocrona per una necessità dell'organismo di ripetersi con lo stesso intervallo di

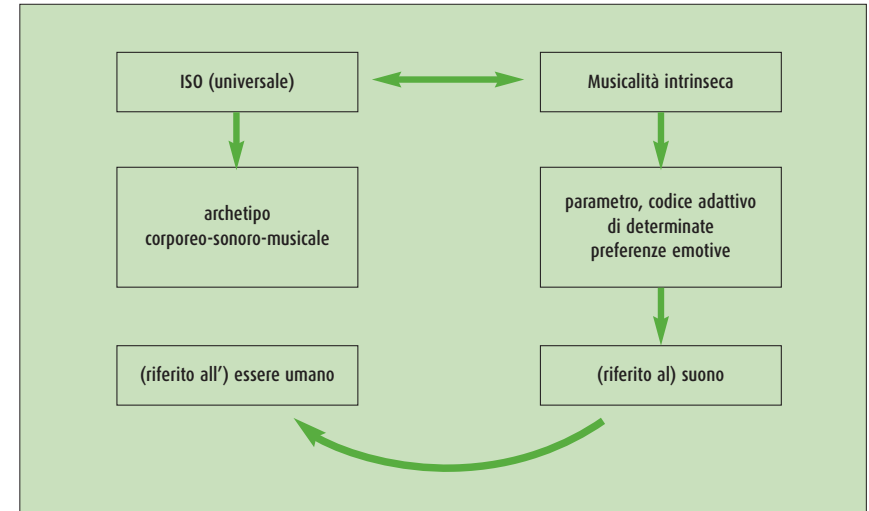
tempo (regolarità del respiro, ritmo cardiaco). Gli elementi riscontrati nelle teorie evolutivistiche e che si connettono alla musicalità intrinseca sono: tono, volume, timbro, variazione melodica, ritmo (pulsazione), ricchezza del suono. Simili corrispondenze si riscontrano nel lavoro di Trevarthen & Malloch (2000) sulla musicalità comunicativa - pulsazione, qualità e narratività sono le tre dimensioni musicali dell'integrazione precoce - e nell'integrazione concettuale svolta da Postacchini (2006) tra le forme musicali e le forme affettive (gli affetti vitali) - forma, intensità e durata come parametri percettivi fondamentali, comuni alla produzione musicale, plastica, pittorica e psicomotoria.

3. MUSICALITÀ INTRINSECA E ISO BENENZONIANO

Esiste, o può esistere, una corrispondenza tra il modello dell'ISO benenzoniano e quello della musicalità intrinseca? Quali sono gli elementi sovrapponibili e quali i punti di distacco? Il concetto di ISO (identità sonoro musicale), al centro dell'approccio musicoterapico di Rolando Benenzon (1984), evidenzia l'esistenza di un insieme di energie sonore, di movimento e silenzio, che ci caratterizzano come individui e che rappresentano il nostro vissuto sonoro; la sua identificazione permette di comprendere come la persona utilizzi l'elemento s/m e che ruolo esso giochi nel suo equilibrio psicofisico. Sarà l'ISO Universale (IU) a interessare il parallelismo con la musicalità intrinseca, in quanto archetipo corporeo-sonoro-musicale formato dall'eredità ontogenetica e filogenetica (Benenzon, 2002): i fenomeni corporeo-sonoro-musicali hanno stimolato, in maniera ripetitiva e quotidiana, l'essere umano per millenni; tale stimolazione ha provocato percezioni e sensazioni che sono entrate dinamicamente a far parte dell'inconscio di ogni individuo, tramandandosi sino ai giorni nostri. L'IU, quindi, è l'identità sonora che caratterizza tutti gli esseri umani, indipendentemente dalla biografia sociale, storica, psicofisiologica, ed è formato da archetipi come il battito cardiaco, suoni dell'acqua, suoni di inspirazione/espiazione, vento, ritmo del movimento. L'IU è identico in tutti gli indi-

vidui: si potrebbe dire che è parte intima dell'essenza umana (intrinseca). Dunque, parlare di archetipo corporeo-sonoro-musicale universale (IU) e parlare di codice adattivo e universale di determinate preferenze di suoni (musicalità intrinseca), non è - in sostanza - la stessa cosa? Entrambi i concetti sono manifestazione di tendenze reattive agli stimoli sonori, frutto dell'evoluzione degli esseri umani. Presentano elementi fondamentali comuni, come il ritmo (per l'IU: pulsazione, periodicità e aperiodicità, battito cardiaco, ritmo del movimento), la variazione melodica (scale musicali, intervalli), il timbro (suoni emessi attraverso i tubi, sistemi di messaggi degli animali), il volume (suoni d'inspirazione/espiazione, il vento, il silenzio), il tono e la ricchezza del suono (suoni biotici e abiotici, suoni dell'acqua). Quando Benenzon parla dell'IU, sostiene che esso si struttura in ogni essere umano secondo una legge definita e identica, ma che la dinamica energetica che si sviluppa sia infinitamente diversa tra un essere umano e l'altro; similmente, per il concetto di musicalità intrinseca si è detto che ogni individuo percepisce i suoni in maniera soggettiva, ma che certe emozioni legate alla percezione di determinati

suoni sono prevedibili e/o categorizzabili. Musicalità intrinseca ed IU: concetti simili, dunque, ma non identici. L'avversione (o l'attrazione) per il suono, è un comportamento che caratterizza la nostra identità corporeo-sonoro-musicale, il nostro ISO; tali comportamenti, tendenze o preferenze, coinvolgono alcune caratteristiche intrinseche del suono stesso (come il timbro, l'intensità, il ritmo), ossia quegli elementi che costituiscono la musicalità intrinseca. Il concetto benenzoniano ci permette di capire come una persona utilizza l'elemento s/m mentre la musicalità intrinseca ci permette di capire che cosa, dell'elemento sonoro, risuona nella persona. Si potrebbe sostenere che ciò che distingue i due concetti è l'oggetto di cui sono riferimento: se per l'IU questo oggetto è l'essere umano, per la musicalità intrinseca è il suono (anche se inscindibile dalla percezione umana di quel suono). Procedendo nel ragionamento, si potrebbe affermare che sia proprio la musicalità intrinseca a determinare, nel tempo, lo sviluppo di un archetipo corporeo-sonoro-musicale - che si basa sugli elementi che costituiscono il parametro della musicalità intrinseca. Cercando di esemplificare attraverso una tabella visiva:



Musicalità intrinseca e IU non sono solo le due facce di una stessa medaglia; non si tratta di scegliere un percorso piuttosto che un altro per il conseguimento dello stesso obiettivo.

Sono elementi compresenti e co-integranti, specialmente nella pratica musicoterapica con gli stati vegetativi e la minima coscienza. È il volume di certi suoni, la pulsazione di certi ritmi, la ricchezza sonora di certi paesaggi che agiscono sulla percezione umana in una determinata maniera e, in quanto tali, costituiscono un vero e proprio codice sonoro (universale/adattivo) di determinate preferenze emotive; queste preferenze, inizialmente generate dall'istinto estetico, hanno stimolato in maniera ripetitiva l'essere umano fino a entrare a far parte dell'inconscio e ad arrivare a rappresentare il vissuto sonoro universale di ogni individuo (l'IU). L'IU costituisce un insieme di risonanze-affettive (come le definisce Benenzon) ma tali risonanze hanno a che fare con delle risposte (universali) che nascono dall'interazione dell'individuo con alcuni particolari parametri del suono che provocano in lui determinate preferenze, in termini di emozioni.

Uno stesso oggetto (di pensiero) può essere definito in molti modi, a seconda delle diverse prospettive da cui lo si osserva; in questo senso, il concetto di musicalità intrinseca e quello di IU sono corrispondenti: vertono intorno lo stesso 'oggetto' d'indagine ma hanno modalità differenti di riferirsi ad esso. La musicalità intrinseca è la modalità che sviluppa il punto di vista antropologico, mentre l'IU quello psicoanalitico. Non solo corrispondenti, ma anche interdipendenti; separare i due concetti, sarebbe come pretendere di separare sensazione e percezione: musicalità intrinseca e IU sono potenti strumenti di connessione dell'essere umano con la sensibilità emotiva connessa all'ascolto sonoro-musicale.

4. APPLICAZIONE DEI PRINCIPI DELLA MUSICALITÀ INTRINSECA ALL'INTERVENTO MUSICOTERAPICO CON PAZIENTI SV

La teoria della musicalità intrinseca può essere utile in un campo di applicazione complesso come quello degli stati vegetativi, in cui non sempre è facilmen-

te verificabile la corrispondenza tra l'esperienza sonora e il vissuto esperienziale che il paziente fa di essa. La 'risposta' del soggetto SV passa attraverso la variabilità di alcuni parametri fisiologici (frequenza cardiaca, frequenza respiratoria e pressione arteriosa, colorito della pelle) e l'osservazione di alcuni indici comportamentali (movimenti oculari, fissazione dello sguardo, spostamento della testa o degli arti, masticazione, suzione, deglutizione).

Nell'intervento musicoterapico con gli SV, i diversi parametri musicali sono generalmente trattati il più separatamente possibile, per permettere al paziente di cogliere messaggi chiari, semplici e rassicuranti (pulsazione ritmica, singole note suonate/cellule melodiche, un solo timbro): se non necessariamente come 'nota musicale' o come 'accordo', lo stimolo sonoro viene percepito come vibrazione. Successivamente i parametri vengono riuniti in uno stesso stimolo sonoro, passando da eventi s/m semplici a complessi; la complessità va in direzione di quel panorama sonoro che, in parte, è costituito dalla biografia sonora individuale (raccolta nell'anamnesi musicale), in parte dalle sonorità sviluppatesi durante le sedute e, infine, da quella che potremmo definire esperienza s/m sociale (dall'incontro di Iso culturale e Iso gruppale) che caratterizza il paziente in quanto facente parte di un contesto socio-culturale: Ninna Nanna, Fra Martino, temi musicali nella forma del rondò.

L'aggancio musicoterapico, in questo contesto, non rappresenta solo il momento in cui il paziente si accorge della presenza del terapeuta e lo riconosce come interlocutore ma è, prima di tutto, un accordarsi del paziente con se stesso, con i ritmi del proprio corpo. Egli deve sentirsi per poter, poi, sentire l'altro e spesso può succedere che non si arrivi nemmeno a sentire l'altro. Il primo modo per sentirsi in un corpo - come avviene per le tecniche di meditazione - è sentire il proprio respiro: attraverso la sintonizzazione (Stern, 1987) sul respiro del paziente, il musicoterapista dà a quest'ultimo una primaria minima coscienza del proprio esserci. Benenzon (2002), sulle basi di quanto dimostrato dall'osservazione clinica, afferma che il ritmo binario tranquillizza, riduce l'ansia; al contrario, una discontinuità rit-

mica può produrre un'alterazione dello stato emozionale (similmente a quanto affermato dalla musicalità intrinseca). Queste sensazioni cinestetiche, molto intense durante la vita fetale, possono rimanere in forma residuale lungo tutto l'arco della vita e ricomparire in stati regressivi come quelli dei pazienti in coma o in stato vegetativo.

Una volta ottenuto l'aggancio, un potente strumento per la costruzione del dialogo s/m è **la voce**, la quale incarna la maggior parte degli elementi fondanti la musicalità intrinseca: timbro, variazione melodica, volume, tono, ritmo. Più di qualsiasi altro strumento, la voce avvicina, mette in relazione, proprio grazie alla condivisione di corpi in vibrazione: come dice Tomatis (1993), cantare è un po' come suonare il corpo dell'altro. La vocalità umana è preverbale, oltre che paraverbale: l'uomo prima di parlare ha cantato. Lo dice Tomatis, lo dice la psicologia evolutiva nei contributi di Steve Mithen in *The Singing Neanderthals* (2005).

La voce è anche il primo strumento di conoscenza del mondo esterno. Il paziente in stato vegetativo vive una condizione molto simile al neonato: è immerso in un bagno sonoro di suoni e rumori provenienti dall'esterno e come il neonato non ha molti strumenti per comunicare con l'ambiente circostante; la produzione verbale è assente (al più ridotta a emissioni vocali non articolate), il corpo è decisamente limitato nella sua funzionalità, nel movimento. Questa somiglianza pone in evidenza la potenzialità delle esperienze s/m e la loro capacità di individuare il livello di regressione in cui è possibile instaurare una possibilità comunicativa con il paziente (Meschini, 2002).

Un altro importante strumento terapeutico, al pari della voce, è **il silenzio**; è anche l'unico momento che contrasta con la sovra-stimolazione sensoriale cui sono sottoposti i pazienti. Esso fa regredire all'assenza (Benenzon, 2002) ed è la prima espressione del paziente SV, la precondizione per ascoltarsi, conoscersi, riconoscere l'altro. In questo senso il silenzio gioca un ruolo essenziale nella musicoterapia.

5. CONCLUSIONI

La principale difficoltà dell'intervento musicoterapico in ambito SV è leggere le risposte del paziente, in base alle quali strutturare il tipo di relazione e gli stimoli s/m da proporre. È qui che torna utile il modello della musicalità intrinseca: partendo dal presupposto che alcuni parametri musicali generano, in tutti gli esseri umani, risposte emotive prevedibili e/o categorizzabili, si possono sfruttare quegli stessi parametri come 'coordinate spaziali' entro le quali muoversi e sulla base delle quali strutturare il nostro intervento musicoterapico. Se so, per esempio, che l'intensità evoca un accrescimento di eccitazione, che un certo tipo di timbrica può essere associato a

stati di ansietà e paura, che il ritmo si presenta in forma di pulsazione isocrona, posseggo già un buon numero di indicatori utili alla costruzione della stimolazione s/m. Quanto ci viene confer-

mato dalla teoria della musicalità intrinseca è un prezioso aiuto per la definizione delle possibilità entro le quali operare; tali coordinate sono solo indicative e non si può ridurre ad esse l'intero intervento musicoterapico: concentrarsi esclusivamente sulla relazione tra stimolo sonoro e percezione dello stesso, rischia di ridurre l'intervento ad un ascolto musicale. Occorre considerare tutti gli aspetti che compongono la disciplina musicoterapica: lo stimolo sonoro, il rapporto terapeutico e lo scambio emotivo tra paziente e terapeuta (Steinhoff et al., 2015).

La musica provoca emozioni e le emozioni sono una componente chiave del modo in cui noi sperimentiamo ed esploriamo l'ambiente, e il contatto con l'ambiente circostante è uno degli obiettivi principali dell'intervento musicoterapico con pazienti in stato vegetativo. Combinando gli stimoli musicali, la relazione terapeutica e l'approccio emozionale, l'intervento musicoterapico incoraggia delle multi-risposte sensoriali, comportamentali, e fisiche: uno scambio di significati; il quale, a sua volta, promuove la riabilitazione delle persone in stato vegetativo.

Il silenzio fa regredire all'assenza ed è la prima espressione del paziente SV, la precondizione per ascoltarsi, conoscersi, riconoscere l'altro

Bibliografia

- **American Congress of Rehabilitation of Medicine**
Arch Phys Med Rehabil, 1995; 76:205-9.
- **Boldrini P., Magnarella M.R., Basaglia N.**
Interrater reliability of a videotaped version of the Coma-Near Coma Scale, Proceedings of the 1st European Conference on Rehabilitation after Severe Brain Injury, Copenhagen, 6-9 september 1998.
- **Ministero della Salute**
Stato vegetativo e stato di minima coscienza, Ital J Rehab Med - MR, 21: 5-25, 2007.
- **Royal College of Physicians of London**
The Vegetative State Guidance on Diagnosis and Management, 2003.
- **The Center for Outcome Measurement in Brain Injury**
<http://www.tbims.org/combi/drs>
Rappaport M., 2005.
- **Aigen K.S.**
The Study of Music Therapy: Current Issues and Concepts, Routledge, London, 2013.
- **Arnould M., Vigouroux R., Vigouroux M.**
Etats frontiers entre la vie et la mort en neuron-traumatologie, Neurochirurgica (Stuttg) 1963;6:1-21.
- **Benenzon O.**
Manuale di Musicoterapia, Borla, Roma, 1984.
- **Benenzon R.**
La parte dimenticata della personalità, Nuove tecniche per la musicoterapia, Ed. Borla, Roma, 2007.
- **Benenzon R.**
Musicoterapia e Coma, Phoenix Editrice, Roma, 2002.
- **Borthwick C.J., Crossley R.**
Permanent Vegetative State: usefulness and limits of a prognostic definition, in "NeuroRehabilitation", 2004, 19, 381-389.
- **Defanti C.A.**
Lo stato vegetativo persistente, in Defanti C.A., Flamigni C., Mori M., (Eds): "Bioetica" (Le Scienze quaderni n. 88), Le Scienze, Milano, 1996.
- **Heiddegger M.**
Essere e Tempo, Mondadori, Milano, 2011.
- **Imberty M.**
Suoni, Emozioni, Significati. Per una semantica psicologica della musica, CLUEB Editore, Bologna, 1999.
- **Jennett B., Plum F.**
Persistent Vegetative State After Brain Damage. A Syndrome in Search of a Name, Lancet, 299, 1972.
- **Jennett B., Teasdale G., Braakman R.**
Prognosis of patients with severe head injury, Neurosurgery, 1979; 4:283-9.
- **Jennett B.**
The vegetative state, J Neurol Neurosurg Psychiatry, 2002; 73: 355-7.
- **Lenti Boero D., Bottoni L.**
Why we experience musical emotions: Intrinsic musicality in an evolutionary perspective, Behavioral and Brain Sciences, Volume 31, Issue 05, October 2008, pp 585-586; Cambridge University Press, 2008.
- **Lewis D.**
Counterparts of Persons and Their Bodies, The Journal of Philosophy, Vol. 68, n. 7, 1971, pp. 203-211.
- **Manarolo G.**
Musicoterapia e involuzione senile: orientamenti teorici e applicativi, in "Musicoterapia e Malattia di Alzheimer", a cura di, Raglio A., Manarolo G., Villani D., ed. Cosmopolis, Torino, 2001.
- **Meschini R.**
L'esperienza della musicoterapia con pazienti in

segue Bibliografia

- stato vegetativo*, in Benenzon R., "Musicoterapia e Coma", Phoenix, Roma, 2002.
- **Mithen S.**
The singing Neanderthals: the origins of music, language, mind and body, Weidenfeld and Nicolson, London, 2005.
- **Monti M.M., Laureys S., Owen A.M.**
The Vegetative State, "British Medical Journal", 341, 2010.
- **Multi-Society Task Force on PVS**
Medical aspects of the persistent vegetative state, N Engl J Med. 1994;330:1572-1579.
- **Orians G.H., Heerwagen J.H.**
Evolved Responses to Landscapes, in Barkow J., Cosmides L., Tooby J., "The Adapted Mind: Evolutionary Psychology and the Generation of Culture", Oxford University Press, New York, 1992.
- **Perry J.**
Identity, Personal Identity and the Self, Selected Essay, Hackett Publishing, Indianapolis, 2002.
- **Posner J.B., Saper C.B., Schiff N.D., Plum F.**
Plum and Posner's Diagnosis of Stupor and Coma, Contemporary Neurology Series. 71, Fourth edition, Oxford University Press, 2007.
- **Postacchini P.L.**
In viaggio attraverso la musicoterapia. Scritti di musicoterapia, ed. Cosmopolis, Torino, 2006.
- **Reichlin M.**
Etica e Neuroscienze. Stati vegetativi, malattie degenerative, identità personale, Mondadori, Milano, 2012.
- **Steinhoff N., Heine A.M., Vogt J., Weiss K., Aschraf A., Hajek P., Schnider P., Tucek G.**
A pilot study into the effects of music therapy on different areas of the brain of individuals with unresponsive wakefulness syndrome, Frontiers in Neuroscience, vol. 9, August 2015.
- **Stern D.N.**
Il mondo interpersonale del bambino, Bollati-Boringheri, Torino, 1987.
- **Themel K.**
Aesthetic Appeal: Is It in our DNA?, raggedclothcafe.com, April 20, 2008.
- **Tomatis A.**
L'Orecchio e la voce, Baldini Castoldi Dalai, 1993.
- **Varzi A.**
Parole, Oggetti, Eventi e altri argomenti di metafisica, Carocci, Roma, 2001.
- **Veldman F.**
Haptonomie, science de l'affectivité, PUF, Parigi, 1989.



MUSICA E MUSICOTERAPIA PER L'ALZHEIMER: UN'ESPERIENZA PERSONALE

Paola Reani Musicoterapista, Verona

■ *The use of music in curing for persons with dementia is recognized by major international studies and research as one of the most effective non-pharmacological treatments. This paper describes the Alzheimer Association Italia-Verona's works with dementia patients, highlighting the musical activities and specifically the music therapy's workshops; it explains features, methods, aims and objectives reached.*

MUSICOTERAPIA E DEMENZA

“Nella demenza avanzata tace la parola che costantemente ci impegna nella costruzione o ricostruzione della nostra identità. Quando non ci sono né ricordi né parole significanti non c'è desiderio e l'anziano demente entra in una dimensione a lui stesso estranea, è straniero a sé e agli altri”
(A. Spagnoli, M. Pierri, 2001).

La demenza rappresenta ancor oggi, nella quasi totalità dei casi, una sindrome patologica inguaribile e inarrestabile nel suo processo degenerativo; anche per questo studi e ricerche per una cura efficace stanno assorbendo investimenti e risorse ingenti a livello mondiale. Il decorso della patologia è assolutamente variabile da persona a persona e non consente la formulazione di prognosi infallibili; tra i sintomi più complessi da gestire spiccano i disturbi del comportamento.

In ambito terapeutico sono già stati sperimentati diversi interventi e approcci; quelli di carattere non farmacologico risultano essere particolarmente efficaci nella prevenzione e nel contenimento delle alterazioni del comportamento, e tra questi si è rivelato di notevole interesse l'impiego della musica, che agendo sul ricordo e sulle emozioni è in grado di catturare l'attenzione del paziente favorendo la relazione. Gli studi e le esperienze sul campo hanno

dimostrato che uno dei principi fondamentali su cui fondare il trattamento delle demenze (la cui forma più grave è quella di Alzheimer) è la stimolazione delle abilità residue attraverso un'attenzione al bagaglio esperienziale e cognitivo, ricorrendo a pratiche che coinvolgano e stimolino il paziente cercando di riattivarne l'interesse nei confronti del mondo esterno, della vita in generale, delle altre persone.

La musica e l'elemento sonoro-musicale sono utilizzati con finalità e modalità molto diversificate, e definite genericamente “terapeutiche”. Tuttavia alcune attività sono da considerarsi prevalentemente di carattere animativo, con l'obiettivo di offrire uno stato di benessere in un contesto di socializzazione. Queste risultano essere efficaci nel rafforzamento dell'autostima e nel ridurre un atteggiamento di stigmatizzazione grazie al loro contributo nel favorire la relazione intersoggettiva, lo scambio di vissuti e risorse, nonché la condivisione. Vi sono poi esperienze basate sull'ascolto musicale che sono in grado di raggiungere finalità varie, quali ad esempio quelle evocative (sollecitando momenti di verbalizzazione individuali e/o di gruppo), induttive (stimolando connessioni spazio-temporali nell'intento di favorire il riconoscimento di ambienti o di momenti strutturati della giornata); contenitive (recuperando stati di agitazione e/o disturbi comportamentali).

La ricca pubblicistica in ambito scientifico offre evidenza dei risultati raggiunti dalla musicoterapia nel

trattamento dei malati di Alzheimer, dimostrando benefici nella memoria a breve termine, nel tono dell'umore, nell'orientamento spazio-temporale, nella valorizzazione della propria identità, nelle competenze espressive e relazionali (Manarolo, 2001). La Rivista Nordamericana di Musicoterapia (Koger, Chapin, Brotons - 1999), prendendo in esame 21 articoli apparsi su varie riviste scientifiche dal 1985 al 1997, illustra chiaramente i risultati positivi della musicoterapia nel trattamento della demenza favorendo nei soggetti coinvolti il mantenimento e l'accrescimento delle capacità sociali, emozionali e cognitive. Nello specifico la partecipazione ai gruppi di canto migliora il comportamento sociale; l'ascolto musicale può ridurre l'agitazione psicomotoria e la confabulazione; le attività musicali in genere migliorano il tono dell'umore, l'orientamento spazio-temporale, e rendono i pazienti meno irritabili. Ancora, appare ulteriormente comprovata l'efficacia dell'intervento musicoterapico con il paziente affetto da sindrome di Alzheimer sia nelle fasi iniziali che in quelle avanzate della malattia. Tuttavia gli autori sottolineano come sia ancora difficile correlare gli aspetti metodologici e tecnici con i differenti esiti ottenuti. I parametri presi in considerazione (musicoterapia attiva, musicoterapia recettiva, musica dal vivo, registrata, durata del trattamento, livello di professionalità del musicoterapista) non sono apparsi, in effetti, in diretto rapporto con l'efficacia del trattamento. Il

mezzo sonoro-musicale si è rivelato un elemento valido per stimolare le parti sane del cervello dei pazienti, per coinvolgerli in attività gratificanti, per offrire loro un aiuto nel ri-orientamento alla vita. Inoltre l'ascolto, la sintonizzazione e la flessibilità creativa vengono evidenziate come capacità o attitudini indispensabili per chi opera con questo medium.

I CONTRIBUTI DELLA RICERCA

La Review "Music, music therapy and dementia: a review of literature and the recommendations of the Italian Psychogeriatric Association" (2012) passa in rassegna i più recenti studi clinici riguardanti l'uso della musica e della musicoterapia con persone affette da varie sindromi di demenza. Le ricerche condotte da importanti studiosi quali Lin, Cooke, Han, Svandottir, Snaedal, Van de Winckel, Okada, Takahashi, Matsushita, hanno rilevato che pazienti sottoposti ad una attività musicale pratica, fatta di creazione/improvvisazione dell'elemento sonoro-musicale attraverso l'uso di strumenti musicali (spesso percussioni), dell'uso della voce (anche con accompagnamento strumentale), anche abbinata ad attività corporea quale il ballo, contribuisce efficacemente alla riduzione degli stati depressivi, degli stati d'ansia e di agitazione, dei disturbi comportamentali in genere, migliorando autostima e senso di appartenenza. Il semplice ascolto (anche di musica dal vivo) sembra invece non influire sulla qualità della vita o su un contenimento degli stati depressivi o dei disturbi comportamentali, facendo registrare comunque un aumento della verbalizzazione. La terapia occupazionale, unita a sessioni di canto, movimento, esplorazione strumentale, esercizi di memoria (musicali), ha portato un significativo miglioramento dei disordini comportamentali e depressivi (Han et Al., 2010). L'impiego di esercizi musicali su donne affette da demenza ha mostrato un significativo miglioramento dell'umore e delle funzioni cognitive, quali consapevolezza/cognizione e fluency verbale (Van de Winckel et al., 2004). Filastrocche, canzoni folkloristiche, inni e musica pop hanno fatto registrare un significativo incremento delle attività parasimpatiche e una riduzione delle

citochine plasmatiche e dei livelli di catecolamine (Okada et al., 2009). Infine la musica folk, associata ad attività di stimolazione della memoria e all'accompagnamento di strumenti tipici (soprattutto percussivi) ha fatto rilevare un miglioramento delle funzioni cognitive e della pressione arteriosa sistemica, una riduzione dei disturbi comportamentali e degli stati depressivi (Takahashi e Matsushita, 2006).

L'ESPERIENZA PRESSO

L'ASSOCIAZIONE ALZHEIMER ITALIA-VERONA

Otto anni fa iniziava la mia collaborazione con l'Associazione Alzheimer Italia-Verona. Si tratta di una realtà che gestisce attualmente circa una ventina di centri in cui si svolgono attività di sostegno e sollievo per persone affette da varie tipologie di demenza (in particolare Alzheimer) e per i loro familiari. La tipologia di utenti che frequenta i Centri risulta eterogenea per età, sesso, patologia, bisogni, e risiede generalmente nella casa d'origine grazie al supporto e alle cure di familiari o di eventuali badanti. I Centri sono attivi due giorni alla settimana offrendo proposte così articolate:

Per gli utenti

1. attività di sollecitazione cognitiva mista (stimolazione cognitiva, ROT informale, memory training...) condotte da un'educatrice/psicologa;
2. attività musicali e musicoterapiche gestite da un musicoterapista (oggetto di approfondimento dell'articolo).

Per i familiari

3. attività di sostegno attraverso gruppi di auto-mutuo-aiuto guidati da una psicologa.

Il mio arrivo all'Associazione è coinciso con l'incremento del numero dei laboratori e di utenti e con la volontà di misurare e valutare i risultati delle attività proposte, che vanno dall'animazione musicale alla musicoterapia, adeguandole maggiormente al tipo di utenza ed affinandone gli obiettivi. Per necessità organizzative e gestionali i gruppi dei partecipanti sono sempre stati numerosi, inseriti all'interno di una realtà articolata e com-

plexa; ciò ha richiesto un impegno significativo per individuare strategie e modalità operative in grado di garantire un'attenzione adeguata ad ogni singola persona, sollecitando non di rado soluzioni per certi versi innovative.

La mia azione muove dal presupposto che indipendentemente dal livello di deterioramento cognitivo del paziente è sempre possibile intervenire terapeuticamente, perché "non è importante la malattia, ma l'uomo che ha la malattia" (Jung, 1966).

L'intervento mira così a prevenire il peggioramento della dimensione cognitiva e non della malattia in sé, a valorizzare le potenzialità, a stimolare nuovi percorsi neurali, con l'obiettivo di perseguire il mantenimento e/o recupero delle abilità residue. Se consideriamo che ogni comportamento alterato (generalmente definito disturbo comportamentale) è la manifestazione di un disagio, esasperato dall'incapacità di comunicarlo, il metodo di lavoro adottato diviene un utile strumento di prevenzione in quanto tende a favorire l'espressione di ogni partecipante. Come sostiene M. Erickson (1983) "vanno utilizzate le potenzialità della persona e vanno considerati i suoi sintomi non solo come il segnale di una sofferenza o come manifestazioni di patologia, ma come il risultato di risorse bloccate e anche come strategie di comunicazione, come un mezzo di comunicazione e un messaggio dell'inconscio". Facendo riferimento a K. Bruscia (1997), la demenza senile e la Malattia di Alzheimer "rappresentano una sorta di rottura nell'armonia della persona; attraverso la musicoterapia e la relazione che ne scaturisce si può ricercare quell'ordine che sembrava perduto". Nei laboratori dell'Associazione si propone quindi un tipo di "relazione" che si basa su attenzione, rispetto, valorizzazione, empatia del terapeuta nei confronti dell'utente; a questo si aggiunge la ricerca di un'atmosfera di leggerezza, disponibilità, accoglienza, apertura alla socializzazione in grado di favorire lo stimolo di emozioni positive e un'interazione (terapista-paziente) costruttiva ed evolutiva.

LA PROPOSTA

L'impostazione delle attività di laboratorio mira a proporre situazioni e azioni significative, possibilmente attraenti e accattivanti, capaci di suscitare curiosità, interesse e motivazione. Particolare attenzione viene posta alle risposte ed agli atteggiamenti osservati/ricevuti sia dal singolo che dal gruppo, i quali fungono da riferimento per costruire proposte funzionali e adeguate agli obiettivi terapeutici. Gli stimoli suggeriti dai pazienti vengono necessariamente valorizzati, arricchiti e ampliati attraverso la reciprocità tra musicoterapista e paziente stesso. Le attività tendono a coinvolgere tutti i sensi, la fantasia, il movimento, l'emotività, le funzioni cognitive,

Gli stimoli suggeriti dai pazienti vengono valorizzati, arricchiti e ampliati attraverso la reciprocità tra musicoterapista e paziente stesso

attraverso l'impiego fondamentale di tutte le potenzialità del linguaggio musicale ed alle sue commistioni con l'uso del corpo: dal canto all'ascolto, dal suono degli strumenti musicali alla danza, ricorrendo in talune occasioni anche all'utilizzo di altri mediatori artistici quali i colori, la poesia, le fiabe in musica, il movimento ritmico. Gli esiti vengono valorizzati come elementi di un processo, sia a livello relazionale che musicale, indipendentemente dalla loro valenza estetica, perché sempre in grado di creare un rapporto affettivo e/o empatico sia fra terapeuta e utente che tra utente e utente.

Tramite tecniche attive e ricettive ogni incontro è concepito come un tempo ed uno spazio sonoro-musicale e relazionale nel quale, una volta fissate le coordinate di base (rappresentate dalle attività musicali), accadono situazioni, si fanno incontri, si creano relazioni, si smuovono energie. Si inizia con proposte musicali (ascolto di musica registrata) tendenzialmente calme e rilassate, caratterizzate da ritmi lenti e melodie distese, con un utilizzo spaziale dell'ambiente limitato, un coinvolgimento emotivo/affettivo marginale, talvolta sfociante in sintomi apatici o addirittura disforici; tale avvio è finalizzato a favorire il risveglio muscolare dallo stato di quiete e la contestualizzazione del momento. La proposta prosegue

con esperienze musicali sempre più attivanti attraverso l'impiego di strumenti a percussione, l'esecuzione di sequenze ritmiche o di danze, l'improvvisazione strumentale, e forme varie di orchestrazione, in cui progressivamente agogica e ritmo assumono un ruolo crescente fino a determinare il fulcro dell'intervento nel loro acme, stimolando nei pazienti un'azione sempre più coinvolgente a livello energetico, fisico, emotivo. La persona è invitata a mettersi in gioco appropriandosi della musica tramite il movimento di tutte le parti del corpo, sia nella postura seduta che eretta. L'attività si conclude con un ritorno al clima di calma e rilassamento iniziale per recuperare uno stato emotivo equilibrato, che favorisca la dimensione relazionale con se stessi e con i familiari.

VERIFICA E ANALISI DELL'INTERVENTO

La fase di verifica e analisi dell'attività laboratoriale ha preso in considerazione *aspetti quantitativi* e *aspetti qualitativi*.

I primi sono il risultato delle analisi scientifiche condotte dal Dipartimento di Ricerca in Riabilitazione Neuromotoria e Cognitiva (CRRNC) dell'Università di Verona, realizzate tramite somministrazione di test ad inizio e fine ciclo delle attività (settembre/giugno), che includono indistintamente sia gli interventi musicali svolti presso i laboratori che quelli espressamente dedicati al mantenimento/ sviluppo delle funzioni cognitive. Dalle valutazioni effettuate emerge l'assenza di cambiamenti significativi nei pazienti tra un "prima" e un "dopo" la frequenza ai gruppi di laboratorio, indice di uno stato cognitivo rimasto inalterato, ovvero di un quadro cognitivo stabilizzato che non ha subito peggioramenti. Questo risultato rappresenta un traguardo importante perché in controtendenza con il processo degenerativo ed ingravescente specifico della Malattia di Alzheimer. Dall'analisi descrittiva dei dati, tuttavia, soprattutto per quel che riguarda i risultati ottenuti con l'MMSE, emerge una disomogeneità nell'andamento dello stato cognitivo dei pazienti: alcuni di essi mostrano infatti un miglioramento con la frequenza ai laboratori mentre altri presentano un peggioramento dopo l'attività. Dai risultati del MMSE è possibile osservare come il grup-

po con demenza di grado moderato risulti essere quello che trae maggior giovamento dalle attività frequentate. La stessa disomogeneità si riscontra anche per quei pazienti affetti da disturbi neuropsichiatrici (NPI), mentre non la si osserva nei dati ottenuti dal CBI (carico assistenziale del familiare), i quali evidenziano una certa stabilità per tutti i gradi di demenza.

Gli *aspetti qualitativi* sono rilevati attraverso processi di osservazione e monitoraggio soggettivi condotti dagli operatori dei laboratori. Dai risultati emerge che dopo ogni incontro i partecipanti appaiono maggiormente rilassati, presentano un visibile miglioramento dello stato psicologico generale e del livello di interazione sociale; gli stessi familiari confermano una regressione dello stato di agitazione del paziente (nel confronto tra prima e dopo l'attività). A lungo termine, nella quasi totalità dei soggetti, si rilevano miglioramenti sulle funzioni cognitive, sull'abilità di verbalizzazione, nella riduzione dei disturbi comportamentali in genere, nel contenimento di ansia, aggressività, irritabilità, stati allucinatori, apatia, disturbi notturni come agitazione e risvegli continui, stati motori iperattivi o compulsivi. Si registra inoltre la comparsa di atteggiamenti affettivi e relazionali più significativi (abbracci, sorrisi, contatti visivi), l'espressione di un interesse e entusiasmo per la frequenza al laboratorio, la manifestazione di gioia nello svolgimento delle attività proposte, il cambiamento nelle posture, il rinforzo dell'autostima, sottolineato emblematicamente dal desiderio di rappresentare di fronte a un pubblico quanto "costruito insieme". In definitiva, l'esperienza e il lavoro terapeutico condotto dall'Associazione stanno confermando l'efficacia degli interventi proposti che si ritrova nel miglioramento della qualità della vita dei pazienti e nel rallentamento del processo degenerativo previsto dalla patologia.

**Quando curi una persona
puoi vincere o puoi perdere,
ma quando ti prendi cura
di te stesso e degli altri, puoi solo vincere.**

Patch Adams

Bibliografia

■ Bruscia K.E.

Defining Music Therapy, ed. Amaru, 1997.

■ Cooke M., Moyle W., Shum D.H., Harrison S.D., Murfield J.E.

2A randomized controlled trial exploring the effect of music on quality of life and depression in older people with dementia, *Journal of Health Psychology*, 15: 765-76, 2010.

■ Cooke M., Moyle W., Shum D.H., Harrison S.D., Murfield J.E.

A randomized controlled trial exploring the effect on agitated behaviors and anxiety in older people with dementia, *Aging and Mental Health*, 14:905-16, 2010.

■ Erickson M.

La mia voce ti accompagnerà. I racconti didattici, ed. Astrolabio, 1983, Roma.

■ Han P., Kwan M., Chen D. et al.

A controlled naturalistic study on a weekly music therapy and activity program on disruptive and depressive behaviors in dementia, *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*; 30: 540-6, 2010.

■ Jung G.C.

The spirit in man, art, and literature, Princeton University Press, Princeton, Usa, 1966.

■ Koger S.M., Chapin K., Brotens M.

Is Music Therapy an Effective Intervention for Dementia? A Meta-Analytic Review of Literature, *J Music Ther*, 36(1):2-15, 1999.

■ Lin Y., Chu H., Yang CY et al.

Effectiveness of group music intervention against agitated behavior in elderly persons with dementia, *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26: 670-8, 2011.

■ Manarolo G., Raglio A., Villani D.

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

■ Okada K., Kurita A., Takase B. et al.

Effects of music therapy on autonomic nervous system activity, incidence of heart failure events, and plasma cytokine and catecholamine levels in elderly patients with cerebrovascular disease and dementia, *International Health Journal*; 50:95-110, 2009.

■ Raglio A., Bellelli G., Mazzola P., Bellandi D., Giovagnoli A.R., Farina E., Stramba-Badiale M., Gentile S., Gianelli M.V., Ubezio M.C., Zanetti O., Trabucchi M.

Music, music therapy and dementia: a review of literature and the recommendations of the Italian Psychogeriatric Association, *Maturitas*.

<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22743206#>> 2012 Aug; 72(4):305-10. doi: 10.1016/j.maturitas.2012.05.016. Epub 2012 Jun 27, 2012.

■ Spagnoli A., Pierri M.

Psicoterapie a indirizzo psicodinamico, in "Manuale di psicoterapia per l'anziano", ed. Boringhieri, Torino, 2001.

■ Svandottir H.B., Snaedal J.

Music Therapy in moderate and severe dementia of Alzheimer's type: a case-control study, *International Psychogeriatrics*; 18: 613-21, 2006.

■ Takahashi T., Matsushita H.

Long-term effects of music therapy on elderly with moderate-severe dementia, *Journal of Music Therapy*; 43:317-33, 2006.

■ Van de Winckel A., Feys H., De Weerd W., Dom R.

Cognitive and behavioural effects of music-based exercises in patients with dementia, *Clinical Rehabilitation*; 18:253-60, 2004.

CON LA MUSICA.**Note e storie per la vita quotidiana.**

Pietro Leveratto - EDIZIONI SELLERIO, PALERMO, 2014

Ci sono diversi libri che, in grande stile "effetto placebo", suggeriscono ascolti musicali come se saziarsi delle note giuste possa divenire una sorta di dieta sonora da seguire quotidianamente per il raggiungimento di un benessere psicofisico su misura.

Così, dapprima, leggendo il sottotitolo di questo saggio, "note e storie per la vita quotidiana", pensavo ci si imbatteva in una di quelle letture forzate dove il lettore viene bombardato da accuratissime selezioni discografiche pronte all'uso per ogni tipo di malessere: mal di testa, mal di mare, mal d'amore. Insomma: ricette musicali anche ben confezionate, ma pronte per essere sfoderate dai grandi amanti dell'auto guarigione. Tutta un'altra cosa invece!

Già dalle prime pagine di "Con la musica" s'intuisce di essere al cospetto di un libro di valore che non sdegnava di lasciarci un'impronta culturale propria dei migliori trattati musicologici. Considerando che, spesso, le storie musicali e gli intrecci esistenziali dei grandi compositori hanno abbracciato periodi storici o culturali differenti, ma specifici, il pregio e l'abilità dell'autore Pietro Leveratto stanno nel saper presentare in una sintesi efficace e pregnante scorci musicali senza tempo (incluse le vite e gli aneddoti più curiosi e intriganti di artisti compositori e non solo) che in ogni epoca, in ogni genere e in ogni luogo hanno saputo lasciare un segno indelebile nel complesso mondo sonoro.

Un libro che si serve dell'escamotage del quotidiano solo per avvicinarci, con sguardo più umano e attento, al cuore e allo spirito di interpreti del musicale, che, con le loro opere, hanno messo a nudo piccoli frammenti dei propri intricati enigmi esistenziali. Ecco che ogni situazione e ogni particolare stato d'animo si sposano perfettamente con un ascolto che può divenire spunto di riflessione

anche per colui che è stato travolto dal violento impatto della modernità e della mondanità.

I cittadini giapponesi lavorano più di cinquanta ore la settimana con un incremento esponenziale dei casi di suicidio; l'autore ci consola e ci rammenta che un pigmeo Aka della foresta pluviale africana lavora circa due ore al giorno e impiega il tempo restante della sua giornata a cantare e raccontare storie al proprio gruppo familiare! Continuano a sostenere che l'aereo sia il mezzo più sicuro eppure la paura di trovarsi fra le nuvole è piuttosto comune e persino un temerario della musica "il duca bianco", l'autore di Helden (Heroes in tedesco), David Bowie, mancato a malincuore recentemente, come ci ricorda l'autore, smise di volare dopo essersi imbattuto in una tempesta nei cieli di Cipro.

I protagonisti dell'universo sonoro, citati dall'autore in questo saggio, in sostanza, sono portavoce e riflesso degli stati d'animo e delle fragilità dell'essere umano più ordinario che tra mode, vicissitudini e processi epocali e culturali differenti si è lasciato trasportare dallo "spirito del Tempo".

Questo libro si rivolge a chiunque desideri possedere una preziosa enciclopedia a portata di mano che guidi all'ascolto con coscienza, essenzialità e puntualità senza troppi orpelli analitici.

Le pagine di questo scritto, grazie all'eleganza e alla poetica del suo autore che ci offre una qualità letteraria al limite del romanzesco, rara in uno scritto musicale che spesso tende verso uno storicismo dai toni più asciutti e freddi, non potranno che arricchire la colonna sonora di ciascun individuo che ogni giorno, pur non essendo un affermato artista, compone i frammenti della propria vita comune.

Anche il musicoterapista che è tenuto a mettere insieme, e talvolta a ricomporre i pezzi sonori degli individui che ricorrono alla sua creatività e al suo ingegno, potrà scoprire in "Con la musica" uno strumento pratico in grado avvicinarlo meglio all'identità musicale dell'altro.

Luca Zoccolan

FINALMENTE HO PERSO TUTTO**Giulio Tampalini, Marcello Tellini**

INFINITO EDIZIONI, FORMIGINE (MO), 2015

Cosa distingue un grande interprete del musicale da un buon esecutore? La distanza è la stessa che separa un musicista da un artista ispirato! Il primo fa passare la musica tra la gravidanza narcisistica delle sue conoscenze e della sua lodevole tecnica, il secondo si fa tramite della propria maestria per lasciar spazio alla musica! In che modo? *Perdendo tutto!*

Questo è il viaggio che ha intrapreso Giulio Tampalini, docente, chitarrista e interprete d'eccezione del panorama concertistico internazionale che, con la sua godibilissima biografia dal ritmo sostenuto e coinvolgente, scritta in collaborazione col medico musicista Marcello Tellini, ci racconta come l'evoluzione e la crescita personale possano determinare il successo di un musicista. Un giorno, un allievo molto attento, disciplinato e desideroso di raggiungere l'illuminazione, si rivolse al proprio maestro chiedendogli come fosse possibile che, dopo così tanti anni di studi e pratica meditativa, non fosse riuscito ancora a raggiungere la vetta più alta. La risposta del maestro fu inequivocabile e immediata: *Togliiti di mezzo!*

Quando ascolti un concerto di Tampalini la sensazione confermata, da chi ha avuto la possibilità di udire il tocco graffiante ed espressivo di questo poeta delle sei corde, è proprio questa: l'assenza del protagonista. L'esecutore non esiste più... *dov'è Tampalini?* Non c'è, si è tolto di mezzo e al suo posto è rimasta la musica e la scia profumata che trapela dai rigli dei più grandi compositori, la loro anima, la loro storia, tutto a portata d'orecchio!

Merita una particolare attenzione un capitolo del libro in cui, non riuscendo più a suonare a causa di una fastidiosa tendinite apparentemente cronica, il musicista, ancora agli albori della sua futura e fervida carriera concertistica, fortunatamente s'imbattè nelle mani sapienti ed esperte di Mutsumi, un terapeuta giapponese che seguiva il benessere psicofisico dei ballerini della Scala

di Milano. Sarà un incontro decisivo dove il maestro "col sole in tasca", come diranno i giornali e gli addetti ai lavori più tardi, apprende l'importanza di saper guardare al benessere fisico di un individuo nel suo insieme, in modo, potremmo dire, quasi olistico. Una mano è dolente, ma forse sono altre le parti del corpo che non lavorano nel modo giusto perché un musicista possa tornare a sentirsi leggero e sereno sul palco.

Le pagine di questo breve ma curato saggio autobiografico possono essere preziose e offrire molti spunti interessanti anche per chi si affaccia al mondo interdisciplinare della musicoterapia. Ci rammentano infatti che, per far risuonare l'ISO (identità sonora) di chi sta per raccontarsi in una sorta di diario sonofonico, la cosa indispensabile è che il musicoterapeuta si faccia da parte, pur impiegando le sue tecniche e pur alimentando quei processi creativi in grado di incrementare la comunicazione e la dimensione autoregolativa emozionale. Inoltre, l'esperienza di cui ci parla Tampalini può essere d'aiuto anche al musicoterapeuta che spesso è sottoposto a tensioni psico-corporee che non devono essere sottovalutate. Ragion per cui, come già avviene in Spagna dove c'è la giusta attenzione riguardo alle problematiche che possono riferirsi alla salute del musicoterapeuta, sarebbe auspicabile che ci si preoccupasse di alternare il lavoro musicoterapico con ginnastica, nuoto, meditazione e tutto ciò che consente di preservare l'equilibrio psicofisico di un operatore comunque impiegato in ambito socio-sanitario e pertanto sottoposto a uno forte stress con il sottostante rischio burnout.

Con umiltà, semplicità e una profondità che non può che stupire il lettore, il maestro Tampalini ci accompagna nel percorso della sua vita, nel suo rapporto con la musica, con se stesso, con l'accettazione dei limiti e la voglia di andare oltre... mostrandoci come la vera forza artistica, la vera creatività stia proprio in quell'interiorità che chiede voce e che si dona agli altri. Questo è forse il più grande degli insegnamenti del libro: l'umiltà dell'artista e il suo desiderio di condivisione.

Luca Zoccolan

articoli pubblicati

- **Volume VII, Numero 1, Gennaio 1999**
- **Volume VII, Numero 2, Luglio 1999**
- **Numero 1, Gennaio 2000**
- **Numero 2, Luglio 2000**

Indici completi degli articoli in: www.musicaterapia.it

■ Numero 3, Gennaio 2001

Musica emozioni e teoria dell'attaccamento (P.L. Postacchini) • La Musicoterapia Recettiva (G. Manarolo) • Mani-festazioni 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. Motalipassi, L. Pozzi) • Musicoterapia e Patterns di interazione e comunicazione con bambini pluriminatori: un approccio possibile (M.M. Coppa, E. Orena, F. Santoni, M.C. Dolciotti, I. Giampieri, A. Schiavoni) • Musicoterapia post partum (A. Auditore, F. Pasini)

■ Numero 4, Luglio 2001

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

■ Numero 5, Gennaio 2002

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

■ Numero 7, Gennaio 2003

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

■ Numero 8, Luglio 2003

Gli Istituti Superiori di Studi Musicali e la formazione in Musicoterapia... paradigma e curriculum musicale... (M. Spaccacocchi) • 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

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
Sul nostro sito www.musicaterapia.it sono disponibili i pdf consultabili e scaricabili, dall'anno 2000 al 2010.
Dei numeri successivi è possibile visualizzare il sommario.

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 ipotoni (W. Fasser, G. V. Ruoso) • Emozioni e musica: percorsi di musicoterapia contro la dispersione scolastica (M. Santonocito, P. Parentela) • "Il Serpente Arcobaleno" esperienze di musica-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 program-

ma 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 ospedalieri di Cremona (L. Gamba) • La musica come strategia terapeutica nel trattamento delle demenze (A. Raglio)

■ Numero 15, Gennaio 2007

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

■ Numero 16, Luglio 2007

Legato/staccato: la problematica della creazione e della morte nella musica occidentale del XX° secolo (Michel Imberty) • Memorie di gruppo e musicoterapia (Egidio Freddi, Antonella Guzzoni) • Giocando con i suoni: un intervento sul bullismo (E. Prete, A.L. Palermi, M.G. Bartolo, A. Costabile, R. Marcone) • Esserci, Esprimersi, Interagire tra adolescenti attraverso la musica e gli altri linguaggi (Francesca Prestia) • Musicoterapia e demenza: un caso clinico (M. Gianotti, A. Raglio) • Musicoterapia nelle strutture intermedie: un'esperienza in una comunità di riabilitazione (F. Inzerillo) • Le tecniche musicoterapiche (G. Manarolo)

■ Numero 17, Gennaio 2008

La musicoterapia nel contesto delle neuroscienze (P. Postacchini) • La voce delle emozioni: l'espressività vocale tra svelamento e inganno (G. Manarolo) • Associa-

articoli pubblicati

zione Cantascuola: un percorso espressivo musicale scuola-sanità-scuola (G. Guiot) • Musicoterapia e prevenzione in pediatria oncologica (M. Macorigli) • La stimolazione sonoro-musicale alla casa dei risvegli Luca de Nigris di Bologna (R. Bolelli) • Gruppi di musicoterapia presso il servizio territoriale di neuropsichiatria dell'infanzia e della adolescenza (L. Gamba) • Attività di musicoterapia nella riabilitazione psichiatrica (L. Gamba, A. Mainardi, E. Agrimi)

■ Numero 18, Luglio 2008

Musica e terapia: alcune riflessioni storiche (S.A.E. Leoni) • Musicoterapia e riabilitazione cognitiva nella schizofrenia: uno studio controllato (E. Ceccato, P.A. Caneva, D. Lamonaca) • Suonare e cantare, tra quotidianità e arte, dalla semiologia alla musicoterapia (R. Bolelli) • Quale musicoterapia nella scuola primaria? (C. Massola, A. Capelli, K. Selva, F. 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 (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 (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 (G. Giordana Perilli) • La misurazione degli esiti nel trattamento musicoterapico (L. Gamba, R. Poli) • Anam-nesi 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. Spaccacozchi) • Apprendimenti musicali e sistema specchio (M. Mazzieri, M. Spaccacozchi) • Musicoterapia e casi impossibili: le opportunità create da una certa modalità di ascolto musicale (P. Ciampi, A. Cavalieri) • Quando la verità relazionale del vocalico canta intonata (R. Gigliotti) • La cultura e la risposta all'ascolto musicale. Le immagini come garanti metapsichici (G. DelPuente, G. Manarolo, S. Guida)

■ Numero 22, Luglio 2010

Interpretazione psicoanalitica e interpretazione musicale. Osservazioni comparate (F. Petrella) • "Anche oggi ci siamo incontrati". Musica, narrazione, realtà (P. Ciampi) • Riflessioni e possibili orientamenti 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 (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) • Schizoaffective 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 Danza-terapia 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. Perdicchi) • Musicoterapia in oncologia: studio quantitativo in ambito ospedaliero (Alberto Malfatti, Davide Ferrari, Giovanna Ferrandes) • Musicoterapia in oncologia un caso clinico (Andrea Perdicchi) • 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 (A. Guzzoni) • La musicoterapia presso il Centro Paolo VI di Casalnoceto (Al), una storia lunga trent'anni (F. Demaestri) • Suoni e silenzi della gravidanza (A. Auditore, F. Pasini) • "La voce dei colori" (P. Candeletti, M. Gentile, G. Vigliaroni, A. (Mauro) Sarcinella) • Ritmi sospesi (M. Peddis, P. Franza) • "Quello che non ho" (A. Cavalieri) • L'incremento dell'attenzione condivisa attraverso l'intervento di musicoterapia in soggetti con disturbo dello spettro autistico (S. Cainelli, S. de Falco, P. Venuti)

■ Numero 28, Luglio 2013

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

■ Numero 29, Gennaio 2014

Le competenze musicali per accedere alle scuole di formazione in musicoterapia (M. Spaccacozchi) • Improv-

vizzazione in musicoterapia: concatenazioni relazionali ed affettive (P. Ciampi) • T.I.M.E.: Training Interactive Musical Elements una proposta per i D.S.A. (G. Ferrari, A. Nicoletti, L. Xodo) • Musicoterapia e demenze: l'esperienza presso strutture residenziali e diurne (G. Vizzano) • Suzanne. Elaborazione di un lutto in un gruppo di musicoterapia (A. Cavalieri, Cooperativa Sociale CrescereInsieme ONLUS) • Musicoterapia a scuola (A. Malfatti) • Musicoterapia con il bambino autistico (S. Bolchi)

■ Numero 30, Luglio 2014

Relazione, musicalità e canto nella comunicazione sonoro/vocale tra mamma e bambino nella primissima infanzia (Elena Sartori) • Il canto della voce. La comunicazione vocale in musicoterapia (A. Grusovin) • Il nucleo al centro, al centro del nucleo (S. Cornara, M. Colombo, I. Pajoro, I. Santi) • "Il filo sonoro" Musicoterapia preventiva in gravidanza e post-nascita (E. Baratelli) • Il perturbante musicale quando la voce restituisce il senso alla parola (E. Freddi) • Valutazione di un progetto di musicoterapia: il punto di vista del personale docente di una scuola elementare (A. Malfatti) • L'intervento di musicoterapia nel postparto: il progetto mamme in sol (F. Borgarello)

■ Numero 31, Gennaio 2015

La musica fra narritività, espressività e drammaticità (M. Imberti) • Esternalizzare l'esperienza musicale (M. Spaccacozchi) • La funzione di induzione senso-motoria della musica (C. Cano) • Laetitia comes, medicina dolorum (R. Damasio) • Processi interiori e forme musicali: appunti di viaggio (S.A.E. Leoni) • Suoni non detti... parole non suonate (P. Ciampi) • Un contributo alla validazione italiana dello Short Test of Musical Preferences Revisited (STOMP-R) (L. Urgeese)

■ Numero 32, Luglio 2015

Musicoterapia e sintomatologia depressiva (S. Navone) • Musica "Attiva-Mente" (C. Tamagnone, L. Gisoldi, C. Arizio, I. Corsini) • L'intervento di Musicoterapia secondo il modello Benezon nel coma vegetativo (A. Bianco, B. mamone, R. Messaglia, O. Perillo, E. Pirlò) • La teoria Sonoro-Vibrazionale e gli Stati Vegetativi (S. De Laurentis) • Musicoterapia e autismo (M. Mingione) • Il trattamento musicoterapico singolo e di gruppo nella cura delle demenze (S. Cornara, M.R. Gerosa) • Approccio musicale globale alla persona affetta da demenza (S. Filippi)

norme redazionali

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

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

Per la stesura della bibliografia ci si dovrà attenere ai seguenti esempi:

- a) **LIBRO**
Cordero G.F., *Etologia della comunicazione*, Omega edizioni, Torino, 1986.
- b) **ARTICOLO DI RIVISTA**
Cima E., *Psicosi secondarie e psicosi reattive nel ritardo mentale*, *Abilitazione e Riabilitazione*, II (1), 1993, pp. 51-64.
- c) **CAPITOLO DI UN LIBRO**
Moretti G., Cannao 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.