



musica&terapia

numero

34

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

34

Editoriale	1
Il modello DIR e l'intervento sul nucleo sintomatico dell'autismo Giulia Campatelli	2
Il relazionale e la musica: riflessioni sull'approccio musicoterapico nei disturbi dello spettro autistico Antonella Guzzoni	8
Musicoterapia: un supporto nel trattamento dell'ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) Cristina Benefico	19
Musicoterapia e Songwriting: un'esperienza di trattamento di pazienti adulti con doppia diagnosi Andrea Golembiewski	26
Suoni, voci e parole delle persone con demenza. La musicoterapia al "Rifugio Re Carlo Alberto" Gianni Vizzano	35
Aspettative e opinioni di un campione di pazienti psichiatrici ricoverati rispetto a un'esperienza di musicoterapia recettiva Palmieri G., Ferrazzi G., Pingani L.	46
Recensioni	54
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 e impaginazione
Cosmopolis snc - Torino

Il secondo numero del 2016 di "Musica et Terapia" ospita in apertura il contributo di **Giulia Campatelli** dedicato al trattamento dell'autismo infantile. Il suo articolo ci introduce nel **modello DIR** (acronimo di **Developmental, Individual-difference, Relationship-based model**), che presenta diverse interessanti analogie con le procedure applicate dalla musicoterapia in tale contesto clinico. Il modello DIR, precisa l'autrice, si basa su un'attenta osservazione del profilo individuale del bambino includendo i suoi interessi spontanei e il suo peculiare modo di interagire con l'ambiente, dove risulta fondamentale il **Floortime** (il tempo passato sul pavimento) per creare interazioni spontanee ed emozionalmente significative.

A seguire l'articolo di **Antonella Guzzoni** evidenzia i punti di contatto fra **l'approccio musicoterapico e il modello DIR-Floortime** precisando come il musicoterapista nell'obiettivo di creare esperienze relazionali ed emotive significative raccolga i bisogni del bambino, le sue diverse modalità espressive e si sintonizzi su di essi per organizzare aspettative di reciprocità, sicurezza e fiducia.

Il contributo di **Cristina Benefico** tratta un altro quadro psicopatologico proprio dell'età evolutiva, **l'ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder)** precisando, anche in riferimento alla bibliografia scientifica sul tema, come il trattamento musicoterapico possa migliorare la capacità attentiva, la memoria di lavoro, la capacità di pianificare.

Gli articoli successivi riguardano diversi contesti applicativi.

Andrea Golembiewski introduce una peculiare tecnica musicoterapica, **Il Songwriting**; l'autore descrive una personale esperienza, grupppale, rivolta a pazienti con doppia diagnosi, sottolineando come, a fine trattamento, sia stato possibile osservare una migliore integrazione interspichica e intrapsichica dei diversi partecipanti.

Gianni Vizzano descrive la sua attività di musicoterapista, con diverse esemplificazioni cliniche, presso il "Rifugio Re Carlo Alberto" struttura specializzata nella cura delle demenze e della malattia di Alzheimer che, nel 2014, ha ricevuto a Bruxelles il premio europeo EFID Award (European Foundations' Initiative on Dementia).

Palmieri, Ferrazzi e Pingani, a conclusione di questo numero di Musica e Terapia, illustrano un'interessante ricerca volta a precisare gli esiti di un trattamento di musicoterapia recettiva rivolto a pazienti psichiatrici ricoverati presso l'Ospedale Privato "Villa Igea" di Modena.

GERARDO MANAROLO



IL MODELLO DIR E L'INTERVENTO SUL NUCLEO SINTOMATICO DELL'AUTISMO

Giulia Campatelli, Psicologa, Psicoterapeuta,
Segretario ass. DIRimè, Ricercatrice in neuropsicologia
nei disturbi dello spettro autistico, Vienna

DIR/Floortime model is a global and interdisciplinary approach on individual's assessment and caring and a comprehensive developmental intervention targeting self-regulation capacities, mental health, sensory processing, motor development and language, mainly known for its application on ASD. The aim of this work is focusing on the DIR/Floortime interventions on core symptoms of autism diagnosis according to DSM V introducing some evidence-based literature.

Il modello DIR (acronimo di Developmental, Individual-difference, Relationship-based model), nato negli Stati Uniti dal lavoro di Stanley I. Greenspan e Serena Wieder e presentato per la prima volta nel 1979 (Greenspan, 1979), racchiude contributi clinici e di ricerca relativa allo sviluppo del bambino, di psicologia, psicoanalisi, neuroscienze ed educativi. In Italia, già nel 2005 venne inserito nelle Linee Guida della Società italiana di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (SINPIA) tra le raccomandazioni tecniche-operative per i servizi di neuropsichiatria dell'età evolutiva. Questo modello complesso e multidimensionale presuppone l'intervento globale e integrato su aree quali l'attenzione, la regolazione, la salute mentale, la processazione sensoriale, lo sviluppo motorio e il linguaggio (Casenhiser, Binns, McGill, Morderer, Shanker, 2015). Come emergerà chiaramente in conclusione del presente lavoro, il modello presuppone la costituzione di un'équipe multidisciplinare in cui clinici, terapisti, genitori, insegnanti ed educatori lavorano a stretto contatto per sostenere lo sviluppo del bambino. Obiettivo del presente lavoro è cercare di mostrare come il modello DIR consideri le diverse aree dello sviluppo funzionale del bambino permettendo di focalizzarsi sui processi alla base dei sintomi clinici della diagnosi stessa di autismo, valutando anche le caratteristiche dell'ambiente di vita e gli stili interattivi del bambino e dei familiari nel pieno rispetto della complessità di un approccio centrato sulla persona.

LE CAPACITÀ EMOTIVO-FUNZIONALI DELLO SVILUPPO (D)

Il DIR identifica e sequenzia le capacità funzionali ed emozionali (la "D" dell'acronimo DIR) su cui si struttura l'intero sviluppo (dalla vita relazionale al linguaggio e il pensiero) permettendo così un'organizzazione degli obiettivi di trattamento in accordo alla naturale progressione delle acquisizioni nello sviluppo tipico dei bambini. Come riportato anche in letteratura scientifica, i bambini apprendono al meglio quando sperimentano esperienze adeguate al livello di sviluppo raggiunto (Bruner, 1991). L'obiettivo è quindi l'attenta valutazione del livello di sviluppo del bambino e delle modalità necessarie al supporto dell'apprendimento verso capacità maggiori. Ciascuna capacità funge da prerequisito e facilitatore per quella successiva in una precisa gerarchia di tappe evolutive comuni a tutta la specie umana (Greenspan & Shanker, 2007). Riassumendo queste capacità, vere e proprie pietre miliari evolutive, è possibile citare in successione l'autoregolazione emotivo-comportamentale, l'intersoggettività primaria e il coinvolgimento sociale, l'attenzione condivisa, la comunicazione gestuale reciproca e intenzionale, il **problem-solving** sociale, lo sviluppo del lin-

I bambini apprendono al meglio quando sperimentano esperienze adeguate al livello di sviluppo raggiunto

guaggio e del pensiero simbolico (Greenspan & Wieder, 2007). Ma cosa spinge il bambino verso capacità sempre più complesse? Secondo il modello DIR, il motore che alimenta la spinta evolutiva nell'acquisizione progressiva di livelli di sviluppo sempre più elevati è l'affettività. Le basi evolutive dello

sviluppo sono modulate dalle emozioni del bambino in interazione con l'ambiente. Superata ormai la tradizionale contrapposizione tra emozione e intelligenza, l'affettività quindi

è il vero motore dello sviluppo che spinge l'essere umano ad acquisire nuove abilità cognitive, linguistiche, sensoriali, motorie, relazionali (Greenspan, Bivasco, Guani, 1997).

Nel codificare l'esperienza quotidiana, il sistema emozionale del bambino, insieme al sistema sensoriale (Grosso, Cambiaghi, Renna, Milano, Merlo, Sacco, Sacchetti, 2015), assegna una qualità e un'intensità ad ogni evento o azione. L'affettività quindi guida lo sviluppo, organizza il comportamento e offre un significato all'esperienza (Heron-Delaney, Kenardy, Brown, Jardine, Bogossian, Neuman, de Dassel, Pritchard, 2016). Spostando l'attenzione sul quadro sintomatologico dell'autismo, è semplice notare la coerenza con la concettualizzazione espressa nel modello DIR. Secondo la più recente edizione del DSM, la V, la

prima categoria sintomatologica per la diagnosi di autismo riguarda l'interazione socio-emozionale con deficit persistente nella comunicazione sociale e dell'interazione sociale (American Psychiatric Association, 2013). Vengono valutate quindi le limitazioni nel coinvolgimento sociale, nell'attenzione congiunta, nell'interpretazione delle situazioni sociali (**problem solving** sociale). È possibile quindi vedere come le prime capacità emotivo-funzionali dello sviluppo siano parte centrale del nucleo sintomatico dell'autismo. Il trattamento DIR dell'autismo presuppone proprio il rafforzamento di questi livelli di sviluppo in

termini di autoregolazione emotivo-comportamentale, capacità relazionali e interattive, comunicazione reciproca intenzionale e pensiero creativo indipendente. Elemento chiave per la terapia è il supporto dell'iniziativa spontanea del bambino allo scopo di massimizzare la mobilitazione dell'affettività e l'attivazione del suo sistema emozionale. Come confermato da dati di letteratura, i bambini apprendono al meglio se coinvolti come partecipanti attivi in prima persona (Yurovsky, Smith, Yu, 2013) e in contesti per loro emozionalmente significativi.

Creare opportunità di apprendimento emozionalmente significative, calate sul livello di sviluppo al momento raggiunto dal bambino e sul suo profilo individuale, è la caratteristica principale del trattamento secondo il modello DIR.

IL PROFILO SENSORI-MOTORIO INDIVIDUALE (I)

Il modello non ha solo contribuito ad una comprensione più completa dello sviluppo del bambino ma è stato altresì il primo a intuire l'importanza dei meccanismi neurobiologici della processazione sensoriale e motoria (la "I" nell'acronimo DIR). Oggi le neuroscienze sottolineano come la processazione sensoriale moduli l'organizzazione comportamentale e la stessa attività del cervello (Dunn, Little, Dean, Robertson, Evans, 2016).

Nei disturbi pervasivi dello sviluppo, spesso i genitori sono in grado di descrivere caratteristiche sensoriali atipiche dei propri bambini e tali alterazioni della processazione sensoriale sembrano essere un quadro ricorrente nella costellazione sintomatica dell'autismo. In aggiunta allo stress per la famiglia e per la persona stessa che queste alterazioni possono creare, i disturbi della processazione sensoriale sono stati

correlati anche con i comportamenti ristretti e ripetitivi, etero e auto-aggressività, deficit di attenzione e disturbi gastrointestinali. Oggi finalmente il DSM-V riconosce la "sensibilità insolita agli stimoli senso-

riali" come uno dei veri e propri criteri diagnostici per l'autismo (American Psychiatric Association, 2013).

Ma la complessità dell'impianto teorico del modello DIR non si limita alla messa a fuoco dell'esistenza di diversi sistemi sensoriali. Invita invece alla loro integrazione con le altre dimensioni dello sviluppo, sottolineando come la processazione sensori-motoria abbia un impatto sulle acquisizioni delle capacità emotivo-funzionali dello sviluppo, e viceversa, così come sui pattern relazionali del bambino e la famiglia. La "D", la "I" e la "R" dell'acronimo DIR, quindi, si integrano tra loro in un modello teorico complesso e multidimensionale. Anche qui, la letteratura offre conferma sottolineando come evidenze neuroscientifiche supportino l'interazione tra processazione sensori-motoria, coinvolgimento sociale e cognizione (Cosbey, Johnston, Dunn, 2010). Inoltre la comunità scientifica esprime ormai consenso nel ritenere necessaria la considerazione della teoria di integrazione sensoriale in un quadro multidisciplinare più ampio ed evolutivo per progredire nella comprensione delle basi neurobiologiche dell'autismo e potenziare l'identificazione precoce e l'intervento (Schneider, Bennetto, 2016).

Come ormai sottolineato dalla ricerca internazionale, la personalizzazione del trattamento è uno dei fattori fondamentali per l'efficacia degli interventi nell'autismo (Fava & Strauss, 2014). Nel lavoro terapeutico,

il modello DIR richiede la creazione di un piano altamente individualizzato sulle caratteristiche sensoriali e motorie del bambino per supportare la regolazione emotivo-comportamentale, la partecipazione sociale e l'organizzazione del comportamento rafforzando lo sviluppo di abilità prassiche e di pianificazione motoria. Nonostante non ci siano ancora spiegazioni univoche delle basi neurobiologiche delle alterazioni sensoriali nell'autismo, la letteratura mostra consenso sulle indicazioni di trattamento proposte: "i migliori trattamenti conosciuti per i sintomi sensoriali nei disturbi dello spettro autistico sono specificatamente personalizzati sui bisogni dell'individuo e ciò include la terapia di integrazione sensoriale, la dieta sensoriale e le modifiche all'ambiente di vita" (Hazen, Stornelli, O'Rourke, Koesterer, McDougale, 2014). Nel modello DIR, attività sensori-motorie vengono regolarmente integrate insieme ad giochi visuo-percettivi, attività di problem solving sociale e Floor-time in un piano di trattamento globale e condiviso con la famiglia e la scuola.

LE CARATTERISTICHE DELLA RELAZIONE (R)

L'ultima, ma non meno importante, concettualizzazione del modello DIR è il ruolo centrale riconosciuto alla relazione con l'altro ("R"). Raccogliendo i contributi della teoria dell'attaccamento, della psicoanalisi e della psicologia dello sviluppo, la relazione è la cornice entro cui avviene l'apprendimento e l'intero sviluppo del bambino (Casenhiser, Shanker, Stieben, 2013) con acquisizioni più stabili e generalizzate (Solomon, Van Egeren, Mahoney, Quon Huber, Zimmerman, 2014). È nella relazione che avviene l'acquisizione delle capacità emotivo-funzionali e il bambino impara l'autoregolazione delle proprie processazioni sensori-motorie. Ma qual è la relazione spontaneamente di riferimento per il bambino? Una lunga tradizione di ricerca si è dedicata allo studio della relazione tra il genitore e il bambino (Winnicott, 1962) fin dalle primissime fasi di vita neonatale; è proprio il rapporto della coppia genitore-bambino e il ricco scambio di interazioni tra loro che accompagna il bambino all'incontro con il mondo e alle successive interazioni sociali complesse (Stern, 1987).

Nell'autismo, la componente relazionale è stata la prima ad esser stata messa a fuoco quale tratto essenziale della diagnosi stessa (Kanner, 1943). Nel modello DIR la relazione con il genitore è il veicolo per interazioni affettive (e quindi con un'alta spinta emozionale e motivazionale). L'intervento è quindi necessariamente mediato dal genitore in quanto sono proprio i genitori le figure ad esser nella posizione migliore per cogliere le opportunità di supporto del bambino nei diversi momenti della vita quotidiana. Tale aspetto implica un vero e proprio lavoro **parent coaching**. Con parent coaching si intende il processo di supporto del coinvolgimento attivo e diretto del genitore nell'intervento stesso in modo che possa vivere in prima persona quelle esperienze affettivamente significative e appropriate per far progredire lo sviluppo del bambino. Tale lavoro è spesso un vero e proprio processo di empowerment del genitore, supportandone il senso di competenza ed efficacia e promuovendone la consapevolezza e responsabilizzazione nei confronti del piano di trattamento del suo bambino. Ciò che spesso otteniamo nel trattamento con il modello DIR sono genitori con un profondo rispetto per il mondo interno dei loro bambini, le loro caratteristiche uniche individuali e il loro stile relazionale.

L'attenzione però ai pattern relazionali nel modello DIR va oltre la famiglia, comprendendo tutti i contesti di vita del bambino: le terapie stesse, la scuola, lo sport. Il modello DIR quindi promuove inesorabilmente la creazione di una squadra multidisciplinare di figure coinvolte nel piano di trattamento del bambino a pieno vantaggio di tutti gli attori coinvolti e della massimizzazione delle risorse disponibili. Citando un abbastanza recente contributo di ricerca: "la collaborazione e l'integrazione multidisciplinare può portare ad un sostanziale miglioramento dell'efficacia dell'intervento attraverso piani di trattamento altamente individualizzati basati sulle necessità del bambino e della famiglia" come fortemente espresso nel modello DIR (Fava & Strauss, 2014).

Nonostante la difficoltà di raccolta dei dati di ricerca su un modello così individualizzato e complesso, sono ormai presenti diverse conferme di efficacia dell'inter-

vento sull'autismo con il modello DIR: in uno dei principali studi più recenti (Liao, Hwang, Chen, Lee, Chen & Lin, 2014), i bambini con autismo che hanno ricevuto l'intervento hanno mostrato miglioramenti sostanziali nel funzionamento emozionale, nella comunicazione e nelle abilità quotidiane; parallelamente, i genitori hanno percepito cambiamenti positivi nell'interazione con i propri bambini.

Concludendo, il modello DIR si basa su un'attenta osservazione del profilo individuale del bambino includendo i suoi interessi spontanei e il suo peculiare modo di interagire con l'ambiente con l'obiettivo di avvicinarci al suo mondo interno e portarlo gradualmente verso esperienze sociali di condivisione con l'altro. Occorre entrare nel mondo d'ogni singolo bambino, e di ogni singolo genitore, e creare piani di trattamento altamente individualizzati che lavorano sul nucleo stesso dell'autismo: gli aspetti sensoriali, la motivazione sociale e l'attenzione condivisa, la comunicazione e la reciprocità, con il pieno e attivo coinvolgimento dei terapeuti, della famiglia e della scuola.

“Ho sentito abbastanza. Ora è il mio turno per parlare, in qualsiasi modo venga fuori. Attraverso il tablet, le mie mani o la bocca. Ora è il vostro turno ascoltare. Siete pronti?”

Neal Katz, 2013

Bibliografia

■ American Psychiatric Association

Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition, APA, Washington, 2013.

■ Bruner J.

Il linguaggio del bambino, Armando Editore, Roma, 1991.

■ Casenhiser D.M., Shanker S.G., Stieben J.

Learning through interaction in children with autism: preliminary data from a social-communication-based intervention, Autism Mar; 17(2):220-41, 2013.

■ Casenhiser D.M., Binns A., McGill F., Morderer O., Shanker S.

Measuring and supporting language function for children with autism: Evidence from a randomized control trial of social-interaction-based therapy, Journal of Autism and Developmental Disorders, 45: 846-857, 2015.

■ Cosbey J., Johnston S.S., Dunn M.L.

Sensory processing disorders and social participation, Am J Occup Ther., May-Jun;64(3):462-73, 2010.

■ Dunn W., Little L., Dean E., Robertson S., Evans B.

The State of the Science on Sensory Factors and Their Impact on Daily Life for Children: A Scoping Review, OTJR (Thorofare N J), Apr;36(2 Suppl):35-26S, 2016.

■ Fava L. & Strauss K.

Response to Early Intensive Behavioral Intervention for autism-an umbrella approach to issues critical to treatment individualization, Int J Dev Neurosci, Dec; 39:49-58, 2014.

■ Greenspan S.I.

Intelligence and adaptation: An integration of psychoanalytic and Piagetian developmental psychology, Psychological Issues, Vol. 12 (3-4, Mono 47/48), 408, 1979.

segue Bibliografia

■ Greenspan S.I., Bivasco A., Guani V.

L'intelligenza del cuore. Le emozioni e lo sviluppo della mente, Mondadori, Milano, 1997.

■ Greenspan S.I. & Shanker S.G.

La prima idea. L'evoluzione dei simboli, del linguaggio e dell'intelligenza dai nostri primati ai moderni esseri umani, Giovanni Fioriti Editore, Roma, 2007.

■ Greenspan S.I. & Wieder S.

Trattare L'autismo, Cortina Editore, Milano, 2007.

■ Grosso A., Cambiaghi M., Renna A., Milano L., Roberto Merlo G., Sacco T., Sacchetti B.

The higher order auditory cortex is involved in the assignment of affective value to sensory stimuli, Nat Commun., Dec 1;6:8886, 2015.

■ Hazen E.P., Stornelli J.L., O'Rourke J.A., Koesterer K., McDougle C.J.

Sensory symptoms in autism spectrum disorders, Harv Rev Psychiatry, Mar-Apr;22(2):112-24, 2014.

■ Heron-Delaney M., Kenardy J.A., Brown E.A., Jardine C., Bogossian F., Neuman L., de Dassel T., Pritchard M.

Early Maternal Reflective Functioning and Infant Emotional Regulation in a Preterm Infant Sample at 6 Months Corrected Age, J Pediatr Psychol., Sep; 41 (8):906-14, 2016.

■ Kanner L.

Autistic disturbances of affective contact, Nervous Child 2, 217-250, 1943.

■ Liao S.T., Hwang Y.S., Chen Y.J., Lee P., Chen S.J. & Lin I.Y.

Home-based DIR/Floortime™ intervention program for preschool children with autism spectrum disorders: preliminary findings, Physical and Occupational Therapy in Pediatrics, Early Online: 1-12, 2014.

■ Schauder K.B., Bennetto L.

Toward an Interdisciplinary Understanding of Sensory Dysfunction in Autism Spectrum Disorder: An

Integration of the Neural and Symptom Literatures, Front Neurosci., Jun 17;10:268, 2016.

■ Solomon R., Van Egeren L.A., Mahoney G., Quon Huber M.S., Zimmerman P.

PLAY Project Home Consultation intervention program for young children with autism spectrum disorders: A randomized controlled trial., Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, Vol. 35, No. 8, October, 475-485, 2014.

■ Stern D.S.

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

■ Yurovsky D., Smith L.B., Yu C.

Statistical word learning at scale: the baby's view is better, Dev Sci, Nov; 16(6): 959-966, 2013.

■ Winnicott D.W.

La teoria del rapporto infante-genitore in Sviluppo affettivo e ambiente. Studi sulla teoria dello sviluppo affettivo, (1962), Armando Editore, Roma, 2007 (Rist.)



IL RELAZIONALE E LA MUSICA: RIFLESSIONI SULL'APPROCCIO MUSICOTERAPICO NEI DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO

Antonella Guzzoni, Musicista, Musicoterapista,
Formatore, IDR "Casa del Sole" Onlus, Mantova

This publication aims to deepen the common features between music-therapy and the DIR-Floortime

Model (Greenspan&Weider, 2006) in the treatment of children with autistic spectrum disorders.

These features focus on the importance of affective interactions, on relatedness, expression and emotional processing and communication.

The co-created musical experiences in the music-therapy setting enable to organize meaningful moments activating the Joint-Attentional Process.

This essay contains a 60-items guide to assess the musical behaviours in relation to the Six Developmental Levels or Milestones, the Individual Differences and Relationship with the music-therapist.

Adagio

Aiutami a camminare.
Io in punta di piedi,
tu con piede sicuro.

Devo appoggiarmi a qualcosa.

Rallenta tutto ciò che puoi:
il respiro, la musica, i suoni
che ti escono dalla bocca.

Ferma la luce sul pavimento.

Lascia socchiusa la finestra.

Tramutami in suoni il rumore della vita.

Troppe cose mi attraggono.

Troppe parole mi confondono.

Cerco contorni netti
ritagliati da una forbice perfetta.

Cerco un silenzio scherzoso
ed un tempo senza fretta.

PREMESSA

Sono nata e cresciuta con la musica. Potevano esserci giorni avversi, periodi più bui, momenti di maggiore difficoltà, ma la costante familiare è stata una colonna sonora variegata, una coperta patchwork composta da tanti quadretti colorati tenuti uniti da un'affidabile cucitura.

All'età di otto anni ero affascinata dalla possibilità di comprendere il funzionamento di quelle palline nere collocate con ordine sul foglio definito carta penta-

grammata. Avevo la sensazione di proiettarmi in un'avventura dove la presenza di un codice sconosciuto, la notazione musicale, poteva svelarmi come era fatta la musica.

Saper leggere quelle palline nere talvolta raggruppate, talvolta solitarie, significava anche poter suonare uno strumento musicale. Scelsi il pianoforte. Mi sembrava uno strumento comodo, con una seduta sgabello confortevole, un amico complice dal suono maestoso, che pazientemente mi aspettava a casa. Anche il salotto, con il suo ingresso, non sarebbe stato più lo stesso.

Scoprii ben presto che le palline nere non indicavano solamente i tasti bianchi o neri da schiacciare con le dita, ma racchiudevano quella magia che si trasferisce dal suono pensato, al gesto della mano, all'emozione che stai provando e che vuoi estendere a chi ti ascolta. Mi sono imbattuta, da grande, in un piccolo libro intitolato "Manuale di musicoterapia", scritto da Rolando Omar Benenzon e pubblicato in Italia da Borla nel 1982. Quel libro segnò una tappa importantissima, insieme agli studi di Juliette Alvin, per la nascita e lo sviluppo di un "nuovo mondo" legato alla musica: quello della musicoterapia. Quelle pagine tradotte dallo spagnolo rappresentarono, per la mia formazione, una guida per iniziare a percorrere un sentiero ancora poco esplorato di una professione che stava cercando uno statuto etico, scientifico e tecnico.

Ho realizzato poi un desiderio chiuso dentro al cuore, parafrasando fiabescamente la canzone "I sogni son desideri" della Cenerentola disneyana: mettere a disposizione il linguaggio musicale agli esseri viventi più musicali in assoluto. Sto parlando di loro: i bambini.

Dopo anni passati ad utilizzare la musica come mezzo per cercare di accendere scintille di attenzione, di emozioni, di conoscenza, di padronanza e di curiosità, sento il dovere di restituire attraverso parole immediate e spontanee, uno dei tanti "pensieri" che ho scritto sui quaderni di "brutta copia" accanto ai diari più "professionali", come si usava a scuola quando io ero bambina. Perché la "brutta" si sa, è molto più entusiasmante della "bella"; le maestre della Scuola Elementare lo sapevano bene e "leggevano" i bambini dalla brutta copia. Sulla "bella" noi bambini lasciavamo idee più compiacenti e devote verso l'insegnante, tralasciando quei particolari che in realtà ci rendevano unici e speciali. La verità, rimaneva racchiusa nella "brutta" e le maestre di un tempo questo lo sapevano bene.

Oggi la "brutta copia", che è più ricca e vivace, è scomparsa dai banchi di scuola, come se l'errore non fosse più un qualcosa dal quale partire, migliorarsi ed apprendere meglio, ma un fardello inconcepibile che porta solamente sventura. Ma dove è finito il concetto "per prove ed errori"? Non è forse attraverso questo processo che impariamo a conoscere il mondo? La metafora dello strumento musicale in questo contesto è

perfetta. La musica nasce da tante prove e da tanti errori, che spesso danno origine a combinazioni straordinarie che rompono con il passato e osano verso il futuro, creando "il nuovo". Anche la Musicoterapia ha creato un "nuovo" modo di sentire il musicale, più spontaneo, emotivo ed espressivo.

Dedico questi pensieri a tutti i bambini speciali, e alle loro famiglie, che ho conosciuto attraverso la musica, sperimentando innumerevoli conversazioni sonore che a volte sono rimaste nei quaderni informali, quelli che non si portano sui tavoli dei Congressi, ma si custodiscono nel cuore.

Colgo l'occasione per ringraziare tutti i colleghi in quali ho avuto il piacere e l'onore di percorrere metaforicamente un tratto di strada condividendo idee, musiche e pensieri.

1. IL MONDO ACCANTO

Negli ultimi anni le ricerche approfondite dall'Infant Research sulle prime fasi di sviluppo del bambino e delle sue relazioni con genitori e caregiver, hanno prodotto un arricchimento dei concetti legati alla **condivisione emozionale** dell'esperienza, fulcro dei processi di crescita.

La sintonizzazione e la regolazione degli stati emozionali costituiscono gli aspetti sui quali maggiormente insiste la ricerca

psicologica che verte sull'intersoggettività ed emerge in modo più nitido come il lavoro terapeutico con i suoni e la musica contengano nella loro forma, codici affettivi che sono alla base dello sviluppo relazionale del bambino. La comunicazione integrata attraverso suoni, movimenti e contatti corporei, rappresenta la prima modalità che adulto e bambino sperimentano spontaneamente insieme, nell'intimo gioco del conoscersi e del riconoscersi. La **melodizzazione** della voce gratifica e incoraggia il bambino unitamente ad una mimica del volto dell'adulto che esalta le qualità musicali dell'esperienza intersoggettiva. Il "saper rendere musicale" un contesto, rappresenta un'occasione unica di esperienza e appren-

dimento della condivisione emotiva, in cui l'emozione appare nella sua funzione di organizzatore dell'esperienza (Sroufe, 1995).

Uno sviluppo adeguato porta successivamente il bambino a traslare sugli oggetti i contenuti emozionali ed affettivi sperimentati con le figure adulte di riferimento, trasformando il "mondo delle cose" in occasioni di dialogo e scambio reciproco. Ma cosa accade quando lo sviluppo del bambino non compare in forma armonica, quando presenta zone di alta vulnerabilità, soprattutto nella sfera emotiva e sociale? Cosa avviene quando il "senso comune" (il cosiddetto "buon senso") delle figure di riferimento affettivo, coglie l'esistenza di un'inabilità adattiva e integrativa del proprio bambino nel dare forma ai comportamenti e agli apprendimenti in maniera contestualmente corretta e intersoggettivamente adeguata?

Inizia la ricerca di risposte, il cercare aiuto. Si innescia un complesso rapporto con le figure scolastiche, sanitarie e riabilitative. Ciò che si tenta di spiegare del modo di essere e del fare del proprio bambino non è facilmente esprimibile. Si può affermare con certezza che non emerge contatto affettivo? Che non siano stabiliti legami di attaccamento? Che il bambino non imiti alcune azioni? Che non cerchi consolazione e coccole?

Semmai, ben lungi da un mondo privo di emozioni, il mondo del proprio bambino appare un mondo accanto al nostro che possiede una sua logica continuamente in bilico fra il troppo e il troppo poco, in una condizione non modulata e perciò estrema.

Conosciamo ancora poco di questo mondo vicino, ma spesso così lontano e incomprensibile. L'autismo non è globale né statico. La sua evoluzione mantiene un margine importante di imprevedibilità. Molte cose possono cambiare nel corso della vita di questi particolari bambini che spesso si avvicinano e si collocano accanto a noi. Quante sedute di musicoterapia ho vissuto con loro che si ponevano spontaneamente accanto a me, quasi mai di fronte. Anche questa loro scel-

ta prossemica, ci racconta come il desiderio di contatto e vicinanza sia forte, ma debba essere tutelato da una disposizione nello spazio del proprio corpo che all'inizio evita il contatto diretto con gli occhi dell'Altro. Abbiamo compreso, in questi ultimi anni di riabilitazione e terapia sul campo, che l'intervento precoce, il supporto alle famiglie e la formazione specifica degli operatori possono far migliorare la condizione, le competenze, la qualità di vita dei bambini affetti da autismo, a patto di conoscerne le caratteristiche specifiche (Barale, Ucelli, 2006).

2. LA "PREDISPOSIZIONE" MUSICALE

Gli studi in ambito clinico, inerenti ai percorsi di musicoterapia rivolti a bambini con sviluppo atipico, confermano come il mezzo sonoro-musicale possa aiutare e supportare la promozione della dimensione intersoggettiva, anche in presenza di forti compromissioni, trovando vie di armonizzazione e nuovi canali di comunicazione.

Il mondo degli strumenti musicali e degli oggetti sonori appaiono al bambino come delle "attrezzature" che gli consentono di dirigere l'attenzione sul risultato sonoro provocato da un gesto. Il bambino controlla il gesto sull'oggetto sonoro per metterlo al servizio di un'intenzione produttiva, al fine di realizzare una "forma sonora" esclusiva. Il gesto è dunque, in senso psicologico, un elemento generatore e strutturante della forma musicale: una gittata di energia orientata verso una traiettoria temporale fatta della stessa sostanza dell'esperienza emozionale interiore. Questa energia rappresenta il fondamento del pensiero musicale.

La musicalità manifesta nelle primissime fasi di sviluppo dell'intersoggettività si sedimenta e si evolve in una sorta di **linguaggio sonoro interiore**, che non si sottopone ai meccanismi logici e alle regole del linguaggio verbale, ma vive e si rivitalizza attraverso percorsi di tipo non verbale.

Ciò che può essere ipotizzabile e deducibile da trattamenti musicoterapici a medio-lungo termine rivolti all'età dello sviluppo, anche in presenza di quadri clinici in cui lo sviluppo sociale e relazionale risulta perturbato, è un processo di interiorizzazione di

esperienze sonoro-musicali e relazionali significative che acquisiscono funzioni di **orientamento ed anticipazione**, favorendo nel bambino l'iniziativa spontanea, la possibilità di scegliere e di dirigere il proprio comportamento verso uno scopo.

Le esperienze sonore, che si appoggiano su una base sensoriale e corporea, rappresentano un "mutuo sostegno" nei primi scambi tra madre e bambino, laddove le "coccole" spesso hanno assunto la forma di dondoli, contatti, vocalizzi.

L'immatrità biologica alla nascita, il malessere originario che l'accompagna per il distacco brusco ed improvviso, instaurano nell'essere umano, il marchio strutturale del bisogno di ricerca dell'Altro.

Ciò che porterebbe a legarci sarebbe quindi la conseguenza dell'esperienza di soddisfacimento del legame che trova risonanza nel corpo. Il "cordone reciso" diviene la base per un accordo, meglio un'accordatura, un reciproco scoprire soluzioni per trovare (o ritrovare) un'intesa. La musicalità dei legami può essere descritta come la fonte psicobiologica della musica, che origina da quella che viene definita "intrinsic motivic pulse" (Malloch e Trevarthen, 2009), la pulsazione intrinseca che motiva il movimento e le azioni finalizzate dell'individuo per mettersi in contatto con l'Altro. Il movimento (gestuale, sonoro ed emozionale) può possedere innumerevoli profili ritmici e temporali, divenendo per queste caratteristiche intrinseche, un organizzatore della comunicazione e della companionship (complicità) fra esseri umani.

Questa predisposizione al musicale definita da Sandra Trehub (2011) "Musical Predispositions in Infancy" dell'essere umano, concorre a pieno titolo a tracciare il destino dei legami di attaccamento. Il senso di vitalità del musicale, riconoscibile nella ricerca di timing sincronizzati, di profili di variazione di intensità di altezze e durate dei suoni che si sintonizzano vicendevolmente, risponderebbe alla domanda del perché tutte le culture cantano per i loro piccoli, per calmarli, per farli sorridere, per sentirli borbottare e borbottare con loro, per rilassarsi e divertirsi insieme; in altre parole, per rafforzare il proprio legame di appartenenza e nello stesso tempo

favorire l'autonomia affettiva, l'individualità e l'apertura verso il nuovo. Malloch (1999) ha esaminato la natura musicale dei contesti proto-convenzionali introducendo il concetto di musicalità comunicativa (communicative musicality). L'autore ha evidenziato che i vocalizzi tra adulto e bambino hanno una tipica e rigorosa struttura musicale, individuata attraverso tre parametri: pulsazione (pulse), qualità (quality) e narrazione (narrative).

La pulsazione, che costituisce una sorta di unità della comunicazione, è l'intervallo che intercorre tra due vocalizzi successivi; la qualità è data dal contorno ritmico e melodico di vocalizzi e gesti, ovvero dal profilo determinato dal susseguirsi della melodia e del ritmo; infine, la narrazione è la "storia musicale" racconta-

La mente è connotata da una sensibilità musicale biologicamente determinata per gestire le relazioni affettive e sociali

insieme che permette alla coppia di "condividere un senso di simpatia e significato" (Malloch e Trevarthen, 2009).

Le caratteristiche delle interazioni musicali o proto-musicali, ci inducono a considerare il musicale come uno strumento elettivo per migliorare la qualità della comunicazione nei bambini con deficit della comunicazione e della relazione (Simpson e Keen, 2001). "La musica e la danza, con la loro progressione dalla regolarità e prevedibilità verso la novità e la sorpresa e il suo ritorno all'indietro, possono fornire un ambiente sicuro e stimolante (save and supportive)" (Malloch e Trevarthen, 2009).

La mente è dunque connotata da una sensibilità musicale biologicamente determinata per gestire le relazioni affettive e sociali. Il neurofisiologo, pianista e concertista Manfred Clynes (1982), in questa direzione, definisce questi stati di scambi emotivamente significativi con l'espressione *essentic forms*.

Tale espressione è stata coniata da Clynes e pertanto si è preferito non tradurla: secondo John Blacking (1992) può essere interpretata nei termini di forme emozionali di base.

L'ipotesi che le *essentic forms* siano stabili e universali negli individui e nelle culture non confligge

necessariamente con i dati antropologici ed etnomusicologici sulla variabilità delle forme culturali e dei sistemi musicali.

"Riprendersi" la musica nella sua dimensione di struttura profondamente legata ai vissuti affettivi, recuperando gli aspetti di "sostanza" oltre che di "forma", significa riattivare il recupero di una sensibilità terapeutica più ampia. *Essentic forms* come ninne nanne e filastrocche, ritmi giambici (breve/lunga) o trocaici (lunga/breve) e le loro combinazioni, contengono "strutture profonde" legate alla vita psichica dell'essere

umano: l'intreccio di queste due dimensioni strettamente correlate, crea una sorta di "tessuto intrecciato" che mantiene, modifica e rinnova i legami fra gli esseri umani.

Analizzando le videoregistrazioni (micro-analisi) di

bambini monitorati in progetti di supervisione, sulla scorta delle descrizioni dei "diari di seduta" del musicoterapista, ci si rende conto della centralità di una memoria sensoriale e l'esistenza, per ogni essere umano anche compromesso dall'esito di una patologia, di un'aspettativa soggettiva prioritaria dell'influenza dell'Altro (caregiver con funzione di sostegno emotivo) sui propri stati d'animo e sentimenti di fondo (Damasio, 1999).

I filmati evidenziano molto bene cosa il bambino fa da solo (Sé ecologico) e ciò che "recupera" nell'interazione con il musicoterapista (Sé intersoggettivo). Ciò che si è visto migliorare, in tutti i casi presi in esame in questi ultimi anni di monitoraggio, nel percorso terapeutico a medio-lungo termine sono i seguenti indicatori:

- Aumento della capacità di adattamento e permanenza nel setting.
- Superamento di "momenti critici" legati a difficoltà nell'auto e co-regolazione emozionale. Il bambino è successivamente in grado di recuperare modalità più "serene" di "essere con l'Altro". Ciò che si evidenzia è che il bambino non "reseta" tutti i vissuti positivi, ma superato il momento di uno stato endogeno di disagio, ripristina con il

terapista fiducia e sicurezza in minor tempo, rispetto all'inizio del trattamento.

- Aumento dei sorrisi e delle vocalizzazioni positive legate ad un'azione, evento o stimolo sonoro individuato come piacevole.
- Aumento del contatto e della vicinanza corporea.
- Aumento degli agganci dello sguardo legati ad una situazione sonoro-musicale piacevole.
- Miglioramento della capacità di modulare uno stato di tensione o disagio attraverso il supporto "consolatorio" del musicoterapista.
- Aumento dei tentativi di imitare prassie oro-bucco-facciali, suoni vocali proposti dal musicoterapista, azioni rivolte agli oggetti sonoro-musicali.
- Aumento del coinvolgimento emozionale nel caso di iniziale disinteresse o indifferenza per le proposte sonoro-musicali.
- Comparsa di alcuni schemi di aspettativa costruiti con il musicoterapista.

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

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

3. MUSICOTERAPIA: LA VISIONE STORICA DI UNA TERAPIA AFFETTIVO-RELAZIONALE

Nella relazione musicoterapica vi sono tre elementi che devono essere considerati come vertici di un ideale triangolo: da un lato il bambino stesso con la sua organizzazione strutturale, i suoi aspetti sintomatici e le complicità connesse alla condizione di disabilità della quale è portatore. In secondo luogo va considerato il terapeuta con le sue capacità relazionali e con la sua competenza musicale, che deve essere articolata in un rapporto di interazione sonoro-musicale. Infine va considerata la relazione terapeutica in quanto tale.

È indiscutibile come in questi ultimi anni molta attenzione sia stata prestata allo sviluppo della intersoggettività che dovrebbe, in un'ottica terapeutica, fondarsi sugli aspetti musicali contestuali alla stessa relazione ed ai suoi sviluppi. Dall'altra parte, sul piano strettamente musicale, le maggiori difficoltà si incontrano nei tentativi di trascrizione, definizione e condivisione nell'équipe multi-professionale e nelle restituzioni alla famiglia del

materiale musicale che emerge nel corso delle sedute di musicoterapia.

Occorre, perciò, porre attenzione agli aspetti formali e dinamici della musica, che risultano costitutivi dell'aspetto relazio-

nale e indicatori del processo terapeutico in atto, creando strumenti adeguati per progettare, realizzare e analizzare l'attività clinica proposta nei differenti contesti (Postacchini, 2015).

Negli anni novanta la Musicoterapia si è definita promuovendo un approccio coerente, fondando orizzonti teorici generativi di metodologie adeguate. Indicativamente dal duemila, come musicoterapisti coinvolti in progetti clinici, ci siamo adoperati per evidenziare obiettivi efficaci ed una metodologia appropriata che fosse allineata al lavoro delle équipe multi-professionali. Dal 2010 dopo numerose pubblicazioni sul piano nazionale ed internazionale, si sono moltiplicate le occasio-

È indiscutibile come in questi ultimi anni molta attenzione sia stata prestata allo sviluppo della intersoggettività

ni di dibattito e approfondimento sul trattamento musicoterapico, in particolare sul tema delle patologie autistiche dell'età evolutiva. Fausto Petrella, psicoanalista, già professore ordinario di Psichiatria (Università degli Studi di Pavia), nella presentazione del libro "Manuale di Musicoterapia. Teoria, Metodo ed Applicazioni della Musicoterapia" di Gerardo Manarolo, pubblicato nel 2006, sottolineava la sfida di "promuovere simultaneamente un orizzonte di attività ricche di significati ed... attivare un'operatività creativa attorno alla quale mobilitare scambi e giochi relazionali non convenzionali... tra i quali la musica occupa un posto privilegiato". Questa sfida non si è mai arrestata, soprattutto attraverso i contributi di tutti gli operatori "sul campo" e grazie all'ascolto dei luoghi di cura. In questi ultimi anni, infine, il focus sull'utilizzo del linguaggio sonoro-musicale si è spostato nello spazio e nel tempo della restituzione del percorso musicoterapico alla famiglia del bambino in trattamento. I recenti studi sui percorsi di arricchimento del legame genitoriale hanno messo in evidenza, in ambito riabilitativo-terapeutico, quanto sia fondamentale "prendersi cura" di chi "si prende cura", supportando la sensibilità dei caregivers primari e rendendoli il più possibile partecipi e coscienti del percorso di crescita del proprio bambino. Gli incontri di parenting che tutelano il patrimonio più prezioso di un bambino e cioè la sua famiglia, si pongono la finalità di aiutare il genitore a comprendere il più possibile i segnali e i bisogni del bambino e al contempo di poter rendere più serena la famiglia rispetto alle modalità di interazione e di comunicazione.

La visione condivisa di brevi filmati rappresentativi del proprio bambino in terapia (tecnica del video-feedback) all'interno dell'"involucro protetto" dell'équipe multi-professionale, consente di commentare e sottolineare quella comunicazione gioiosa (la social play di cui parla Feldman, 2007) che evidenzia i momenti di piacevolezza e di investimento positivo nella relazione sonora.

Obiettivi principali della visione video condivisa:

- Far comprendere ai genitori quali esperienze sonoro-musicali vive il loro bambino;
- Riuscire a comunicare in modo efficace con fami-

glie di nazionalità diverse (uscire dall'impasse linguistico);

- Avviare (soprattutto per chi è all' inizio di un percorso) una condivisione degli obiettivi;
- Incrementare un "sentire positivo".

La video-registrazione, commentata dall'équipe multi-professionale, rappresenta oggi un valido strumento di comunicazione, soprattutto per non creare nella famiglia falsi miti, illusioni o aspettative non coerenti rispetto al percorso di musicoterapia del proprio bambino, integrato nei diversi trattamenti previsti dal piano riabilitativo individualizzato.

La video-registrazione ci consente di:

- Imparare ad osservare (chiavi di lettura);
- Comprendere il musicale;
- Mantenere una documentazione condivisibile (evoluzione);
- Poter fare un intervento di video-feedback (sostegno positivo, produrre cambiamenti);
- Valutare il modo in cui si elaborano i progetti (supervisione);
- Migliorare le strategie metodologiche ed individuare indicatori più efficaci per ridefinire gli obiettivi di un progetto musicoterapico.

4. SPECIFICITÀ DELL'INTERVENTO MUSICOTERAPICO CHE SI RIVOLGE ALL'ETÀ DELLO SVILUPPO: PUNTI DI CONTATTO CON IL MODELLO DIR-FLOORTIME

La semplice presenza della madre o del caregiver non è sufficiente a produrre cambiamenti significativi nel gioco del bambino. Occorre una iniziale condivisione, un aggancio (pairing). Le capacità del bambino ed i suoi progressi cognitivi, affettivi e sociali sembrano essere influenzati dagli interventi attivi dell'adulto, dalle sue sollecitazioni verbali o dalle sue dimostrazioni pratiche di gioco con gli oggetti, che nulla tolgono alla spontaneità espressiva e creativa del bambino e alle sue iniziative. La disponibilità materna, intesa come disponibilità a giocare e a mettersi in gioco, comporta modificazioni significative sia della durata che della qualità del gioco del bambino (Bruner, 1983). La sfida terapeutica che deriva da queste considerazioni è che il bambino cresca e si formi

costruendo rappresentazioni di Sé e degli oggetti esterni. L'intreccio e lo scambio sottile che esiste tra queste rappresentazioni, tra le loro idealizzazioni e i loro collassi, costituiscono la trama spazio-temporale del vivere e del conoscere. Ciascun bambino è un soggetto che insegna, cioè immette i suoi segni emotivo-affettivi nell'oggetto, nel tentativo continuo di conoscerlo e riconoscerlo. I processi cognitivi ed affettivi sono inscindibili; l'apprendimento non può essere separato da una attivazione affettiva ed anche una intensa esperienza affettiva contiene in sé l'attivazione di processi percettivi e cognitivi.

Il corpo con la sua unità, i suoi stati, le sue azioni, i suoi ricordi e il suo sentire emozionale, è la base della prima organizzazione della realtà per il bambino. Ed proprio dal corpo che scaturisce l'energia dell'espressività vocale e sonora: esperienza che agisce nella formazione degli schemi sensoriali e mentali (senti-mentali) di ciascuno essere umano. Molte ricerche si sono concentrate nell'investigare il potere del suono sulla persona; si tratta ora di rivendicare il potere della persona sul suono e della persona su se stessa attraverso il suono e la relazione con l'Altro (Guzzoni, 2015).

In passato si affermava che l'uomo era una sintesi tra filogenesi (ciò che caratterizza l'evoluzione della specie) e ontogenesi (ciò che caratterizza lo sviluppo dell'individuo partendo dal suo patrimonio genetico). Attualmente si preferisce porre l'accento sull'epigenesi, intendendo con tale termine tutta l'organizzazione somatica e comportamentale dell'individuo che si manifesta attraverso una costruzione dipendente sia dal programma genetico di base che dalle informazioni messe a sua disposizione dall'ambiente e dalla relazione con gli altri individui.

Postulare alcune entità clinico-evolutive strettamente collegate con specifiche fasi sensibili costituisce, per il musicoterapista che opera quotidianamente attraverso lo strumento dell'osservazione, un punto di appoggio insostituibile nel cercare di descrivere e nel restituire un senso condivisibile alla "partitura interiore" di ciascun bambino. Sono delineati a tal fine nella **Tabella 4.1** sei punti sensibili (Greenspan, Wieder, 2006, li definiscono "pietre miliari") dell'ordine del vocale e del sonoro-musicale confrontati con il model-

lo DIR (acronimo di Developmental, Individual-difference, Relationship-based model), una prospettiva d'intervento basato sul livello di sviluppo, sulle differenze individuali e sul ruolo centrale che occupa lo sviluppo dell'intersoggettività da parte del bambino, cioè il modo in cui egli sperimenta se stesso in rapporto con gli altri all'interno di un'esperienza relazionale che organizza gli eventi interpersonali; con l'emergere di nuovi comportamenti e capacità essi vengono riorganizzati per formare nuove prospettive soggettive organizzanti il senso del Sé e dell'Altro.

Il modello è di matrice bio-psico-sociale e cerca di creare nuovi ponti tra neurobiologia, sviluppo dei comportamenti umani, regolazione delle emozioni e sviluppo delle potenzialità. La filosofia del modello DIR di Greenspan e Wieder (2006) è rappresentata da ciò che viene definito dagli autori il Floortime (il tempo passato sul pavimento): una modalità interattiva che si pone ad altezza di bambino, a terra, per creare interazioni spontanee ed emozionalmente significative. Il tempo, nel setting musicoterapico, si realizza quasi sempre con queste modalità di uso dello spazio, quando si rivolge al bambino per porsi, anche a livello prossemico, nella sua dimensione.

Un dato molto importante è comprendere, da parte dell'équipe multi-professionale, le differenze di modulazione sensoriale visibili precocemente nei bambini con DSA. I bambini ipersensibili agli stimoli uditivi e tattili si mettono le mani sulle orecchie o si allontanano da chi cerca di far loro il solletico. Altri bambini, invece, provano un forte desiderio di stimolazione sensoriale e desiderano, quindi, più rumore e più contatto. Tuttavia, alcuni bambini pur desiderando gli stimoli sensoriali, vengono facilmente sopraffatti dalla stimolazione ed è quindi difficile mantenere il coinvolgimento. I bambini che, invece, sono iporeattivi agli stimoli tattili e sonori potrebbero isolarsi. Di conseguenza, l'aspetto biologico dell'autismo si manifesta non tanto in un quadro autistico globale quanto, piuttosto, attraverso modalità individuali di reazione e comprensione della varietà di stimoli visivi, uditivi e tattili e di schemi motori e attraverso le differenti modalità di pianificazione delle azioni (Greenspan e Wieder, 2007).

Tabella 4.1. Sviluppo dell'esperienza intersoggettiva e sonoro-musicale del bambino (0-5 anni)

Pietra miliare 1 (0-3 mesi) INTERSOGETTIVITÀ	SVILUPPO SONORO
Regolazione e interesse per il mondo	<i>Protomusic</i> Mondo cullante delle ninne nanne
a. Componente regolatrice delle relazioni b. Bisogno di abitudini lineari	a. Il neonato manifesta precise inclinazioni e preferenze: si attiva rispetto alle variazioni di intonazione, intensità, durata e timbro delle voci che lo contattano. b. Sono preferiti modelli sonori quali humming (mormorio) e sillabe nonsense.
Pietra miliare 2 (2-5 mesi) INTERSOGETTIVITÀ	SVILUPPO SONORO
Coinvolgimento e relazione (intimità)	Inizio <i>musical babbling</i>
a. Bisogno di protezione per sviluppare una "base sicura". b. Gestione della tensione.	a. Vocalizzi diretti all'altro, gioco di sguardi. b. Rimandi vocali dell'adulto attraverso la modalità del IDS (Infant Directed Speech). c. Comparsa delle play song (canti-gioco) che intrattengono il piccolo quando è sveglio.
Pietra miliare 3 (5-10 mesi) INTERSOGETTIVITÀ	SVILUPPO SONORO
Intenzionalità e comunicazione a due vie	Oggetto sonoro condiviso
a. Emerge l'unicità e l'originalità del bambino. b. Sincronizzazioni ritmico-motorie più efficaci e conquista dello spazio allargato.	a. Imitazione per simpatia, differenziazione delle azioni motorie, musical babbling imitativo. b. Piacere per giochi sonori e vocali person-person che propongono un'alternanza di turni più cadenzata e il Tema con variazioni. c. Il bambino va alla ricerca di suoni nell'ambiente e prende l'iniziativa attraverso modalità sonore familiari.
Pietra miliare 4 (10-18 mesi) INTERSOGETTIVITÀ	SVILUPPO SONORO
Problem solving sociale condiviso	Iniziativa e perseguimento di uno scopo nei giochi sonori e vocali
a. Uso integrato dei segnali verbali e non verbali.	a. Il bambino procede per prove ed errori. b. Produzione sonora condivisa e spontaneo canterellare. c. Musica e canzoni come strumento di interscambio positivo (Affiliative Expressions).

Pietra miliare 5 (18-36 mesi) INTERSOGETTIVITÀ	SVILUPPO SONORO
Creazione di simboli: uso di parole e idee	Interesse per le <i>Action Song</i>
a. Bisogno di individuazione ed autonomia, "contatto a distanza". b. Oppositività. c. Bisogno di definire limiti, delle cornici di significato e delle aspettative.	a. Repertorio vocale che combina melodia, parole e movimenti del corpo come format di scambio emotivo con i pari e con l'adulto.
Pietra miliare 6 (3-5 anni) INTERSOGETTIVITÀ	SVILUPPO SONORO
Abilità logiche e senso di realtà	Interesse per il piano narrativo (storie e racconti)
a. Bisogno di ruoli chiari, coerenza e flessibilità. b. Mondo emotivo autoconsapevole. c. Uso del linguaggio interiore come modalità per ricordare aspettative, regole e proibizioni. d. Aumento del senso di controllo. e. Consapevolezza del mondo reale e del mondo fantastico.	a. Il significato del testo non solo allietta il bambino, ma lo rassicura sul piano emotivo. b. Si rafforza la coordinazione musica/movimenti del corpo e la capacità di riproduzione di cellule ritmiche. c. Piacere per il "suonare con". d. I canti si aprono al mondo della conoscenza di oggetti inanimati, della natura, degli animali, dei numeri e delle lettere con particolari rituali legati alle diverse culture.

Fonti: adattate da Greenspan, Wieder (2006, pp. 59-63), Barone (2007, pp. 76-77), Dissanayake (2009, pp. 24-25), Guzzoni (2013, pp.2-11).

Queste caratteristiche creano un diverso modo di sentire, una modalità percettiva di un "mondo accanto" al nostro. Nella valutazione che precede la presa in carico del bambino, è importante compiere un'osservazione mirata per considerare le risposte anomale agli stimoli o la ricerca intensa dei medesimi. Gli aspetti ritmico-sonori, soprattutto quelli legati alla voce e alla vicinanza corporea, possono aiutare il bambino con DSA a "contenere" e co-regolare i vissuti emozionali.

Nel setting musicoterapico, il musicoterapista "raccolge" i bisogni del bambino ed i suoi spunti sonori, vocali e corporei, si sintonizza su di essi, nel tentativo di sollecitare uno stato emotivo positivo intorno a ciò che si sta facendo, creando un interesse per la persona "collegata" a tale evento piacevole.

Grazie alla particolare duttilità e "primordialità" del linguaggio sonoro-musicale, vi è la possibilità di organizzare aspettative di reciprocità, sicurezza e fiducia. L'azione terapeutica offerta dal poter vivere e rivivere momenti di scambio affettivi attraverso la voce, il corpo, il suono e la musica è mediata dalle cosiddette trasformazioni di stato (Stern, 1985), che consentono al bambino con disturbo autistico di ampliare e modulare il livello di auto e co-regolazione emozionale, promuovendo nuove interiorizzazioni ed esplorando nuovi canali espressivi e comunicativi. Il poter "fare esperienza" di qualcosa con "qualcuno" (questa è l'essenza dell'Attenzione Condivisa) si collega direttamente al passaggio tra corpo e mente, tra sensorialità e pensiero, tra percezione e rappresentazione.

Bibliografia

■ Barale F., Ucelli I.

La debolezza piena. Il disturbo autistico dall'infanzia all'età adulta, in Ballerini A., Barale F., Gallese V., Ucelli S., "Autismo. L'umanità nascosta" (a cura di) Mistura S., Einaudi, Torino, 2006.

■ Barone I.

Emozioni e sviluppo. Percorsi tipici e atipici, Carocci, Roma, 2007.

■ Blacking J.

Come è musicale l'uomo? (1973), ediz. it. (a cura di) Giannattasio F., Unicopli, Milano, 1986.

■ Blacking J.

The Biology of Music Making (1992, pp. 301-14), trad. it. di Cento C., in Tullia Magrini (a cura di), "Universi sonori, Introduzione all'etnomusicologia", Einaudi, Torino, 2002, pp. 230-252.

■ Bowlby J.

Una base sicura (1988), Cortina, Milano, 1989.

■ Bruner J.S.

Child's talk. Learning to use language, Norton, New York, 1983.

■ Clynes M.

(a cura di) *Music, Mind and Brain*, Plenum Press, New York, 1982.

■ Damasio A.R.

Emozione e Coscienza (1999), trad. it., Adelphi, Milano, 2000.

■ Dissanayake E.

Root, leaf, blossom, or bole: Concerning the origin and adaptive function of music, in Malloch S., Trevarthen C., (a cura di), "Communicative Musicality. Exploring the basis of human companionship", Oxford University Press, Oxford, 2009.

■ Greenspan S.I., Wieder S.

Trattare l'autismo. Il metodo Floortime per aiutare il bambino a rompere l'isolamento e a comunicare, (2006) Cortina, Milano, 2007.

■ Guzzoni A.

Musicoterapia e autismo infantile: il ruolo della "joint attention" in Manarolo G., (a cura di), "Le cure musicali. Applicazioni musicoterapiche in ambito psichiatrico", ed. Cosmopolis, Torino, 2012, pp. 42-65.

■ Guzzoni A.

Il relazionale e la musica. Riflessioni nell'età dello sviluppo, in "Musicalità e musicoterapia. Teorie e prassi per la formazione", (a cura di) P.L. Postacchini, Carocci, Roma, 2015, pp. 177-220.

■ Malloch S., Trevarthen C.

(a cura di) *Communicative Musicality. Exploring the basis of human companionship*, Oxford University Press, Oxford, 2009.

■ Manarolo G.

Manuale di Musicoterapia. Teoria, Metodo e Applicazioni della Musicoterapia, ed. Cosmopolis, Torino, 2006, pp. 21-23.

■ Manarolo G.

(a cura di), *Le cure musicali. Applicazioni musicoterapiche in ambito psichiatrico*, ed. Cosmopolis, Torino, 2012.

■ Postacchini P.L.

(a cura di), *Musicalità e musicoterapia. Teorie e prassi per la formazione*, Carocci, Roma, 2015, pp. 11-12.

■ Simpson K., Keen D.

Music interventions for children with autism: Narrative review of the literature, Journal of Autism and Developmental Disorder, Online First, January 2011.

■ Soufre L.A.

Lo sviluppo delle emozioni, (1995), Raffaello Cortina Editore, Milano, 2000.

■ Stern D.N.

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

■ Trehub S.

Musical predispositions in Infancy, New York, Annals of the New York Academy of Sciences, 999, 2011.



MUSICOTERAPIA: UN SUPPORTO NEL TRATTAMENTO DELL'ADHD (ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER)

Cristina Benefico, Musicista, Musicoterapista,
La Spezia

The purpose of this article is to indicate music therapy as an effective treatment for preschool and school-age children with an ADHD (Attention-Deficit Hyperactivity Disorder) diagnosis. Most children with ADHD receive other forms of treatment, with an overwhelming majority receiving medication. Music therapy can play an important role in relation to the other forms of treatment. Through music therapy treatment for ADHD it is possible to address multiple types of goals since music is experienced on multiple levels simultaneously. As ADHD occurrence in preschool and school-age children is consistently growing it is likely that music therapists will increasingly be treating children with a diagnosis of ADHD. Multidisciplinary treatments certainly have their advantages: better assessment, more complete evaluation of treatment based on functioning in multiple areas, better continuity of care. As the multidisciplinary approach is generally perceived to be the most favorable for treating ADHD in children, music therapists will have to learn better and better to interact with multidisciplinary teams.

La musicoterapia è uno strumento efficace per rafforzare l'attenzione e la concentrazione, per ridurre l'iperattività e per sviluppare funzioni e capacità sociali. In questo senso può essere un importante supporto nel trattamento dell'ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) in età prescolare e scolare primaria.

Secondo quanto affermato dal NIMH 2012, National Institute of Mental Health di Washington (Istituto Nazionale di Salute Mentale), negli Stati Uniti l'ADHD si manifesta dal 3 al 5% nei bambini in età prescolare e scolare primaria.

Il CDC (Center for Disease Control and Prevention di Atlanta, USA), uno dei principali componenti operativi del Dipartimento di Salute e Servizi Umani degli Stati Uniti, ha pubblicato uno studio dettagliato sulla diffusione dell'ADHD negli Stati Uniti, dal titolo "Crescente diffusione del Disturbo di Deficit di Attenzione/Iperattività tra i bambini, segnalato dai genitori" (2003-2007). Secondo i dati pubblicati dal CDC, attualmente negli USA i bambini in cura con psicofarmaci sono undici milioni e la percentuale di bambini con ADHD che riceve un trattamento farmacologico o psicologico, oppure combinato, è del 32%. Quindi solo un terzo dei bambini statunitensi con diagnosi di ADHD ha accesso ad una cura.

I ricercatori stanno sviluppando trattamenti multimodali selezionando i trattamenti e gli interventi più

efficaci e utilizzando nuovi strumenti come l'imaging cerebrale, per capire meglio l'ADHD e trovare modi migliori per prevenirlo e curarlo.

"Attualmente" - sempre secondo il NIMH - "i trattamenti disponibili si concentrano sulla riduzione dei sintomi di ADHD e sono finalizzati a migliorare il funzionamento della persona. I trattamenti riconosciuti dai principali standard di classificazione Internazionali per la gestione della salute, ICD-10 dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e DSM V dell'American Psychiatric Association (APA), comprendono farmaci, vari tipi di psicoterapia, istruzione e formazione o una combinazione di trattamenti e, tra questi, il trattamento farmacologico è attualmente ritenuto il più efficace per l'ADHD.

Questo tipo di trattamento viene effettuato principalmente con farmaci psicostimolanti, che nel bambino ADHD riducono il comportamento impulsivo e stimolano il sistema nervoso centrale, aumentando la capacità di attenzione.

Alcuni studi dell'Università del Massachusetts e del Wisconsin pubblicati su *Pediatrics* del gennaio 2003, hanno mostrato che gli psicostimolanti per il trattamento dell'ADHD riescono a favorire la concentrazione permettendo buoni risultati scolastici e migliorando le relazioni nella vita sociale, consentendo inoltre una crescita abbastanza tranquilla e serena poiché evitano alcune esperienze negative, come l'uso/abuso di sostanze stupefacenti, cui potrebbero andare incontro ragazzi o adolescenti che avessero sviluppato una scarsa autostima.

La terapia farmacologica sembra, quindi, essere una risorsa terapeutica fondamentale che ha dato, e continua a dare, ottimi risultati nei bambini con ADHD. D'altra parte gli psicostimolanti sono farmaci sintomatici e non curativi, hanno un effetto temporaneo che dura nel periodo di assunzione e comportano effetti collaterali significativi per la salute del bambino, per questo nei protocolli sanitari si raccomanda che vengano prescritti insieme a trattamenti educativi per poter dare maggiori benefici, oppure quando questi ultimi risultino inefficaci. In questo senso ven-

gono normalmente somministrati all'interno di protocolli terapeutici multimodali, per consentire al bambino un percorso di cura che agisca anche più in profondità ed in modo più duraturo e stabile sulle disfunzioni derivanti dall'ADHD.

Anche in Italia le Linee Guida per la diagnosi e la terapia farmacologica dell'ADHD, approvate all'unanimità dalla SINPIA il 24/6/2002 (Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza), affermano che "...la terapia farmacologica, quando accurata e rigorosa, costituisce la risorsa più efficace e potente per aiutare i bambini con ADHD. Ne consegue che tale terapia dovrebbe essere disponibile per tutti

i bambini con ADHD nei quali l'intervento psicoeducativo risulti solo parzialmente efficace".

Quest'ultima precisazione sembra affermare che l'intervento psicoeducativo debba venire effettuato prima di quello farmacologico e che solo in caso di parziale efficacia del primo si arrivi poi ad utilizzare il farmaco. In questo senso il trattamento musicoterapico, abbinato ad altri interventi quali psicoterapie, terapie comportamentali, neurofeedback e altri, in un contesto multimodale, potrebbe rappresentare un'opzione importante tra gli interventi di ambito psicoeducativo, in relazione alla capacità della musica di stimolare la capacità attentiva e la memoria di lavoro, di lavorare sull'ascolto e sulle emozioni ed anche in relazione alle sue molteplici potenzialità rieducative e riabilitative psichiche e motorie.

La ricerca in neuromusicologia ha mostrato che la musica stimola la memoria di attenzione e di lavoro, due aree neuronali associate con le abilità esecutive: "...un numero crescente di studi afferma che individui con disturbi cognitivi ricevono benefici da interventi basati sulla musica come, ad esempio, aumento dell'attenzione, della memoria operativa e della capacità di pianificazione" (Lesiuk, 2010).

La musicoterapia inoltre, utilizzando prevalentemente una forma di comunicazione non verbale, può rivelarsi particolarmente adatta ai bambini che non abbiano ancora acquisito un pieno sviluppo del lin-

guaggio e della scrittura e, anche per questo, in età prescolare e nei primi anni di scuola potrebbe svolgere un ruolo significativo all'interno dei trattamenti multimodali di carattere preventivo e riabilitativo. Va chiarito in questo senso che la musicoterapia non è una medicina alternativa, come spesso viene considerata, ma complementare: non pretende di sostituirsi alla medicina ufficiale, ma si pone nei suoi confronti in modo sussidiario.

Quando per esempio si parla di musicoterapia in oncologia, non si pensa che questa disciplina possa sostituirsi alle cure di tipo tradizionale (chemioterapia, radioterapia ecc.); si ritiene invece che possa, perlomeno potenzialmente, servire da supporto a tali terapie. Sempre restando nel campo oncologico, la musicoterapia viene consigliata in determinati ambiti (per esempio in oncologia pediatrica) al fine di ridurre l'ansia e lo stress, ottenere un miglior controllo del dolore, raggiungere un miglior adattamento ai trattamenti terapeutici, facilitare la riabilitazione fisioterapica e supportare psicologicamente sia il paziente che i suoi familiari.

Proprio in questo senso la musicoterapia viene già spesso utilizzata, ad esempio negli Stati Uniti, in abbinamento a terapie farmacologiche e psicologiche in programmi multidisciplinari di trattamento.

In Italia, grazie alla legge 170/2010, sono state chiarite le modalità di insegnamento scolastico da adottare e il percorso per redigere un apposito piano didattico personalizzato per i bambini DSA (Disturbi Specifici dell'Apprendimento) mentre, per i bambini con ADHD, è mancata fino a tempi molto recenti una direttiva che desse indicazioni chiare sia sulla progettazione didattica che sulla gestione dei problemi comportamentali. Tali bambini, infatti, non potendo usufruire delle direttive della legge 104/92, in quanto non rientravano nella categoria delle diverse abilità, restavano in una sorta di limbo indefinito, sia in termini di progettazione didattica che di eventuali strategie dispensative e di strumenti compensativi.

Il documento pubblicato in data 3 giugno 2010 dal-

l'Istituto Superiore di Sanità è sottoscritto da Airipa, Sinpia, Aidai, Aifa, afferma quanto segue: "Si premette che l'ADHD è presente in circa l'1% (fonte Istituto Superiore di Sanità) della popolazione infantile, ha una causa neurobiologica e si caratterizza per la presenza di sintomi di disattenzione, impulsività e iperattività, riconducibili a difficoltà nell'autocontrollo e nelle capacità di pianificazione e non attribuibili ad un deficit dell'intelligenza...

In considerazione della sempre maggiore e segnalata presenza nelle scuole di alunni con diagnosi di Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività ADHD (acronimo per l'inglese Attention Deficit Hyperactivity Disorder) si propongono indicazioni e accorgimenti didattici volti ad agevolare il percorso scolastico".

Fa seguito a questo documento la direttiva del MIUR del 27 dicembre 2012 che dà una risposta in tal senso,

estendendo le misure previste dalla Legge 170 per alunni e studenti con disturbi specifici di apprendimento, a tutti gli alunni con Bisogni Educativi Speciali (BES) ed includendo tra questi anche quelli con dia-

gnosi di ADHD, chiarendo che, come i bambini con DSA, anche e allo stesso modo i bambini con ADHD hanno diritto a misure dispensative e compensative, così come ad un Piano Didattico Personalizzato.

Occorre ancora dare agli insegnanti un sostegno per rispondere in modo adeguato alla direttiva del Ministero, in modo che possano realmente assicurare anche ai bambini con ADHD ambienti di apprendimento efficaci e adeguati alla loro situazione e affinché sappiano come muoversi. Però questo significa entrare in un'ottica totalmente diversa, significa dare a questi bambini, la possibilità di essere "incontrati" nei loro bisogni e nelle loro difficoltà.

LA MUSICOTERAPIA NEL TRATTAMENTO DELL'ADHD, IN UN CONTESTO MULTIDISCIPLINARE E MULTIMODALE

In Italia attualmente mancano modelli di intervento condivisi ed integrati per la presa in carico dei bam-

bini ADHD: in ambito clinico i modelli sono diventati estremamente modularizzati e talvolta perdono di vista l'obiettivo complessivo, che deve essere il miglioramento del benessere globale del bambino. In ambito scolastico invece, nonostante le recenti normative abbiano introdotto indicazioni operative specifiche per questi alunni, si fatica a renderle concrete e a farle diventare prassi, anche a causa di problematiche legate alla formazione del personale.

In generale si sente sempre più la necessità di proporre modelli di intervento integrati e di rete, cioè che tengano in considerazione sia gli aspetti neuropsicologici e sia le caratteristiche emotive e relazionali del bambino, e che prevedano una sinergia tra specialisti, insegnanti e genitori, imprescindibile ai fini del conseguimento di risultati soddisfacenti.

A questo proposito e per comprendere meglio quali elementi la musicoterapia può mettere a disposizione nel trattamento dell'ADHD dei bambini in età prescolare e scolare primaria, può essere interessante partire dalle indicazioni delle Linee Guida NICE UK (National Institute for Clinical Excellence) riguardo agli obiettivi specifici su cui lavorare per la terapia di questo disturbo.

Il NICE come altri organismi nazionali ed internazionali di riferimento per la sanità (ISS, OMS, APA,...) prevede per la cura dell'ADHD terapie farmacologiche, eventualmente abbinate a terapie psicologiche e comportamentali. In relazione a queste ultime, nel capitolo "Terapie comportamentali e interventi psicologici nei bambini e giovani", viene espressamente raccomandato quanto segue:

"...proporsi di lavorare su una serie di obiettivi specifici, tra cui

- abilità sociali con i coetanei
- risoluzione di problemi
- autocontrollo
- capacità di ascolto
- capacità di affrontare e esprimere sentimenti.

Utilizzare strategie di apprendimento attive e dare ricompense per il raggiungimento di elementi chiave di apprendimento."

In questo senso la musica, anche rispetto al lin-

guaggio verbale, presenta alcune caratteristiche specifiche che la rendono particolarmente idonea:

- la facilità di modulare il tracciato EEG attraverso alcuni suoni e toni (Plude, 1995);
- la prerogativa di potenziare la memoria e la percezione uditiva per migliorare l'apprendimento (Roskam, 1979; Shehan, 1981; Wolfe & Horn, 1993);
- un notevole impatto sull'attivazione di entrambi gli emisferi cerebrali, attraverso il movimento corporeo su base musicale (Morton et al., 1990);
- la facilitazione nell'aumentare la consapevolezza corporea e la coordinazione corporea attraverso l'utilizzo del ritmo musicale (Moore e Mathenius, 1987).

Per questi motivi, attraverso l'approccio musicoterapico, potrebbero essere perseguibili con efficacia i seguenti obiettivi specifici proposti dal NICE:

- Abilità sociali con i coetanei

Nella musicoterapia questo aspetto viene osservato e trattato attraverso la musica d'insieme, nella relazione col gruppo classe o col gruppo terapeutico.

- Risoluzione di problemi

L'Università di West London (Rie Davies e gli accademici dottor Maddie Ohl e Dott.ssa Anne Manyande del Dipartimento di Psicologia) ha condotto nel settembre 2013 uno studio sistematico su 24 bambine e 24 bambini di quattro anni, basato su ricerche già esistenti, che ha dimostrato non solo gli effetti del fare musica sulla prosocialità, ma anche sulla capacità di risoluzione di problemi già nei bambini di quattro anni di età. Lo studio è stato promosso dalla British Psychological Society (BPS) e pubblicato dal ScienceDaily. La ricerca ha previsto la randomizzazione dei soggetti in due gruppi: il gruppo "Musica" e il gruppo "Non Musica". I bambini del gruppo "Musica" sono stati impegnati in attività di canto corale e suono delle percussioni, mentre i bambini del secondo gruppo sono stati coinvolti nell'ascolto di una storia. A seguito di queste attività, ai bimbi sono stati proposti un gioco sulla cooperazione e uno sull'aiuto dell'altro per valutare le capacità prosociali e di problem-solving.

Dai risultati è emerso che i bambini del gruppo "Musica" presentavano una probabilità significativa-

mente maggiore (trenta volte superiore) di aiutare i propri pari e di cooperare rispetto ai bimbi del gruppo "Non musica" e nella capacità di problem solving (Kirschner e Tomasello, 2010).

- Autocontrollo

È un elemento costantemente chiamato in causa nella musica, per esercitarlo e per svilupparlo sia nei confronti dello strumento che si suona, che richiede di essere suonato in un determinato modo per produrre un suono gratificante (ad es. la chitarra), e sia nell'interagire con l'altro con cui si suona, per essere in una relazione musicale attraverso l'alternarsi (che comporta l'imparare ad aspettare il proprio turno), il risponderci ed il dialogare.

- Capacità di ascolto

Per il conseguimento di questo obiettivo la terapia attraverso la musica, praticata in un contesto multidisciplinare, può avere anche maggiore efficacia rispetto a quella che si avvale esclusivamente della parola, soprattutto nei casi in cui il livello verbale non è, o non è ancora, pienamente sviluppato. La musica, infatti, sollecita costantemente l'ascolto in tutte le sue fasi.

- Affrontare e esprimere sentimenti

Anche in questo ambito la musica è forse uno dei veicoli più efficaci a disposizione per esplorare i sentimenti propri e altrui e per esprimersi. Proprio il fatto che il suono abbia in sé componenti estremamente definiti accanto ad una certa costante indefinita, permette a chi suona di sentirsi più libero nell'esprimersi. Nello stesso tempo però il suono, quando è ben veicolato nella sua chiara percepibilità e direzionalità, riesce a dare corpo e forza inauditi al proprio ed all'altrui sentire.

In questo senso la musica è uno strumento particolarmente potente per esprimere i propri sentimenti. Tempo, velocità, altezza, intensità, timbro e durata sono elementi che, integrati e strutturati, concorrono a creare melodia, ritmo e armonia e possono costituire l'agente del cambiamento. Si tratta di elementi agevolmente utilizzabili anche da un bimbo le cui funzioni linguistiche siano ancora poco sviluppate o parzialmente compromesse.

Attraverso questi elementi il bambino può essere coinvolto globalmente, creando un'apertura che consente di poterne modulare i comportamenti, le azioni, le interazioni e le relazioni.

Un altro valido motivo per cui la musicoterapia rappresenta un intervento opportuno per trattare l'ADHD nei bambini in età prescolare e scolare primaria, risiede nel fatto che essa offre un contesto ludico e privilegiato in cui il bambino è posto da subito, attraverso il gioco musicale, nelle condizioni adeguate per poter instaurare una relazione significativa con il terapeuta, sentendosi riconosciuto, rispettato ed accettato.

Il sentimento di accettazione deriva dall'atteggiamento imparziale da parte del musicoterapista, il quale si astiene dall'esprimere giudizi e pregiudizi nei confronti del bambino.

Un altro importante punto di forza della musicoterapia risiede nella possibilità di sperimentare sul campo le problematiche del bambino, testando attraverso il cantare, suonare e muoversi con la musica, il suo livello cognitivo ed il coordinamento psicomotorio, al fine di ampliare la conoscenza dei disagi manifestati e di incrementare a tutti i livelli la consapevolezza delle condotte disfunzionali. Ed inoltre consente di intervenire terapeutamente in entrambi i campi, cognitivo e psicomotorio.

Grazie alla relazione paziente-terapeuta, i bambini con ADHD hanno la possibilità di riscattare, almeno in parte, le frustrazioni ricevute dalle relazioni con i pari e con gli adulti a causa della propria condotta inadeguata, potendo frequentemente sperimentare, mostrare e mettere in campo, capacità e competenze che loro stessi non sapevano di avere.

Il trattamento musicoterapico individuale, per il bambino con ADHD, è quello considerato più efficace dai musicoterapisti che già operano in questo campo. Questo perché il rapporto individuale permette di poter analizzare, sperimentare, progredire ed acquisire competenze, in un contesto che non comporta urgenze esterne, come quelle che potrebbero derivare dal confronto con altri bambini o adulti, quantomeno in una fase iniziale.

Il bambino ipercinetico o con rilevanti problemi di

attenzione e concentrazione, quando è sottoposto a pressioni dall'ambiente esterno, aumenta l'iperattività e/o si ritrae, chiudendo i canali ricettivi; comunicare con lui diventa più difficile. Solo in un momento successivo e in base a specifiche indicazioni ed esigenze terapeutiche ed ai progressi effettivamente ottenuti, si può pensare di inserire il bambino in un gruppo di altri bambini.

Un secondo bisogno tipico di questi bambini, oltre a quello relazionale, consiste nell'essere costantemente stimolati e la musicoterapia risulta adeguata anche sotto questo aspetto: essa propone diverse attività multisensoriali in cui vengono coinvolti udito, tatto e vista. La musicoterapia consente inoltre, a differenza di altri trattamenti, di offrire un setting ludico, all'interno del quale il bambino ha la percezione di giocare con la musica e con il musicoterapista, mentre lavora al raggiungimento di importanti obiettivi.

Da ultimo, è noto che i bambini normalmente non amano molto alcune terapie convenzionali quali logopedia, psicomotricità, psicoterapia, fisioterapia, ad eccezione di quei casi nei quali il terapeuta si avvale molto del gioco oppure ha una capacità particolare di attirare la simpatia del bambino.

Nella maggior parte dei casi i bambini partecipano alle sedute perché costretti e, potendo scegliere, ne farebbero volentieri a meno.

Non così per la musicoterapia che di solito ha un effetto contrario: il bambino viene volentieri in terapia. Per lui la terapia è un momento di svago, di gioco e di partecipazione. Questo anche perché, per un bambino con disturbi che normalmente creano difficoltà a livello sociale e relazionale, produrre musica è un traguardo bellissimo.

Ma oltre alla partecipazione gradita alla seduta va sottolineato soprattutto il valore della musicoterapia per quanto riguarda la possibilità di far fare al bambino in modo ludico tutta una serie di attività particolarmente utili e mirate. Alcuni esercizi con valenze riabilitative possono risultare a volte difficili e noiosi, mentre il lavoro con la musica può risultare molto più piacevole quando suscita nel bambino l'interesse a produrre un suono o una musica o ad esplorare le potenzialità di uno strumento musicale.

Nel campo della musicoterapia per la prevenzione e la riabilitazione dell'ADHD al momento mancano ancora esperienze significative da poter citare come riferimento poiché, a livello generale, si stanno muovendo i primi passi.

Testimonianze di collaborazioni proficue tra musicoterapisti ed operatori sanitari sono state segnalate nel campo dell'oncologia pediatrica, tra le cure di supporto somministrate ai piccoli pazienti per la riabilitazione e l'acquisizione di abilità motorie e per supportare psicologicamente il paziente e i suoi familiari, nel campo della logopedia dove l'utilizzo di giochi musicali e di filastrocche cantate da parte del musicoterapista, in accordo con il logopedista, consente di lavorare positivamente nella riabilitazione della balbuzie e nella riabilitazione degli afasici.

In Italia la musicoterapia per la riabilitazione cognitiva viene già praticata in regime convenzionato presso alcune strutture ed è basata su obiettivi che vanno quantificati, codificati e comunicati con modalità scientificamente adeguate.

In questo senso è estremamente importante che il musicoterapista sia preparato ad interagire all'interno di un'équipe terapeutica multidisciplinare ed è inoltre fondamentale che l'équipe sia diretta da un medico specialista in modo che, a partire da una diagnosi medica, il musicoterapista possa sviluppare la massima chiarezza di obiettivi e di precisione espositiva, per delineare attentamente il problema da trattare ed il percorso terapeutico da seguire.

D'altra parte invece, proprio in ragione di tutte le potenzialità precedentemente esposte, è possibile pensare che la musicoterapia sia utilmente impiegata anche come terapia a sé stante, per prevenire il peggioramento e per la riabilitazione in alcune forme di ADHD in età prescolare, nelle forme meno gravi o con prevalenza inattentiva e nelle forme senza grave impulsività.

Bibliografia

■ **CDC (Center for Disease Control and Prevention)**
Increasing Prevalence of Parent-Reported Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Among Children, www.cdc.gov, Atlanta, USA-United States, 2003 and 2007.

■ **Direttiva del 27 dicembre 2012 - Miur**
<http://hubmiur.pubblica.istruzione.it/alfresco/d/d/workspace/SpacesStore/8d31611f-9d06-47d0-bcb7-3580ea282df1/dir271212.pdf>.

■ **Kirschner S. & Tomasello M.**
Joint music making promotes prosocial behavior in 4-year-old children, in "Evolution and Human Behaviour", September 2010, Vol. 31, Issue 5, pag. 354-364.

■ **ISS Istituto Superiore di Sanità, Registro nazionale dell'ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder)**
Rapporti ISTISAN 08/35, 2008, primo anno di attività 2007-2008.

■ **Lesiuk T.L.**
A Rationale for Music-Based Cognitive Rehabilitation, in "Academic journal article from Music Therapy Perspectives", 2010, Vol. 28, N. 2, pag. 124-130.

■ **Moore R., Mathenius L.**
The Effects of Modeling, Reinforcement, and Tempo on Imitative Rhythmic Responses of Moderately Retarded Adolescents, University of Oregon, in "Journal of Music Therapy", 1987, Vol. 24, 3, pag. 160-169.

■ **Morton L.L., Kershner J.R., Siegel I.S.**
Il potenziale per le applicazioni terapeutiche della musica con problemi legati alla memoria e all'attenzione, in "Journal of Music Therapy", 1990, Vol. 27 (4), pag. 195-208.

■ **NIMH (National Institute of Mental Health di Washington)**
Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), in "NIMH publication no. 12-3572", U.S. Department of Health and Human Services, revised 2012.

■ **Polanczyk G., Silva de Lima M., Lessa Horta B., Biederman J., Rohde L.A.**
The Worldwide Prevalence of ADHD: A Systematic Review and Meta-regression Analysis, in "American Journal of Psychiatry", Vol. 164, Numero 6, giugno 2007, pag. 942-948.

■ **Plude D.B.**
New technology: A biological understanding of attention deficit hyperactivity disorder and its treatment, in "Journal of Neurotherapy", Vol. 1, pag. 10-14, 1996.

■ **Roskam K.**
Music therapy as an aid for increasing auditory awareness and improving reading skill, in "Journal of Music Therapy", 2003, Vol. 16, No. 4, pag. 31-42.

■ **Shehan P.K.**
A comparison of mediation strategies in paired-associate learning for children with learning disabilities, in "Journal of Music Therapy", 1981, 18:3, pag. 120-127.

■ **Wolfe D.E. & Horn C.**
Use of melodies as structural prompts for learning and retention of sequential verbal information by preschool students, in "Journal of Music Therapy", 1993, 30, pag. 100-118.



MUSICOTERAPIA E SONGWRITING

UN'ESPERIENZA DI TRATTAMENTO DI PAZIENTI ADULTI CON DOPPIA DIAGNOSI

Andrea Golembiewski, Musicista, Musicoterapista,
Genova

Throughout the renaissance, classical, romantic and twentieth-century periods, songs have become increasingly important in order to tell stories, reflect emotions and enhance worship.

We define songwriting in therapy as the process of creating, notating and/or recording lyrics and music by the client or clients and therapist within a therapeutic relationship to address psychosocial, emotional, cognitive and communication needs of the client. (Baker, Wigram 2005)

In this article, I report my annual experience of use of songwriting among other methods (recreation, improvisation and mostly listening) as a music therapist trainee in the treatment of dual diagnosis, adult patients who suffer from a mental illness and a comorbid substance abuse problem.

IL RUOLO DELLA CANZONE

Stainer e Barrett (1875) definiscono, nel Dictionary of musical terms, la canzone come come "Un pezzo di musica per voce o voci, accompagnata o non, o l'atto o l'arte del cantare".

Curt Sachs (1969; citato in Baker, Wigram, 2008) ha riportato come nelle melodie cantate nell'antichità si distinguessero due stili, uno da lui definito logogenico (linee di ribattuti, gradi congiunti con pochi salti, prevalentemente all'interno di un'ottava, suoni brevi), che poneva maggiore attenzione alle parole e dunque al significato, ed uno patogenico (ampi intervalli, suoni lunghi, melodie "a picco"), piuttosto incentrato sullo scarico di tensioni emotive: entrambi gli stili sono rilevanti per il lavoro musicoterapico (Baker, Wigram, 2008).

Mentre nell'antichità le canzoni erano soprattutto un veicolo per raccontare e tramandare storie, con l'avvento del Cristianesimo, esse hanno perseguito lo scopo di consolidare il culto religioso e diffondere uniformità nel codice liturgico. Grazie ai Trovatori Francesi nel XI secolo, la canzone subì un'ulteriore evoluzione ed iniziò ad affrontare il tema dell'amore. Le canzoni sono diventate sempre più importanti durante il Rinascimento, il Classicismo, il Romanticismo e il Novecento, per le stesse funzioni per le quali sono state originariamente utilizzate: raccontare storie, riflettere emozioni e rafforzare la religione (Baker, Wigram, 2008).

IL SONGWRITING IN MUSICOTERAPIA

Con **songwriting** in musicoterapia ci si riferisce alla pratica compositiva di canzoni in un contesto clinico, per o con i pazienti. Una prima importante distinzione è infatti necessaria per discernere tra quei brani composti dal terapeuta per il paziente (o per il gruppo) per perseguire un certo scopo terapeutico, e invece il lavoro svolto dal terapeuta per facilitare la pratica compositiva del paziente (o del gruppo).

I brani composti in contesti terapeutici sono considerabili sia in termini di processo che di prodotto: essi testimoniano i sentimenti e pensieri sperimentati in una certa fase del trattamento, costituiscono artefatti da condividere con altri e forniscono prova di padronanza, creatività ed espressione di sé (Baker, Wigram, 2008).

Definiamo pertanto il songwriting in musicoterapia come il processo di creare, scrivere la partitura e/o registrare parole e musica da parte del paziente o pazienti e del terapeuta nel contesto di una relazione terapeutica per affrontare i bisogni psicosociali, emotivi, cognitivi e comunicativi del paziente (Baker, Wigram 2008).

Il ruolo del terapeuta è quello di facilitatore del processo creativo, e permette al paziente di avere gli strumenti per creare una composizione che sia percepita come propria e che esprima bisogni, pensieri e sentimenti personali, sotto forma di musica e/o parole.

Le tecniche coinvolte

Il processo di songwriting coinvolge numerose tecni-

che (Caneva, 2007) frequentemente adoperate in musicoterapia, quali:

- Il brainstorming;
- L'ascolto;
- L'improvvisazione vocale e/o strumentale;
- La creazione di partiture;
- L'esecuzione;
- L'uso della voce;
- L'uso degli strumenti;
- La drammatizzazione di un testo;
- La realizzazione di una coreografia;
- L'incisione di un disco o videoclip.

Inoltre, nel corso del processo creativo, i pazienti possono diversificare i propri ruoli e concentrarsi su una delle tecniche sopracitate, per poi cambiare ruolo oppure fondersi con il gruppo in momenti di intensa corallità.

La canzone come prodotto

Un'altra importante caratteristica del songwriting è che porta alla creazione di uno o più prodotti: una partitura, un testo, una registrazione audio, un videoclip. "Una canzone di per sé è un prodotto finito e definito. È un'opera e come tale porta tracce del suo creatore e il suo artefice si riconosce in essa, la percepisce come propria. L'utente può sperimentare la sensazione di viverci come autore, esecutore con un grosso ritorno in termini di autostima. È tangibile, si può tenere in mano (CD, Audiocassetta, Partitura)

[...] La concretezza permette l'archiviazione e la conservazione nel tempo." (Caneva, 2007).

La canzone può essere esportata al di fuori della seduta di musicoterapia, riprodotta e cantata con amici e parenti, oppure eseguita in contesti come rassegne canore.

Obiettivi musicoterapici

Gli obiettivi terapeutici perseguibili con il songwriting in contesti clinici comprendono:

- miglioramento/nuovo sviluppo della comunicazione;
- espressione del Sé o esplorazione del Sé;
- rivisitazione della propria vita;
- affrontare e/o adeguarsi;
- esternare questioni dolorose;
- miglioramento/nuovo sviluppo di abilità cognitive (Baker, Wigram, 2008).

Applicazioni cliniche

La letteratura scientifica internazionale abbonda di articoli che descrivono il metodo del songwriting e i risultati su numerose popolazioni cliniche. C'è chi sostiene che "la creazione di canzoni è probabilmente la tecnica compositiva più comune nella pratica musicoterapica (internazionale, n.d.r.) odierna." (Maranto, 1993; citato in Caneva, 2007). La letteratura musicoterapica abbonda di testimonianze cliniche sull'uso della composizione di canzoni.

La documentazione del valore di tale tecnica con bambini ed adolescenti affetti da neoplasie, malattie ematiche o sottoposti a trapianto del midollo, è considerevole, soprattutto in anni recenti (Abad, 2003; Hadley, 1996; Kennelly, 1999; Ledger, 2001; Robb, 1996; Robb e Ebberts, 2003a, 2003b; Slivka e Magill, 1986; Turry, 1999; citati in Baker, Wigram, 2008).

Bambini e adolescenti che affrontano malattie che espongono al pericolo di vita hanno l'opportunità, grazie all'impiego di una serie di interventi di composizione di canzoni, di sperimentare le loro capacità, di osservare miglioramenti nell'affrontare gli altri

e di avere interazioni sociali (Abad, 2003; Robb e Ebberts, 2003a; Slivka e Magill, 1986; Turry 1999; citati in Baker, Wigram, 2008).

La ricerca sul songwriting in musicoterapia riguarda anche adolescenti che presentano difficoltà emotive, e ha rilevato miglioramenti nell'espressione di pensieri e sentimenti e aumento dell'autostima (Dubesky, Edgerton, 1990; Goldstein 1990; Lindberg, 1995; Robarts, 2003; citati in Baker, Wigram, 2008). In particolare, Robarts (2003; citato in Baker, Wigram, 2008) presenta il caso di una ragazza che ha subito uno stupro, mostrando come le canzoni fossero utili alla propria paziente al fine di prendere consapevolezza ed esternare aspetti di se stessa, di riconoscere la tristezza e la solitudine e di sviluppare fiducia.

L'esperienza di tirocinio

Nel 2015 ho progettato, con la supervisione del Prof. Gerardo Manarolo, un intervento di musicoterapia, che è stato poi realizzato presso la Onlus A.F.E.T. Aquilone¹ con la collaborazione di Roberto Tocci, musicoterapista in formazione e operatore della struttura e di Elisa Ruggeri, psicologa tirocinante presso A.F.E.T. Il progetto di musicoterapia è stato pensato

per un gruppo di pazienti adulti con doppia diagnosi inviati dai referenti della struttura sulla base della loro presunta idoneità e propensione alle attività laboratoriali, nello specifico, a mezzo musicale, e si è

sviluppato in un periodo di nove mesi.

In supervisione abbiamo ipotizzato un progetto bipartito, con sedute a cadenza settimanale, che prevedesse una prima fase di musicoterapia recettiva ed una successiva fase di musicoterapia attiva con attività di songwriting e che culminasse in una registrazione-prodotto a conclusione delle attività.

Obiettivi riabilitativi e terapeutici

L'intervento di musicoterapia si prefiggeva di favorire l'apertura di una dimensione terapeutica mirata al recupero da parte del paziente di spazi di autonomia, continuità

di relazione ed esperienza di socializzazione (Raglio, 2002; citato in Francomano et al., 2011). Inoltre, analogamente a quanto suggerito da Francomano et al. in "Un modello di musicoterapia nelle psicosi schizofreniche: Possibilità di impiego della musicoterapia nella riabilitazione psichiatrica", si ambiva:

- a potenziare le abilità cognitive;
- ad aprire canali di comunicazione, facilitando l'espressione e la rappresentazione del mondo interiore dei soggetti;
- a favorire la motivazione, la gratificazione e l'autostima, valorizzando le parti sane dei partecipanti;
- ad avviare un graduale processo di strutturazione del sé, aspetto di notevole rilievo nei soggetti psicotici che si caratterizzano per la dissociazione, la disorganizzazione e la destrutturazione interna. Il soggetto, infatti, tramite la musicoterapia, crea e condivide contenuti sonoro-musicali che sono espressione simbolica dei propri contenuti emotivi e dei vissuti interni;
- a permettere ai pazienti di scaricare energie e ansia (funzione catartica) tramite l'uso di strumenti, della voce e del corpo;
- a promuovere la socializzazione e l'interazione tra i vari componenti del gruppo;
- a sollecitare le doti empatiche dei partecipanti, stimolando l'ascolto attivo reciproco;
- a stimolare la capacità di problem solving dei partecipanti, e la loro capacità di collaborazione all'interno di un gruppo, mantenendo il focus su problemi di tipo creativo-artistico anziché su quelli personali.

Setting

Il centro non offriva un servizio di musicoterapia in precedenza. Abbiamo utilizzato una stanza ampia e luminosa, dove normalmente si svolgono i gruppi di sostegno. La stanza dispone di una lavagna magnetica, di numerosi computer con accesso a internet, e di tavoli e sedie per i partecipanti, oltre che di un impianto audio, di un videoproiettore e di una lavagna a fogli mobili.

Agli elementi già presenti nel setting si è aggiunto lo strumentario, funzionale allo svolgimento della musicoterapia attiva.

La durata delle sedute è stata fissata a sessanta minu-

ti. Il setting ha assunto, nella seconda parte del progetto, una configurazione stabile, con le sedie disposte in cerchio, una lavagna a fogli mobili a disposizione per scrivere e creare testi e partiture, gli strumenti a disposizione su un tavolo e l'impianto audio collegato a un computer per gli ascolti.

Il gruppo

Il gruppo con cui abbiamo lavorato può essere considerato un piccolo gruppo, con partecipanti compresi tra i 5 e i 10 elementi. Mediamente, abbiamo avuto 7 partecipanti a seduta.

Il gruppo era misto, a prevalenza maschile, con un'età media di 35 anni. I partecipanti erano accomunati da un quadro clinico di doppia diagnosi, dunque da problematiche di tipo psichiatrico frammiste a problematiche di dipendenza (prevalentemente, da sostanze stupefacenti; in alcuni casi, esclusivamente da alcool o da gioco d'azzardo).

Il gruppo ha mantenuto le caratteristiche del gruppo aperto a lento ricambio.

Anamnesi sonoro/musicale

Nella fase preliminare del progetto, si è svolta, sotto forma di intervista, la raccolta della storia sonoro/musicale dei pazienti dalla nascita al presente, con l'obiettivo di favorire la condivisione dei vissuti relativi alla musica all'interno del gruppo, e di raccogliere informazioni utili per le fasi successive. Abbiamo inoltre svolto, con il gruppo, un brainstorming sulle aspettative e conoscenze, maturate tramite esperienze pregresse o attraverso altre fonti di informazione, sul tema: "Che cos'è la musicoterapia?".

Musicoterapia recettiva

Durante la prima fase del progetto, ciascuna seduta è stata strutturata, dopo una breve accoglienza, intorno ad una sequenza di ascolti: ogni partecipante sceglieva liberamente un brano e lo faceva ascoltare al gruppo, utilizzando YouTube.

Ad ogni ascolto seguiva una fase di verbalizzazione, dove vi era la consegna di evitare il giudizio, sollecitando la comunicazione delle proprie emozioni e sensazioni, espresse anche sotto forma di immagini o

sinestesie, lasciando anche spazio agli eventuali collegamenti di natura culturale e a narrazioni biografiche. Il paziente che aveva proposto il brano forniva una motivazione per la scelta, e gli altri partecipanti venivano interpellati per restituire un feedback al gruppo. Dalle verbalizzazioni del gruppo, venivano estratte alcune parole chiave, che si riportavano sulla lavagna sotto forma di diagramma.

Talvolta, io e gli operatori abbiamo fornito delle consegne per orientare la sequenza di ascolti, allo scopo di creare varietà e mantenere viva l'attenzione e motivazione dei partecipanti.

Nella parte finale della prima fase, nelle sedute di Dicembre, ho cercato di introdurre la musicoterapia attiva orientando i nostri ascolti alla musica concreta, che riveste particolare interesse per la musicoterapia. L'intento era quello di valorizzare l'arte del rumore, e di dare legittimità alle future produzioni musicali del gruppo.

Abbiamo ascoltato e visto la performance intitolata *Water Walk* di John Cage, noto compositore avanguardista americano, e la performance degli *Stomp* dal titolo *Newspapers* (2009, Yes/No Productions), in cui i protagonisti utilizzano fogli di giornale per creare uno spettacolo musicale e cabarettistico.

Abbiamo poi discusso delle avanguardie musicali che hanno caratterizzato il Novecento musicale, quali futurismo e movimento dada.

Musicoterapia attiva

Nella seconda fase del progetto, iniziata a Gennaio, abbiamo introdotto le attività di produzione sonora/musicale. Quest'attività può essere potenzialmente gratificante, ma anche frustrante per il gruppo, dal momento che richiede ai partecipanti di esporsi, assumersi rischi e di confrontarsi con gli altri, con le proprie possibilità ed i propri limiti.

Nella scelta dello strumentario, abbiamo adottato prevalentemente strumenti percussivi, facilmente manipolabili.

I parametri musicali

Nell'attesa che gli strumenti arrivassero, abbiamo svolto un brainstorming su quali potevano essere i

parametri musicali su cui intervenire durante un'esecuzione strumentale; il gruppo ha evidenziato quattro coppie, polarità di un continuum ideale:

- Piano/Forte;
- Grave/Acuto;
- Denso/Sparso;
- Lento/Veloce.

La coppia denso/sparso fa riferimento sia alla durata delle note che alla loro quantità in un dato periodo di tempo.

Esplorazione ed improvvisazione con lo strumentario

Per questa attività, abbiamo accolto il gruppo nella stanza, con lo strumentario disposto su due tavoli al centro e delle sedie intorno ad essi, e abbiamo cercato di osservare le condotte del gruppo e dei singoli senza intervenire attivamente. Questo ha forse spiazzato il gruppo che era stato abituato ad un ampio uso del parlato, e che ha dunque iniziato a parlotare. Un paziente ha preso la chitarra, ha cercato di suonare qualcosa, e ha iniziato a raccontare di quando aveva studiato musica.

A questo punto, abbiamo introdotto la consegna di esplorare liberamente le possibilità sonore degli strumenti presenti per 15 minuti. Ad eccezione di un partecipante, particolarmente restio anche nella restituzione verbale, tutto il gruppo ha manipolato gli oggetti musicali. Chi aveva conoscenze musicali pregresse cercava di eseguire il proprio repertorio, specialmente sugli strumenti melodici più connotati (metallofono e chitarra).

Successivamente, abbiamo chiesto al gruppo una restituzione verbale tramite la quale è emerso un sentimento comune di frustrazione: in particolare, alcuni membri hanno lamentato di aver ricevuto una consegna troppo vaga.

In seguito, abbiamo fornito la consegna di comunicare con gli altri e con il gruppo attraverso gli strumenti, senza utilizzare il linguaggio parlato; anche questa attività doveva durare 15 minuti.

Due partecipanti, che erano seduti vicini, hanno messo in atto un dialogo sonoro e hanno comunicato non verbalmente, mostrando complicità attraverso

sguardi e sorrisi; la maggior parte dei partecipanti ha mostrato, invece, una certa chiusura al dialogo, ma tutti hanno esplorato gli strumenti, ad eccezione di un partecipante che è uscito dalla stanza in maniera brusca. Anche a questa improvvisazione è seguito un momento di restituzione al gruppo, e sono emersi dei vissuti più positivi.

Partiture grafiche

Nelle successive sedute, abbiamo svolto un lavoro di creazione di un codice di scrittura musicale, attraverso attività di brainstorming con il gruppo.

Partendo dai parametri musicali, precedentemente definiti, il gruppo ha proposto delle idee di rappresentazione grafica originali.

Il primo codice di rappresentazione grafica è stato così definito (Figura 1):

- i suoni sarebbero stati rappresentati da cerchi vuoti, di varia dimensione a seconda dell'intensità;
- questi suoni sarebbero stati posizionati al di sopra o al di sotto di una linea, per definirne approssimativamente l'altezza;
- la densità era definita graficamente come rapporto tra note e spazio orizzontale;
- la velocità era determinata dal direttore dell'esecuzione, che con una bacchetta scorreva all'interno della partitura, decidendo di fatto la velocità per gli esecutori.

Nel corso delle sedute, ho illustrato il concetto di loop/ostinato, inteso come ripetizione di una breve frase sonora/musicale ad libitum.

Ho preso spunto da un'idea di rappresentazione grafica con le linee proposta da una paziente per creare un codice alternativo al precedente, che ci permettesse di scrivere degli arrangiamenti e diversificare dunque i ruoli degli esecutori. Questo codice prevedeva delle linee colorate diverse per ogni strumento o per sezioni di strumenti. Dove la linea era tracciata, bisognava eseguire il proprio loop oppure un assolo improvvisato, dove non era tracciata, interrompersi. In figura vediamo rappresentata la composizione di un partecipante, con successive modifiche e cancellature. Il brano era composto per una sezio-

ne di strumenti a percussione e tre strumenti melodici, tra cui la chitarra che doveva eseguire un assolo improvvisato. Notiamo, nella parte alta, anche un'indicazione di crescendo e decrescendo (Figura 2).

Figura 1: Partitura grafica realizzata da un paziente

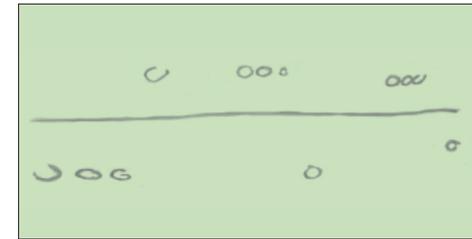


Figura 2: Partitura grafica



Va sottolineato come, in quest'attività, ciascun paziente abbia sperimentato ruoli musicali diversi: compositore, direttore, esecutore. Ho riscontrato un notevole interesse per l'attività da parte del gruppo, e anche io ero gratificato, dal momento che il lavoro era sufficientemente sfidante da non creare stagnazione, ma non troppo al di sopra delle capacità dei pazienti. Inoltre, dal momento che la paternità del codice apparteneva al gruppo, l'investimento emotivo nell'attività è stato notevole.

Creazione di videoclip e attribuzione di un titolo

Le esecuzioni basate sulle partiture grafiche sono state registrate, su richiesta dei partecipanti, e successivamente riascoltate. Abbiamo poi fornito al gruppo la consegna di pensare a delle immagini da associare alle composizioni ascoltate.

Sulla base delle associazioni suggerite dai pazienti, Elisa e Roberto hanno poi creato diversi videoclip, utilizzando immagini reperite sul web, con la registrazione ascoltata in precedenza come colonna sonora. Abbiamo riflettuto dunque insieme su come la musica influenzi l'esperienza della visione di un video, e viceversa su come le immagini orientino l'ascolto. Nella seduta successiva, il gruppo ha attribuito dei titoli ai videoclip creati.

SONGWRITING

Siamo approdati all'attività di songwriting circa a metà Marzo, e vi abbiamo dedicato numerosi incontri.

La prima attività che ho proposto è stata l'ascolto, analisi e successiva modifica di un brano di Fabrizio De André intitolato "Quello che non ho", dall'album Fabrizio De André (1981). Per agevolare il processo di creazione di un nuovo testo a partire dall'originale, ho presentato al gruppo la tecnica del fill-in-the-blank, citata da Freed (1987) nel suo lavoro con la popolazione tossicodipendente.

Dopo aver trascritto una strofa del brano, abbiamo scelto insieme le parole o frasi che potevano essere sostituite e ciascun paziente ha trovato sostituzioni coerenti con la metrica del brano. È stato interessante notare come diversi partecipanti utilizzassero il testo come contenitore per i propri vissuti, incorporandolo di fatto nella propria esperienza. Il brano, con le successive modifiche, ben rappresenta il desiderio di (re)integrazione sociale del gruppo.

Quello che non ho, è un posto di lavoro
 Quello che non ho, è una raccomandazione
 Quello che non ho, sono i tuoi denari
 Per vivere sereno, per guadagnarli il pane
 Quello che non ho, sono i problemi passati
 Quello che non ho, è quel che non mi manca

L'ultima frase è rimasta priva di modifiche, sebbene il gruppo abbia scherzato sul fatto che ai partecipanti, invece, mancassero eccome tutte le cose elencate nel testo.

Inaspettatamente, in supervisione con Manarolo ho scoperto che Andrea Cavalieri (2013), musicista e

musicoterapista, aveva già pubblicato un lavoro di songwriting a partire dal testo di "Quello che non ho", nel suo lavoro con una paziente adolescente. Il brano è stato poi cantato con delle basi reperite in rete.

Successivamente, ai partecipanti è stato proposto di scegliere brani in lingua italiana, che avremmo modificato per creare nuovo materiale testuale.

Dopo l'ascolto e l'analisi di ciascun brano proposto, abbiamo ripetuto l'approccio fill-in-the-blank per creare un nuovo testo. Non abbiamo mai trascritto i testi per intero, ma solo in parte, in modo da poter dedicare solamente una seduta a ogni brano, data la natura aperta del gruppo.

Il primo brano, derivato dalla canzone "L'anno che verrà" di Lucio Dalla (1979), è piuttosto fantasioso, e racconta di una chiromante che predice ai pazienti il tanto agognato cambiamento ed una risoluzione dei loro problemi sotto forma di amnistia.

Ma una chiromante

Ha detto che il nostro futuro

Porterà un cambiamento

E tutti quanti stiamo già aspettando

Sarà una gioia immensa

E un'amnistia plenaria

Ogni amore scenderà dalla luna

Anche I soldati faranno ritorno

Il testo successivo è stato creato a partire dal brano "Io non mi sento italiano" di Giorgio Gaber (2003). L'ascolto e l'analisi del testo avevano dato luogo a un lungo dibattito sul malfunzionamento del nostro Paese. Per evitare il luogo comune, ho proposto di stravolgere il contenuto politico del testo orientandolo verso un tema diverso. Una paziente ha proposto di sostituire "signorina" a "presidente", permettendo al gruppo di rileggere il brano in chiave amorosa e creare un nuovo testo, che trascrivo:

Mi scusi signorina ma questo nostro amore

Che voi rappresentate mi sembra un po' sopito

È anche troppo triste agli occhi della mente

Che è tutto calcolato e non ci cambia niente

Sarà che gli amanti per lunga confessione

Son troppo invidiosi e portan delusione
Persino nel mio cuore c'è un'aria incandescente
Rimugino su tutto e poi non cambia niente

Anche questi due brani sono stati poi cantati adottando delle basi musicali.

Il lavoro è andato avanti con altri brani, fino a che un utente ha proposto un brano in lingua inglese: "Father and Son" di Cat Stevens (1970). Il brano narra il tema del complesso rapporto padre/figlio.

Abbiamo provato a creare un nuovo testo in italiano, una traduzione non letterale che fosse più o meno coerente con la metrica del brano. Grazie all'inserimento di un nuovo paziente, che disponeva di una più che buona padronanza della chitarra e della voce, è stato possibile per la prima volta eseguire il brano con lo strumentario. Il gruppo si è suddiviso gli strumenti a disposizione, tutti i partecipanti hanno contribuito con il canto e con le percussioni, trainati dal chitarrista/leader. Segue la trascrizione delle due strofe create dal gruppo:

Non è tempo di cambiare

Ora lasciate andare

Tu sei giovane, non è una colpa

C'è ancora molto da scoprire

Innamorati, sii felice

Se tu vuoi potrai sposarti

Guarda me, sono vecchio

Ma felice

Sono stato come te

E so quanto è difficile

Stare calmi, quando trovi

Una difficoltà

Ma datti tempo, pensa sempre

Pensa a tutto ciò che hai qui

Sarai ancora qui domani, ma i tuoi sogni no

Arrangiamento e registrazione

Durante il mese di maggio, abbiamo ragionato insieme sulla forma canzone, dunque su come si può strutturare un brano e come si può diversificare un arrangiamento strumentale.

Partendo dai due versi di "Father & Son" elaborati in precedenza, abbiamo creato collettivamente un arrangiamento in cui fosse presente un intro strumentale, due versi distinti per contrasto (timbrico, dato che gli strumenti erano diversi e le voci si alternavano; dinamico, dato che l'intensità andava ad aumentare nel secondo verso), e un finale strumentale (coda). Sono state necessarie alcune prove, abbiamo registrato e riascoltato ogni tentativo, attraverso un registratore digitale, per pervenire a una registrazione definitiva.

Gli ultimi incontri sono stati dedicati all'arrangiamento e alla registrazione dei brani composti dal gruppo, che abbiamo impresso su un CD, poi restituito al gruppo nella seduta conclusiva.

RIFLESSIONI CONCLUSIVE

La narrazione diaristica delle sedute ha evidenziato vissuti positivi nel gruppo, e gli obiettivi terapeutici e riabilitativi proposti sembrano essere stati coerentemente perseguiti; in particolare, ritengo che questo intervento, di tipo supportivo-espressivo, abbia favorito l'integrazione sociale dei pazienti, stimolando e sostenendo il processo di strutturazione del Sé. Il musicoterapista, in questa esperienza, ha operato come facilitatore dell'espressione dei contributi personali e gruppalmente e offerto la sua competenza musicale per strutturarli in una forma (canzone) e in un codice (partitura), e trasformarli successivamente in un prodotto (CD, videoclip).

Limitandoci, per il momento, alle osservazioni compiute in seduta, al feedback dei partecipanti e alla letteratura esaminata, il songwriting parrebbe essere un metodo con buone potenzialità nel trattamento musicoterapico di pazienti con doppia diagnosi, che può essere ben integrato con l'improvvisazione e con l'ascolto musicale.

Note

[1] A.F.E.T. Aquilone offre servizi di tipo socio-sanitario e formativi rivolti a soggetti svantaggiati, e/o affetti da dipendenze patologiche.

Bibliografia

■ Baker F. & Wigram T.

Songwriting: Methods, Techniques and Clinical Applications for Music Therapy Clinicians, (2005), Educators and Students, Jessica Kingsley Publishers, trad. it. Antonietta De Vivo, "Songwriting. Metodi, tecniche e applicazioni cliniche per clinici, educatori e studenti di musicoterapia", ISMEZ, Roma, 2008.

■ Caneva P.A.

Songwriting. La composizione di canzoni come strategia di intervento musicoterapico, Armando Editore, Roma, 2007.

■ Cavalieri A.

Quello che non ho. Rielaborazione di una canzone d'autore in un intervento musicoterapico individuale, Musica&terapia, Quaderni Italiani di Musicoterapia, n. 27, pp. 38-41, Cosmopolis, Torino, 2013.

■ Francomano A., Carlone M.G., Dazzo M., La Barbera D.

Un modello di musicoterapia nelle psicosi schizofreniche: Possibilità di impiego della musicoterapia nella riabilitazione psichiatrica, Psichiatria e

Psicoterapia, Vol. 30, N. 4, pp. 277-299, Giovanni Fioriti Editore, Roma, 2011.

■ Freed B.S.

Songwriting with the Chemically Dependent, Music Therapy Perspectives, Vol. 4, No. 1, pp. 13-18, 1987.



SUONI, VOCI E PAROLE DELLE PERSONE CON DEMENZA

LA MUSICOTERAPIA AL "RIFUGIO RE CARLO ALBERTO"

Gianni Vizzano, Musicoterapista, Torino

The article elaborates on a presentation made at the Turin conference in 2015 "Distant Memories. Music Therapy and Alzheimer's Disease". It describes the analysis of clinical cases and of film of Music Therapy sessions at the Rifugio Re Carlo Alberto, which demonstrate the importance of the words expressed by the elderly with dementia (traces of life and memory) and the importance of preparing an appropriate setting (welcoming and free from interfering stimuli). The Music Therapy sessions held at the Rifugio were included in a randomized, controlled and multicenter research study (coordinated by Alfredo Raglio), and published in "The Journal of The American Geriatrics Society". The Rifugio, which specializes in the care of patients with Alzheimer's and other dementias, won the European EFID Award (European Foundations' Initiative on Dementia) in 2014 with the project "Us with You - Ambassadors for Alzheimer's". This project was recognised for its involvement of people with dementia in community life and for the different ways it raises awareness about dementia within the local community. Music Therapy has been offered to patients at the Rifugio since 2011 as part of a range of non-pharmacological therapies that contribute to their well being and active participation in community life. Non-pharmacological therapies, such as Music Therapy, are included among the international guidelines for creating "Dementia Friendly Communities".

Il Rifugio Re Carlo Alberto di Luserna San Giovanni (TO), struttura specializzata nella cura delle demenze e della malattia di Alzheimer, gestita dalla Diaconia Valdese e convenzionata con l'A.S.L. TO3 (Azienda Sanitaria Locale di Collegno e Pinerolo), ha ricevuto nel 2014 a Bruxelles il premio europeo EFID Award (European Foundations' Initiative on Dementia) bandito da un gruppo di fondazioni europee e rivolto a progetti innovativi che hanno l'obiettivo di migliorare la qualità di vita degli anziani con demenza. La giuria del premio è composta da due gruppi, uno di esperti professionisti europei del campo e uno di malati.

Il progetto del Rifugio dal titolo "Noi con Voi - Ambasciatori per l'Alzheimer" è stato l'unico progetto italiano premiato nella categoria "vivere bene con la demenza nella comunità" e si è distinto per le buone prassi mostrate in quindici anni di lavoro, per il coinvolgimento, delle persone con demenza, alla vita di comunità e per i diversi modi di sensibilizzare il pubblico del territorio su questa malattia.

Il progetto ha reso le persone con demenza "ambasciatori" per diffondere un nuovo pensiero sulle demenze. Sensibilizzare, informare la popolazione sul tema dell'Alzheimer e combattere lo stigma che colpisce chi è affetto da demenza e la sua famiglia, gli obiettivi del progetto. Significativi in tal senso sono stati, tra le altre iniziative, gli incontri esperienziali (informativi e divulgativi) sulla musicotera-

pia programmati al “Caffè Alzheimer”¹ di Pinerolo (TO) che hanno coinvolto malati e caregivers² e il progetto intergenerazionale “Radici e futuro”. Il progetto intergenerazionale ha coinvolto alcuni ospiti del Rifugio in vari momenti di condivisione e conoscenza con i bambini dell’asilo nido intercomunale di Torre Pellice (TO). L’incontro sonoro-musicale che ho condotto, nell’ambito del percorso “Radici e futuro”, ha evidenziato quanto i bambini siano importanti attivatori per le persone anziane.

Per poter convivere con la demenza è necessaria una comunità accogliente e inclusiva che sappia supportare i malati e facilitare l’espressione delle loro capacità residue. Creare una “comunità amichevole alla demenza” è diventata una priorità operativa internazionale³ per adattare le strutture e i servizi ai bisogni delle persone con demenza.

Anche i progetti degli altri

Paesi Europei che hanno vinto il Premio EFID nel 2014 (Scozia, Belgio, Olanda, Inghilterra e Svezia) si sono distinti per il tentativo di dare vita a comunità che curano, accolgono, comprendono e accompagnano le persone con demenza, secondo le seguenti linee guida:

- migliorare il modo in cui le persone con demenza e le loro famiglie vivono e fanno parte della loro comunità locale, creare occasioni di conoscenza e diffondere informazioni sulla demenza (progetti intergenerazionali, servizi, esercizi commerciali e turismo amichevoli con la demenza);
- creare opportunità per le persone con demenza per diventare soggetti attivi nelle decisioni e nelle azioni che le riguardano (incontri con i politici e gli amministratori locali, piccoli gruppi di discussione con un facilitatore);
- impiegare terapie non farmacologiche già nella fase iniziale della malattia, per riconoscere, supportare, mantenere, estendere, mostrare e celebrare quello che è ancora possibile nelle vite delle persone con demenza.

LA MUSICOTERAPIA AL RIFUGIO RE CARLO ALBERTO

Dal gennaio 2011 la musicoterapia è uno degli interventi non farmacologici proposti agli ospiti del Rifugio Re Carlo Alberto. La continuità negli anni ha permesso di rendere l’intervento una risorsa nelle varie fasi della malattia.

L’invio al trattamento di musicoterapia è condiviso dall’intera équipe: Responsabile di struttura, Direttore Sanitario, Psicologo, Responsabile Assistenziale, del Servizio Infermieristico, del Settore Alzheimer (Nuclei Alzheimer e Centro Diurno Alzheimer), e del Servizio Animazione (figura di connessione tra l’équipe e i consulenti che si occupano di proporre vari interventi non farmacologici).

Tutte queste professionalità si coordinano con gli operatori per decidere a quali ospiti sia più opportuno proporre l’intervento. I percorsi di musicoterapia sono rivolti in particolar modo alle persone con CDR (Clinical Dementia Rating) da 1 a 4 (da demenza lieve a molto grave), anche con la presenza di gravi disturbi psichici e/o comportamentali (ansia, depressione, apatia, vagabondaggio afinalistico). Si è pensato di rivolgere l’intervento agli ospiti con demenza e Alzheimer che hanno più difficoltà ad essere coinvolti nelle varie attività (animazione, cure standard), persone con difficoltà comunicative e relazionali, con disturbi comportamentali e ritiro sociale. Nel modello musicoterapico di riferimento (ovvero quello psicodinamico-relazionale) viene impiegata l’interazione sonoro-musicale per costruire un ponte comunicativo con la persona affetta da demenza, con lo scopo di riattivare e sviluppare le capacità espressive e relazionali più profonde e autentiche, che persistono lungo tutta la durata della vita di ogni essere umano.

Individuati gli ospiti ai quali proporre l’intervento, svolgo, in qualità di musicoterapista, alcuni colloqui preliminari con i responsabili e con gli operatori per conoscere la persona con cui lavorerò.

Altra pratica importante è la lettura della cartella clini-

ca, della diagnosi, del Piano Assistenziale Individuale e di un documento chiamato “storia di vita”, redatto dall’équipe, che contiene molti elementi utili all’anamnesi sonoro-musicale, indicazioni su interessi passati e presenti, eventi significativi, elementi distintivi del carattere. Svolgo in seguito osservazioni nel contesto quotidiano di vita, come ad esempio il salone o i corridoi, dove l’ospite passa la maggior parte della sua giornata, per acquisire elementi utili allo scopo di allestire un setting adeguato al paziente fin dalla prima seduta. Durante queste osservazioni della durata di circa trenta minuti rilevo la postura del paziente, le caratteristiche e le dimensioni di eventuali ausili (carrozzina, deambulatore), le modalità espressive spontanee (vocalizzi, utilizzo di oggetti o parti del corpo per produrre suoni, come ad esempio le proprie mani che percuotono il tavolino della carrozzina), le modalità di relazione con gli altri ospiti e con gli operatori.

In questa fase di conoscenza è inoltre necessario riconoscere le autonomie delle persone con demenza, in modo tale da permettere loro, anche nel setting musicoterapico, di potersi esprimere liberamente così come sono capaci, senza sentirsi in errore. Compito del musicoterapista è, attraverso l’osservazione e l’ascolto, accorgersi e valorizzare ogni modalità espressiva del paziente (anche quelle che appaiono impercettibili), ogni autonomia che possiede, nel momento e nei modi in cui essa si manifesta. Altro elemento fondamentale è individuare e sostenere le competenze del paziente (la competenza emotiva, la competenza a parlare, comunicare, contrattare, decidere) (Vigorelli, 2011). Quando la persona anziana progressivamente si spegne, senza un’evidente causa medica, vi sono spesso condizioni ambientali non stimolanti e non adeguate relazioni interpersonali con il conseguente eclissarsi delle proprie competenze.

UNO STUDIO MULTICENTRICO SUGLI EFFETTI DELLA MUSICOTERAPIA NELLA DEMENZA

Nel 2015 sono stati pubblicati sull’importante Rivista “The American Geriatrics Society” (Raglio, 2015) i risultati dello studio di ricerca multicentrico (rando-

mizzato e controllato) sugli effetti della musicoterapia attiva (improvvisativa) e sugli ascolti individualizzati di musica nelle demenze. All’interno di questo progetto (coordinato da Alfredo Raglio, promosso dalla Fondazione Sospiro di Cremona e patrocinato dal Dipartimento Sanità Pubblica, Neuroscienze, Medicina Sperimentale e Forense dell’Università di Pavia), sono state inserite anche le sedute di musicoterapia che si sono svolte al Rifugio Re Carlo Alberto (tra le nove istituzioni italiane coinvolte nello studio), di cui mi sono occupato nel 2013.

Nei gruppi trattati con la musicoterapia si è osservato un consistente trend positivo riguardante l’interazione tra musicoterapista e paziente. L’interazione sonoro-musicale ha mostrato un miglioramento sia da un punto di vista quantitativo, che qualitativo. L’incremento dei comportamenti musicali comunicativi (produzioni sonoro-musicali sintoniche e variazioni musicali) sono correlati a cambiamenti nel coinvolgimento emotivo durante le sedute e a un miglioramento del rapporto empatico tra musicoterapista e paziente.

I gruppi che hanno seguito il trattamento di musicoterapia hanno mostrato una riduzione di alcuni disturbi, come il delirio e la disinibizione. È inoltre emerso che il numero di sedute (venti) scelto nella progettazione dello studio è troppo esiguo per lo sviluppo di una relazione significativa tra il paziente ed il musicoterapista, in quanto l’analisi delle sedute di musicoterapia ha dimostrato che vi è un picco nelle sintonizzazioni sonoro-musicali nell’ultima settimana di trattamento.

SUONI, VOCI E PAROLE DELLE PERSONE CON DEMENZA

In occasione del Convegno “Memorie Lontane. Musicoterapia e Demenza di Alzheimer”, che si è svolto sabato 24 ottobre 2015 a Torino presso la Sala del Dialogo al Sermig - Arsenale della Pace, ho presentato una relazione insieme a Marcello Galetti (Responsabile del Rifugio Re Carlo Alberto). Oltre a spiegare come la struttura si è modificata negli anni per soddisfare i bisogni degli ospiti e per seguire al meglio il decorso della malattia di Alzheimer e delle

altre forme di demenza in ogni fase, ho mostrato ed analizzato alcuni frammenti video tratti dalle sedute di musicoterapia. Nel mio intervento mi sono proposto di far conoscere alcuni ospiti del Rifugio (Ambasciatori per l'Alzheimer) e l'evoluzione nelle sedute di musicoterapia, anche attraverso l'ascolto delle parole dei pazienti. Sebbene l'approccio utilizzato sia prevalentemente non verbale, talvolta gli anziani, soprattutto nella fase iniziale della malattia, portano in seduta anche le loro parole, e queste parole pronunciate spontaneamente non vanno ignorate. A volte costituiscono un elemento difensivo, spesso invece sono frammenti della loro storia: gli interessi, le passioni, i vissuti; altre volte ancora sono legate al contesto e alle produzioni sonoro-musicali della seduta.

Il setting musicoterapico è uno spazio dove accogliere anche le verbalizzazioni dei pazienti, tracce di vita e di memoria.

«Ogni volta che l'interlocutore non ascolta un anziano disorientato che parla, ogni volta che non cerca di capire che cosa lui vuole comunicare, così facendo contribuisce ad aumentarne il disorientamento. Il suo comportamento invece che curare (comportamento terapeutico) contribuisce a disorientare (comportamento patogeno). [...] Quando parliamo desideriamo essere ascoltati, essere capiti, produrre degli effetti. Le conseguenze del non essere ascoltati e capiti e del constatare che le parole dette non producono nessun effetto congruente sono più gravi nel caso degli anziani fragili, in particolare quelli con deficit cognitivi. Esperienze ripetute di disinteresse, di inutilità e di incomprensione portano a una reazione di frustrazione penosa e difficile da sopportare. La persona con demenza reagisce in modo automatico cercando di evitare queste esperienze frustranti e lo fa rinunciando a parlare, rinunciando alla relazione, isolandosi. [...] Da questo punto di vista l'isolamento della persona con demenza è il risultato di un meccanismo sano del suo apparato psichico, un mec-

canismo con cui cerca di preservarsi da esperienze frustranti e dolorose [...]. Tutte le parole degli anziani, anche le loro urla, hanno un valore comunicativo; tutti i gesti e i comportamenti degli anziani, anche i cosiddetti Disturbi Psicologici e Comportamentali associati alla Demenza (BPSD), hanno un valore comunicativo» (Vigorelli, 2015).

La persona affetta da demenza ha, come ciascuno di noi, tante identità: di padre, di figlio, di ex lavoratore, di persona con un certo carattere; la malattia però non gli consente più di padroneggiare queste identità

molteplici (in un certo momento è padre, subito dopo è figlio e chi gli sta accanto resta disorientato e contrariato).

Compito del terapeuta è riconoscere ed accogliere le identità molteplici dei

pazienti così come si manifestano e quando si manifestano (Vigorelli, 2011).

IL SIG. M.: DALLA DIFFICOLTÀ DI PERMANENZA NEL SETTING ALLA CONDIVISIONE SONORO-MUSICALE

Il Sig. M. (ospite del Centro Diurno, malato di Alzheimer), ad esempio, è stato capo ufficio tecnico di una ditta e maestro di una banda musicale (suonava il trombone). La malattia gli ha provocato alterazioni della memoria, disorientamento temporale e spaziale, irritabilità, vagabondaggio afinalistico, aggressività verbale.

Nelle prime sedute di musicoterapia il paziente ha manifestato difficoltà di permanenza nel setting, verbalizzazioni negative, irritabilità (atteggiamenti molto frequenti anche al di fuori del setting di musicoterapia e per i quali è stato proposto l'intervento). **"Io vado fuori, non sto qui, con la tromba e con questo"**, dice in una delle prime sedute. Il Sig. M. comunica una non accettazione del contesto proposto, ma dalle sue parole emergono anche tracce della storia di vita personale (la tromba). Dopo questa frase il paziente si alza e cammina nella stanza con un passo cadenzato che ricorda un po' quello

delle marce militari. Accompagno con uno strumento il ritmo del passo del Sig. M. il quale, pur affermando di riconoscere il contesto della stanza di musicoterapia (**"è un posto che conosco"**, dice), manifesta difficoltà nel farsi coinvolgere ed aggiunge, in dialetto piemontese, **"Non ho bisogno neppure di nessuna canzone, basta così"**. Emerge anche un altro elemento della personalità del Sig. M., dovuto alla situazione della sua malattia: il senso di inadeguatezza; aggiunge: **"Io sono solo, non ho nessun soldo e non posso fare niente"**.

Cosa è bene che faccia il musicoterapista in questi casi? Ascoltare le parole del paziente senza interrompere, senza correggere o fare domande, senza giudicare o completare le frasi lasciate in sospeso. Rispettando i silenzi, le pause, la lentezza e riconoscendo le emozioni espresse (Vigorelli, 2015). Sintonzarsi, dunque, anche con le parole dei pazienti. La porta della stanza di musicoterapia è chiusa, ma ovviamente non a chiave; il musicoterapista dà un tempo massimo alle sedute per fornire una cornice temporale stabile al paziente, ma se lui vuole terminare la seduta prima o anche dopo pochi minuti, può liberamente farlo: dobbiamo riconoscere le sue autonomie, le sue competenze e fra queste c'è la capacità di contrattare (dire la sua e decidere sulle cose che lo riguardano), la capacità di camminare, di muoversi nello spazio, di uscire dalla stanza di musicoterapia. Soprattutto per i pazienti che hanno avuto esperienze musicali, il contesto che proponiamo può essere frainteso e vissuto quasi come una lezione di musica: ho spiegato al Sig. M. fin dalle prime sedute, verbalmente e soprattutto con il mio atteggiamento, che il contesto della seduta di musicoterapia non richiede una prestazione.

In una seduta successiva il paziente dice: **"Ormai non faccio più niente"**. Quante volte gli anziani dicono questa frase nelle prime sedute di musicoterapia! Anche se sono coinvolti nel suonare gli strumenti è possibile che dicano: **"Ah, se mi vedesse**

mio figlio!", oppure **"A questa età, chi l'avrebbe mai detto!"**. Viene dunque manifestato il senso di inadeguatezza, ma nel caso del Sig. M. emergono anche verbalizzazioni positive (**"è bello"**, **"va bene"**), che nelle sedute di musicoterapia denotano segnali di accettazione del contesto. Ed emergono soprattutto termini legati alla musica, che non sono importanti perché siamo in una seduta di musicoterapia (con la presenza di strumenti musicali), ma perché nel caso di questo signore sono tracce della storia della sua vita: **"La banda, che sono quelli dei soldati, il trombone, il basso, la batteria, cercare di mettere a posto il bemolle, il tirante, scalante, tutta roba che doveva andare avanti alla svelta"** (sembra riferirsi alla marcia della banda musicale da parata). Le verbalizzazioni positive si rivolgono anche al musicoterapista (ora accettato positivamente dal paziente e con il quale si sta instaurando un'alleanza terapeutica): **"Molto bene, è bravo, si capisce che è uno che si è dato da fare"**, aggiunge in dialetto piemontese.

Con il proseguimento del percorso di musicoterapia, le parole lasciano spazio alla relazione sonoro-musicale. Partendo dal ritmo del passo del paziente, rispettando dunque il suo tempo e la sua velocità, ho proposto gradualmente sonorità simili a quelle appartenenti al suo repertorio musicale, ovvero i brani e le marce suonate con la banda del paese. Il paziente manifesta un

chiaro atteggiamento di ascolto (elemento che viene osservato durante una seduta di musicoterapia ed è considerato un atteggiamento attivo, anche quando il paziente non sta suonando uno strumento): il Sig. M., infatti, ascoltando il ritmo che propongo con il timpano, avvicina fin da subito la testa allo strumento; non solo, inizia anche a vocalizzare, seguendo le sonorità proposte (altro elemento che ci parla di un coinvolgimento del paziente). Sulla base ritmica del timpano, nasce un dialogo sonoro (vocale). Il paziente (che ha problemi di vista, quindi qualche

Con il proseguimento del percorso di musicoterapia, le parole lasciano spazio alla relazione sonoro-musicale

difficoltà nell'afferrare i battenti), avvicina la mano al timpano. Lascio allora i battenti e suono con le mani lo strumento, insieme al paziente, utilizzando un'intensità sonora volutamente un po' alta, perché il Sig. M. ha anche problemi di udito. Vi è condivisione, interazione. Introduco allora alcune variazioni (la comunicazione tra le persone, se autentica, è dinamica, non statica): il dialogo diventa in un'antifonia, ovvero le due voci si alternano. In seguito introduco un'altra variazione: aumento la velocità. Il paziente mi segue. Le variazioni sonoro-musicali condivise da musicoterapista e paziente, in una seduta di musicoterapia, corrispondono alla presenza di un dinamismo interiore, di un coinvolgimento emotivo. Ciò avviene quando vi è sintonia sul piano sonoro-musicale e a questa si aggiungono alcuni segnali di accettazione e coinvolgimento: nel caso di questa seduta, l'introduzione e la condivisione di variazioni sonoro-musicali e lo sguardo rivolto al musicoterapista. In altri casi può essere il movimento corporeo in sintonia con la produzione sonoro-musicale, oppure il sorriso.

“Canti a quel modo così?” mi dice il paziente al termine dell'interazione sonoro-musicale, ed esegue con la sua voce una scala ascendente e discendente. Le parole hanno lasciato spazio al ritmo, e dal ritmo si è passati alla melodia. Il tono della voce del Sig. M. è tranquillo, resta seduto a lungo, e per lui che soffre di vagabondaggio afinalistico (il cosiddetto wandering) è un risultato molto importante. L'intervento di musicoterapia ha ridotto l'atteggiamento di agitazione e irritabilità (anche al di fuori del setting).

Nelle proposte che facciamo ai nostri pazienti occorre essere prudenti, avere molta cautela. Nel caso del Sig. M., non ho subito proposto esattamente il repertorio che lui conosceva. Non è stato invitato ad ascoltare o cantare i brani a lui noti, perché questa proposta avrebbe potuto essere forse gratificante al momento, ma non avrebbe permesso un'evoluzione nel trattamento terapeutico e sarebbe risultata probabilmente frustrante (più volte il paziente ha manifestato il suo senso di inadeguatezza per non riuscire più a suonare le musiche che conosceva).

IL SIG. T.: L'INTERAZIONE SONORO-MUSICALE PER RIDURRE GLI ATTEGGIAMENTI ANSIOSI

Sappiamo che per facilitare l'orientamento (migliorando l'autonomia e l'indipendenza delle persone con demenza) è importante, ad esempio, personalizzare i suggerimenti (fotografie personali nelle stanze, oggetti ricordo), ma è bene non eccedere negli stimoli. Anche una semplice fotografia può essere utile o dannosa.

Un giorno mi sono recato nel Nucleo Alzheimer del Rifugio per invitare il Sig. T. alla seduta di musicoterapia. Ho trovato una signora che era andata a fargli visita, una sua cara amica. Pensando di fare una cosa gradita, gli aveva portato una foto con un cane, il cane di questa signora, con cui il Sig. T. aveva un ottimo rapporto. Il carico emotivo per l'ospite è stato talmente pesante che ha avuto una forte crisi di ansia e agitazione: per lui, in quel momento, è come se la foto, il cane reale, la signora, fossero un'unica cosa, un'unica grande emozione che lui non riusciva più a gestire.

Il Sig. T. è affetto da demenza di Alzheimer e vascolare. Sono presenti ansia, vagabondaggio afinalistico, affaccendamento, disinibizione. Questo ospite, fin dalle prime sedute di musicoterapia, ha utilizzato moltissimo gli strumenti musicali. Nel setting l'ansia si è manifestata dopo ogni sua produzione sonoro-musicale. Il Sig. T. mi diceva (con un tono di voce tranquillo): “Bene, basta, ho finito, andiamo?”, per poi riprendere a suonare. Queste verbalizzazioni col tempo si sono ridotte e tutta l'équipe del Rifugio si è sorpresa moltissimo nel vedere i video delle sedute, in cui il paziente riusciva a restare in un contesto per mezz'ora (elemento non consueto nella fase della malattia in cui si è svolto l'intervento musicoterapico) interagendo positivamente.

IL SETTING MUSICOTERAPICO: UN LUOGO ACCOGLIENTE E PRIVO DI STIMOLI INTERFERENTI

Negli interventi di musicoterapia con le persone affette da demenza, la stanza utilizzata per le sedute ha una fondamentale importanza: è necessario

che sia un luogo accogliente, ma privo di stimoli interferenti. Per favorire la libera espressività dei pazienti, il musicoterapista non fornisce delle “consegne”, ma è in costante atteggiamento di ascolto e di osservazione dei comportamenti spontanei delle persone con cui lavora. L'atteggiamento di disponibilità, di non direttività e di attesa (garantito solo da un luogo con caratteristiche di neutralità) favorisce la comparsa di un comportamento attivo nel paziente. Possiamo cogliere in tal senso analogie con l'Approccio Capacitante proposto dal Dott. Pietro Vigorelli (medico, psicoterapeuta) per favorire la conversazione verbale delle persone con demenza: «Il modo più semplice per favorire l'emergere della parola da parte delle persone con demenza non consiste nella stimolazione o nel fare domande, atteggiamenti che spesso provocano chiusura e opposizione, ma consiste nel pronunciare poche parole con tono pacato, poi tacere e restare in attesa» (Vigorelli, 2015).

L'Approccio Capacitante (Vigorelli, 2011) non si occupa di programmi e attività, ma suggerisce di partire dall'osservazione e dall'ascolto del paziente per creare una relazione in cui l'ospite sia riconosciuto come il protagonista e ogni attività venga considerata dal suo punto di vista. La proposta di Vigorelli si sviluppa sulla base di alcuni approcci: il metodo Validation di Naomi Feil (Feil, 2013) (metodo nato negli anni Sessanta che accetta le persone per quello che sono, prende atto che gli anziani tendono ad esprimere liberamente i loro sentimenti e aiuta gli operatori a comprendere le ragioni che

stanno dietro ai comportamenti degli anziani), l'approccio psicosociale di Tom Kitwood (1997) (modello di cura centrato sulla persona), la Gentlecare di Moyra Jones (2005) (approccio protesico che si basa su persone, programmi e ambiente, rimodulati in base alla definizione accurata dei deficit della persona malata) e il Conversazionalismo di Giampiero Lai (1993) (che ha sottolineato l'importanza dell'emergere della parola anche quando essa perde il suo valore comunicativo).

«Mi è stato molto utile, come musicoterapista, conoscere il lavoro del Dott. Vigorelli, per acquisire maggiore consapevolezza nell'utilizzo del canale verbale con le persone affette da demenza (per invitarle in seduta adeguatamente, orientarle nel setting ed accogliere le loro parole anche quando diventano meno comprensibili).

«Ho avuto la fortuna di assistere a varie forme di dialogo musicale con persone con demenza di grado severo. I musicoterapeuti sono esperti di questa forma di dialogo e riescono a interagire felicemente con persone che non sono più in grado di comunicare con la parola: utilizzano gli strumenti musicali, [...] ciascuno degli interlocutori suona lo strumento così come può, alternando la produzione di suoni con l'ascolto dei suoni prodotti dall'altro, così come avviene con l'alternanza dei turni verbali durante normali conversazioni» (Vigorelli, 2015).

IL SIG. G.: L'IMPORTANZA DELL'INVITO IN SEDUTA

Talvolta viene dato per scontato che il paziente accetti la proposta di partecipare alla seduta di musicoterapia. Si pensa, inoltre, che siano sempre gli operatori delle strutture ad accompagnare gli ospiti nella stanza di musicoterapia. Tale eventualità, soprattutto nel caso di sedute individuali, è piuttosto rara: nella maggior parte dei casi è il musicoterapista stesso ad occuparsi dell'invito a partecipare e dell'accompagnamento del paziente nel setting.

Anche nel caso in cui l'invito e l'accompagnamento sia fatto da un operatore, è bene che il musicoterapista si interroghi su come si sia svolto questo momento preliminare. Ovvero: cosa è accaduto prima della seduta? È stato rispettato l'eventuale rifiuto espresso (verbale o non verbale) dal paziente? Quali parole e gesti sono stati utilizzati per l'invito? Quali parole o gesti è utile che usi il musicoterapista

Il modo più semplice per favorire l'emergere della parola [...] consiste nel pronunciare poche parole con tono pacato, poi tacere e restare in attesa

sta? Quale risposta (verbale e non verbale) viene espressa dal paziente in seguito all'invito di partecipare? Cosa avviene (parole, gesti, comportamenti del paziente) durante il percorso verso la stanza di musicoterapia?

Quando mi reco presso il Nucleo Residenziale Alzheimer per invitare in seduta il Sig. G., spesso lo trovo seduto in salone con la fronte appoggiata sul tavolo e le braccia raccolte intorno alla testa.

Grazie alla collaborazione con gli operatori, cerco di individuare di volta in volta qual è la modalità più efficace per favorire il coinvolgimento dell'ospite. Non è facile trovare le parole, l'adeguato atteggiamento e il tono di voce giusto per comunicare con esattezza, semplicità ed efficacia ciò che stiamo proponendo. Compiendo insieme a lui il percorso verso la stanza di musicoterapia, cerco di rallentare il mio

passo e camminare alla stessa velocità dell'ospite: questa modulazione, le parole e gli sguardi che ci scambiamo, fanno già parte della seduta, in quanto sono parte integrante della relazione.

Nella prima parte della seduta il Sig. G. predilige la verbalizzazione: il contesto viene evidentemente percepito dall'ospite come spazio e tempo d'ascolto. L'uomo racconta soddisfatto dei suoi figli, dei lavori importanti che svolgono. Aggiunge che non è più quello di una volta, che non riesce più a suonare, così come non riesce ad usare una matita. **“Malgrado questo mi sembra di aver fatto una vita meravigliosa”, mi confida.**

“Per suonare questi strumenti bisognerebbe essere giovani e divertirsi”, esclama. “Ormai aspetto che la musica me la facciano gli altri”, riferendosi ironicamente al suo funerale.

Esprime verbalizzazioni legate al contesto. Quando fa risuonare le piastre più acute del metallofono, dice: **“Questi mi sembrano suoni lontanissimi”.** Dice di essere stupito (sembra riferirsi agli strumenti e all'incontro con il musicoterapista), e aggiunge: **“Il**

mondo è tanto grande, ma in questo momento mi sembra così piccolo”. Al termine della seduta, in seguito a varie interazioni sonoro-musicali durante le quali mette da parte le parole, l'espressione del viso del Sig. G. è molto sorridente e soddisfatta. Mi dice: **“Non so bene cosa ho fatto, ma per me è stato molto importante”.**

LA SIG.RA O.: IL CANTO PER SUPERARE LA PAURA

La Sig.ra O., ospite con importanti disturbi comportamentali (irritabilità, aggressività verbale), in seduta è stata subito molto chiara nel definire i suoni e gli

strumenti che non gradiva (**“Questo è troppo”, “non facciamo le cose stupide”**) e quelli che le piacevano (**“Questa è bella”, “facciamolo giusto”**).

Ciò che l'ha coinvolta maggiormente sono stati il suono della chitarra e il canto (segnale di accettazione e coinvolgimento). La sua irritabilità, che manifesta tirando fuori la lingua in un'espressione di collera, emerge soprattutto nei momenti di passaggio (ad esempio per spostarsi dalla carrozzina alla sedia o viceversa), momenti nei quali la Sig. O. ha paura, si sente insicura. Grazie a ciò che è emerso nelle sedute di musicoterapia (l'accompagnamento con la voce e con il suono della chitarra dei vocalizzi spontanei della signora), anche gli operatori ora accompagnano con il canto la Sig.ra O. in questi delicati momenti di passaggio: non fanno **“musicoterapia”** ma utilizzano un elemento osservato nelle sedute per migliorare la qualità di vita della donna.

IL SIG. S.: LE CANZONI PER ESPRIMERE I PROPRI VISSUTI

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

Il Sig. S. i propri vissuti li ha comunicati ed espressi attraverso le sue canzoni preferite.

L'elemento per **“agganciarlo”** e iniziare il percorso è stato la sua chitarra, che lui tiene nella sua stanza (piuttosto buia) all'ultimo piano del Rifugio (Nucleo Mansarda). La seduta, in realtà, inizia un po' prima di entrare nella stanza di musicoterapia. Quando vado a chiamarlo, nel pomeriggio, lo trovo a letto che dorme. Lo sveglio e gli dico che lo aspetto fuori dalla stanza. Lui si prepara, prende la sua chitarra, esce ed insieme scendiamo al piano terra dove è ubicata la stanza di musicoterapia, nella quale entriamo solo dopo un momento che è diventato una sorta di rituale: il caffè condiviso e, in giardino, la pausa sigaretta dell'ospite.

Il Sig. S. porta in seduta le canzoni del suo repertorio, spesso unisce più canzoni. Può accadere che inizi suonando e cantando con me **“È la pioggia che va”** dei Rokes, che prosegue con **“Come potete giudicar”** dei Nomadi e che termini (leggendo tutte queste canzoni in un'unica esecuzione) con **“Un ragazzo di strada”** dei Corvi: tutte cover di brani statunitensi pubblicate in Italia tra il 1966 e il 1967.

Il Sig. S. talvolta cambia alcune parti del testo dei brani che esegue spontaneamente; ad esempio **“Se cercate in ogni sguardo, dietro un muro di cartone, troverete tanta luce e tanto amore”** (**“È la pioggia che va”, Rokes**), può diventare: **“Se vedete noi per strada e vi fermate un po' con noi, vi accorgerete certo che non abbiamo fatto male mai”.** Mi piace pensare che queste sue parole, improvvisate, sono uno dei modi per combattere lo stigma che può colpire gli anziani fragili che vivono nelle Residenze Sanitarie Assistenziali o le persone affette da demenza.

«Una cosa comune nei casi di Alzheimer è che i pazienti perdono la memoria degli eventi e la storia della propria vita, i propri ricordi. Sembra che non riescano ad accedervi direttamente. Ma i ricordi per-

sonali sono **“racchiusi”**, parzialmente, in cose come la musica. Questo è vero, in particolare, per le canzoni che un malato conosceva, o che aveva imparato, e specialmente per le canzoni che cantava. E così il passato, che non è recuperabile in nessun modo, sembra quasi, diciamo così, **“custodito nell'ombra della musica”.** Le persone possono riconquistare un senso d'identità, almeno per un po'» (Oliver Sacks, dal video: **“I casi di Alzheimer e il potere della musica”**).

LA SIG.RA N. E LE CANZONI DI DAVID BOWIE

Due anni fa ho seguito, in un piccolo gruppo di tre pazienti, la Sig.ra N. (63 anni), malata di Alzheimer. Nelle prime sedute la signora ha gradito accompagnare con la propria voce e con il movimento corporeo le interazioni sonoro-musicali.

In occasione della quarta seduta, appena la Sig.ra N. entra nel setting in cui vi sono gli strumenti musicali, mi dice che non vuole restare, perché a lei non piacciono le musiche che

facciamo: **“A me piace la musica moderna, quella metal!”**, dice.

Avverto immediatamente che la donna sta esprimendo qualcosa di sé, una scelta. Le chiedo se

vuole farmi conoscere una canzone che le piace. Subito la signora si sente coinvolta e risponde: **“A me piacciono le canzoni di David Bowie!”.**

Cantiamo insieme **“Life On Mars?”**, gli occhi della donna si illuminano: **“Bella!”**, esclama.

Durante il percorso di musicoterapia, nelle varie improvvisazioni, siamo poi passati alla condivisione e al canto di altre canzoni di Bowie, delle canzoni preferite dagli altri pazienti del gruppo, per poi arrivare alle interazioni sonoro-musicali con gli strumenti. In occasione di quella quarta seduta, ho avuto la conferma che gli ospiti delle strutture **“per anziani”**, non sono necessariamente persone che amano il liscio, il suono della fisarmonica e il gioco della tombola. Lo scorso anno, al Rifugio, sono arrivate due persone affette da demenza di quarantasei e cinquantacinque anni. Questo sollecita tutti

Non è facile trovare le parole, l'adeguato atteggiamento e il tono di voce giusto per comunicare con esattezza, semplicità ed efficacia ciò che stiamo proponendo

Nei casi di Alzheimer i pazienti perdono la memoria degli eventi e la storia della propria vita... Ma i ricordi personali sono “racchiusi”, parzialmente, in cose come la musica

noi (animatori, musicoterapisti) a rivedere le proprie proposte. La Sig.ra N. è morta lo scorso anno: per lei sono state le canzoni di David Bowie ad aprire un importante canale comunicativo con il mondo esterno...

«È una piccola terribile storia per la ragazza dai capelli grigi, ma sua madre sta gridando “No” e suo padre le ha detto di andare. Ma il suo amico non si è fatto vivo. Ora lei cammina nel suo sogno sommerso, verso il posto con la visuale migliore ed è rapita dallo schermo d’argento» (David Bowie “Life On Mars?”, 1971).

Note

- [1] Il Caffè Alzheimer, nato in Olanda nel 1997 da un progetto dello psicogeriatra olandese Bère Miesen e ora diffuso in varie parti del mondo, si svolge in un locale pubblico (caffetteria) dove le persone affette da demenza possono recarsi per due o tre ore ogni quindici giorni o una volta al mese, con i propri familiari o caregivers, per scambiare e condividere esperienze sotto la guida di personale specializzato, sorseggiando caffè e tè, con dolci ed altri generi di conforto. L’Arc en ciel - Caffè Alzheimer di Pinerolo (TO) è promosso dal Rifugio Re Carlo Alberto con la partecipazione di ASL TO3 (www.arcencielcafe.it).
- [2] Persone, parenti o badanti, che si prendono cura di un malato o di una persona non in grado di badare a se stessa.
- [3] Come risulta dalle linee guida della federazione Alzheimer’s Disease International (ADI), la cui trentaduesima Conferenza Internazionale si svolgerà a Kyoto (Giappone) dal 26 al 29 aprile 2017.

Bibliografia

■ Bissolo G., Fazzi L., Gianelli M.V.

Relazioni di cura. Introduzione alla Psicologia sociale maligna, Carocci Faber, Roma, 2009.

■ Feil N.

Validation. Il metodo Feil. Per comprendere ciò che i grandi anziani fanno nella mente e nel cuore, ed. it. (a cura di) V. de Klerk-Rubin, Minerva, Bologna, 2013.

■ Henderson C.S.

Visione Parziale: un diario dell’Alzheimer, Associazione Goffredo de Banfield (Trieste), Federazione Alzheimer Italia, Milano, 2002.

■ Jones M.

Gentlecare. Un modello positivo di assistenza per l’Alzheimer, Carocci, Roma, 2005.

■ Kitwood T.

Dementia reconsidered: the person comes first, Open University Press, Buckingham, 1997.

■ Lai G.

Conversazionalismo, Bollati Boringhieri, Torino, 1993.

■ Raglio et al.

Effect of Active Music Therapy and Individualized Listening to Music on Dementia, A Multicenter Randomized Controlled Trial, JAGS (Journal, The American Geriatrics Society), agosto 2015, Vol. 63 (n. 8), pp. 1534-1539.

■ Sacks O.

Musicofilia. Racconti sulla musica e il cervello, Adelphi Edizioni, Milano, 2008.

■ Vigorelli P.

L’approccio capacitante. Come prendersi cura degli anziani fragili e delle persone malate di Alzheimer, FrancoAngeli, Milano, 2011.

■ Vigorelli P.

Alzheimer. Come favorire la comunicazione nella vita quotidiana, Franco Angeli, Milano, 2015.

■ Vizzano G.

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

■ Vizzano G.

Musicoterapia e demenze: l’esperienza presso strutture residenziali e diurne Alzheimer, Musica & Terapia Quaderni Italiani di Musicoterapia n. 29, gennaio 2014, Cosmopolis, Torino, pp. 25-35.

■ Vizzano G.

Musicoterapia e demenze: esperienze presso strutture residenziali e diurne Alzheimer, in Degli Stefani M., Xodo L. (a cura di) “Suoni, tempi e ritmi nelle relazioni di cura. Opportunità musicali per la salute mentale”, Cleup Edizioni, Padova, 2015.

■ Watzlawick P., Beavin J.H., Jackson D.D.

Pragmatic of human communication. A study of interactional patterns, pathologies and paradoxes, W.W. Norton, New York, 1967, trad. it. “Pragmatica della comunicazione umana”, Astrolabio, Roma, 1971.



ASPETTATIVE E OPINIONI DI UN CAMPIONE DI PAZIENTI PSICHIATRICI RICOVERATI RISPETTO A UN'ESPERIENZA DI MUSICOTERAPIA RECETTIVA

Palmieri G., MD, PhD, Ospedale Privato Villa Igea, Modena
Ferrazzi G., Servizio Tossicodipendenze, Sassuolo (Mo)
Pingani L., PhD, Sviluppo Risorse Umane, USL Reggio Emilia

Receptive group music therapy is a technique widely used in the field of psychiatric rehabilitation.

In this study we collected the opinions of 107 psychiatric patients admitted to a private psychiatric hospital in Modena, participating weekly in a receptive music therapy group, as part of a rehabilitation program structured on the CBT model. Most of the patients, interviewed through a questionnaire, reported to receive important benefits from the music therapy group in the context of emotional recognition and management, socialization and introspection.

These data encourage us to use this type of music therapy group during the psychiatric rehabilitation process and to try to identify better for which types of patients may be more useful.

La musicoterapia recettiva è una tecnica ampiamente utilizzata nell'ambito della riabilitazione psichiatrica, soprattutto a livello gruppale. In questo studio abbiamo raccolto le opinioni di un campione di 107 pazienti psichiatrici ricoverati presso l'Ospedale Privato Villa Igea di Modena, che partecipano settimanalmente a un gruppo di musicoterapia nell'ambito di un percorso riabilitativo strutturato sul modello cognitivista. La maggior parte dei pazienti intervistati attraverso un apposito questionario ha dichiarato di ricevere benefici dal gruppo rispetto al riconoscimento emotivo, alla gestione di emozioni problematiche, alla socializzazione e all'introspezione. I dati ottenuti ci incoraggiano ad utilizzare questo tipo di tecniche gruppalmente durante il percorso di ricovero e a cercare di capire con ulteriori studi per quali tipologie di pazienti possono essere più utili.

Nella definizione della World Federation of Music Therapy "la musicoterapia è l'uso della musica e/o degli elementi musicali (suono, ritmo, melodia e armonia) da parte di un musicoterapeuta, con un utente o un gruppo, in un processo atto a facilitare e favorire la comunicazione, la relazione, l'apprendimento, la motricità, l'espressione, l'organizzazione e altri rilevanti obiettivi terapeutici al fine di soddisfare le necessità fisiche, emozionali, mentali, sociali e cognitive" (World Federation of Music Therapy, 1996). La musica viene attualmente utilizzata in diversi set-

ting psichiatrici per la terapia di depressione (Erkkilä et al, 2011), psicosi (Talwar et al., 2007) e in generale nella riabilitazione psichiatrica (Silverman e Marcionetti, 2004; Silverman, 2009), benché da più parti emerga la necessità di definire in modo più preciso le indicazioni e l'ambito di utilizzo.

Presenteremo in questo articolo alcuni dati e alcune riflessioni relative all'esperienza di musicoterapia recettiva che si svolge in una Residenza a Trattamento Intensivo (RTI) dell'Ospedale Privato Villa Igea di Modena, una struttura privata accreditata che opera in collaborazione con il Servizio Sanitario Nazionale nella cura della patologia psichiatrica in fase acuta e nella riabilitazione psichiatrica. In particolare ci siamo concentrati sulle aspettative e sulle opinioni dei pazienti rispetto all'esperienza della musicoterapia sperimentata durante la degenza, in considerazione del fatto che negli ultimi anni il coinvolgimento diretto del paziente stesso nelle scelte terapeutiche e il suo gradimento del progetto di cura hanno assunto un'importanza sempre maggiore (Charles C. et al., 1999; Joosten et al., 2008).

MATERIALI E METODI

Il gruppo

Il gruppo di Musicoterapia, ispirato al modello di Postacchini (1997), ma con modifiche di ispirazione cognitivista, viene tenuto da uno psichiatra con esperienze in musicoterapia e con una formazione

psicoterapica cognitivo costruttivista. Si svolge una volta a settimana per la durata di 60 minuti circa, coinvolgendo circa 10-15 pazienti. Il ricambio dei partecipanti è abbastanza veloce in quanto il reparto è una residenza a trattamento intensivo con una durata media del ricovero di 30 giorni e il paziente riesce a partecipare mediamente a 3-4 gruppi durante la degenza. La partecipazione al gruppo viene consigliata dall'équipe di medici e psicoterapeuti, come quella agli altri gruppi (skill training, mindfulness, rilassamento, gruppi psicoeducativi sull'abuso di alcol e sostanze), che costituiscono un percorso clinico di trattamento dei disturbi affettivi e della personalità della durata media di quattro settimane, ispirata al modello della Terapia Dialettico Comportamentale (Linhean, 2001) e della Acceptance and Commitment Therapy (Harris, 2011).

Nel gruppo vengono ascoltate tre o quattro canzoni proposte prevalentemente dai pazienti e durante l'ascolto viene richiesto ad ogni paziente di compilare un'apposita scheda, ideata dal conduttore (Allegato 1), che si ispira alla scheda ABC di Beck (1975), in cui sono elencate diverse emozioni e la loro intensità secondo una scala di Likert a cinque modalità di risposta (per nulla, poco, abbastanza, molto, moltissimo). La scheda comprende anche uno spazio libero per segnare pensieri, emozioni e immagini. Alla fine di ogni brano ogni partecipante legge quello che ha scritto e ne segue una discussione di gruppo.

Il gruppo ha la finalità di potenziare l'autoservizio, il riconoscimento di stati emotivi e immagini mentali e di affrontare temi significativi per i pazienti (come la perdita, la richiesta di aiuto, la dipendenza) ispirati dall'ascolto delle canzoni, che facilitano la condivisione di pensieri ed emozioni e creano un clima più informale rispetto ad altri gruppi.

Questionario di autovalutazione

Abbiamo creato un apposito questionario di autovalutazione (Allegato 2) costituito da otto domande relative alla percezione dei benefici percepiti dalla frequentazione del gruppo di musicoterapia e al rapporto della persona con la musica.

Tre domande avevano risposta sì/no, mentre le altre avevano cinque risposte possibili, su una scala di Likert (da "per nulla" a "moltissimo").

Il questionario è stato somministrato prima della dimissione a pazienti con disturbi affettivi, della personalità e dipendenza da alcol, che avessero frequentato almeno tre gruppi di musicoterapia durante il ricovero.

Risultati

Il campione complessivo è risultato formato da 107 pazienti di cui 49 (46%) maschi e 58 (54%) femmine, di età compresa tra i 18 e gli 87 anni, con età media di 45 anni (SD=13,97), affetti da disturbi affettivi, della personalità e dipendenza da alcol.

Per quanto riguarda la risposta alla domanda n. 1 "È la prima volta che intraprende un percorso di musicoterapia?", l'80,4% (n=86) ha risposto in modo affermativo e il 19,6% (n=21) in modo negativo.

Alla domanda n. 2 che chiedeva "Crede che la musica potrebbe rappresentare un aiuto all'interno del suo percorso di cure?" il 95,3% (n=102) ha risposto in modo affermativo e il 4,7% (n=5) in modo negativo.

Alla domanda n. 3 "Crede che dopo questo percorso di musicoterapia, una volta a casa, ascolterà la musica con più attenzione rispetto a quello che sente dentro?" l'87,9% (n=94) ha risposto in modo affermativo e il 12,1% (n=13) in modo negativo.

Le risposte alle domande n. 4-8 con risposta multipla su scala di Likert sono sintetizzate nella **Tabella 1**.

Discussione

Dall'analisi dei risultati il primo dato che emerge è che la maggior parte dei pazienti (oltre l'80%) non aveva mai sperimentato la partecipazione a qualche tipo di attività musicoterapica. Il dato colpisce soprattutto considerando che la maggior parte dei pazienti ricoverati nel reparto di Villa Igea, dove è stato condotto lo studio, ha mediamente una lunga storia psichiatrica alle spalle e sono già in carico da anni a servizi psichiatrici pubblici o privati. Questo conferma come nella nostra realtà locale la musicoterapia trovi spazi ancora limitati nonostante abbia un'importante tradizione culturale, si pensi ad esempio al lavoro del musicoterapeuta Claudio Cavallini (Albano et al. 2004). Questo può essere motivato dal fatto che, nonostante diverse evidenze di efficacia per diversi disturbi (Silverman M.J., 2009), il ruolo specifico della musicoterapia in ambito psichiatrico non è ancora del tutto chiaro.

Il nostro studio ha mostrato come la stragrande maggioranza (oltre 95%) dei soggetti partecipanti abbia percepito l'intervento musicoterapico come estremamente utile all'interno del percorso di cura. Questo risultato non ci sorprende particolarmente in quanto l'ascolto della musica rappresenta per molte persone un'attività piacevole, che favorisce il benessere soggettivo e che rende meno stigmatizzante e temuta l'esperienza del ricovero psichiatrico. Rispetto ad altre attività gruppalmente proposte durante il ricovero, l'atmosfera nel gruppo di musicoterapia è più informale ed accogliente e la musica spesso contribuisce a creare un contesto dove parlare di sé e dei propri vissuti. Questo risultato è in linea con altri studi che hanno mostrato come le attività musicoterapiche venivano preferite dai pazienti rispetto ad altre attività riabilitative (Silverman M.J., 2006). In altri contesti è stato dimostrato come un intervento musicoterapico possa favorire la motivazione al trattamento in gruppi di pazienti psichiatrici gravi o che abusano di sostanze, probabilmente grazie alle proprie-

tà aggreganti e risocializzanti della musica (Ross et al., 2007; Dingle et al., 2008).

Colpisce come molti pazienti (oltre l'87%) si aspettino anche di vivere diversamente l'esperienza di ascolto musicale anche una volta dimessi, con una maggiore attenzione all'autoservizio e a come la musica possa evocare stati emotivi. Negli ultimi anni la musica ha

letteralmente invaso le nostre vite, sia grazie alla diffusione di riproduttori musicali portatili (smartphone, tablet, computer, autoradio), che grazie alla sua diffusione in ambienti pubblici (aeroporti, centri commerciali, etc.).

Sono sempre meno i momenti in cui si ascolta la musica senza essere impegnati contemporaneamente in altre attività. In questo senso il gruppo di ascolto può avere i caratteri di un'esperienza di attenzione consapevole, in linea con gli esercizi di mindfulness proposti in approcci terapeutici come la Dialectical Behavioral Therapy (Linehan, 2001) o l'Acceptance and Commitment Therapy (Harris, 2011).

La maggior parte dei partecipanti allo studio (62,2%) ha valutato inoltre la musicoterapia come un aiuto nella gestione dell'ansia. Questo risultato è in linea con diversi studi che mostrano come l'uso della musica in ambito ospedaliero sia correntemente utilizzata per ridurre il dolore, l'ansia e lo stress (Standley, 1995).

La maggior parte dei pazienti ha percepito questa metodologia come molto utile (37,4%) o utilissima (30,8%) nel riconoscimento delle emozioni. L'ascolto di ogni singolo brano, durante i gruppi, è stato seguito infatti dalla compilazione di un'apposita scheda da noi creata per registrare le diverse emozioni provate durante l'ascolto. I brani proposti, tratti prevalentemente da un repertorio di musica d'autore italiana, sono risultati ispiratori di un ricco e variegato repertorio emotivo in tutti i partecipanti, suscitando emozioni come nostalgia, tristezza e rabbia, così come sentimenti di gioia, serenità e rilassamento. Il problema del riconoscimento delle proprie emozioni e dei propri vissuti interni risulta di cruciale importan-

La maggior parte dei partecipanti allo studio (62,2%) ha valutato inoltre la musicoterapia come un aiuto nella gestione dell'ansia

Tabella 1: Risposte al questionario

Domanda	PER NULLA	POCO	ABBASTANZA	MOLTO	MOLTISSIMO
4. In che misura crede che la musicoterapia possa far diminuire l'ansia?	2 (1,9%)	10 (9,3%)	28 (26,2%)	38 (35,5%)	29 (27,1%)
5. In che misura crede che la musicoterapia possa aiutarla a riconoscere le emozioni?	2 (1,9%)	4 (3,7%)	28 (26,2%)	40 (37,4%)	33 (30,8%)
6. Quanto crede che la musicoterapia possa aiutarla a gestire le emozioni?	3 (2,8%)	11 (10,3%)	39 (36,4%)	34 (31,8%)	20 (18,7%)
7. Quanto pensa che la musicoterapia possa aiutarla a socializzare con gli altri pazienti?	4 (3,7%)	10 (9,3%)	32 (29,9%)	37 (34,6%)	24 (22,4%)
8. In che misura crede che la musicoterapia possa aiutarla a conoscere meglio se stesso/a?	1 (0,9%)	17 (15,9%)	32 (29,9%)	29 (27,1%)	28 (26,2%)

za nel paziente psichiatrico grave, in particolare quello affetto da disturbi della personalità, spesso affetto dal cosiddetto deficit di mentalizzazione, che si caratterizza dalla difficoltà di individuare e interpretare gli stati interni propri e dell'altro (Semerari, 1999).

L'utilizzo della canzone come stimolo emotivo si è rivelato efficace ad "allenare" i soggetti a riconoscere le emozioni suscitate dall'ascolto dei brani.

Poco meno della metà dei partecipanti ritiene, invece, che la musicoterapia possa essere d'aiuto anche a gestire le proprie emozioni. Essendo il campione costituito da pazienti psichiatrici gravi è necessario considerare i complessi

stati emotivi che caratterizzano questi individui, che possono andare dai gravi stati di angoscia fino a stati dissociativi. È difficile immaginare

che in questi casi un intervento musicoterapico strutturato come il nostro possa migliorare le proprie abilità di gestione degli stati emotivi. Per raggiungere questi obiettivi i nostri pazienti frequentano gruppi specifici di Skills Training ispirati al modello della Dialectical Behavioral Therapy (Linehan, 2001).

È comunque da tenere in considerazione come per molte persone la musica possa rappresentare un modulatore degli stati emotivi. Si pensi ad esempio a chi ascolta musica per aumentare la propria motivazione in attività sportive, pratica tra l'altro vietata a livello agonistico perché considerata come doping.

La maggioranza (57%) dei pazienti ritiene che il gruppo di musicoterapia favorisca la socializzazione. È noto che disturbi psichiatrici gravi possano compromettere, almeno temporaneamente, le competenze sociali spingendo il paziente in uno stato di isolamento che può a sua volta peggiorare il quadro psichiatrico in un pericoloso circolo vizioso.

Il ricovero in sé ha spesso un effetto risocializzante in quanto l'individuo si trova a trascorrere un periodo di tempo in un ambiente accogliente, dove ha l'opportunità di relazionarsi con operatori formati all'ascolto e altri pazienti con storie simili alla propria. In questo modo si riduce l'effetto del cosiddetto stigma legato alla malattia mentale, tuttora presente in molti ambiti sociali.

Il gruppo di musicoterapia in questo senso agisce, a nostro avviso, come un catalizzatore ai fini di ottenere questo obiettivo e l'atmosfera resa più informale dalla musica favorisce scambi relazionali e l'interessarsi al mondo emotivo dell'altro.

Ci ha abbastanza sorpreso il fatto che la maggioranza dei pazienti consideri il gruppo di musicoterapia come un'occasione per conoscere meglio se stessi, alla stregua di una vera e propria esperienza psicoterapica.

Durante la degenza, il paziente sostiene colloqui almeno settimanali con uno psicoterapeuta e partecipa a gruppi terapeutici-riabilitativi tenuti da psicologici e infermieri che hanno l'obiettivo di aumentare il livello di consapevolezza del paziente rispetto ai propri problemi.

Evidentemente anche questo tipo di gruppo assume per la persona un significato psicoeducativo.

Il notevole coinvolgimento del paziente in questo tipo di attività è dimostrato infine dal fatto che la stragrande maggioranza degli intervistati auspica di continuare anche dopo il ricovero autonomamente un ascolto più attento della musica, come avvenuto durante i gruppi in reparto, con la finalità di continuare quell'allenamento al riconoscimento delle emozioni che a nostro avviso rappresenta il maggiore beneficio di questa attività riabilitativa.

Lo studio condotto conferma l'alto coinvolgimento dei pazienti nell'attività di musicoterapia recettiva proposta durante il ricovero. È risultato evidente dall'analisi dei dati che la maggioranza dei pazienti percepisce l'utilità di questo gruppo in particolare per il riconoscimento delle emozioni e lo stimolo alla socializzazione.

Questi risultati ci incoraggiano a mantenere questo tipo di attività tra quelle proposte durante il ricovero. Sarà interessante indagare tramite futuri studi su quali sottogruppi di pazienti questo trattamento otterrà risultati migliori.

Lo studio condotto conferma l'alto coinvolgimento dei pazienti nell'attività di musicoterapia recettiva proposta durante il ricovero

ALLEGATO 1		SCHEDA MUSICOTERAPIA				
Nome						
Età						
Data						
Brano						
	LIVELLO DI INTENSITÀ					
	1. Per nulla	2. Poco	3. Abbastanza	4. Molto	5. Moltissimo	
Tristezza						
Nostalgie						
Speranza						
Calma						
Serenità						
Grandiosità						
Potenza						
Gioia						
Pesantezza						
Piacere						
Leggerezza						
Forza						
Ansia						
Angoscia						
Confusione						
Estasi						
Colpa						
Smarrimento						
Rabbia						
Sensazioni fisiche						
Immagini e ricordi						
Pensieri						
Emozioni						
Quale voto darebbe a questo brano (da 0-minimo a 10-massimo): _____						

ALLEGATO 2		SCHEDA DI AUTOVALUTAZIONE MUSICOTERAPIA				
Età	Sesso: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>					
1. È la prima volta che intraprende un percorso di musicoterapia?	SI <input type="checkbox"/>		NO <input type="checkbox"/>			
2. Crede che la musica potrebbe rappresentare un aiuto all'interno del suo percorso di cure?	SI <input type="checkbox"/>		NO <input type="checkbox"/>			
3. Crede che dopo questo percorso di musicoterapia, una volta a casa, ascolterà la musica con più attenzione rispetto a quello che sente dentro?	SI <input type="checkbox"/>		NO <input type="checkbox"/>			
4. In che misura crede che la musicoterapia possa far diminuire l'ansia?	Per nulla [1]	Poco [2]	Abbastanza [3]	Molto [4]	Moltissimo [5]	
5. In che misura crede che la musicoterapia possa aiutarla a riconoscere le emozioni?	Per nulla [1]	Poco [2]	Abbastanza [3]	Molto [4]	Moltissimo [5]	
6. Quanto crede che la musicoterapia possa aiutarla a gestire le emozioni?	Per nulla [1]	Poco [2]	Abbastanza [3]	Molto [4]	Moltissimo [5]	
7. Quanto pensa che la musicoterapia possa aiutarla a socializzare con gli altri pazienti?	Per nulla [1]	Poco [2]	Abbastanza [3]	Molto [4]	Moltissimo [5]	
8. In che misura crede che la musicoterapia possa aiutarla a conoscere meglio se stesso/a?	Per nulla [1]	Poco [2]	Abbastanza [3]	Molto [4]	Moltissimo [5]	

Bibliografia

■ Albano F. et al.

Claudio Cavallini, *Un pioniere della musicoterapia, Scritti inediti ed esperienze*, Guaraldi ed., Rimini, 2004.

■ Beck A.T.

Cognitive Therapy and the Emotional Disorders, Intl Universities Press, 1975.

■ Charles C., Whelan T. & Gafni A.

(What do we mean by partnership in making decisions about treatment?), BMJ (Clinical research ed.) 319(7212), 780-2, 1999.

■ Dingle G.A., Gleadhil L. & Baker F.A.

Can music therapy engage patients in group cognitive behaviour therapy for substance abuse treatment?, Drug and alcohol review 27(2), 190-6, 2008.

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

Individual music therapy for depression: randomised controlled trial, The British Journal of Psychiatry (2011) 199, 132-139.

■ Harris R.

Fare "ACT". Una guida pratica per professionisti dell'Acceptance and Commitment Therapy, Franco Angeli, Milano, 2011.

■ Joosten E.A., DeFuentes-Merillas L., de Weert G.H., Sensky T., van der Staak C.P. & de Jong C.A.

Systematic review of the effects of shared decision-making on patient satisfaction, treatment adherence and health status, Psychotherapy and psychosomatic 77(4), 219-26, 2008.

■ Linehan MM.

Trattamento cognitivo-comportamentale del disturbo Borderline, Raffaello Cortina Editore, Milano, pp. 53-92, 2001.

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

Lineamenti di musicoterapia, La nuova Italia scientifica, Roma, 1997.

■ Ross S., Cidambi I., Dermatis H., Weinstein J., Ziedonis D., Roth S. & Galanter M.

Music therapy: a novel motivational approach for dually diagnosed patients, Journal of addictive diseases 27(1), pp. 41-53, 2007.

■ Semerari A.

(a cura di), *Psicoterapia cognitiva del paziente grave*, Cortina, Milano, 1999.

■ Silverman M.J.

Psychiatric Patients' Perception of Music Therapy and Other Psychoeducational Programming, Journal of Music Therapy, 43, 2, Summer 2006.

■ Silverman M.J., Marcionetti M.J.

Immediate effects of a single music therapy intervention on persons who are severely mentally ill, Arts in psychotherapy, 31, 291-301, 2004.

■ Silverman M.J.

The effect of single-session psychoeducational music therapy on verbalizations and perceptions in psychiatric patients, Journal of music therapy 46(2), pp. 105-31, 2009.

■ Standley J.M.

Music as a therapeutic intervention in medical and dental treatment: research and clinical applications in Wigram T., Saperstone B., West R. (Eds.), (1995), *The art and science of music therapy: a handbook* (pp. 3-22), Harwood, Langhorne.

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

Music therapy for in-patients with schizophrenia: exploratory randomised controlled trial, The British journal of psychiatry: the journal of mental science 10(3), pp. 405-9, 2007.

■ World Federation of Music Therapy (1996), from <http://www.wfmt.info/WFMT/Home.html>

recensioni



IL RESPIRO DELLA MUSICA

Paolo Terni

BOMPIANI, MILANO, 2011

Sono tante le strade che portano all'ascolto! E altrettanti sono i modi per parlare di musica! La lettura che proponiamo

guarda a essa da un'altra angolazione: quella più vitale. E si rivolge a quell'accompagnamento sonoro ed esistenziale che dà voce alle nostre vite sia da potenziali esecutori che da ascoltatori distratti o attenti quali noi siamo nel trascorrere del nostro tempo.

Nella culla delle conoscenze letterarie, musicali e drammaturgiche, Paolo Terni è una figura di grande rilievo culturale. Il fatto che uno studioso di tale profondità di pensiero e di grande maestria nella scrittura dia alla luce un libro dal titolo così significativo, **Il respiro della musica**, ci dovrebbe indurre a catapultarci nella libreria più vicina per acquistarne una copia senza esitazioni, a occhi chiusi, quasi come un atto di fede per amore della musica e del suo intrinseco mistero.

Questo non è uno di quei saggi accademici dal taglio analitico, pronti a sezionare ogni dettaglio strutturale compositivo di un'opera d'arte. Parliamo di respiro e, coerentemente, l'autore ci guida verso questo tipo di esperienza sonora.

È come se ogni opera citata fra le pagine profumate e pergamenate di questo saggio, per altro valorizzato da un editing e da una cura estetica (copertina inclusa) impeccabili da parte della Bompiani, fosse in grado di guidare il lettore anche meno esperto verso un ascolto inusuale, quasi paradossale, un ascolto privo di audio.

È possibile sentire un suono senza dover ricorrere all'organo di senso che, per *dōxa* comune, dovrebbe

essere prerogativa imprescindibile della musica stessa? La risposta è sì e letture come questa ce ne danno la conferma. Spesso è stato posto l'accento sul valore denotativo e simbolico della musica, quasi fosse impossibile conferirle una funzionalità descrittiva. Tuttavia le descrizioni che passano fra le righe del libro di Terni presentano lo stesso scarto fenomenologico che s'interpone tra lo spiegare una cosa o il comprenderla nella sua essenza.

La musica si apre a un'infinità d'interpretazioni, ma l'ascolto vero, distaccato, immediato, estetico, si concretizza nell'*hic et nunc*, nel qui e ora, ed è un atto unico e irripetibile, un ascolto tutto d'un fiato che in un'onda sinestesica è in grado di coinvolgere tutto il nostro corpo e il nostro essere-uomo-suono.

Il respiro della musica è un sentire, un percepire e un comprendere senza filtri, senza dover ricorrere alle zone superiori del cervello, ma a quelle più empatiche, più antiche, quelle che sanno cogliere il movimento, quelle che fanno venire la pelle d'oca, quelle che fanno viaggiare attraverso immaginari mai esplorati fin d'ora.

La musica come autentica immagine del mondo... ordinato dal molteplice respiro di infinite sequenze, diversamente sovrapposte e su diversi vettori temporali, in una fluttuante architettura.

Con un'immagine poetica ed efficace, Terni ci rammenta la vera natura della musica: quella ineffabile, per usare un'espressione di Jankelevitch, dove la temporalità si fa divenire e lo scorrere delle tracce sonore insieme ai processi imitativi propri della composizione si estrinsecano attraverso il continuo dipanarsi di un filo di scrittura, di un versatile flusso narrativo capace di tessere molteplici sequenze di suoni significanti a misura del nostro ascolto.

Ci sono libri che, per lasciare un messaggio significativo e catturare l'attenzione del lettore abituato, lo

accompagnano a piccoli passi verso un finale esplosivo, inaspettato, quasi si dovesse premiare l'attesa e la paziente perseveranza antecedenti a quell'apice narrativo. Ma ci sono letture invece, come "Il respiro della musica", che fin dalle prime pagine sono in grado di rapirci e di scuoterci fin dalle radici più profonde quasi ogni frase si ramificasse dentro toccando il nostro essere dalla punta dei piedi, passando per il cuore fino a raggiungere le vette più inaccessibili della nostra coscienza.

Riflettendo sui tecnicismi, sulle tipiche espressioni impiegate spesso dalla musicoterapia, vorrei che, riportando questo breve frammento, si potesse implementare il concetto benenzoniano di iso per regalare un'immagine capace di arricchirne la definizione in senso esteso e percettivo:

"l'ascolto non è solo un confronto plurale, mobile, sfuggente, variabile, abitato dai mille riflessi dell'eco: vi è un inizio, come fosse un concepimento. E' una soglia, un passaggio preliminare, delicato, duro e severo... è il nostro riconoscere-fulmineo e assoluto un'identità musicale nel momento stesso del suo farsi, momento, questo, intrigante e misterioso, come ogni nascita..."

Luca Zoccolan



NONNO BACH.

LA MUSICA SPIEGATA AI BAMBINI.

Ramin Bahrami

BOMPIANI, MILANO, 2015

È la storia ad annoverare Johann Sebastian Bach fra i più geniali e inusuali protagonisti dell'arte musicale. Con le sue opere e il suo originale modo di concepire la composizione e il comporre ha saputo consacrare un genere musicale (quello classico) pur sconfinando in una varietà di stili e di forme che fanno del sommo artista un vero e proprio cosmopolita della musica.

Uno sguardo troppo superficiale e parziale rischia di etichettare il gesto compositivo bachiano, ricco di quelle geometrie contrappuntistiche fra imitazione e modulazione armonica, in un errato semplicistico binomio sacro e metafisico che tende a renderci quasi inavvicinabile la figura del Bach uomo.

Alla sua figura tanto rigorosa quanto virtuosa è stato infatti troppo spesso accostato esclusivamente un alone mistico-religioso dal sapore quasi dogmatico, tralasciando la spinta vitale e mondana che muoveva l'animo irrequieto di questo musicista capace di godere di ogni esperienza del suo tempo e di impresiosire la sua vita con ben due mogli e dieci dei suoi figli sopravvissuti.

Questa distanza viene colmata grazie all'espedito letterario proposto dal concertista Ramin Bahrami, grande interprete della musica di Bach che, in veste di scrittore, propone un ruolo inedito per il compositore della nona sinfonia. Quale? Quello di nonno. È una scelta voluta dall'autore che esprime coerentemente l'affetto e l'ammirazione per l'artista che è divenuto compagno dei suoi studi e delle sue riflessioni sulla musica, ma soprattutto sulla vita. Perché

recensioni

un nonno non è un padre, non ha più nulla da insegnare, ha soltanto da raccontare e da trasmettere, è la voce forse scomoda ma sincera di chi ha vissuto, di chi ha visto, di chi ha compreso restando ora un testimone silenzioso, attento e premuroso anche per chi verrà dopo di lui.

Le domande, talvolta irriverenti, che il bambino odierno rivolge a Bach, che si definisce “il nonno della musica”, fanno da specchio al profondo dialogo interiore che negli anni si è instaurato fra Bahrami e il suo amato compositore.

Anche la nota critica dell'autore per bocca di nonno Bach rivolta al mondo moderno, sedotto dagli eccessi dell'era mediatico-digitale e dai soprusi della violenza, in quest'ottica assume un valore aggiunto e possiamo comprendere quanto lo scrittore di questo illuminante libro, anche per il proprio vissuto di guerra e di sofferenza, sia autorizzato a scuoterci dal torpore con queste parole:

[...]“è importante trovare qualcuno che ci guidi verso la musica, la pittura, la letteratura. Possono farlo i nostri genitori, la famiglia... la scuola e gli insegnanti” [...]

Aggiungerei le arti terapie e la musicoterapia in particolare che, per la sua posizione anticonvenzionale e multidisciplinare, ci offre ogni giorno, anche attraverso laboratori talvolta sperimentali e inusuali, anche l'opportunità di far scoprire o rivivere lo spirito dei grandi compositori come Bach che puoi trovare nella successione armonica di una canzone dei Beatles come in un assolo di chitarra elettrica dei Metallica dove si può nascondere astutamente una fuga tipica del mitico Sebastian!

Luca Zoccolan



MUSICOTERAPIA PER L'ATTENZIONE E LA CONSAPEVOLEZZA

Laura Gamba

STREETLIB, 2016

Disponibile su:
<https://sell.streetlib.com/go/NyiT54e0>

Il volume illustra ed esemplifica un modulo di Musicoterapia finalizzato al miglioramento dell'attenzione e della consapevolezza, utilizzabile in contesti in cui i soggetti coinvolti possano trarre beneficio da un lavoro centrato sull'attenzione, la concentrazione e la crescente consapevolezza rispetto il proprio approccio all'esperienza dell'ascolto musicale.

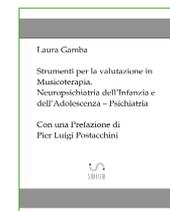
Il percorso è già stato sperimentato dall'autrice, musicoterapista professionista in ambito clinico, in più cicli e con buoni risultati con soggetti adulti affetti da diverse forme di disagio mentale, ma può essere utilizzato anche in contesti di minore gravità e all'interno di percorsi formativi, con soggetti motivati a migliorare la propria capacità di attenzione e ad approfondire la consapevolezza rispetto la propria modalità di fruire dell'esperienza dell'ascolto musicale.

Il testo comprende una parte introduttiva in cui vengono illustrate le finalità, le caratteristiche e le specificità del percorso proposto, oltre che gli ambiti di utilizzo. Vengono messi a disposizione materiali pronti per l'utilizzo: schede, tabelle per la raccolta dei punteggi, grafici per l'analisi dei risultati, elenchi dei brani musicali da proporre in tre moduli di attività. Vengono fornite tutte le necessarie indicazioni per l'utilizzo del materiale. Nell'ultimo capitolo viene messa a disposizione una scheda sintetica che può essere utilizzata per la preparazione di un progetto centrato sull'utilizzo del percorso di ascolto.

Il volume può essere un utile strumento di lavoro per musicoterapisti e può essere fruibile in contesti clinici con, o senza, la presenza di un medico psichiatra o di uno psicologo; l'attività proposta accompagna il soggetto nell'osservazione della personale esperienza di ascolto e non prevede l'analisi e l'interpretazione dei contenuti emersi mettendoli in relazione con la vicenda personale, interiore, familiare, immaginaria o reale che sia. Il percorso di ascolto musicale finalizzato al miglioramento dell'attenzione e della consapevolezza non porta il conduttore a sconfinamenti nella sfera di competenza della psicoterapia. Il percorso di ascolto può, pertanto, essere proposto a persone che non sono pronte per affrontare la dimensione emotiva o non desiderano farlo, oppure non dispongono degli strumenti linguistici ed espressivi.

Il contesto in cui viene proposto il percorso può dunque essere un luogo di cura e riabilitazione, ma anche un contesto preventivo ed educativo; i destinatari possono essere persone adulte e adolescenti, come pure musicoterapisti in formazione.

STRUMENTI PER LA VALUTAZIONE IN MUSICOTERAPIA; NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA; PSICHIATRIA



Laura Gamba

STREETLIB, 2016

Prefazione di
Pier Luigi Postacchini

Disponibile su:
<https://sell.streetlib.com/go/NyiT54e0>

Per quanto non ancora riconosciuta tra le professioni socio-sanitarie la Musicoterapia è di fatto pre-

sente in ospedali e centri di riabilitazione. Tra le conseguenze del non adeguato e completo riconoscimento della musicoterapia e dei musicoterapisti, insieme alla mancanza di un profilo professionale codificato, si riscontra la mancanza di linee guida, di protocolli di intervento, di strumenti di valutazione codificati e differenziati in base ai diversi ambiti di applicazione.

Dopo alcune considerazioni di carattere generale e di metodo relative alla necessità di una valutazione specifica in Musicoterapia, tanto dal punto di vista di un primo inquadramento del paziente in vista dell'elaborazione del progetto riabilitativo, quanto dal punto di vista della rilevazione degli esiti del trattamento, vengono proposti alcuni strumenti operativi costruiti, elaborati e rivisti nel corso di più di venti anni di pratica clinica individuale e di gruppo nel contesto di servizi ospedalieri di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza e di riabilitazione psichiatrica. Il materiale prevede schede per l'osservazione e la valutazione distinte tra età evolutiva, adolescenza ed età adulta, con legenda ed indicazioni dettagliate per l'assegnazione dei punteggi, esempi di schede compilate con riferimenti ai casi clinici.

articoli pubblicati

■ Volume VII, Numero 1, Gennaio 1999

■ Volume VII, Numero 2, Luglio 1999

■ Numero 1, Gennaio 2000

■ Numero 2, Luglio 2000

■ Numero 3, Gennaio 2001

Indici completi degli articoli in: www.musicaterapia.it

■ Numero 4, Luglio 2001

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

■ Numero 5, Gennaio 2002

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

■ Numero 6, Luglio 2002

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

■ Numero 9, Gennaio 2004

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

■ Numero 10, Luglio 2004

Espressione dello spazio e del tempo in musicoterapia: sintonizzazioni ed empatia (P.L. Postacchini) • Intrattenimento, educazione, preghiera, cura... Quante funzioni può svolgere il linguaggio musicale? (L. Quattrini) • Musicoterapia in fase preoperatoria (G. Canepa) • L'improvvisazione

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.

sonoro-musicale come esperienza formativa di gruppo (A. Raglio, M. Santonocito) • Musicoterapia e anziani (A. Varagnolo, R. Melis, S. Di Piero)

■ Numero 11, Gennaio 2005

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

■ Numero 12, Luglio 2005

La supervisione in Musicoterapia (P.L. Postacchini) • Le competenze musicali in ambito musicoterapico: una proposta (F. Demaestri) • L'armonia del sé: aspetti musicali dello sviluppo del sé (C. Tamagnone) • Interventi musicoterapici con bambini gravemente ipotonici (W. Fasser, G. V. Ruoso) • Emozioni e musica: percorsi di musicoterapia contro la dispersione scolastica (M. Santonocito, P. Parentela) • "Il Serpente Arcobaleno" esperienze di musico-arte-terapia e tossicodipendenza (F. Prestia)

■ Numero 13, Gennaio 2006

La Psicologia della musica: il punto, le prospettive (G. Nuti) • John Cage: caso vs. improvvisazione (C. Lugo) • La composizione in musicoterapia (A.M. Gheltrito) • Musicoterapia preventiva in ambito scolastico: un programma sperimentale per lo sviluppo dell'empatia (E. D'Agostino, I. Ordiner, G. Matricardi) • Musicoterapia e Riabilitazione: una esperienza grupppale 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. Quinzì) • La condivisione degli stati della mente: una possibile lettura dell'interazione musicoterapica nella grave disabilità (S. Borlengo, G. Manarolo, G.

Marconcini, L. Tamagnone) • Un'esperienza di musicoterapia presso l'Hospice della azienda istituti ospitalieri di Cremona (L. Gamba) • La musica come strategia terapeutica nel trattamento delle demenze (A. Raglio)

■ Numero 15, Gennaio 2007

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

■ Numero 16, Luglio 2007

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

■ Numero 17, Gennaio 2008

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

■ Numero 18, Luglio 2008

Musica e terapia: alcune riflessioni storiche (S.A.E. Leoni) • Musicoterapia e riabilitazione cognitiva nella schizofrenia: uno studio controllato (E. Ceccato, P.A. Caneva, D.

articoli pubblicati

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. Giordanella 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. Spaccacocchi) • Apprendimenti musicali e sistema specchio (M. Mazziere, M. Spaccacocchi) • Musicoterapia e casi impossibili: le opportunità create da una certa modalità di ascolto musicale (P. Ciampi, A. Cavaliere) • Quando la verità relazionale del vocale 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. Laurenti, M.R. Lisanti, A. Dasco, G. Guida) • Sviluppo di una sequenza sonora/musicale da impiegare come strumento d'indagine nella fase di valutazione musicoterapica (G. Manarolo, S. Piattino, C. Lorenzi, F. Pirillo, G. Del Puente)

■ Numero 25, Gennaio 2012

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

■ Numero 26, Luglio 2012

Introduzione al tema: la musicoterapia in oncologia (A. Perdichizzi) • Musicoterapia in oncologia: studio quantitativo in ambito ospedaliero (Alberto Malfatti, Davide Ferrari, Giovanna Ferrandes) • Musicoterapia in

oncologia un caso clinico (Andrea Perdichizzi) • Efficacia del trattamento musicoterapico in pazienti con esiti di intervento per neoplasia mammaria (C. Laurenti, 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. Vigliarini, A. (Mauro) Sarcinella) • Ritmi sospesi (M. Peddis, P. Franza) • "Quello che non ho" (A. Cavaliere) • 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. Spaccacocchi) • Improvvisazione 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. Cavaliere, Cooperativa Sociale Crescerinsieme 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 infan-

zia (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. Imberty) • Esternalizzare l'esperienza musicale (M. Spaccacocchi) • 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. Urgese)

■ 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. Pirlo) • 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)

■ Numero 33, Gennaio 2016

Emozioni, musica e significato (R. Caterina) • Le ricerche psicopedagogiche sulle sinestesi in musica (M. Biasutti) • Effetti sulla terapia farmacologica di un trattamento musicoterapico di gruppo (M. Degli Stefani, M. Biasutti, M. Guadagnini) • Musicoterapia e stati vegetativi: una sindrome recente (M. Sarcinella) • La teoria della musicalità intrinseca nell'intervento musicoterapico con pazienti in stato vegetativo (A. Forloni) • Musica e musicoterapia per l'Alzheimer: un'esperienza personale (P. Reani)

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.