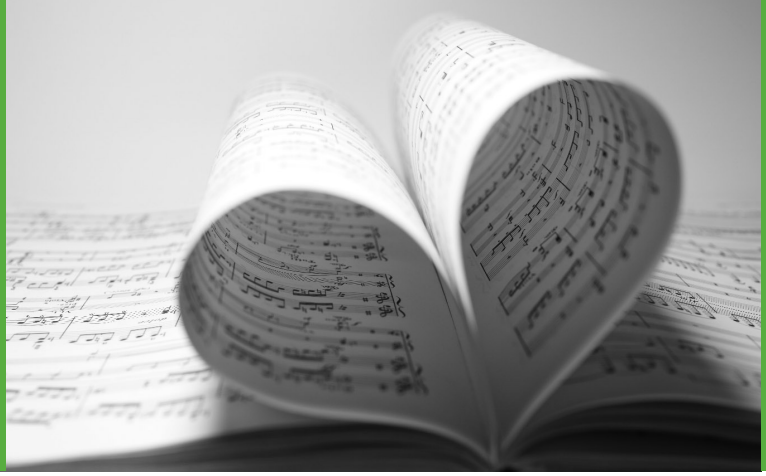
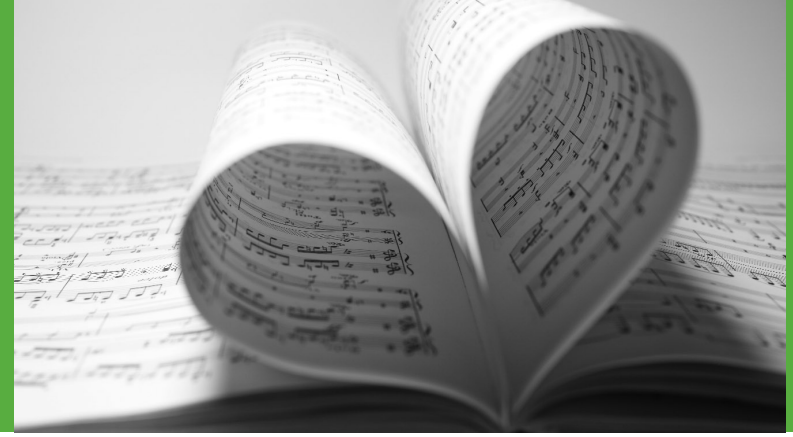
Quaderni italiani di musicoterapia
APIM - www.musicaterapia.it

musica&terapia

38

in questo numero

- La saggezza sensoriale del gruppo: una prospettiva d'ascolto
- La musicoterapia come supporto nelle cure oncologiche pediatriche
- Il gruppo in musicoterapia: facilitatore o barriera? Undici anni di esperienze nelle comunità per persone con disabilità intellettiva
- "Qui tutti voglion chiudere la Porta" Un'esperienza di musicoterapia con rifugiati in contesti di fragilità
- Musicoterapia di gruppo: ricerche ed esperienze

anno 18 • n. 38 luglio 2018

musica&terapia

numero

38

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
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

numero
38

Editoriale 1

La saggezza sensoriale del gruppo:
una prospettiva d'ascolto
Antonella Grusovin 2

La musicoterapia come supporto
nelle cure oncologiche pediatriche
Mariarita Di Pasquale 8

Il gruppo in musicoterapia:
facilitatore o barriera?
Undici anni di esperienze nelle comunità
per persone con disabilità intellettiva
Gianni Vizzano 22

"Qui tutti voglion chiudere la Porta"
Un'esperienza di musicoterapia
con rifugiati in contesti di fragilità
Giorgio Debernardi 32

Musicoterapia di gruppo:
ricerche ed esperienze
Stefania Chiuni, Claudia Facchini,
Federico Rankin 46

Recensioni 55

Articoli pubblicati
sui numeri precedenti 58

Grafica e impaginazione
Monica Bertacin e Viviana Ribezzo - Torino

editoriale

Il 2° numero del 2018 di **Musica et Terapia**, n. 38, è dedicato in gran parte alle relazioni presentate nel corso del Congresso Apim "Riti tribali e ritmi di gruppo, la dimensione gruppale in musica e nei percorsi di cura", tenutosi il 20 ottobre 2018 presso il Sermig di Torino.

Antonella Grusovin, che da diversi anni esplora il ruolo della dimensione vocale nel contesto musicoterapico, descrive, in apertura, i diversi percorsi che si possono delineare all'interno di gruppi d'improvvisazione vocale; nella sua proposta il recupero dell'elemento sensoriale consente l'avvio di processi integrativi intra ed interpsichici.

Mariarita Di Pasquale, a seguire, presenta un'esperienza svolta nel contesto di un reparto di Oncologia Pediatrica dove l'approccio musicoterapico si prefigge di favorire processi espressivi, attenuare la componente ansiosa, attivare un investimento emotivo su aspetti vitali e gratificanti. La descrizione della dimensione clinica e della specificità dei diversi casi è preceduta da una approfondita disamina, teorica e metodologica, sul potenziale ruolo della musicoterapia in tale ambito applicativo.

Il successivo contributo di **Gianni Vizzano** è dedicato ai trattamenti gruppali praticabili nei confronti di soggetti affetti da disabilità intellettiva. Per l'autore tale tecnica, quando non opportunamente calibrata sulle diverse esigenze individuali, può divenire un ulteriore ostacolo a processi espressivi e comunicativi. È necessario quindi un progetto individualizzato dove il setting nel suo complesso sia congruente con le esigenze e i bisogni dei diversi pazienti.

Giorgio Debernardi ci introduce in un contesto multietnico dove la proposta musicoterapica e musicale costituisce una preziosa opportunità di incontro e di integrazione nel reciproco riconoscimento identitario. Il musicale per le sue qualità naturali e culturali rappresenta uno strumento utile a favorire l'incontro ma altresì la definizione delle differenze. Il contributo presenta nella parte iniziale un'approfondita analisi del "migrante" per poi descrivere il progetto "Portaverta", rivolto a richiedenti asilo provenienti dal continente africano.

Il gruppo studi del Corso di Musicoterapia (**Stefania Chiuni, Claudia Facchini, Federico Rankin**) presenta, in chiusura di questo numero, una ricerca bibliografica dedicata alla musicoterapica di gruppo.
Tramite il motore di ricerca PubMed, principale fonte di contributi scientificamente attendibili, sono stati selezionati sei diversi articoli (una Revisione Cochrane, tre studi randomizzati, due studi di fattibilità), di cui si presenta una sintesi ed una relativa riflessione.

Gerardo Manarolo

LA SAGGEZZA SENSORIALE DEL GRUPPO: UNA PROSPETTIVA D'ASCOLTO

Antonella Grusovin, Musicista, Musicoterapista,
Istituto Regionale Rittmeyer per i Ciechi, Trieste.

The focus of this article is the importance of the sensory experience in group sound/music communication. Starting from Bion's reference to the protomental system extensively described by the author, some evolutionary steps in the vocal improvisation path of a group are here reported. The sound form of a group stems from sensory-level listening and will be further be enhanced throughout the experiential process. Listening resounds in a sort of "wisdom" that everyone and every group has deep inside and is then touched by sound, thereby opening an indispensable communication channel.

Il seguente articolo pone l'attenzione su uno dei temi che nel tempo e nella pratica della musicoterapia di gruppo risulta imprescindibile, ovvero l'aspetto sensoriale del gruppo. Verrà tracciata una "prospettiva d'ascolto" attraverso gruppi che hanno seguito percorsi basati principalmente sulla comunicazione vocale in musicoterapia.

La sensorialità restituisce una "lettura" importante dell' "essere gruppo" e, oltre a costituire parte integrante della musicoterapia, è un tema trattato in diverse discipline.
Bion approfondì l'argomento considerando la formazione dei pensieri in funzione della relazione (Blandino, 2009) e tenne costantemente conto di un sistema proto-mentale in cui attività fisica e attività psichica si trovano in uno stato indifferenziato. Considerò tale sistema quale matrice da cui si sviluppano le emozioni che caratterizzano la modalità di risposta di ciascun gruppo (Bion, 1971; Lecourt, 1996).
In questo sistema proto-mentale è presente la sensibilità che, riprendendone il significato etimologico, si potrebbe definire "sens-abilità" ovvero, nel contesto musicoterapico di gruppo, la capacità, insita in ciascun essere umano, di contattare il suono dell'altro attraverso i sensi e in tal modo riceverne una direzione e una comprensione. Lo scambio sensoriale fra i partecipanti genera il suono d'insieme.
Nella pratica musicoterapica è necessario richiamare la parte sensibile dell'essere, che è costantemente presente, alla quale spesso si antepone la razionalità. Nell'evoluzione umana, movimento, suono, voce e linguaggio si sono sviluppati nel corso dei millenni (Mithen, 2007) e, come sappiamo, l'essere umano ancor prima di nascere percepisce suoni e rumori attraverso il corpo.
Dai primi anni di vita (Anzieu, 1987), il bambino apprende attraverso la propria sensorialità, quella della madre, del padre e di chi gli è accanto. Per questo motivo, in ambito pedagogico, molte scuole di pensiero mantengono fede ad un'educazione che passi attraverso i sensi.
A tal proposito cito Valeria Pernaselci (2014), pedagogista, che, facendo riferimento alla costruzione identitaria, scrive: **"Prima di saper fare qualcosa, bisogna saper essere e riconoscersi al di là di quello che si è chiamati a fare"**. Di conseguenza propone un percorso educativo appropriato che si sviluppi e dia importanza alla parte sensoriale del bambino.
Ritornando al tema principale di questa relazione, l'origine del termine gruppo lo ritroviamo in "Kruppa"(parola di origine germanica che significa una mossa, un modo). Questo termine può dare l'idea di un gomitolo o qualche cosa da sbrogliare. In effetti il gruppo a volte si presenta già con determinate caratteristiche che nel percorso hanno bisogno di essere "sbrogliate", riordinate e messe in luce.
Sappiamo anche che il percorso non è sempre così lineare e che il gruppo, anziché prendere strade facili e dirette, ha bisogno prima di tutto di ritrovare i propri tempi per poter approdare a qualche cosa di significativo che possa fargli cambiare almeno una prospettiva di ascolto: la forma gruppale nella sua dimensione può favorire questo cambiamento sia a livello individuale che d'insieme.

Da subito si potrebbe percepire il "suono" del gruppo ancor prima che questo effettivamente si sia espresso sonoramente

Percepire il gruppo a livello sensoriale favorisce un ascolto delle diverse vocalità al pari di entità. Ogni partecipante ha una sua forma particolare che lo contraddistingue. È un'entità a sé, un individuo, un "microcosmo" nel quale fluttuano pensieri, sensazioni, emozioni, percezioni.
Nel suo insieme, anche il gruppo, essendo composto da diverse entità, ha una particolarità che lo contraddistingue. Già nella modalità introduttiva, si presenta con peculiarità che nel tempo si evidenzieranno. Da subito si potrebbe percepire il "suono" del gruppo ancor prima che questo effettivamente si sia espresso sonoramente.
Nei primi incontri è presente una sorta di "inconsa-

pevole coscienza" ossia i partecipanti, da poco entrati a far parte di un gruppo, "saggiano" gli altri compagni di percorso attraverso movimenti, parole, suoni e silenzi. Queste componenti a livello sensoriale si fanno impercettibilmente sentire. Da questi elementi il gruppo "prende forma".
Nel processo comunicativo che si instaura fra i componenti di un gruppo è importante considerare le forme che il suono prende nel corso delle improvvisazioni e come queste vadano ad incidere sulla forma del singolo. La forma è, nel caso del suono, un contenitore che può assumere ulteriori forme ed arricchirsi, mentre il formalismo è paragonabile alla bellezza estetica: rimane privo di senso e direzione, pura appariscenza.
È importante che la "forma sonora", anziché rimanere ancorata e vincolata all'aspetto visivo, coinvolga il senso uditivo e gli altri sensi. In questo modo si favorisce il passaggio dalla forma alla percezione del "contenuto". Il suono di per sé contatta le persone del gruppo e diviene mezzo di comunicazione d'eccellenza: trasmette la vibrazione sensibile di ciascun partecipante. Ed il suono stesso diventa filo conduttore di una vibrazione che passo dopo passo "contatta" (dal latino contactus) e "condivide".
Inizialmente, come già detto, la sensibilità corporea a volte è impedita da timori, paure e vissuti: nel caso di una comunicazione strumentale, l'attenzione viene spostata agli strumenti e nel caso della comunicazione vocale, l'attenzione viene rivolta allo "strumento voce", per alcuni vissuto come strumento nuovo e ancora estraneo. Alla stregua dello strumentario che necessita esplorazione e contatto, così anche la voce, nel presentarsi in fase comunicativa con l'altro, può sorprendere la persona che sta vocalizzando in quanto a livello sensoriale ciascun partecipante sta inconsapevolmente (o in maniera parzialmente consapevolmente) contattando il gruppo (considerando che la comunicazione avviene sia a livello intra che interpersonale) e la voce trasmette direttamente la sonorità dell'essere in termini sensoriali ed emotivi. Certo, chi ha già acquisito un'impostazione vocale tenderà ad anteporre una tecnica che permetterà di modificare l'impatto sensoriale ed emotivo, o potrà condurre il gruppo verso aspetti estetici o virtuosistici che muoveranno il gruppo in altre direzioni. Questa trasmissione vocale può essere vissuta dagli altri componenti come un mezzo che va a sciogliere alcune difficoltà comunicative; altre volte il gruppo delega e responsabilizza il cantante. Il canto viene vissuto come qualcosa di bello e irraggiungibile. La delega del gruppo può portare un incistamento della comunicazione che mantiene il soggetto in parte separato dal contesto, "impermeabile". Nel riportare il gruppo alle proprie potenzialità, lo si riporta alla propria produzione sonora d'insieme e quindi alla propria dimensione.

Nel riportare il gruppo alle proprie potenzialità, lo si riporta alla propria produzione sonora d'insieme e quindi alla propria dimensione

Giungiamo dunque ad un'ulteriore valutazione sui gruppi composti da musicisti: spesso questi si soffermano sulla forma musicale e tendono a riprodurla così come l'hanno assimilata, bypassando il fatto che la comunicazione sonora avviene attraverso persone, cioè esseri predisposti al suono, persone che risuonano di per sé. A volte, l'ostacolo del musicista si rivela proprio nel momento in cui suona o canta una forma acquisita (che potremmo definire "preconfezionata"). Il musicista tende a favorire immediatamente una struttura musicale esteticamente e socialmente valida, riconosciuta, che, se condivisa, può divenire un leitmotiv del gruppo. Il suono condiviso in questa modalità permette una comunicazione parziale. In questo caso si antepone una conoscenza musicale ad una presenza sonora.
Nel momento in cui il musicista prende consapevolezza della propria ed unica essenza sonora, riprendendo in un secondo momento le competenze musicali acquisite può trasformarle in elementi costruttivi, dinamici ed evolutivi "nel" e "per" il gruppo.
L'esperienza sonora vissuta attraverso la sensorialità (con esperienze mirate all'ascolto del proprio suono, del suono dell'altro, del suono di gruppo) favorisce una presa di coscienza dell'essere e dell'essere nel gruppo. Le persone coinvolte hanno la possibilità di apprendere o ri-apprendere attraverso il proprio corpo grazie ad un ascolto multisensoriale. Ciò che accomuna i partecipanti sono le persone intese come corpi risuonanti. Questo presupposto agevola una comprensione sonora graduale che innanzitutto permette l'espressione del singolo nel gruppo e strada facendo produce un'importante inversione: se inizialmente il gruppo agisce il suono, ora il suono d'insieme - che era presente da quando è nato il gruppo - si trasmette al gruppo stesso. Per questo motivo le improvvisazioni vocali possono essere considerate quali espressioni globali e riassuntive del gruppo in termini di consapevolezza e coscienza, mentre ulteriori esperienze favoriscono una comunicazione e una sintonizzazione che in un secondo momento verranno riportate nelle improvvisazioni.
Come già accennato, il contatto visivo, che in questi anni sta imperversando anche grazie ad un'evoluzione informatica, ci permette di constatare che l'essere umano, nel suo processo evolutivo, continua ad apprendere attraverso i sensi. Il problema di un abuso visivo scisso dagli altri sensi in alcuni casi sta portando l'uomo ad apprendere per "copia-incolla" svalutando l'aspetto corporeo/sensoriale che tende a diventargli estraneo.
L'aspetto visivo nei gruppi a volte può ostacolare il percorso in quanto l'occhio tende a rimanere vincolato all'apparenza. R. Steiner (1998) affermava che **"se l'uomo dirige la sua forza visiva soltanto verso l'occhio, egli non vede nulla"** ed invitava a percepire con la vista alla stregua del tatto.
Spesso accade che venga a mancare un'interconnessione fra i sensi: il senso visivo, anziché "partecipare attivamente" rimane relegato a "giudice di partita" ovvero i partecipanti tendono ad esercitare attraverso questo senso il controllo del gruppo e conseguentemente a limitarne la sensibilità (sens-abilità) generale. Questa difficoltà può essere superata nel momento in cui gli altri sensi riprendono spazio comunicativo nel gruppo e quindi anche la vista può riappropriarsi finalmente del proprio ruolo e "vedere". Riporto una poesia di Franco Arminio (2017):

"Io sono la parte invisibile del mio sguardo,
l'entroterra dei miei occhi."

Quell'entroterra può ben rappresentare la parte sensibile che si incontra in un gruppo in ascolto.
Mi soffermo ancora su un elemento molto importante: il silenzio. Via via che il gruppo procede nel percorso comunicativo, i momenti di silenzio diventano più importanti. Il silenzio, a livello sonoro, favorisce una sintonizzazione sensoriale. Nel momento in cui il gruppo si permette un ascolto reciproco nel silenzio, il gruppo si "saggia" sensorialmente e scopre ulteriori prospettive comunicative nel silenzio stesso.

Il silenzio nel gruppo può diventare una fonte inesauribile d'ascolto senza pretese

John Cage considerava il suo pezzo silenzioso 4'33'' il pezzo più importante. Alla domanda perché lo fosse, rispondeva **"Perché non ne hai bisogno per ascoltarlo. È sempre lì, può cambiare la tua mente, aprirla a cose che sono al di fuori. Cambia continuamente"** (2010).
Quindi, il silenzio nel gruppo può diventare una fonte inesauribile d'ascolto. Inoltre il silenzio introduce il tempo e lo spazio, tematiche che nel mondo sonoro possono assumere diverse connotazioni. In una comunicazione sensoriale rientrano i tempi e gli spazi d'ascolto vissuti attraverso il corpo, diversi da quelli vissuti nella quotidianità. Nello scambio sonoro finalmente si fanno percepire e permettono di aprire nuovi spazi sonori comunicativi, espressivi, creativi.
Una dinamica di gruppo che possa offrire tali spazi, tempi d'espressione e di ascolto reciproci, potrebbe essere riassunta con un'immagine dove diverse lemniscate, ciascuna corrispondente al suono dei partecipanti, vanno a connettersi l'una con l'altra.

La figura della lemniscata indica una forma che rappresenta circolarità sia sonora che comunicativa.
Questa circolarità favorisce uno scambio continuo e dinamico che può instaurarsi fra i partecipanti. Il punto centrale di connessione delle linee che costituiscono la lemniscata riguarda il contatto e lo scambio di uno spazio intra e interpersonale. Il suono così inteso permette un movimento interiore ed esteriore che muove, commuove e armonizza nel suo insieme. Anche nella forma come nell'essere, il movimento ci offre una direzione a livello sensoriale.
Per comprendere come il suono possa coinvolgere a livello sensoriale anche un gruppo di persone estraneo ad un progetto di contatto sonoro, riporto l'esempio di un gruppo di donne che fece un percorso di consapevolezza corale, lavorando sull'aspetto creativo del suono. Il gruppo era composto da otto persone di età compresa fra i 40 e gli 80 anni! In quattro anni di attività il gruppo sviluppò un cammino importante: partendo dalla comunicazione vocale, attraverso un progressivo lavoro sull'ascolto, queste persone affrontarono diverse tematiche sonoro/musicali. Nel momento in cui il gruppo raggiunse un buon livello comunicativo, si puntò all'improvvisazione individuale: da queste improvvisazioni, ciascuna partecipante individuò un tema. Ogni tema venne elaborato sonoramente dal gruppo e infine ciascuna partecipante aggiunse un testo e un titolo alla composizione. Ne scaturirono una registrazione ed un concerto dal titolo "Voci in viaggio".
Poco prima dell'inizio del concerto, si diede al pubblico la facoltà di ascoltare il concerto ad occhi chiusi. Nell'ultimo brano si propose un'improvvisazione che coinvolgesse il pubblico: inizialmente fu difficile, dato che il campo visivo era stato escluso e l'improvvisazione era iniziata.
Appurato che il pubblico stava ascoltando e non s'era addormentato, una persona iniziò a cantare e così, via via, le persone poterono udire i propri vicini. Al termine, quasi tutti i presenti parteciparono all'improvvisazione. Dai rimandi che ricevetti, se inizialmente il pubblico rimase sorpreso, in seguito partecipò molto volentieri al progetto vocale.
Offrendo del tempo alla sensorialità, si possono ottenere delle risposte molto interessanti.

Concludendo, mantenere l'attenzione alla componente sensoriale del gruppo significa contattare quella parte dell'essere che in seguito si tradurrà in pensiero. Ed inoltre, nel "saggiare/sentire/percepire" i partecipanti, ciascuna persona mette in atto una ricerca atavica che si rifà all'esplorazione.
Teniamo presente che il suono accompagna l'essere umano da millenni. Ed il suono favorisce una connessione sensoriale.

Considerare la sensorialità dell'essere umano significa riconoscergli una sensibilità e una percezione che si è evoluta nel tempo

Così, spesso, assistiamo a uno scambio e ad un incremento sonoro che produce movimento, sintonia, trasmissione emotiva, contenimento e spazio espressivo quando viene dato spazio e tempo alla sensorialità stessa. Questi processi comunicativi oramai sono da tempo avvalorati da studi antropologici e psicologici.
Le neuroscienze riportano costantemente ricerche sugli effetti del suono sull'essere umano: a livello cerebrale si evidenziano risultati che vanno a confermare un'interconnessione sensoriale grazie a meccanismi di integrazione multisensoriale.
Considerare la sensorialità dell'essere umano significa riconoscere una sensibilità e una percezione che si è evoluta nel tempo e ciò che comunichiamo in questo momento è la conseguenza di un vissuto antico della specie umana. Tutto ciò rappresenta una sorta di "saggezza" che suono, canto e movimento possono risvegliare. L'essere umano, nel viversi nel gruppo, ricontatta tale "saggezza", fonte comunicativa inesauribile in un contesto relazionale.

Bibliografia

- **Anzieu D.**
  L'Io - pelle, Borla, Roma, 1987.
- **Arminio F.**
  Cedi la strada agli alberi, Chiarelettere, Milano, 2017.
- **Benenzon R.**
  La nuova musicoterapia, Phoenix, Roma, 1997.
- **Bion W.R.**
  Esperienze nei gruppi, Armando, Roma, 1971.
- **Blandino G.**
  Psicologia come funzione della mente. Paradigmi psicodinamici per le professioni di aiuto, UTET Università, Novara, 2009.
- **Cage J.**
  Silenzio, Shake, Milano, 2010.
- **Cage J.**
  Al di là della musica, Mimesis, Milano-Udine, 2013.
- **Cantarella G.**
  Donne nei gruppi terapeutici, Franco Angeli, Milano, 2012.
- **Ceriani A., Nigro V.**
  Dai sensi un apprendere. Percorsi di apprendimento, innovazioni metodologiche e didattiche nell'esperienza dell'Università dell'immagine, Franco Angeli, Milano, 2006.
- **Curi Novelli M.**
  Lavorare con il gruppo specializzato. Teoria e pratica, Franco Angeli, Milano, 2012.
- **Ghazanfar A., Schroeder C.**
  Is neocortex essetially multisensory?, Trends in Cognitive Sciences, 2006.
- **Lecourt E.**
  Analisi di gruppo e musicoterapia. Il gruppo e il "sonoro", Cittadella, Assisi, 1996.
- **Manarolo G.**
  Manuale di musicoterapia, Teoria, Metodo e Applicazioni della Musicoterapia, Cosmopolis, Torino, 2006.
- **Mithen S.**
  Il canto degli antenati. Le origini della musica, del linguaggio, della mente e del corpo, Codice, Torino, 2007.
- **Molnar-Szakacs I., Overy K.**
  Music and mirror neurons: from motion to 'e'motion, Soc CognAffect Neurosci., 1(3): 235-241, 2006.
- **Pernaselci V.**
  L'educazione sensoriale, Armando, Roma, 2014.
- **Schott-Billmann F.**
  Quando la danza guarisce. Approccio psicoanalitico e antropologico alla funzione terapeutica della danza, Franco Angeli, Milano, 2011.
- **Steiner R.**
  La filosofia della libertà, Antroposofica, Milano, 1998.
- **Videsott M., Sartori E.**
  La voce in musicoterapia, Cosmopolis, Torino, 2008.

LA MUSICOTERAPIA COME SUPPORTO NELLE CURE ONCOLOGICHE PEDIATRICHE

Mariarita Di Pasquale, Musicoterapeuta, Bolzano.

A child with hemato-oncologic pathology holds the fragility of the pediatric age and the complexity of tumor disease within itself. It is important to try to reduce the extent of the trauma in the moment of treatment. In addition, support actions can be directed to those who are survivors of child cancer using the coping strategies available, enhancing the communicative aspects of the therapeutic relationship and encouraging the resumption of social life. The goals of the music therapy project with children and adolescents affected by leukemia or cancer survivors are to reinforce and enhance the intrinsic qualities of every child or adolescent, thus to empower them, and their ability to cope with stress, to manage anxiety and to find within itself their original life force, energy and positivity. Improvisation in music therapy offers the chance to play together, having fun.
Growth can take place through the development of intentionality in vocal sounds, it can consist in accepting one's illness, it can be an opportunity to express difficult feelings through music, in addition to words but also to grow in relationships, through space and sharing things with the therapist.
At the base of this there is the identification of the interior state of another human being and the interaction with it through the vitality affects expressed by musical parameters of communication that are defined as "intersubjectivity".

PREMESSA

Il bambino con patologia emato-oncologica racchiude in sé la fragilità dell'età pediatrica e l'estrema complessità della malattia tumorale. Da una parte i lunghi periodi di ospedalizzazione alterano l'integrità psicofisica del bambino e di tutto il nucleo familiare e dall'altra anche il rientro a casa e l'eventuale distanza dal luogo di cura possono essere vissuti con ansia e insicurezza (LaSpina, Colombatti, Samperi, Di Cataldo, Sainati, Russo, 2018).
Il bambino e l'adolescente a cui sono diagnosticati un tumore o una malattia ematologica sperimentano una profonda sofferenza, innanzitutto fisica, in rapporto alla malattia stessa e agli interventi diagnostici, ma anche psicologica, in quanto l'esperienza di malattia comporta sempre una drammatica interruzione della normalità della propria vita. Diventano prevalenti i sentimenti di tristezza, sfiducia e paura e le condizioni di perdita, di solitudine e di rabbia possono arrivare a compromettere le relazioni fino ad avere atteggiamenti di isolamento e di rottura dei legami affettivi. L'insorgenza di una malattia tumorale in età pediatrica e adolescenziale, proprio per il suo carattere traumatico, può determinare profonde complicazioni nella strutturazione dell'individuo in crescita. È importante quindi cercare di attenuare l'entità del trauma nel momento delle cure e anche in considerazione dell'evoluzione della sua vita futura. Per questi motivi i reparti di Oncologia Pediatrica si avvalgono del servizio di supporto psicologico: bambini e adolescenti meno angosciati e sostenuti psicologicamente nell'impatto con la malattia e con l'intervento clinico migliorano la compliance, ossia l'accettazione delle terapie e quindi l'efficacia delle cure. Azioni di supporto possono inoltre essere indirizzate a coloro che sono sopravvissuti al tumore infantile: lo stato psicologico di questi bambini e adolescenti va costantemente monitorato per evidenziare i possibili effetti collaterali a lungo termine legati al trattamento oltre che al persistente vissuto di incertezza che essi esprimono. Interventi psicosociali ed educativi sono utili in questi casi per fronteggiare il senso di vulnerabilità frequentemente avvertito, facendo leva soprattutto sulle strategie di coping a disposizione (Selvaggio, 2016), favorendo gli aspetti comunicativi della relazione terapeutica e incentivando la ripresa della vita sociale, così importante per un corretto sviluppo della persona umana (Jankovic, Vallinoto, Spinelli, Leoni, Masera, 2008). In quest'ottica presso il reparto di Oncologia Pediatrica dell'Ospedale di Bolzano l'Associazione PeterPan Alto Adige - Vereinigung PeterPan Südtirol, che provvede al sostegno delle famiglie e dei giovani malati con un team di specialisti, ha promosso l'attuazione del mio progetto di musicoterapia, destinato ai pazienti non ospedalizzati, i cui obiettivi principali sono:

- l'espressione di emozioni attraverso il gioco musicale;
- l'attivazione di energie vitali attraverso la risonanza corporea e il movimento;
- la riduzione dell'ansia e della paura;
- il contatto con emozioni positive e di speranza.

Azioni di supporto possono inoltre essere indirizzate a coloro che sono sopravvissuti al tumore infantile

LA MUSICOTERAPIA: COME FUNZIONA

La musicoterapia è l'utilizzo di elementi sonori e musicali all'interno di una relazione significativa, da parte di un professionista appositamente formato, per facilitare e promuovere cambiamenti di tipo fisiologico, psicologico e socio-emozionale e può a ragione essere compresa tra gli approcci espressivi utili a supportare il lavoro degli specialisti coinvolti nel processo di cura dei pazienti oncologici ed emato-oncologici.
La ricerca scientifica si è ampiamente occupata degli effetti della musica sul cervello e sulle funzioni cognitive. Gli studi sull'utilizzo della musicoterapia in riferimento alle principali problematiche legate al cancro infantile, tra cui stress, ansia, dolore, evidenziano i seguenti benefici: riduzione dei sintomi, migliore adattamento alla propria situazione, aumento della vitalità e dell'umore positivo, rilassa-

mento (Kemper, Danhauer, 2005). Tutti questi effetti concorrono in modo diretto ad ottenere una migliore qualità della vita.
Questi risultati sono secondari agli effetti fisiologici dell'intervento musicoterapico, con pazienti affetti da cancro, che determinano una diminuzione del dolore, dell'ansia e un innalzamento del tono dell'umore per l'attivazione di specifiche vie neuronali.
Attraverso le tecniche di neuroimaging gli studiosi hanno osservato che le regioni neuroanatomiche attivate nella percezione della musica, cioè il nucleo accumbens, il giro del cingolo inferiore, l'amigdala e l'ippocampo, sono anche implicate nella fisiologia del dolore, dell'ansia e della depressione.
L'elaborazione musicale determina in quelle zone un aumento dell'attività dopaminergica, un rilascio di ormoni, ossitocina, e di neurotrasmettitori, serotonina, per cui si verifica una sorta
di autoanalgesia utile ad esempio nella fase preoperatoria o durante la somministrazione di terapie con procedure dolorose. Le stesse zone, in particolare il nucleo accumbens, rappresentano anche le sedi del piacere collegato al cosiddetto sistema della ricompensa. Poiché l'elaborazione della musica causa un'attivazione di queste zone e una maggiore connettività tra le regioni che mediano la ricompensa, tra le strutture autonome e quelle cognitive, ci si spiega perché ascoltare musica sia una delle esperienze umane che procurano maggior piacere. Inoltre la musica è indissolubilmente collegata alle emozioni sociali di attaccamento quali possono essere amore, gioia, compassione (Mavridis, 2015). La migliore qualità della vita coincide, secondo questo modello, con la riduzione del dolore e dello stress e con l'aumento dei sentimenti positivi di tipo sociale. Molti altri studi sull'applicazione della musica a scopi terapeutici hanno fornito evidenze simili.
Da uno studio svolto in Australia, dove questa materia è stata sottoposta a diverse verifiche, le conclusioni a cui sono giunte le ricercatrici sono che la musica può offrire ai bambini con patologie oncologiche un rifugio sicuro dove interiorizzare un'immagine di sé sana, parallela alla loro identità di pazienti. La musicoterapia può calmare, alleviare lo stress negativo, promuovere relazioni di supporto, mettere in grado di prendersi cura di sé ed ispirare una giocosa creatività associata all'idea di normalità e alla speranza. La musica preferita e la musicoterapia dovrebbero, secondo le studiose, essere disponibili in oncologia pediatrica (O'Callaghan, Dun, Baron, Barry, 2013).
Un altro aspetto, questa volta indiretto, è l'effetto positivo della musicoterapia sull'ambiente che accoglie il malato e sulle persone che si prendono cura di lui, stimolando l'empatia e riducendo lo stress e il burnout (Aasgaard, 2001).
Naturalmente questo è vero soprattutto quando la musicoterapia viene praticata nelle strutture e nei reparti o quando corsi specifici vengono istituiti per i genitori.

La musicoterapia può calmare, alleviare lo stress negativo, promuovere relazioni di supporto, mettere in grado di prendersi cura di sé

Posso tuttavia affermare che nella mia esperienza i percorsi in musicoterapia sono stati indirettamente positivi anche per i familiari, in particolare per le madri che, pur non avendo partecipato alle sedute, hanno potuto avere un tempo per sé mentre i loro figli facevano musica, sapendo che essi stavano in un ambiente sereno e stimolante.
Il benessere psicologico dei bambini è strettamente collegato a quello dei genitori e viceversa.

L'ESPERIENZA

La musicoterapia è un processo incentrato sull'ascolto e sulla musicalità insita in ognuno di noi. Per musicalità si intende il naturale e spontaneo sviluppo di una serie di tratti basati sulle abilità cognitive e sulla sottostante biologia e ad esse vincolati mentre la musica può essere definita come un costrutto sociale e culturale che si fonda su quella musicalità di base. I due costrutti vanno di pari passo e di fatto si influenzano a vicenda. In musicoterapia attraverso la musica suonata, cantata o ascoltata, si va ad intercettare la musicalità della persona e viceversa, per mezzo della musicalità può essere trovata ed espressa la musica che, della persona, è l'espressione più autentica. Per le caratteristiche proprie dell'onda sonora, il suono e la musica risuonano fisicamente nel nostro corpo e nella nostra psiche e tale risonanza si traduce in ascolto dell'altro e di sé in un clima di accettazione incondizionata e di valorizzazione della persona. Nel processo musicoterapico i due fattori principali sono la relazione e la musica, fattori che in realtà sono interconnessi in quanto la musica è per eccellenza relazione. Produrre o realizzare una musica presuppone che ci sia chi la ascolta. Inoltre, i parametri di base della comunicazione musicale, ritmo, intensità e intonazione, sono i parametri fondanti la prima relazione, quella con la madre.
La cosiddetta musicalità comunicativa va proprio ad esplorare l'intrinseca musicalità insita nelle interazioni umane a partire dalla prima relazione madre-bambino (Malloch, Trevarthen, 2009).
Il pensiero psicoanalitico ci ricorda come il suono appartenga all'esperienza
originaria del bambino nel grembo materno. Quando i suoni sono riascoltati dopo la nascita sono riconosciuti e riconducono inevitabilmente al "paradiso perduto" della vita intrauterina.
Il suono assume allora un significato magico, simbolo di un'unità originaria non più riproducibile (Fornari, 1984).
Il processo che la relazione musicale instaura, per il legame con le parti più essenziali, quelle site nel sistema limbico e nella memoria emozionale, può quindi avere effetti profondi sulle modalità di autopercezione della persona.

In musicoterapia attraverso la musica suonata, cantata o ascoltata, si va ad intercettare la musicalità della persona e viceversa

L'obiettivo centrale del progetto è stato quello di favorire l'espressione delle emozioni considerate "negative", principalmente con modalità non verbali, per inserirle in un contesto di valorizzazione delle caratteristiche precipue di ogni singolo bambino/giovane e ritrovare una forma di unità intrapsichica più funzionale all'adattamento e all'utilizzo delle risorse presenti. Ogni bambino e ogni persona sono profondamente diversi e la musica che esprimono, muovendosi, suonando, usando la voce, col canto, ballando, è sempre una musica unica e originale. La persona sente valorizzata la propria unicità attraverso l'azione sonora della musicoterapeuta che rispecchia, con la propria musica, il proprio corpo e il proprio agire musicale, le emozioni e l'intensità che ha percepito nell'altro. Sentirsi accettati e valorizzati ad un livello così profondo, senza l'ausilio di parole ma con il rispecchiamento, come avviene nella prima relazione diadica con la madre, è un potente fattore "curativo".
Per quanto riguarda i bambini le attività, espresse sempre in forma di gioco, sono per la maggior parte guidate ma in parte scaturiscono dalla loro stessa creatività inserendosi e andando a costruire quello che è il processo musicoterapico. In particolare, per questo progetto, gli obiettivi si prefiggono il rinforzo e il potenziamento delle qualità intrinseche di ogni bambino e della sua capacità di affrontare lo stress, di gestire l'ansia e di ritrovare in sé la forza vitale, l'energia e la positività originarie. Il clima che si instaura è di completa normalità, nel senso che si cerca da una parte di lasciar esprimere i vissuti traumatici e la paura e dall'altra di ritrovare la serenità "come se" la malattia non ci fosse o non ci fosse stata. Queste due modalità, anche se apparentemente in contraddizione, possono coesistere nello stesso incontro e la musica, per le sue caratteristiche strutturali e per il valore simbolico che può assumere, favorisce la creazione di quello spazio potenziale che è lo spazio del gioco (Winnicott, 1997). È assodato che il gioco sia la modalità più idonea per relazionarsi con i bambini in ambito terapeutico ed è anche, almeno in una certa fascia d'età, il mezzo più adatto per apprendere. Secondo Winnicott il gioco è essenziale perché consente quella creatività universale che appartiene all'essere vivi, e unicamente attraverso essa il bambino e il giovane

sono in grado di far uso dell'intera personalità. Inoltre, per questo autore, solo nel giocare è possibile la comunicazione (Winnicott, 1997).
La struttura di un processo terapeutico, a cui associo anche la musicoterapia, consiste per Winnicott in tre momenti essenziali: il rilassamento in una condizione di fiducia basata sull'esperienza; l'attività creativa, fisica e mentale realizzata nel gioco; infine la somma di queste esperienze, cioè il rimando e il rispecchiamento da parte del terapeuta di ciò che ha recepito, base per il senso del sé. **"In queste condizioni altamente specializzate l'individuo può raccogliersi ed esistere come un'unità, non come difesa dall'angoscia, ma come un'espressione di IO SONO, io sono vivo, io sono me stesso"** (Winnicott, 1997).
Il trauma implica una frattura nella continuità della vita per cui le difese primitive si organizzano al fine di difendere il bambino dal ripetersi dell'insostenibile angoscia provata e dalla disgregazione della struttura nascente del proprio sé (Winnicott, 1997).

È mio compito indirizzare le azioni musicali verso gli obiettivi generali espressi dal progetto e specifici per ogni singolo bambino

In quest'ottica, nello specifico per i bambini e i giovani con patologia oncologica, si vede come anche nel percorso musicoterapico vengano utilizzati degli oggetti transizionali appartenenti alla realtà esterna, come auspica Winnicott, ed essi sono proprio gli strumenti musicali, da usare, di cui fare esperienza reale e con cui entrare in relazione.
A partire dalle difese dall'angoscia e utilizzando lo spazio potenziale del gioco, intermedio tra realtà interna ed esterna, che implica da parte del bambino avere fiducia, con la mediazione della relazione musicale con la terapista si può andare verso l'espressione creativa e la possibilità di integrare le esperienze in un senso del sé unitario e vitale. Personalmente attribuisco molta importanza alla libertà nel contesto musicoterapico, che tuttavia non significa mancanza di struttura.
Attraverso i parametri fondamentali della musica, giocando con l'altezza del suono, l'intensità, la melodia e l'armonia, si possono stimolare altrettante azioni nei bambini o facilitare la loro espressione spontanea, sia in termini strettamente musicali sia motori e/o immaginativi. Anche in musicoterapia vi sono degli apprendimenti ma, a differenza della pedagogia musicale, essi non sono strettamente musicali, nel senso che non vengono insegnate note e tecniche di esecuzione, ma si utilizzano diversi strumenti, alcuni relativamente semplici da suonare, come gli idiofoni, lo strumentario Orff e il pianoforte, e di essi viene mostrata la modalità corretta di utilizzo per facilitare l'espressione ritmico-sonora.
Il gioco è strettamente collegato alla gioia, avendo i due termini una matrice lessicale comune. Come musicoterapeuta io faccio giocare, partecipando io stessa al gioco e alle dinamiche che si sviluppano. È mio compito indirizzare le azioni musicali verso gli obiettivi generali espressi dal progetto e specifici per ogni singolo bambino.
Il primo effetto della musica suonata dal vivo è la percezione della corporeità. Il bambino che ha avuto o ha tuttora una malattia ematologica ha spesso dovuto affrontare lunghi periodi di ospedalizzazione, terapie dolorose, disagio fisico e dolore legati alla malattia stessa. Oltre alla paura e all'ansia ha fatto esperienza negativa del proprio corpo come luogo di dolore fisico e ha dovuto accettare suo malgrado il disagio di un cambiamento estetico che ha leso la propria immagine di sé. L'immobilità forzata per un bambino, soprattutto se avviene per periodi molto lunghi e nella primissima infanzia, limita fortemente gli apprendimenti e le esperienze che li motivano. Fare movimento è sperimentare ed apprendere. Ho osservato infatti che, avendo perso alcune fasi evolutive a causa della malattia, alcuni bambini hanno spontaneamente cercato di ripercorrerle nelle sedute di musicoterapia, dove è consentito esprimersi liberamente anche da un punto di vista motorio. Ciò significa, ad esempio per un bambino di 11 anni, aver riutilizzato, ad un certo punto del percorso, il gattonare e una vocalità infantile tipica di un'età precedente. Considero utile

questa possibilità perché esprime una necessità di sviluppo assumendo che, senza aver superato una fase, non si può agevolmente passare a quella successiva (Piaget, 1972).
La musica e il suonare sono molto facilmente assimilabili al gioco: suonare è tradotto col verbo giocare/spielen/to play in molte lingue perché, al di là dell'impegno che invece si deve mettere per imparare a suonare uno strumento in modo professionale, la musica "giocata" libera energie e stimola la creatività. Essa è adattabile a qualsiasi situazione e con essa si può sollecitare la propria immaginazione. Collegandosi con le proprie emozioni, ci si può temporaneamente staccare dalla realtà per entrare maggiormente nella propria sfera più intima. È questo un altro apparente paradosso della musica in quanto essa è per eccellenza manifestazione del qui ed ora, segna inesorabilmente il tempo e lo spazio in cui ci troviamo e, nonostante ciò, assume anche il ruolo di condurci a contatto con ricordi e sensazioni del passato o più attuali ma sempre interiori e nascoste.
Il tempo della musicoterapia è un tempo vissuto intensamente e i bambini hanno dimostrato un'incredibile capacità di concentrazione e di partecipazione. Il tempo misurato dalle attività musicali in musicoterapia è di fatto un tempo "altro" in cui tuttavia ritrovare se stessi totalmente.

Ogni bambino, a seconda dei suoi bisogni, sceglie di mettere in atto le dinamiche musicali che gli sono più congeniali nel momento specifico in cui si trova

Si potrebbe paragonare al tempo kairòs che, rispetto al tempo chronos, quello più strettamente cronologico, significa "un tempo nel mezzo", un momento di un periodo di tempo indeterminato nel quale accade "qualcosa" di speciale.
Qualcosa di speciale è proprio il contatto con se stessi e in particolare con la parte più "sana" di sé, quella originaria dove ha sede l'energia vitale. Nello spazio e nel tempo potenziale del gioco, la malattia è momentaneamente dimenticata e questa distrazione non è solo puro divertimento ma significa, soprattutto, distrarsi dalle difficoltà per recuperare il senso di sé e la gioia di vivere la normalità.
L'esperienza del suono "sul" e "nel" proprio corpo-psiche ha un grande impatto perché muove sia fisicamente sia psichicamente. Ed ecco allora le attività di ballo e di movimento guidati dal ritmo e connessi con le condotte psicomotorie. Ogni aspetto delle attività ha contemporaneamente interessato e stimolato sia gli aspetti cognitivi sia quelli corporei ed emozionali proprio per la capacità della musica di attivare il sistema nervoso centrale in aree diverse e contemporaneamente.
Ogni bambino, a seconda dei suoi bisogni, sceglie di mettere in atto le dinamiche musicali che gli sono più congeniali, nel momento specifico in cui si trova. L'aspetto dell'attivazione senso-motoria è primario e viene sempre incentivato sia col movimento finalizzato a suonare uno strumento, come può essere ad esempio battere col battente sul tamburo, sia col movimento nello spazio e con i giochi motori assimilabili al ballo.
Molte delle attività che ho proposto contemplavano giochi di movimento, liberi e spontanei in alcuni casi, più spesso guidati dalla musica con consegne e direttive che in ogni caso hanno lasciato ai bambini un margine ampio di espressione personale.
Anche questa può sembrare un'apparente contraddizione ma in realtà quando una musica dà una struttura precisa di tipo ritmico-armonico lascia nello stesso tempo lo spazio ad una interpretazione soggettiva. Esattamente come avviene nell'esecuzione di una partitura da parte di un musicista esperto. Le note e i segni sono scritti in modo inequivocabile sullo spartito ma ogni musicista esprimerà quei segni mettendo inevitabilmente se stesso e la propria anima nell'esecuzione. La musica è una struttura multiforme che dà contenimento lasciando tuttavia libertà di espressione.
Oltre a quanto esposto fin qui, vi è anche un coinvolgimento dell'aspetto cognitivo, della concentrazione e dell'attenzione focalizzata sul momento presente e sugli oggetti presenti nel setting. Il processo musicoterapico può avere effetti di ristrutturazione

cognitiva nel senso che facilita la presa di contatto con la realtà, resa più accettabile dalla piacevolezza delle esperienze musicali.
Pensieri ed emozioni non sono aspetti separati e distinti nel sistema nervoso, infatti le reazioni senso-motorie non risolte, associate al trauma, condizionano i processi cognitivi ed emotivi i quali, a loro volta, influenzano l'elaborazione somatica. Attraverso la conversione del movimento in movimento organizzato dalle strutture musicali, si può agire indirettamente sulle emozioni sottostanti.
Legata strettamente alle emozioni e alla percezione del proprio corpo è la cosiddetta "abilità di coping" che consiste nel potenziamento delle proprie possibilità di risposta alle richieste dell'ambiente, facendo leva sulle risorse interne. L'ambiente facilitante della relazione musicoterapica concorre ad aumentare tali risorse poiché, come ho detto in precedenza, essa è centrata sulla parte "sana" della persona pur tenendo conto di tutte le altre parti in gioco.

Un soggetto con un elevato livello di reattività riesce ad avere un migliore adattamento alla realtà e, dunque, a risolvere più velocemente i problemi

COPING ED EMPOWERMENT

Il **processo di coping** si riferisce sia alla risoluzione pratica dei problemi sia alla gestione delle proprie emozioni e dello stress derivati dal contatto con le difficoltà. Questi due aspetti sono ugualmente importanti ed entrambi dovrebbero essere sviluppati per il raggiungimento del benessere. Le strategie di coping presuppongono un'attivazione comportamentale dell'individuo che lo renda protagonista della situazione e non soggetto passivo: un soggetto con un elevato livello di reattività riesce ad avere un migliore adattamento alla realtà e, dunque, a risolvere più velocemente i problemi. La stessa logica vale nel senso contrario, ossia gli individui che si sentono bene emotivamente e fisicamente sono più disposti e incentivati ad affrontare positivamente le situazioni problematiche, cercano di superarle o di ridurne i possibili svantaggi. I meccanismi individuali di adattamento si relazionano sia alla capacità di attivare le risorse interne preesistenti che a quella di adottarne di nuove, ossia alla possibilità di imparare e di allargare il proprio repertorio di strategie. Vi sono però situazioni in cui non è possibile mettere in atto comportamenti che modifichino le situazioni problematiche che hanno scatenato le emozioni ed è questo il caso delle malattie gravi come il tumore. Vi è allora una forma di coping centrato sull'emozione stessa, un processo interno che permette di affievolire l'emozione (Boca, 2005).
Incentivare tale capacità è molto importante al fine di evitare le reazioni emotive disfunzionali dovute, ad esempio, alle esperienze ripetute di fallimento che portano l'individuo a sentirsi impotente per cui diminuisce l'autostima e la persona va incontro a depressione (Boca, 2005).
Collegato al coping è il **concetto di empowerment**, ovvero la capacità di ciascuno di praticare e rendere operative le proprie risorse, che pure contribuisce al percorso individuale verso il benessere. Il coping e l'empowerment sono determinati rispettivamente da due fattori: il primo dalle caratteristiche interne ed il secondo dal contesto sociale. Entrambi favoriscono l'incremento e la gestione delle risorse personali, promuovendo così un miglioramento della propria condizione ed un positivo coinvolgimento sociale. Lo sviluppo di queste abilità determina lo stato di benessere psicologico, quello in cui l'individuo è partecipe della realtà in cui vive. Esso è raggiungibile attraverso un equilibrio tra la volontà della persona e la possibilità di realizzarla in sintonia con il contesto, per mezzo del potenziamento delle sue risorse interne e di quelle disponibili nell'ambiente. Alcune strategie di coping sono modalità più stabili, ovvero che caratterizzano lo stile personale con cui si affrontano gli eventi; altre invece dipendono dalla situazione e si modificano man mano che ci si adatta ad essa. Modificare le proprie strategie di coping per affrontare più efficacemente gli eventi stressanti dipende, quindi, sia dal modo di valutare gli stessi eventi, sia dalla capacità e possibilità di reperire informazioni, cercare aiuto e sostegno sociale nel contesto in cui si vive.
Rientrano nella categoria di coping attivo orientato all'emozione:
- la ristrutturazione cognitiva, che consiste nell'attribuire un'interpretazione diversa a quanto sta accadendo;
- la ricerca attiva di supporti emotivi ossia la tendenza a rivolgersi a familiari, amici o semplici conoscenti per avere un sostegno emotivo e per sentirsi meno soli;
- l'accettazione, che consiste nel diventare consapevoli di quanto sta accadendo inserendolo nella storia della propria esistenza;
- l'attribuzione di significati positivi ai fatti della propria vita (luigimastronardi.it).

Ho riportato una breve spiegazione di questi due concetti fondamentali perché essi sono il cuore del percorso in musicoterapia con i bambini e gli adolescenti che hanno o hanno avuto patologie oncologiche.
In musicoterapia la persona è attiva, è la protagonista della relazione musicale.
Anche nell'ascolto che induce il rilassamento i centri dell'attenzione e dell'elaborazione musicale sono attivi ed ascoltare non è quindi un processo passivo. A maggior ragione vi è un importante coinvolgimento psicofisico nel percorso che utilizza varie tipologie di attività e di giochi di ruolo calibrati sulle specifiche esigenze del singolo bambino/giovane.
Ognuno ha una storia particolare su cui si sono andate sviluppando particolari necessità ma i concetti di coping e empowerment sono stati trasversali a tutti i percorsi fatti per favorire il benessere e lo sviluppo di modalità più congeniali di affrontare le difficoltà a livello emotivo. Nell'essere protagonisti delle azioni musicali e inseriti in un ambiente e in una relazione facilitante vi è un grande potenziale di sviluppo della consapevolezza delle proprie potenzialità.

LE EMOZIONI

L'esperienza con i giovani pazienti dell'oncologia pediatrica si è incentrata sulle emozioni, sulla loro espressione al di là delle parole e quindi sul fare esperienza di emozioni più funzionali al benessere e alla qualità della vita. Sono emerse emozioni di base, rappresentate in modo schematico nell'immagine della ruota delle emozioni di R. Plutchik, quali paura, angoscia, rabbia, tristezza e si può vedere come accanto ad esempio all'emozione di paura e apprensione vi siano, da una parte sorpresa e distrazione e dall'altra fiducia e accettazione (Plutchik, 1994) (Figura 1).

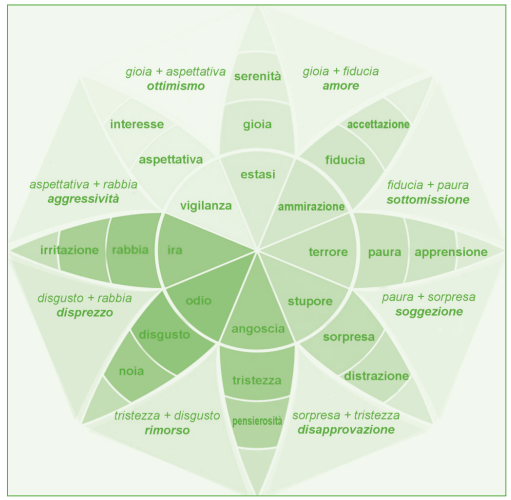


Figura 1: "Ruota delle emozioni" di R. Plutchik

Attraverso l'uso consapevole della musica e delle sue specifiche qualità che influenzano l'arousal e l'attivazione emozionale, si può far fare esperienza quindi di emozioni vicine, in senso psicologico, che assumono connotazioni più positive di quella sperimentata in partenza. Ad esempio, da un'emozione di rabbia si può gestire un cambiamento verso aspettativa e interesse e poi addirittura verso gioia e serenità.
Nel mio concetto di empowerment vi è fondamentalmente l'idea di un ampliamento delle possibilità che comprenda uno spostamento del locus of control, ossia della percezione di poter controllare e dirigere gli avvenimenti, dal dominio esterno all'interno di sé, un maggiore senso di auto-efficacia percepita, più fiducia in se stessi e negli altri, più forte motivazione orientata al "fare", per apprendere la speranza e migliorare la propria capacità di affrontare le situazioni complesse, dolorose o spiacevoli.
L'ambiente della relazione musicoterapica è facilitan-

te in quanto basato sull'accettazione incondizionata e sul non giudizio e nello stesso tempo la musica stessa è una forte motivazione a questo tipo di apprendimenti che avvengono per mezzo dell'esperienza fatta in prima persona ed esperita nel proprio corpo-psiche. In particolare vorrei sottolineare l'importanza della speranza come sentimento in grado di ridare gioia di vivere e serenità.
Tutto quanto scritto finora è stato valido sia per i bambini sia per gli adolescenti che hanno partecipato e dato vita al progetto. Senza di loro infatti esso sarebbe stato pura teoria.

I BAMBINI E LA MUSICA

Con la premessa che ogni bambino sarà citato con nome di fantasia voglio raccontare come sono stati diversi i percorsi fatti e come ogni bambino ha potentemente espresso se stesso e la propria natura.
Il percorso inizia con l'invio da parte delle psicologhe che operano nel reparto di Oncologia Pediatrica a Bolzano, con il patrocinio dell'Associazione PeterPan Alto Adige - Vereinigung PeterPan Südtirol e con la condivisione di alcune informazioni di base sul bambino, come nome e cognome, età, patologia, particolarità legate ad altre difficoltà. Successivamente la famiglia viene invitata a contattarmi per un primo colloquio conoscitivo. Dopo questa fase si inizia il percorso che di base prevede dieci incontri eventualmente prolungabili, se necessario e se vi è la richiesta da parte degli interessati. Alcuni percorsi si sono limitati ai dieci incontri di base ma la partecipazione di tutti i bambini in ogni caso è stata assidua. È certamente necessario, in questo tipo di collaborazione, stabilire un setting ed attenersi ad esso. Una volta terminato il percorso, che sia stato di dieci o quindici sedute o, in alcuni casi, come vedremo, anche più esteso, avviene un incontro finale con le psicologhe in cui riporto loro il mio feedback e viceversa, ricevo anche da loro un feedback sul gradimento espresso dai genitori e dai bambini stessi.

Piero e Sergio sono due bambini di circa undici anni: entrambi hanno avuto la leucemia, sono stati trapiantati e hanno presentato dei danni conseguenti alla malattia e alle terapie e un disturbo della crescita. Piero è stato diagnosticato come borderline cognitivo e Sergio, che ha anche una malattia di tipo genetico, presenta disturbi di apprendimento. Entrambi hanno fatto il percorso base di dieci incontri.
Negli incontri sono emersi sentimenti di rabbia e di tristezza per la propria malattia in Piero e di insicurezza e bassa autostima in Sergio, che era sempre molto disponibile ai giochi proposti mentre esprimeva però il dispiacere per gli scarsi risultati scolastici e la debolezza in alcune materie principali. Essere capaci di suonare e sentirsi in grado di portare a termine dei compiti in un ambiente non giudicante ha, per mia esperienza, delle ricadute positive sull'autostima e sul senso di auto-efficacia percepita. Piero invece ha potuto rielaborare, seppure in un percorso molto breve, la sua rabbia per una situazione familiare che si era venuta determinando, in cui egli non riusciva a gestire le emozioni e ha potuto esprimere la sua tristezza per la malattia che già dall'età di un anno aveva segnato e determinato la sua vita fino a quel momento. La mamma mi ha successivamente detto che aveva potuto riprendere un dialogo con Piero e quindi che la loro comunicazione era migliorata.

Diego è invece un bambino di sette anni, con genitori di madrelingua straniera, affetto da una forma di leucemia per la quale era, nel momento dell'incontro con me, in terapia orale. La sua particolarità era di essere estremamente intelligente ma di aver perso, con l'avvento della malattia, la parola, il dialogo, la voglia di comunicare verbalmente. Il lavoro con lui è stato molto particolare ed interessante perché Diego ha reagito inizialmente alle mie proposte di gioco con atteggiamenti aggressivi e di rifiuto. Uno dei problemi che mi era stato riportato era che anche suo fratello maggiore presentava comportamenti non idonei a scuola per cui i genitori venivano spesso convocati a colloquio. Diego inizialmente non ha quasi parlato ma mi ha fatto capire, attraverso i comportamenti, che aveva bisogno di essere coinvolto in un modo che fosse accettabile e a lui gradito. Aveva in sostanza bisogno di uno stimolo intellettivo più importante rispetto agli altri due bambini essendo in grado, per le sue capacità cognitive, di comprendere molto velocemente le situazioni. Abbiamo così escogitato un percorso ludico sulla storia musicale di **"Pierino e il lupo"** di S. Prokofiev, una fiaba che, tra l'altro, si presta moltissimo allo scopo di affrontare la paura in quanto l'atteggiamento del bambino protagonista della storia è un atteggiamento di coraggio che alla fine, con l'aiuto di vari amici (cooperazione), lo porta a sconfiggere il lupo prima e meglio dei cacciatori con i fucili spianati.
Diego si è tranquillizzato e ha manifestato il piacere di questo lavoro che è proseguito per alcune sedute, dimostrando sempre interesse e partecipazione.
Ha iniziato a parlare un po' di più e, quando ci siamo salutati dopo i dieci incontri, credo che Diego fosse più rasserenato e più disponibile a seguitare a comunicare verbalmente nel percorso scolastico che lo attendeva.

Aveva certamente bisogno di muoversi e sfogare energie represse e l'attività che facevamo insieme serviva a stare più calmo durante la settimana

Tobia è un bambino di dodici anni con un passato di patologie e di cure molto pesante. Egli ha una patologia genetica per la quale ha subito quattro trapianti ed inoltre una patologia cardiaca. Ospedalizzato dall'età di nove mesi, ha sviluppato una leucemia mieloide e gli è stata diagnosticata un'età mentale di cinque anni. Per contro manifesta una grande sensibilità per gli altri e una capacità empatica molto sviluppata. Tobia ha un tic nervoso per cui sbatte i denti in modo sonoro e fastidioso per chi gli sta accanto e inoltre non usa la bocca per la masticazione ma assume solo cibi semiliquidi. Non frequenta la scuola ed è seguito a domicilio dalle maestre del primo ciclo. Tobia ha espresso paura, senso di impotenza e debolezza rispetto alla malattia utilizzando la metafora del gioco di situazioni e il movimento. In ogni gioco vi è stato l'elemento sonoro che di volta in volta poteva essere l'uso di strumenti con piccole improvvisazioni su temi dati, l'uso della voce col canto di canzoni improvvisate o il movimento su temi tratti da brani di musica classica adatti per ritmo, melodia e armonia. Dopo un primo percorso di dieci incontri su richiesta della madre e col parere favorevole delle psicologhe dell'ospedale, abbiamo deciso di proseguire ad oltranza anche perché per Tobia l'attività di musicoterapia era l'unica attività svolta al momento, se si escludevano le lezioni scolastiche. Aveva certamente bisogno di muoversi e sfogare energie represse e l'attività che facevamo insieme gli serviva a stare più calmo durante la settimana.
Se emergevano contenuti di paura o sconforto, dopo averli chiaramente espressi nel gioco, proponevo una visualizzazione positiva con il suono dei campanelli tibetani o con una canzoncina finale al pianoforte in ottava alta semplice e infantile che potesse aiutare Tobia a trasformare i sentimenti provati, cioè il dolore e l'impotenza, in un senso di gioia per le cose belle e per la musica. Allora si disegnava sul viso di Tobia, che stava ad occhi chiusi, un sorriso e compariva la serenità.
Abbiamo lavorato sul testo delle canzoni che erano in verità molto semplificati e ridotti quasi al minimo, una frase ripetuta che sempre conteneva il nome di Tobia. Di più non è stato possibile ideare ma per lui aveva un significato poter usare la voce in modo spontaneo e non controllato, quasi gridando come fanno a volte certi cantanti "urlatori". Ho capito che Tobia aveva bisogno di essere sentito: il grido era la sua voce, estremamente forte e acuta, e ho lasciato che esprimesse questo bisogno fondamentale che certamente altrove non poteva esprimere senza creare dei problemi. La voce urlata era anche l'espressione dello stato del suo corpo, della costrizione fisica.
Abbiamo anche lavorato sulla pronuncia, soprattutto di consonanti come la "R", perché Tobia ha problemi di dizione, concentrandoci sul suono delle lettere, sulla loro percezione e riproduzione.
Nella seconda parte del percorso si sono allungati i tempi della musica suonata insieme, sul tamburo per avere un ritmo comune, sul metallofono, che Tobia ha suonato con entrambi i battenti in modo molto crea-

tivo e al pianoforte. Gli ho proposto vari strumenti a fiato, la melodica, vari flauti tra cui flauto dolce e a **coulisse** e il **kazoo** perché ritengo che, nel suo caso, ci sia bisogno di incrementare la respirazione e la percezione del proprio corpo attraverso il respiro e l'azione dell'aria e attraverso il movimento. Col kazoo, in particolare, egli doveva utilizzare la bocca per produrre i suoni e questo, data la sua difficoltà col linguaggio e con la masticazione, era a mio avviso particolarmente indicato. In generale per Tobia, come anche per altri bambini che sono stati molto ospedalizzati e non hanno potuto fare esperienza di movimento come nella normalità, la musicoterapia può offrire validi spunti e stimoli al movimento finalizzato alla percezione di sé, al recupero di esperienze corporee positive, che sostituiscano le esperienze di dolore e di immobilità forzata provate nel corso della loro vita. Tobia per tutto il tempo in cui partecipava all'incontro di musicoterapia non ha mai messo in atto il suo tic, forse per l'alto livello di coinvolgimento nell'attività.

Esther è invece una bambina di quattro anni che, al momento in cui scrivo, sta ancora facendo il percorso. È una bambina in terapia orale per leucemia che mi è stata presentata come piuttosto riservata e schiva con tendenza alla ripetizione quasi ossessiva di giochi a lei congeniali. Non si poteva sapere come Esther avrebbe preso l'attività di musicoterapia ma fortunatamente la nostra relazione si è rivelata positiva e, a detta della mamma, Esther ogni volta non vede l'ora di tornare al prossimo incontro. Facciamo giochi di movimento e di ballo adatti alla sua età con stimoli musicali e ritmici diversi che Esther prontamente riconosce e ha dimostrato una propensione al movimento libero e aggraziato. Usa la fisicità in modo piacevole e creativo spostandosi nello spazio dello studio e vuole anche provare vari strumenti per i quali esprime chiare preferenze. Se qualcosa non le piace il "NO" è secco!
Anche al pianoforte Esther usa entrambe le manine sulla tastiera muovendo le dita in su e in giù con movimenti morbidi. È importante dimenticare e distogliere l'attenzione dalle difficoltà e dalla paura che prova per le terapie, che ancora deve fare, per provare autentica gioia e attivazione di energie positive.

Grazie al gioco, si entra, per il tramite di stimoli musicali, in una dimensione in cui si è in contatto con l'energia vitale primaria e con la creatività.

GLI ADOLESCENTI E LA MUSICA

Il lavoro con gli adolescenti, pur avendo gli stessi obiettivi di base, mira anche a ristabilire un equilibrio nei bisogni psicosociali così importanti in questa fascia d'età. La malattia oncologica può produrre sentimenti di incertezza rispetto all'immagine di sé già provata dal difficile compito di crescere e dai mutamenti che l'età puberale porta con sé (Vegetti Finzi, Battistin, 2000). Collegato a quest'incertezza vi è anche, purtroppo, il rischio di esclusione sociale in una fase della vita in cui la socializzazione col gruppo dei pari è di vitale importanza.

Daria ha avuto un tumore cerebrale la cui asportazione ha lasciato dei danni senso-motori di una certa importanza, disturbi della vista, dell'udito, dell'articolazione fonatoria e del movimento soprattutto alla parte sinistra del corpo. Il lavoro con lei ha riguardato principalmente la stimolazione al movimento e alla coordinazione senso-motoria (attraverso l'attivazione delle aree motorie deputate all'elaborazione musicale), ma anche l'espressione di sentimenti legati alla sua disabilità tra cui spiccava il senso di isolamento e di impotenza, mitigati, nel caso di Daria, da uno spiccato senso dell'umorismo. Il suo entusiasmo e la sua motivazione a fare sono stati notevolissimi. Per mezzo dell'ascolto abbiamo evocato immagini positive attraverso cui Daria ha potuto rappresentare i propri desideri ancora irrealizzati e si sono attivate energie psichiche collegate alla speranza. Inoltre vi è stata una parte molto consistente di musicoterapia attiva attraverso dialoghi sonori con strumenti a percussione e al pianoforte. Il percorso ha sempre una continuità e i risultati possono essere osservati nel breve tempo soprattutto a livello di tono dell'umore. È importante che l'umore migliori e che immagini positive possano essere richiamate alla mente anche dopo la fine del percorso. In questo senso si può dire che la musicoterapia è un processo che innesca il cambiamento. Graditissimi per Daria i colpi di gong a fine seduta! Mi sono accorta di come sia stato importante per lei l'aspetto vibratorio dello strumento che agisce come una potente stimolazione sensoriale a livello uditivo e vibrotattile. Ciò accade sempre ma a maggior ragione quando vi siano danni sensoriali e sembra quasi che la persona ricerchi in modo istintivo il tipo di stimolazione più forte e più adatto, una stimolazione molto collegata al piacere sensoriale e alla percezione del proprio corpo.
Questo tipo di stimolazione e di attivazione percettiva è collegato alla gioia di vivere e a sentimenti di interconnessione. La musica per Daria è "amore".

Sara è arrivata da me perché si trovava in un momento tragico di svolta della propria vita e, oltre al supporto psicologico, si è pensato che potesse trarre giovamento da un tipo di terapia espressiva com'è la musicoterapia. In realtà Sara ha avuto sempre molto bisogno di parlare e la parola era per lei una barriera che frapponeva tra sé e gli altri, per non mostrare troppo le proprie fragilità abituata com'era a mostrarsi forte; dopo aver avuto un tumore osseo alla gamba all'età di dodici anni e dopo varie operazioni, non andate a buon fine, a diciannove anni si trovava a dover decidere per l'amputazione della propria gamba.
Esausta per l'alternanza di speranze e delusioni, Sara è letteralmente andata nel panico e ha chiesto aiuto. Il bisogno che esprimeva era quello di essere supportata in una decisione difficile e definitiva e nella relazione musicoterapica come prima cosa abbiamo cercato di isolare il bisogno di esprimersi verbalmente, in modo a volte quasi compulsivo, per lasciare posto invece all'ascolto e quindi all'ascolto di sé. Non è stato facile all'inizio creare un silenzio pieno, accettante, in cui lasciar risuonare le emozioni molto forti di Sara, la rabbia, la paura, l'angoscia e il panico.
Piccoli spazi all'inizio da non dover riempire con un "dover essere" come Sara era abituata a fare per dimostrare di essere una ragazza forte e allegra, sempre autonoma e autosufficiente, ma dove invece poter sentire ed ascoltare la propria fragilità. Era necessario prepararsi al lutto della perdita di una parte del corpo, al cambiamento di immagine conseguente a quella perdita e a gestire l'ansia che tale perdita già evocava. Alla fine del percorso Sara ha detto di essere stata aiutata dalla musicoterapia a dare un nome alle sue emozioni e ad essere più equilibrata nella scelta che poi ha fatto.
Con le adolescenti le canzoni preferite e i loro testi sono stati validissimi aiuti nel trovare le risorse interiori per sostituire stati d'animo e convinzioni limitanti con altre più funzionali.

Non è stato facile all'inizio creare un silenzio pieno, accettante, in cui lasciar risuonare le emozioni molto forti di Sara, la rabbia, la paura, l'angoscia e il panico.

Anche Michela, quindici anni, ha fatto un bellissimo lavoro attraverso le canzoni che ogni settimana mi portava chiedendomi di suonare accompagnandola al pianoforte mentre lei cantava. Insieme traducevamo e leggevamo i testi che erano sempre significativi ed esplicativi di particolari stati d'animo.
Michela aveva avuto qualche mese prima una diagnosi improvvisa di tumore per la quale era stata operata urgentemente e da cui sembrava essere guarita. Il supporto di cui poteva aver bisogno riguardava l'integrazione di questo evento traumatico nel suo processo di crescita. Amando la musica è stato naturale e molto gratificante per lei usare questo mezzo espressivo, il canto e alcune volte la chitarra o il pianoforte, e riappropriarsi delle potenzialità che forse il trauma della malattia aveva in qualche modo bloccato.
Con i testi abbiamo esplorato vari stati e vari sentimenti fino a giungere, alla fine del percorso, ad una serenità più stabile legata ai ricordi d'infanzia e ai momenti felici trascorsi cantando col padre.

Maria invece, diciotto anni, non è malata ma ha una sorella più giovane gravemente in pericolo di vita per l'evolversi di un tumore osseo e le conseguenti metastasi. Il dolore che deve elaborare è quello della perdita che sta per subire ed è stata inviata da

me perché ha difficoltà ad utilizzare il dialogo e la parola per esprimere i suoi sentimenti. La sua voce, quando mi parla della sorella, è flebile, quasi inudibile, tutta trattenuta in se stessa. Vedo la necessità sia di creare un diversivo, uno spazio tutto suo in cui stare bene seppure momentaneamente, uno spazio in cui provare sentimenti positivi attraverso il rilassamento e l'ascolto guidato di brani musicali adatti, sia di potenziare la sua voce e di lavorare sul respiro. L'ascolto e la visualizzazione sono stati orientati anche alla percezione e alla consapevolezza di non essere sola in questo momento della vita e di poter sentire la presenza e il supporto di varie persone intorno a lei. Credo che il lavoro futuro, poiché la nostra relazione musicale si sta ancora svolgendo, comprenderà anche il lasciar andare, l'accettazione della morte quando questa è inevitabile, il dare un senso, se possibile, a quanto sta avvenendo, sempre partendo dall'esperienza del proprio corpo, delle sue potenzialità, e dalle proprie emozioni, in modo che si possa promuovere la speranza e la continuità della vita.

CONCLUSIONI

Un posto centrale è senz'altro stato occupato dalla voce di tutte le giovani persone che hanno fatto il percorso di musicoterapia con me e di cui ho scritto. La voce intesa come un gesto e come un comportamento del corpo, manifestazione sonora e vibratoria, veicolo totale del corpo molto più di quanto possano essere le parole (Pessina, 2011).
Il significato di tutto ciò è profondamente comunicativo. Attraverso il movimento e il comportamento della voce e del corpo si manifesta la volontà costante di comunicare e di entrare in relazione con l'altro. Nel setting di musicoterapia avviene una sintonizzazione affettiva sui parametri musicali della comunicazione che stimola ulteriori movimenti e comportamenti in sintonia con l'altro e congruenti con quanto avvenuto prima. Diventa un flusso comunicativo simile a quello della prima relazione tra mamma e bambino.
Attraverso la condivisione del proprio mondo percettivo con un'altra persona, il bambino può estendere e definire la percezione del sé, può avere un insight di sé come essere umano emotivo e comunicativo, sperimentando le sue azioni e i suoi impulsi in relazione alle risposte che riceve dalla madre (Stern, 2000).
Il riconoscimento dello stato interiore di un altro essere umano e l'interazione con esso per mezzo degli affetti vitali espressi dai parametri musicali della comunicazione si definisce come "intersoggettività" (Stern, 2000). Attraverso tale intersoggettività, nella relazione musicoterapica, la persona, il giovane, percependo la risonanza che ha prodotto nell'altro, la terapista, può conoscere meglio se stesso nel momento presente e nelle sue emozioni attuali ma anche intravvedere quello che può essere o diventare. L'improvvisazione in musicoterapia offre possibilità di suonare, divertirsi ma anche di crescere nella relazionalità, attraverso lo scambio e la condivisione con la terapista. La crescita può verificarsi tramite lo sviluppo dell'intenzionalità nei suoni vocali, può consistere nell'accettazione della propria malattia, può essere un'opportunità per esprimere sentimenti difficili col proprio agire musicale oltre che con le parole (Pavlicevic, 2002).
Anche se la musica svanisce resta il valore dell'esperienza significativa fatta, della scoperta di parti di sé nascoste, rese udibili nelle improvvisazioni e nei giochi musicali. Il punto di arrivo è in realtà un punto di partenza per nuove esperienze, con però una nuova consapevolezza della propria energia vitale, del proprio corpo e della propria voce, espressioni dell'interiorità, collegamento tra il dentro e il fuori. Valore del portare la propria esperienza nel mondo. Ogni esperienza, anche quella della malattia e del dolore, è unica. La musica rende a quell'esperienza vissuta il suo valore umano, relazionale e sociale.

RINGRAZIAMENTI

Tutti i percorsi sono stati profondamente diversi ma altrettanto gratificanti per la qualità delle relazioni che si sono stabilite. Il lavoro che ho fatto e faccio è un lavoro di équipe.
Ringrazio quindi tutte le meravigliose persone che si occupano di problematiche oncologiche pediatriche per mezzo dell'Associazione PeterPan Alto Adige - Vereinigung PeterPan Südtirol e soprattutto le psicologhe Mandy, Laura, Martina, Barbara e Chiara, che credono nella musica e nella musicoterapia come supporto e aiuto per i "loro" bambini e giovani. Vorrei che la musica potesse essere di supporto anche ai caregivers che sicuramente hanno un carico emotivo grandissimo nel confrontarsi con malattie tanto gravi e ancor più destabilizzanti in quanto colpiscono giovanissime vite. Ciò lascia sicuramente un dolore immenso e uno sgomento in chiunque si occupi della cura di queste giovani persone.
Sarebbe bello se la musica potesse essere un balsamo che lenisce quel dolore.

Bibliografia

■ **Aasgaard T.**
An ecology of love: Aspects of music therapy in the pediatric oncology environment, Journal of Palliative Care, Montreal, Vol. 17(3), 177-81, Autumn 2001.

■ **Archie P., Bruera E., Cohen L.**
Music-based interventions in palliative cancer care: a review of quantitative studies and neurobiological literature, Supportive Care in Cancer, Vol. 21(9), 2609-2624, 2013.

■ **Boca S.**
Modelli cognitivi delle emozioni, in "I processi cognitivi", a cura di Remo Job, Carocci, Roma, 2005.

■ **Fornari F.**
Psicoanalisi della musica, Collana: Il cammeo, 66, Longanesi, Milano, 1984.

■ **Jankovic M., Vallinoto C., Spinelli M., Leoni V., Masera G.**
La relazione terapeutica con il bambino e l'adolescente affetti da leucemia, Gior. It. Med. Lav. Erg., Pavia, Vol. 30, Nr 3, B71-B76, 2008.

■ **Kemper K.J., Danhauer S.C.**
Southern Medical Journal, Vol. 98, Nr. 3, 282-286, March 2005.

■ **LaSpina, Colombatti, Samperi, Di Cataldo, Sainati, Russo**
Quaderni ACP, 25(3), 122-126, 2018.

■ **Malloch S., Trevarthen C.**
Communicative musicality: exploring the basis of human companionship, Oxford University Press, NY, 2009.

■ **Mastronardi L.**
La psicologia applicata allo stare meglio, www.luigimastronardi.it

■ **Mavridis I.N.**
Music and the nucleus accumbens, Surg. Radiol Anat., Vol. 37(2):121-5, 2015 Mar.

■ **O'Callaghan C., Dun B., Baron A., Barry P.**
Music's Relevance for Children With Cancer: Music Therapists' Qualitative Clinical Data-Mining Research, Social Work in Health Care, Vol. 52, (2-3)125-143, 2013.

■ **Pavlicevic M.**
Musicoterapia applicata al contesto. Musica, significato, relazione, Ismez Ed., Napoli, 2002.

■ **Pessina L.**
Essere voce. Viaggio nella vocalità: dal gioco a Demetrio Stratos, Aereostella, Milano, 2011.

■ **Piaget J.**
La formazione del simbolo nel bambino, La Nuova Italia, 1972.

■ **Plutchik R.**
Psicologia e biologia delle emozioni, Bollati Boringhieri, Torino, 1994.

■ **Selvaggio D.**
Psiconcologia Pediatrica, Edizioni Psiconline, 2016.

■ **Stern D.**
Il mondo interpersonale del bambino, Bollati Boringhieri, Torino, 2000.

■ **Vegetti Finzi S., Battistin A.M.**
L'età incerta, Mondadori, Milano, 2000.

■ **Winnicott D.W.**
Gioco e realtà, Armando Editore, Roma, 1997.

IL GRUPPO IN MUSICOTERAPIA: FACILITATORE O BARRIERA?

UNDICI ANNI DI ESPERIENZE NELLE COMUNITÀ PER PERSONE CON DISABILITÀ INTELLETTIVA

Gianni Vizzano, Musicoterapista, Torino.

In 2001, with the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), the World Health Organization (WHO) redefined Disability as "the result of a complex relation between an individual's health condition and personal and environmental factors in which he's living".
The current Biopsychosocial approach to Disability is an interactive model between health condition and environment. This Paper provides some causes for reflection, starting from an 11 years Music Therapy experience in a Residential Community for people with intellectual disability (85% of the followed cases shows mild to severe intellectual disability).
Since seriously compromised people are not able to easily communicate and can't clearly and fully oppose to unconfortable situations which don't consider their functional limitations, are we always aware, when providing ad following a care path, of their needs, desires, and feelings? Are Music Therapy Groups always a facilitating mean for patients' expressiveness? Is there any risk for Music Therapy sessions of being perceived by a disabled patient as a further expressive block? Can Music Therapy Groups and Setting become obstacles (environmental and relational) for individual expressiveness? At the end of the Paper, two practical experiences are presented: two Music Therapy Groups presented starting from one of the attendees' features and feelings, goals, indexes and Individualized Projects.

"A saperla ascoltare qualsiasi musica è un reperto vivente che in ogni istante racconta di quello che siamo oggi e intanto ci emoziona, perché rimette sempre in circolo, dentro di noi e tra di noi, quella nostra storia antica e profonda". [1]

Dal 2007 lavoro come musicoterapista nelle comunità residenziali socio-assistenziali per persone con disabilità intellettiva [2] gestite dal Gruppo Agape e convenzionate con l'Azienda Sanitaria Locale; ho iniziato il mio lavoro presso la Comunità "Villa Anna" di Cambiano (TO) e in seguito la mia attività si è estesa alle Comunità "Villa Annarita" di Racconigi (CN), "Residenza Giovanni XXIII" di Volpiano (TO) e "Spazi di vita" di Torino.
Queste strutture accolgono persone con disabilità prevalentemente grave ed erogano prestazioni di tipo sanitario e assistenziale che vanno dalla presa in carico dell'ospite nel suo vivere la quotidianità, all'individuazione di specifici programmi riabilitativi e di mantenimento delle abilità residue.
Nell'ambito di questi programmi sono inseriti gli interventi di musicoterapia a cadenza settimanale.
Attualmente, seguo con regolarità quarantacinque persone, dodici delle quali in sedute individuali e trentatré in piccoli gruppi (composti da 3 persone).
Un terzo sono uomini, due terzi donne. La maggior parte di loro ha tra i quaranta e i sessanta anni [3].
Circa il 15% dei casi seguiti ha una disabilità intellettiva moderata (con ritardo mentale di media gravità), la metà dei quali con epilessia. Il restante 85% ha disabilità intellettiva grave ed estrema: dieci di questi casi presenta tetraparesi spastica (paralisi cerebrale che colpisce gli arti superiori e inferiori), cinque sono affetti da Sindrome di Down.

LA DISABILITÀ: RELAZIONE TRA CONDIZIONI DI SALUTE E AMBIENTE

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS, 2002) la disabilità è **"il risultato di una complessa relazione tra la condizione di salute di un individuo, i fattori personali e i fattori ambientali in cui vive"**, una condizione di vita determinata dal rapporto tra la persona e il suo ambiente.
Tale definizione ha rappresentato una novità in ambito internazionale perché ha chiarito che la disabilità non è definita soltanto dalla diagnosi, ma dall'interazione di una condizione di salute con fattori contestuali che, a seconda della presenza di aspetti facilitanti o ostacolanti, possono determinare livelli di disabilità molto diversi. Se la condizione di vita è caratterizzata da un determinato funzionamento (condizionato da menomazioni o patologie) e l'ambiente è sfavorevole a tale funzionamento, si genera dunque la disabilità. La disabilità è pertanto la risultante di una relazione (persona/ambiente sfavorevole) condizionata da trattamenti differenti ingiustificati (discriminazione) e da carenza di pari opportunità.

La disabilità è pertanto la risultante di una relazione condizionata da trattamenti differenti ingiustificati e da carenza di pari opportunità

Sul piano culturale e giuridico il riferimento è la Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, approvata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite il 13/12/2006, sottoscritta dall'Italia il 30 marzo 2007 e ratificata dal Parlamento Italiano con la legge n. 18 del 3 marzo 2009. La Convenzione non definisce la disabilità, ma piuttosto le persone con disabilità, e si prefigge di promuovere, proteggere e assicurare il pieno e uguale godimento di tutti i diritti e di tutte le libertà da parte delle persone con disabilità. La condizione di disabilità viene ricondotta all'esistenza di barriere di varia natura. L'approccio alla persona con disabilità diventa una questione di rispetto dei diritti dell'uomo. Il focus si sposta dall'assistenza e dagli interventi sanitari alle politiche di inclusione: per favorire l'inclusione delle persone con disabilità occorre affrontare non solo le condizioni dell'individuo, ma anche l'ambiente in cui vive.
Sul piano scientifico ci si riferisce alla Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (ICF), risultato del processo di revisione dell'ICIDH (International Classification of Impairment,

Disability and Handicap, approvato nel 1980). Promosso dall'OMS, l'ICF è stato adottato dall'Assemblea Mondiale della Sanità nel maggio 2001. L'ICF non è una classificazione delle persone, ma una classificazione delle caratteristiche della salute delle persone nel contesto delle loro situazioni di vita individuali e dell'interazione con i fattori ambientali, siano essi barriera o facilitatori.

IL PASSAGGIO AL MODELLO BIO-PSICO-SOCIALE DELLA DISABILITÀ

Il concetto di salute è stato sovrapposto per molto tempo a quello di assenza di malattia. Il benessere, in realtà, è strettamente legato al funzionamento umano a tutti i livelli: biologico, psicologico e sociale.
La classificazione ICF supera il modello lineare di disabilità che si fonda sulle conseguenze della malattia (malattia → menomazione → disabilità → handicap) e mette al centro della valutazione il funzionamento, ovvero il risultato dell'interazione tra la persona e l'ambiente. Il modello bio-psico-sociale della disabilità è un modello interattivo tra condizione di salute e ambiente.
L'ICF consente di valutare le capacità e gli ostacoli incontrati dalle persone con disabilità in una società non inclusiva. La disabilità non è una condizione soggettiva ma un rapporto sociale, dipendente dalle condizioni di salute in cui si trova una persona e le condizioni ambientali e sociali in cui si svolgono le sue attività. Qualora queste condizioni non tengano conto delle limitazioni funzionali della persona e non ne adattino gli ambienti di vita e di relazione, vengono costruite barriere e ostacoli che limitano la partecipazione sociale (Borgnolo et al., 2009).

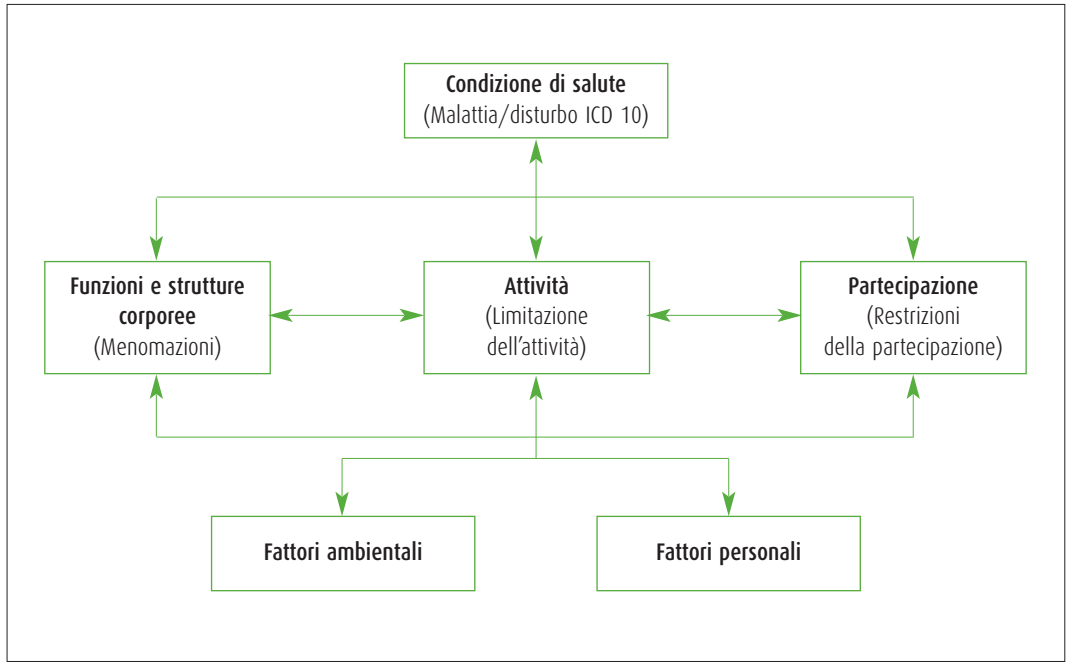


Figura: Il modello bio-psico-sociale nella Classificazione ICF (OMS, 2002).

MUSICOTERAPIA IN GRUPPO: ELEMENTO FACILITATORE O BARRIERA?

Nell'approccio musicoterapico si parla spesso di empatia, la capacità di immedesimarsi in un'altra persona fino a coglierne i pensieri e gli stati d'animo, condividendone le emozioni e sintonizzandosi su di esse. A proposito delle indicazioni dell'OMS e dell'ICF, che considerano la disabilità come rapporto sociale dipendente dalle condizioni ambientali, quante volte ci è capitato di sentirci persone "con disabilità" in situazioni poco accoglienti e inclusive? Nel nostro lavoro e nei percorsi di cura siamo sempre profondamente attenti alle necessità, ai desideri, agli stati d'animo delle persone gravemente compromesse che non sono in grado di comunicare con facilità e non hanno la possibilità di opporsi in modo chiaro e netto alle situazioni sgradevoli che non tengono conto delle loro limitazioni funzionali?

Il setting musicoterapico e il gruppo di musicoterapia possono divenire ostacoli (ambientali, relazionali) all'espressività individuale?

A tal proposito, in musicoterapia, è necessario riflettere con attenzione in merito alla composizione dei gruppi. Spesso è la struttura stessa in cui lavora il musicoterapista a richiedere di seguire le persone con disabilità in gruppi (più o meno numerosi), per favorire la socializzazione o per far fronte così alle limitate disponibilità economiche da destinare all'intervento di musicoterapia. Ma il gruppo di musicoterapia in cui si trova la persona con disabilità è sempre un elemento che facilita la sua modalità espressiva? C'è il rischio che con le sedute di musicoterapia si proponga un ulteriore contesto vissuto come barriera dalla persona con disabilità? Il setting musicoterapico e il gruppo di musicoterapia possono divenire ostacoli (ambientali, relazionali) all'espressività individuale?
Occorre monitorare costantemente questi elementi attraverso un continuo lavoro d'équipe. I gruppi di musicoterapia, se necessario, vanno modificati per venire incontro ai bisogni espressivi e relazionali di ciascun singolo partecipante. Il gruppo può essere vissuto come ostacolo quando non vi è orientamento comune, quando c'è dispersione. Nei gruppi di musicoterapia l'orientamento è dato dal musicoterapista, attraverso il suo atteggiamento, le sue proposte, gli stimoli sonori e le variazioni musicali introdotte. Il musicoterapista, nel gruppo, ha funzione di mediatore, catalizzatore; favorisce processi e relazioni, facilita l'espressività dei partecipanti e direziona gli impulsi, sostiene i ponti comunicativi che si creano nei dialoghi musicali.

Nelle improvvisazioni sonore, però, si possono generare anche conflittualità, disarmonie, dissonanze.
Essendo un contesto prevalentemente non-direttivo, durante le sedute di musicoterapia può accadere ad esempio che un partecipante suoni fortissimo e un altro non gradisca ascoltare la forte intensità sonora. In questi casi occorre trovare il modo opportuno per accompagnare e sostenere la persona nel gruppo, per mediare e superare le eventuali conflittualità che si presentano, trasformare e far evolvere le situazioni difficili, integrare le sonorità per vivere momenti di armonia e consonanza. Stare in gruppo può essere faticoso quando disperdiamo noi stessi, quando vi è frammentazione. Il gruppo può invece agevolare l'espressione individuale se il singolo trova nel gruppo qualcosa di sé.
Non sempre però in una comunità residenziale per persone con disabilità è facile costituire un gruppo in cui ogni partecipante possa ritrovare nelle modalità espressive degli altri qualcosa che rimanda alle sue caratteristiche. Per valutare se è più utile ed efficace l'intervento musicoterapico di gruppo o quello individuale va considerato il rapporto che la persona con disabilità instaura con l'elemento sonoro-musicale. **"Tanto più il rapporto che il paziente instaura con l'elemento sonoro-musicale appare specifico, profondo, peculiare, tanto più si può ipotizzare una presa in carico individuale; viceversa quando più questo rapporto appare generico, superficiale se non difensivo si può ipotizzare un trattamento di gruppo dove tali aspetti possono beneficiare del confronto con gli altri"** (Manarolo, 2006).
Occorre dunque esaminare le potenzialità e i bisogni della persona con disabilità, gli obiettivi generali e specifici del suo progetto individualizzato.

IL PROGETTO INDIVIDUALIZZATO PER LA PERSONA CON DISABILITÀ

La legge n. 328 del 2000 ("Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali") prevede che, affinché si ottenga in pieno

l'integrazione (scolastica, lavorativa, sociale e familiare) della persona con disabilità, i singoli interventi siano tra loro coordinati, non solo per evitare inefficaci sovrapposizioni, ma soprattutto per indirizzare meglio l'insieme di tali interventi verso un'adeguata risposta alle particolari e individuali esigenze della persona beneficiaria.
Il principale strumento è quello della predisposizione di progetti individualizzati [4] per ogni singola "persona con disabilità fisica, psichica e/o sensoriale, stabilizzata o progressiva (art. 3 - L. 104/92)", attraverso i quali poter creare percorsi personalizzati per ciascuno.
Secondo la legge 328/2000, il Comune di residenza deve predisporre, d'intesa con la A.S.L., un progetto individuale indicando i vari interventi sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali di cui possa aver bisogno la persona con disabilità. Si guarda alla persona con disabilità non più come ad un semplice utente di singoli servizi ma come a una persona con esigenze, interessi e potenzialità da alimentare e promuovere.
Alla luce delle indicazioni dell'OMS e dell'ICF, inoltre, il progetto individuale va ripensato come il documento programmatico dei diritti umani della persona con disabilità.

Nelle strutture in cui lavoro, i progetti individualizzati, redatti tenendo conto anche delle valutazioni dell'ICF, vengono elaborati in équipe (alla quale partecipa anche il musicoterapista) e ridefiniti ogni anno; vi sono periodiche e regolari verifiche dei Servizi Sociali, i quali richiedono un costante aggiornamento delle relazioni dei vari interventi. Ogni sei mesi circa anche le relazioni di musicoterapia vengono aggiornate, verificando nuovamente obiettivi e indicatori. Le osservazioni contenute nelle relazioni di musicoterapia, lette dettagliatamente dai Servizi Sociali, sono state spesso utilizzate per definire in modo più adeguato e personalizzato le proposte ai singoli ospiti.
La musicoterapia, infatti, offre un contesto ideale per osservare le modalità espressive, le caratteristiche comunicative, le capacità e le autonomie delle persone coinvolte in relazione tra loro. È possibile dare importanza a ogni espressione, ogni comportamento, ogni sonorità prodotta.

"La vita è musicale per gli esseri umani, noi attraversiamo il tempo della nostra vita in strutture ritmiche e musicali [...] Camminare, correre, saltare, strisciare, toccare, scavare, tagliare, cucire, bussare, accarezzare, scrivere, leggere, parlare, e tanto altro, sono azioni che hanno intrecci ritmico-musicali" (Apolito, 2014).
Di seguito presento due esperienze applicative: due gruppi di musicoterapia visti a partire dalle caratteristiche e dagli stati d'animo di una delle partecipanti, dagli obiettivi e dagli indicatori dei loro progetti individualizzati. La Sig.ra M. di 55 anni e la Sig.ra G. di 63 anni, hanno entrambe diagnosi di disabilità intellettiva moderata ed epilessia.

LA SIG.RA M.: NARRARE UN SINTOMO E RICERCARE PROSPETTIVE GENERATRICI

PROGETTO INDIVIDUALIZZATO 2018 della Sig.ra M.

- **Obiettivo generale:**
  Essere bilanciata tra sé e l'altro.
- **Obiettivo specifico:**
  Sostenerla in una relazione adulta. Sostenerla nei limiti di una comunicazione corretta e rispettosa degli altri.
- **Indicatori:**
  Riesce ad attendere? Riesce ad ascoltare? Rispetta gli spazi degli altri? Riesce a condividere senza prevalere? Partecipa alle attività e ci rimane fino al termine?

In campo clinico il sintomo attraverso il quale si manifesta lo stato patologico, ha funzione comunicativa: è portavoce di un malessere, è comunicazione di un pensiero che non riesce ad adattarsi, è campanello di allarme di un meccanismo psicologico che si è inceppato. Il sintomo è una comunicazione dell'organismo che si esprime principalmente attraverso la sofferenza di chi lo ospita.

La Sig.ra M. esprime la sua sofferenza (vissuti rifiutanti) attraverso comportamenti ossessivi: continua richiesta di svolgere attività di giardinaggio, di ripulire le stanze con la scopa, di riordinare gli indumenti di altre ospiti. Richiedendo continuamente di svolgere queste azioni, spesso provoca fastidio e intolleranza nelle persone accanto a lei, ma attraverso queste richieste continue la Sig.ra M. esprime anche i suoi desideri e le attività che le piace svolgere. Per attirare l'attenzione su di sé utilizza modalità infantili come per sottolineare il suo bisogno di avere qualcuno che si occupi di lei. Le piace prendersi cura di altre persone e di cose, anche se spesso l'atteggiamento che offre agli altri è un modo per esprimere ciò che vorrebbe per sé. M. ha sempre avuto un buon rapporto con il musicoterapista, che nei primi anni seguiva altre ospiti della struttura. Quando le è stato proposto di partecipare alle sedute di musicoterapia, però, la Sig.ra M. ha espresso netto rifiuto, talvolta aggredendo verbalmente il musicoterapista: **"Vai via! Non vengo!"**.
Con gradualità, in seguito, ha richiesto spontaneamente di poter entrare nella stanza di musicoterapia durante la seduta di un gruppo per spazzare la stanza. Ha iniziato a percepire il contesto musicoterapico come uno spazio e un tempo dove sentirsi accolta e compresa, dove portare e narrare il suo sintomo e trovare prospettive generatrici. Durante le sedute di musicoterapia, nei momenti in cui M. ripuliva la stanza con la scopa, ha iniziato a cantare: brani religiosi o tratti dai film animati di Walt Disney che hanno offerto al musicoterapista la possibilità di un "aggancio" e di un'integrazione affettiva ed emotiva con il resto del gruppo.

Foto: Setting musicoterapico del gruppo con la Sig.ra M.

In considerazione delle caratteristiche personali della Sig.ra M. (ricerca di una relazione fusionale, difficoltà a viversi separata dall'altro, difficoltà nella gestione delle modalità di comunicazione), il setting di questo gruppo prevede un allestimento degli strumenti secondo una forma di cerchio aperto, che ricorda un po' la disposizione degli arredi di un salotto (con gli strumenti al centro) e che permette un lavoro sulle relazioni e sulla comunicazione reciproca, sulla vicinanza e distanza fisica (è presente il divano che favorisce una vicinanza fisica, ma anche alcune sedie che consentono di mantenere una relazione a distanza).
Secondo il musicologo Stephen Malloch e lo psicologo Colwyn Trevarthen (2009), citati da Apolito, **"una vera e propria musicalità comunicativa tra gli esseri umani dà forma alle loro relazioni, soprattutto quando sono vicini, in prossimità. E in particolar modo quando le circostanze o le appartenenze prevedano collaborazione o suscitino empatia.**
Allora le loro relazioni si basano su modulazioni armoniche a tempo: parole, conversazioni, suoni, sguardi, gesti, movimenti, azioni. Emozioni. O sorrisi che rispondono a sorrisi. E voci a voci [...]. Nelle normali relazioni quotidiane una certa indifferenza reciproca o le necessità pratiche possono rallentare la base ritmico-musicale delle relazioni, frantumarla, indebolirla fino a farla esile o quasi a dissolverla. Ma quando il contesto produce forte empatia cresce la concordanza ritmica dei gesti, delle voci, dei corpi, e una continua orchestrazione intersoggettiva intensifica il legame e la coesione con gli altri, sintonizza forti e significative emozioni. E tutti avvertono un pervasivo piacere. Fisico, psichico". (Apolito, 2014).
È ciò che accade o può accadere nelle sedute di musicoterapia, un contesto che favorisce condivisione, empatia, interazione. Il setting musicoterapico è un luogo di incontro, di "contagio ritmico e mimetico" (Apolito, 2014). Nei dialoghi sonoro-musicali accade che ci si faccia eco e specchio gli uni degli altri.
Quando nella quotidianità M. si rivolge a un interlocutore, è solita guardare lo specchio di fronte a lei (se presente) invece che corrispondergli lo sguardo; nel setting di musicoterapia non ci sono specchi: gli "spec-

chi" sono gli altri partecipanti, i loro movimenti corporei, le loro azioni sonore. Significative, in tal senso, le ricerche sui neuroni specchio [5], grazie alle quali sappiamo che **"le persone che scambiano parole in una conversazione condividono molte cose oltre quelle: nel giro di qualche istante tendono a imitarsi e a sincronizzarsi automaticamente con le facce, le voci, i gesti, la postura del corpo e convergere emotivamente. Soprattutto se conversano piacevolmente. Allora spontaneamente parlano (o tendono a farlo) con la stessa velocità, le stesse pause di frequenza, stesso ritmo e intensità di voce"**. (Apolito, 2014).

La forma di cerchio aperto del setting strumentale, consente alla Sig.ra M. di entrare e uscire dal contesto liberamente e in autonomia. Generalmente, tende a entrare per prima nella stanza di musicoterapia, spesso dice di essere stanca per le attività che ha già svolto, e si siede sul divano vicino alla Sig.ra G.

Ha manifestazioni d'affetto verso questa partecipante (elargisce carezze, cerca di coinvolgerla nel suonare gli strumenti), ma se ricambiata (ovvero se è la Sig.ra G. che la accarezza), la Sig.ra M. non gradisce e reagisce come se venisse "aggredita". È utile in questi casi la mediazione del musicoterapista che riporta alla Sig.ra M. l'importanza dei gesti affettuosi della Sig.ra G. nei suoi confronti, che in passato non si verificavano. In relazione agli obiettivi del progetto individualizzato (essere bilanciata tra sé e l'altro, sostenerla in una relazione adulta, sostenerla nei limiti di una comunicazione corretta e rispettosa degli altri) vengono evidenziate anche verbalmente alla Sig.ra M. le reazioni (sguardi, movimenti corporei sintonici, vocalizzi, gesti) della Sig.ra G. in relazione ai suoni proposti dalla Sig.ra M. (stimoli sonori).

La Sig.ra M. dimostra piacere nel fare parte di un gruppo, ma all'interno di esso cerca una relazione a due: spesso ricerca una relazione verbale con il musicoterapista (il quale pur accogliendo le verbalizzazioni della Sig.ra M. riporta la comunicazione su di un piano sonoro, non verbale e più "alla pari" con le altre partecipanti, in base all'indicatore: condividere senza prevalere). Durante le sedute, ad esempio, M. comunica al musicoterapista quali sono le attività che svolge e che gradisce di più (pensieri ricorrenti) e le persone (ospiti o operatrici) a cui vuole bene.

La Sig.ra M. ha progressivamente aumentato l'esplorazione dello strumentario (utilizza più strumenti rispetto al passato) e i momenti in cui li utilizza con intenzionalità comunicativa. Durante le interazioni sonoro-musicali si sono verificati vari momenti di sintonizzazione. In relazione agli indicatori "riesce ad attendere" e "rispetta gli spazi degli altri", la Sig.ra M. ha accettato positivamente di far terminare le sedute precedenti alla sua, prima di iniziare quella del proprio gruppo, rispettando l'orario programmato.

Ha gradualmente incrementato i suoi sorrisi, segnali di disponibilità alla relazione oltre che modalità per esprimere emozioni e stati interiori (Apolito, 2014).

LA SIG.RA G.: DALLA RABBIA ALLA CONDIVISIONE RITMICA

PROGETTO INDIVIDUALIZZATO 2018 della Sig.ra G.

- **Obiettivo generale:**
  Mantenere una relazione equilibrata e di rispetto nei confronti degli altri.

- **Obiettivo specifico:**
  Sostenere uno scambio comunicativo adulto ed equilibrato con operatori e altre ospiti. Promuovere le attività all'interno di un gruppo di lavoro e sentirsi parte attiva. Promuovere esperienze divertenti e gratificanti.

- **Indicatori:**
  Accetta l'intervento di una terza persona come facilitatore nelle relazioni? Accetta il consiglio datole per aiutarla a compiere una scelta? Cerca lo scambio e la relazione? Fa richieste in prima persona? È coinvolta nel lavoro di gruppo? Si sente utile e appagata del lavoro svolto? Si mostra divertita e soddisfatta di vivere altre esperienze? Accetta la relazione con persone nuove?

Il momento dell'invito della Sig.ra G. alla seduta di musicoterapia è un momento delicato che va curato tenendo conto del suo stato d'animo. È necessario che prima della seduta non sia coinvolta in altre attività, in quanto ha difficoltà a interrompere lavori intrapresi. È importante accorgersi dei suoi momenti di rabbia, per poter utilizzare parole e gesti efficaci per coinvolgerla (in questi casi è utile comprendere le motivazioni della sua rabbia e rinnovare l'invito).

Attuando questi accorgimenti la Sig.ra G. partecipa con regolarità alle sedute di musicoterapia, spesso utilizzandole come possibilità per manifestare ed elaborare la sua rabbia: inizia ad esempio a utilizzare gli strumenti musicali con un'intensità molto forte e gradualmente la riduce attraverso modulazioni reciproche durante l'improvvisazione sonora.

Nelle occasioni in cui la Sig.ra G. ha portato come elemento di condivisione nel gruppo la sua rabbia, sono state coinvolte dal musicoterapista (da un punto di vista sonoro-musicale, ma anche verbale) le altre ospiti, in modo tale da permettere a tutte di elaborare l'accaduto (tenendo conto degli obiettivi: "mantenere una relazione equilibrata e di rispetto nei confronti degli altri" e "sostenere uno scambio comunicativo adulto ed equilibrato con operatori e compagne"). La Sig.ra G. ha accettato positivamente l'intervento del musicoterapista come facilitatore nelle relazioni e ha spesso "fatto richieste in prima persona" (indicatore), sia in relazione agli strumenti utilizzati e sia nel comunicare quali sonorità gradiva in determinate situazioni (ad esempio nei momenti di rabbia ha espresso il desiderio di sentire solo "suoni tranquilli"); oppure riuscendo ad esprimere verbalmente le motivazioni per cui era arrabbiata o sofferente (ad esempio per il "mal di denti").

L'inserimento, ogni anno, in seduta di un tirocinante, proveniente dal Corso di Musicoterapia APIM di Torino, permette di soddisfare l'aspettativa della Sig.ra G. di conoscere persone nuove e vivere esperienze divertenti e gratificanti. I tirocinanti hanno talvolta portato in seduta il proprio strumento (come elemento biografico di condivisione sonora): è ad esempio accaduto con la tastiera, che la Sig.ra G. ha gradito molto suonare, sentendosi appagata e mostrandosi divertita e soddisfatta di vivere questa nuova esperienza.

Foto: Setting musicoterapico del gruppo con la Sig.ra G.

Lo stile ritmico ed emotivo dei gruppi di musicoterapia dipende dalle persone che lo compongono: sono loro a creare quel certo tipo di tensione corporea ed emotiva che si trova entrando nel setting musicoterapico. È possibile che emergano **"leadership: autorità e autorevolezza, ma anche carisma individuale. Esse danno i ritmi e trascinano mimeticamente gli altri"** (Apolito, 2014).

Durante le sedute di musicoterapia nel gruppo della Sig.ra G. si è manifestata una gerarchia tra le partecipanti. G. ha tendenzialmente assunto un ruolo da leader, a seguire la Sig.ra GV (sua sorella) e infine la Sig.ra R. Per sostenere il riconoscimento e la valorizzazione dell'identità della Sig.ra GV e implementare la sua capacità di fare una scelta in autonomia e per permettere alla Sig.ra G. di sostenere uno scambio comunicativo adulto ed equilibrato con le altre ospiti, si è adottata la strategia di invitare le partecipanti nella stanza di musicoterapia in tempi differenti, tenendo conto del ruolo assunto: entra per prima la Sig.ra R., poi dopo qualche minuto la Sig.ra GV (tenendo in considerazione anche le sue difficoltà negli spostamenti) e infine la Sig.ra G. Questa strategia ha consentito alla Sig.ra GV di essere più libera e autonoma nella scelta degli strumenti musicali da utilizzare (senza condizionamenti), le ha permesso di prendersi del tempo per esplorare lo strumentario più tranquillamente (soddisfacendo anche il bisogno rilevato dall'équipe di avere momenti in cui sganciarsi dalla sorella per essere più serena) e ha dato

la possibilità alla Sig.ra GV di assumere talvolta nel gruppo un ruolo da leader. L'atteggiamento che G. ha nei confronti di sua sorella (G. a volte sceglie per GV quale strumento suonare) ha una doppia valenza: da un lato esprime la direttività della Sig.ra G. nei confronti della sorella, ma dall'altro consente a GV di utilizzare ed esplorare più strumenti musicali.

Quando la Sig.ra G., entrando in seduta, vedeva che la tastiera portata dal tirocinante veniva suonata già da altre partecipanti, inizialmente metteva in atto un atteggiamento di frustrazione e di chiusura (non voleva suonare altri strumenti). Con il tempo, offrendole la possibilità di concludere la seduta con la tastiera, G. ha modificato il comportamento nei confronti del gruppo: si è posta come parte attiva e ha scelto, entrando, anche altri strumenti.

Per promuovere la relazione con il gruppo il musicoterapista introduce alcune variazioni sonore, partendo dalle proposte della Sig.ra G., con riferimento all'obiettivo "promuovere le attività all'interno di un gruppo di lavoro e sentirsi parte attiva". Le variazioni sonore introdotte dal musicoterapista sono relative ad accelerazioni del ritmo, aumenti progressivi di intensità o pause. In queste occasioni la Sig.ra G. coglie le variazioni introdotte dal musicoterapista (dimostrando capacità di attenzione, osservazione e ascolto, imitazione) e si modula (ricerca di scambio e relazione), aumentando anche il suo coinvolgimento emotivo e la sua partecipazione (sorride, ride): si verificano in questi casi momenti di sintonizzazione affettiva nel gruppo. La Sig.ra G. talvolta esplora gli strumenti con una modalità molto delicata e tranquilla, manifestando il desiderio di ricercare una dimensione silenziosa. In alcune occasioni, quando ad esempio è accaduto che alcune ospiti fossero impegnate in altre attività o uscite, si sono proposte alcune modifiche nei gruppi (cambiamento accettato positivamente dalla Sig.ra G.): ciò ha consentito alla Sig.ra G. di interagire attraverso l'impiego dell'elemento sonoro-musicale anche con altre persone (e condividere questo momento anche con la Sig.ra T., con la quale ha una relazione significativa).

Un altro elemento rilevante che si verifica in seduta è costituito dal desiderio della Sig.ra G. di produrre lei l'ultimo suono, come per soddisfare il suo bisogno di controllo (in questo caso della "cornice temporale" della seduta). Si è però sempre mostrata disponibile e divertita quando il musicoterapista (o il tirocinante) hanno "risposto" a questo suo suono, trasformando così la situazione in una interazione ludica che ha coinvolto anche le altre partecipanti del gruppo in un momento di sintonia in cui suonare ancora tutti insieme per brevi istanti (suoni associati a sguardi, movimenti sintonici, sorrisi). Anche in occasione delle sedute iniziate con un sentimento di rabbia, la Sig.ra G. ha sempre concluso l'incontro serenamente, uscendo dalla stanza tranquilla, sorridente e rilassata (mantenendo questo atteggiamento anche dopo alcune ore dal termine della seduta).

"I comportamenti aggressivi, difensivi o offensivi, non possono essere considerati separati da comportamenti di riconciliazione [...]. È il ritmo la chiave, e in esso quel magnetismo capace di attirare e legare le persone [...]. L'intensificazione ritmica che permette la soddisfazione e il piacere conseguenti, il rafforzamento dei legami sociali che produce, sono comuni a tutti gli esseri umani". (Apolito, 2014).

In questi due esempi il gruppo, nelle sedute di musicoterapia, ha accolto, reso possibile e facilitato le modalità espressive e relazionali del singolo. Il gruppo ha contenuto e favorito la modulazione di comportamenti rigidi e ripetitivi, offrendo occasioni evolutive.

Note

[1] Prefazione all'edizione italiana di Stefano Zenni a Grauer V., Musica dal profondo. Viaggio all'origine della storia e della cultura, Codice edizioni, Torino, 2015, pag. XVII.

[2] La quinta edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5, pubblicato nel 2013) ha sostituito il termine ritardo mentale con quello di disabilità intellettiva. Non si fa più riferimento al punteggio del QI (quoziente d'intelligenza) per stabilire i livelli di gravità del disturbo (ritardo mentale lieve, moderato, grave e gravissimo), ma questi sono definiti in base al funzionamento adattivo in tre diversi ambiti: concettuale, sociale e pratico. Sono descritti quattro diversi livelli di gravità di disabilità intellettiva: lieve, moderata, grave, estrema.

[3] Tre delle persone con disabilità che seguo con la musicoterapia hanno tra gli undici e i diciotto anni, uno ha ventinove anni, diciannove persone hanno tra i quaranta e i cinquanta anni, tredici tra i cinquanta e i sessanta anni, nove oltre i sessanta anni (le due signore più anziane hanno settantadue anni).

[4] Il progetto individualizzato per la persona con disabilità contiene i seguenti elementi: dati personali, diagnosi, quadro clinico, terapia farmacologica in atto, relazione medica, relazione infermieristica, valutazione funzionale (Barthel, ICF), pianificazione assistenziale (a cura degli infermieri), relazione fisioterapica, profilo relazionale (a cura dello psicologo), parte educativa (analisi dei bisogni, programma attività, ICF), relazioni dei vari interventi.

[5] Nei primi anni '90 un'équipe di neuroscienziati dell'Università di Parma, coordinati da Giacomo Rizzolatti, ha scoperto l'esistenza dei neuroni specchio, cellule motorie del cervello che si attivano sia durante l'esecuzione di movimenti finalizzati, sia osservando simili movimenti eseguiti da altri individui. Secondo gli studiosi il meccanismo dei neuroni specchio è in grado anche di simulare una finzione, oppure un'azione di cui si ascolta solo il rumore corrispondente o addirittura una parola che la indichi. Tale scoperta ha posto una base fisiologica all'empatia. I neuroni specchio possono essere attivati durante le interazioni non verbali e sonoro-musicali. Esiste un'ampia bibliografia specialistica, ad esempio: Iacoboni M., I neuroni specchio. Come sappiamo ciò che fanno gli altri, Bollati Boringhieri, Torino, 2008.

Bibliografia

Apolito P.
Ritmi di festa. Corpo, danza, socialità, Il Mulino, Bologna, 2014.

Borgnolo G., de Camillis R., Francescutti C., Frattuta L., Troiano R., Bassi G., Tubaro E.
(a cura di), *ICF e Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità. Nuove prospettive per l'inclusione,* Erickson, Trento, 2009.

Grauer V.
Musica dal profondo. Viaggio all'origine della storia e della cultura, Codice edizioni, Torino, 2015.

Iacoboni M.
I neuroni specchio. Come sappiamo ciò che fanno gli altri, Bollati Boringhieri, Torino, 2008.

Malloch S., Trevarthen C.
(a cura di), *Communicative Musicality. Exploring the Basis of Human Companionship,* Oxford University Press, new York, 2009.

Manarolo G.
Manuale di Musicoterapia: Teoria, Metodo e Applicazioni della Musicoterapia, Cosmopolis, Torino, 2006.

OMS
ICF. Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute, Erickson, Trento, 2002.

Rizzolatti G., Sinigaglia C.
So quel che fai. Il cervello che agisce e i neuroni specchio, Raffaello Cortina, Milano, 2006.

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

"QUI TUTTI VOGLION CHIUDERE LA PORTA"

UN'ESPERIENZA DI MUSICOTERAPIA CON RIFUGIATI IN CONTESTI DI FRAGILITÀ

Giorgio Debernardi, Educatore Professionale, Musicoterapista, Ivrea.

The precariousness of our current social system makes it necessary to define new spaces where music therapy can introduce its care processes. One of these processes concerns the phenomenon of migration and, specifically, the individuals who experience it firsthand. Said figures, inflated by the media as they are, need to be considered in new and different ways, starting from a deeper analysis which needs not oversimply the complex nature of the phenomenon. The need to develop one's identity, juxtaposed with meaningful journeys of meeting with "otherness", require from music therapy professionals a dynamic interpretation of the whole process. Music therapy, through its scientific premises and its applicable models, can aid with the reappropration of one's body (real and symbolic) and consequently create an authentic narrative of the self, which places the migrant in the heart of the relational space.

"Qui tutti voglion chiudere la Porta" è una frase tratta dal brano Portavérta di Lorenzo Monguzzi, cantautore lombardo originario della Brianza, con la quale l'artista invita a riflettere sull'attuale clima, che investe diversi ambiti, di "chiusura" e diffidenza verso quanto può essere considerato come «altro». Il titolo della canzone, invece, dà il nome al progetto all'interno del quale si svolge l'esperienza di musicoterapia con rifugiati e richiedenti asilo del territorio di Ivrea e in carico ai progetti dello SPRAR. [1]

Nell'articolo che andrò a sviluppare, cercherò di definire il lavoro svolto con il gruppo di Portavérta analizzando gli aspetti musicoterapici del processo e la funzione che la musica assume in un contesto di gruppo con specifiche caratteristiche e composizione. Infine, sarà interessante analizzare, anche se brevemente, il contesto all'interno del quale l'esperienza prende forma e concretezza con l'intento di sviluppare riflessioni e criticità che possano generare nuove domande per le quali ipotizzare nuove risposte.

Mi interessa, però, avviare tale trattazione partendo da un'analisi sulla figura del migrante, perché è questo di cui parleremo, toccando e intrecciando i diversi aspetti etimologici, antropologici e sociologici che su tale fenomeno (senza naturalmente decentrare l'attenzione dalla presenza di persone che qui meglio definiremo come esseri umani) diversi autori hanno dato il loro importante contributo. Ci muoveremo quindi, ancor prima di giungere all'esperienza, addentrandoci innanzitutto alla comprensione di cosa comporta assumersi la "responsabilità" di emigrare, andando a definire il concetto di identità e la complessità della sua costruzione, riflettendo sui concetti di spazio e corpo in relazione al senso di confine.

IMMIGRANTE O EMIGRANTE?

"Ogni studio dei fenomeni migratori che dimentichi le condizioni d'origine degli emigrati si condanna ad offrire del fenomeno migratorio solo una visione nel contempo parziale ed etnocentrica: da una parte, come se la sua esistenza cominciasse nel momento in cui arriva [...], è l'immigrante - e lui solo - e non l'emigrante a essere preso in considerazione; dall'altra parte, la problematica, esplicita ed implicita, è sempre quella dell'adattamento alla società di accoglienza." (Abdelmalek, 2002)

Le riflessioni di Abdelmalek Sayad, sociologo algerino, all'interno del trattato "La doppia assenza" sottolineano, con lucidità e chiarezza, la problematica che un solo individuo, o meglio essere umano, si ritrova a vivere in determinate condizioni della propria esistenza, ovvero: essere al contempo colui che parte (emigrato) e colui che arriva (immigrato). La natura di tale condizione porta, sin da subito, all'esigenza di approfondire tale contesto semantico che, a sua volta, potrà suscitare riflessioni più ampie sul fenomeno.

Lasciandoci aiutare dagli scritti della Prof.ssa Binotto sulla ricerca identitaria dei migranti, risulta interessante analizzare sul piano semantico il termine emigrazione in quanto contenitore di una pluralità di significati, interessati allo sviluppo e definizione della figura del migrante. Il termine in esame, innanzitutto, esprime una condizione di spostamento, di movimento, di mutamento di differenti scenari della propria vita: geografici, socio-economici e culturali. Soffermandoci su quest'ultimo, risulta chiaro come tale fenomeno vada ad incidere in modo determinante sul: **"mutamento di direzione, separazione, traslazione di uno specifico background culturale con inevitabili pressioni adattative in un nuovo contesto multiculturale ospitante"** (Binotto, www.ilseinaudiscarpa.gov.it). In particolare, analizzando ancor più nello specifico l'etimologia della parola possiamo osservare come **"[...] la voce verbale "migro"si riferisce all'atto di "trasferirsi" in senso intransitivo, le sue due accezioni transitive, invece, veicolano il concetto di "portare via" e di "trasgredire, violare". Portare con sé modelli comportamentali e trasgredire codici culturali: ecco l'inevitabile sorte del soggetto migrante"**. (Binotto, www.ilseinaudiscarpa.gov.it).

Sotto questo aspetto emerge la carica di responsabilità che un essere umano, deciso ad affrontare tale "spostamento", porta con sé nel momento preciso in cui decide di interrompere un legame affettivo, sociale, culturale con una determinata area geografica, regione di provenienza o comunità di riferimen-

to. Da quel preciso momento, l'individuo avvia un processo interiore che lo porterà, nel migliore dei casi, a ricostruire una nuova forma identitaria che possa andare ad integrarsi con i nuovi schemi sociali, comportamentali e con i codici culturali del Paese ospitante. Nondimeno, il portare via e la trasgressione dei propri modelli di riferimento generano un senso di "vuoto culturale", nella figura del migrante, che dovrà inoltre confrontarsi con un "nuovo" senso di colpa che, a livello più profondo, lavora e determina o meno le sue possibilità di affermarsi come soggetto. Avviene inevitabilmente, dunque, una ricerca, a processo compiuto (qui inteso come spostamento), di un assestamento interiore. Un equilibrio che il soggetto dovrà ricercare e conquistare passo dopo passo, muovendosi cautamente all'interno del "bagno" di nuovi linguaggi e codici dai quali verrà "sommerso". Tale sforzo, dovrà portare alla realizzazione di uno degli obiettivi più importanti in merito all'auto-affermazione di un individuo: la costruzione di una "nuova" identità.

Prima di addentrarci nel complesso argomento sulla ricerca identitaria è importante soffermarsi su una breve riflessione, partendo dalle attuali considerazioni sulla figura del migrante e su come venga considerato ed interpretato sul piano sociale partendo dalla spinta mediatica attuale. Questo passaggio risulta importante in quanto contestualizza ancor più l'odierna difficoltà nel riuscire a ritrovare un proprio spazio di esistenza.

Il flusso mediatico (non nella sua totalità si intende) riduce la figura del migrante ad un ventaglio di parole (invasione, assedio, clandestino, tolleranza, etc.) che svuotano, privando di significato e di "anima", un fenomeno teso ad essere semplificato e declassato a mera problematica che necessita di strategie di: controllo, messa in sicurezza e governance.

Attraverso un approccio teso alla semplificazione si rischia (realmente) di perdere e impoverire, in un contesto culturale già di per sé in forte crisi ed all'interno del quale le dinamiche socio-politiche vanno ad avvicendarsi in una direzione sempre più ambigua, tutti quegli aspetti di ricchezza e bellezza che l'incontro con la complessità (e l'alterità) generano. La ricerca identitaria diviene ancora più difficoltosa se il contesto sociale del Paese ospitante non riconosce, nel senso stretto della parola, ancora prima dei diritti sanciti dai diversi trattati internazionali, la persona stessa in quanto essere umano e vivente, portatore di una personale narrazione; un essere umano con il quale poter generare intensi scambi relazionali, culturali e di reciproco arricchimento, rimanendo attenti a non sconfinare nella retorica politica o nel buonismo incondizionato.

C'È BISOGNO DI IDENTITÀ

Potremo adottare allora, come consiglia Edgar Morin, un pensiero di natura globale dove i concetti di individuo, soggetto, uomo, vengono sostituiti da quello di umano. Un umano è al contempo tanto individuo quanto società e biologia, in una sorta di trinitaria definizione (Morin, 2016). Una definizione che comporta (e comporterà) ridefinire i nostri riferimenti di identità personale e sociale, di comunità, di città, di nazione e di confine: **"L'unità è il tesoro della diversità umana, la diversità è il tesoro dell'unità umana. Quali sono le aspirazioni di ogni essere umano, che si rivelano nelle condizioni storiche più differenti? È il bisogno di sviluppo personale in seno a una comunità organica alla quale si appartiene"**. (Morin, 2016)

Nella risposta qui riportata, ritroviamo contemporaneamente il senso del bisogno e la direzione verso cui tendere, ovvero: una profonda esigenza da parte di un essere umano nel definire la propria identità (identità personale) che genererà, parallelamente, uno sviluppo che andrà a completarsi attraverso un reale e significativo processo di integrazione con il territorio e la comunità di riferimento (identità sociale). Risulta interessante sottolineare, inoltre, il senso del bisogno utilizzato come esigenza che nasce dall'interno a differenza di altri termini (vedi necessità, per esempio) che rimandando a intenti derivati da fattori esterni. La definizione della propria identità assume particolare rilevanza, quindi, per gli individui oggetto di fenomeni migratori di questa portata e, nondimeno, la sua definizione è determinante nella riuscita dei tanto acclamati processi di integrazione.

Credo però sia importante riflettere sul significato di tale processo a partire da una più ampia definizione del concetto di identità. Innanzitutto, penso che sia scorretto parlare di integrazione quando l'identità di un individuo viene assimilata in modo non organico ad un contesto. Se l'unicità di un soggetto non trova e ritrova un proprio spazio di accoglienza, ascolto, condivisione e cura, difficilmente potremo ottenere un significativo ed equilibrato percorso. Difatti tale termine si riferisce alla possibilità di includere diverse identità in un unico contesto, all'interno del quale non sia presente alcuna discriminazione.

L'identità è un concetto complesso, multiforme e dinamico che racchiude al suo interno l'esigenza di un individuo di auto-definirsi

L'integrazione, come la Sociologia insegna, è un importante processo sistemico che si aggiunge alla differenziazione e attraverso il quale il sistema acquista e conserva unità strutturale e funzionale, pur mantenendo una differenziazione degli elementi. Se il contesto medesimo non permette al soggetto di avviare un preciso processo di integrazione identitaria, inteso come possibilità di mettere in comunione le proprie radici con le caratteristiche del nuovo contesto culturale, non si potrà allora avviare una funzionale integrazione ma, bensì, ci troveremo di fronte ad una pura assimilazione/adattabilità passiva da parte soggetto. Chiarisce ancor più cercare di definire, anche se complicato, cosa sia l'identità. L'identità è, innanzitutto, un concetto complesso, multiforme e dinamico che racchiude al suo interno l'esigenza di un individuo, come di una società, di auto-definirsi.

Definizione che sovente, nel passato come nell'età moderna, ha dato vita ad una ricerca identitaria nata da un'idea separatista piuttosto che unificatrice. Lo stesso concetto può divenire uno strumento per differenziarci, mettendo e mantenendo una forte barriera tra un noi e un loro: **"La nozione stessa di identità è servita a lungo da muraglia: per fare i conti con noi stessi su chi siamo, per distinguerci da ciò che appartiene all'altro - erigendolo quindi a minaccia indecifrabile, a impronta di barbarie. [...] L'aspetto "muro" dell'identità è esistito, e continua a esistere, in tutte le culture, presso tutti i popoli."** (Chamoiseau, Glissant, 2008).

Bauman definisce l'identità come un costrutto innaturale, determinato dalla società medesima e dalla personalità individuale, frutto delle singole scelte del soggetto. Risulta interessante comprendere come l'autore, all'interno dell'opera "Intervista sull'identità", crei una netta marcatura tra il ruolo ricoperto dall'identità all'interno della creazione del concetto di Stato-Nazione e, invece, l'attuale epoca ove il senso di appartenenza diviene un concetto mutevole, non definibile (Bauman, 2015). Ci ritroviamo di fronte ad un tempo storico e sociale di grande cambiamento dell'assetto geopolitico mondiale, che inevitabilmente genera nuove domande sul senso indentitario delle singole persone, come di una collettività.

Nascono nuovi bisogni e la necessità di ridonare un senso alla propria esistenza attraverso l'identificazione e la ricerca di nuovi gruppi di riferimento con i quali costruire un noi. Un noi fatto di nuove esperienze, nuove relazioni che possano rendere meno dolorosa la "trasgressione" di cui sopra parlavamo. Un noi, o meglio un Noi, che riesca a generare nuovi valori e nuovi simboli partendo da quanto la personale storia abbia creato sino ad oggi.

Infine, mi preme sottolineare ancora un passaggio importante per la costruzione del concetto di identità, ponendola in relazione con il concetto di differenziazione, o meglio, di alterità: **"Prima di tutto occorre puntualizzare che non esiste un unico tipo di differenza. Esiste l'alterità, portata dall'esterno e introdotta nel nostro spazio o nella nostra comunità attraverso la presenza di persone straniere o immigrate. Sicuramente è quella più visibile, perché comporta l'intromissione di elementi estranei e sconosciuti in un contesto a noi familiare."** (Stocco, 2013).

Con alterità indichiamo: **"il carattere di ciò che è o si presenta come 'altro' cioè come diverso, come non identico; anche in espressioni della sociologia: alterità culturale, diversità di tradizioni rispetto a quelle dominanti o autoctone."** [2]. Il passaggio che mette in comunione i due concetti (identità e alteri-

tà), anche se non sempre posizionati sullo stesso piano, è fondamentale alla comprensione del complesso e mutevole processo di costruzione dell'identità. Tra i due, esiste un rapporto dialettico inscindibile in cui l'alterità non solo risulta necessaria all'identità ma la considera parte integrante della stessa (Stocco, 2013). Questo ci fa affermare che per essere «io» devo essere anche «altro» (lui, lei, loro), facendo dialogare queste parti altre con i propri aspetti (sociali, culturali, simbolici), in un continum che avvii un processo di costruzione identitaria che, nelle sue diverse forme, non avrà un tempo prestabilito entro il quale tutto andrà a realizzarsi ma dovrà essere considerato nel suo divenire senza tempo.

QUALE SPAZIO PER QUALE CORPO: UNA BREVE RIFLESSIONE

Ogni secondo della nostra esistenza viene trascorso ad occupare uno specifico spazio: fisico, relazionale, simbolico, attraverso l'uso (intenzionale o meno) del nostro corpo inteso come "strumento organico" con il quale facciamo esperienza diretta della realtà circostante. Un corpo che subisce, almeno inizialmente, gli stimoli di un ambiente esterno che fornisce continuamente informazioni che dovranno essere trasformate in codici assimilabili dalla comprensione. Ma di quale spazio necessita un corpo di un essere umano emigrante? Innanzitutto definiamo meglio il concetto di spazio.

Uno spazio, sociologicamente parlando, è definito come un concetto mutevole e non oggettivo, non considerabile come un semplice contenitore (Luzi, 2015) che: **"può assumere contemporaneamente un aspetto concreto, fatto di punti, di distanze, di forze necessarie a percorrerlo [...] Nondimeno può avere un significato astratto, cioè una funzione di forma o schema attraverso cui egli coglie la realtà."**

Uno spazio dunque è necessario al fine di avviare un dialogo concreto con la collettività e la comunità circostante e per dare una forma definita e tangibile del proprio passaggio.

L'identità di un individuo, con e attraverso il suo corpo, necessità di uno spazio, sia concreto che astratto (meglio parlare di spazio mentale), entro il quale riconoscersi, al fine di conferire completezza alla propria identità. Si differenzia quindi, anche se trovano punti di contatto, dal concetto di luogo (nelle successive pagine verranno introdotti i concetti di luogo e non-luogo) che parla di contenitori di natura fisica, mentre lo spazio ha a che fare con la relazione. Quindi se trasformassimo il titolo di questo paragrafo in domanda (**"Quale spazio per quale corpo?"**) potremo dare una prima ed essenziale risposta: "uno spazio relazionale".

Affinché un corpo trovi, e nel nostro caso specifico ritrovi, un proprio spazio, necessità che possa intrattenere un rapporto di relazione continua e significativa (fatta di esperienze ampie e diversificate) con altri corpi: **"Lo spazio non è l'ambito (reale o logico) in cui le cose si dispongono, ma il mezzo in virtù del quale diviene possibile la posizione delle cose [...] E questo perché lo spazio è un certo possesso del mondo da parte del mio corpo, una certa presa del mio corpo sul mondo."** (Merleau-Ponty, 2003). Anche in questa definizione troviamo la centralità del corpo, ancor prima dello spazio, e quindi della persona in quanto "abitante" del corpo. Un corpo comunicatore, portatore della personale storia, fatta di una molteplicità di narrazioni tanto semplici quanto complesse ma comunque descrittive della fondamentale e fondante unicità che ci contraddistingue. Potremo inserire, allora, una nuova domanda che possa (in modo non esaustivo naturalmente) mettere in relazione i concetti di spazio e corpo con quello di confine. Mi preme in questo senso inserire tale concetto, in quanto tema che accompagna la vita dell'essere umano migrante per un tempo significativo. La domanda formulabile potrebbe essere: **"Quale pelle per quale corpo?"**. Come si noterà, nella domanda manca il concetto sopra citato di confine, che viene sostituito dal "quello di pelle". Credo fortemente che i due concetti possano essere assimilabili e integrabili in quanto aventi lo stesso ruolo anche se in "ambiti" differenti. Il confine definisce diversi aspetti della nostra quotidiana concretezza: confini geografici, politici, confini di un quartiere, di un comune o di uno Stato, ma anche quelli più astratti, come ad esempio confini relativi a categorie sociali o di status o collocati in ambito lavorativo piuttosto che nell'esercizio del potere. Essendo un ambito molto vasto, mi concentrerò sul concetto di confine inteso in senso geopolitico come limite che definisce il perimetro di uno stato-nazione e che ne determina la sovranità territoriale e politica.

Potremo addirittura ipotizzare che il confine sia la pelle di una nazione. La pelle, di fatto, delimita il corpo di un individuo donandone testimonianza diretta e tangibile della sua esistenza. Possiamo osservare la pelle delle persone per iniziare ad avere delle prime informazioni magari sulla loro provenienza, sul loro stato di salute, sulle fatiche maggiori o minori che hanno dovuto affrontare. E in qualche modo potremo riportare tale discorso alla "pelle" di una nazione. Osservata da lontano (o molto lontano) ci potrebbe fornire riposte, o nuovi interrogativi, sullo stato di quello specifico luogo delimitato.

L'aspetto importante e significativo per il nostro discorso, però, riguarda la possibilità che entrambi i concetti aiutino l'individuo alla costruzione del processo indentitario. Grazie ai confini, riusciamo a differenziarci da ciò che è diverso da noi, rafforzandoci e affermando la propria identità (in questo senso potremo parlare di identità culturale collettiva): **"La frontiera è una necessità, perché senza di essa ovvero senza distinzione non c'è identità, non c'è forma, non c'è individualità e non c'è nemmeno una reale esistenza, perché essa viene risucchiata nell'informe e nell'indistinto. La frontiera costituisce una realtà, dà contorni e lineamenti, costruisce l'individualità, personale e collettiva, esistenziale e culturale."** (Magris, 1999). In questa direzioni il confine diventa qualcosa che unifica, che ci fa volgere lo sguardo alla scoperta della complessità e nell'ottica di creare, tra i diversi confini, quello spazio necessario all'incontro e, soprattutto, al riconoscimento (umano, morale, culturale, intellettuale) dell'altra persona.

> **Uno spazio dove poter sospendere e rimanere in assenza di giudizio lasciando un nuovo spazio alla convivenza e alla relazione**

Uno spazio, come vedremo successivamente per la musicoterapia, dove poter sospendere e rimanere in assenza di giudizio lasciando un nuovo spazio alla convivenza e alla relazione. Analogamente accade, come per i confini, per e tra la pelle delle persone. L'individuo necessita di una pelle che sia mutevole, flessibile, modulabile a seconda delle situazioni preservandone le qualità (organiche, sociali e culturali), senza il rischio che venga assimilata erroneamente nella pelle degli altri.

Attraverso la pelle, il corpo umano fa esperienza di relazione verso il mondo esterno e, come Anzieu ha teorizzato, **"la prima sensazione dell'io è epidermica."** (Anzieu, 1987). Le diverse concettualizzazioni sull'Io-Pelle proposte da Anzieu sottolineano l'importanza della pelle corporea come prima forma di esperienza senso-percettiva che l'individuo sviluppa nelle relazioni affettive con il mondo.

Questo processo definisce il soggettivo Sé per poi, nel corso del tempo, strutturare tutta una serie di immagini corporee e psichiche in relazione con la propria vita interiore e con quella collettiva (l'Io-pelle individuale e l'Io-pelle gruppale).

Non è questa la sede per approfondire tali tematiche, ma risulta interessante prendere in considerazione la teoria dell'Autore per porre attenzione sul corpo e sulla pelle di questi essere umani.

Se, come Anzieu ha teorizzato, la pelle (intesa come canale percettivo) risulta un elemento strutturante l'esperienza psichica della persona, sin dalla nascita, come e cosa potremo immaginare possa aver generato un'esperienza, nella maggior parte delle situazioni, distruttiva e dove le peggiori azioni umane rivolte ai propri simili hanno potuto manifestarsi senza nessun tipo di freno? Il risultato è un corpo che, credo più di altri, comunichi il senso di impotenza e di profonda disperazione per quanto vissuto. Il corpo dei migranti, per quelli che oggi siamo "abituati" a vedere ogni giorno (sulle piattaforme mediatiche così come sul piano reale) è un corpo che necessita non solo di nuovi spazi, ma di nuovi confini e, soprattutto, di ricucire la propria pelle affinché riprenda la sua possibilità di fare esperienza della

realtà in modo costruttivo e strutturante. Una pelle che mantenga comunque integra la propria personalità, differenziandola da quella della cultura ospitante ma, al tempo stesso, tentando una forma di comunione con essa. La Dott.ssa Paola Borgna all'interno del libro La sociologia del corpo utilizza come sottotitolo di un paragrafo il seguente ossimoro: "Corpi senza corpo" (Borgna, 2005). Lo prendo a prestito per meglio definire, nella mia personale visione della situazione, la condizione in cui risiede il corpo dei "nuovi" emigranti. Un corpo che, nel viaggio affrontato, viene svuotato di ogni richiamo culturale. Un corpo che, passo dopo passo, perde il proprio corpo culturale. Ne consegue una necessaria forma di ricostruzione.

Dobbiamo essere bravi, noi in primis, a non porre ulteriori confini vincolanti allo spazio che ci e li circonda. Confine e Pelle / Pelle o Confine sono oggi, a mio avviso, in qualche forma, sinonimi di uno specifico tempo. Tempo in cui i concetti di spazio, tempo, confine e corpo vanno sicuramente messi in discussione e ridisegnati alla luce dei nuovi accadimenti. Ma, soprattutto, è necessario ridisegnare il senso del «noi» e del «loro».

GRUPPO E FUNZIONI DELLA MUSICA: L'ESPERIENZA DI PORTAVERTA

La persona emigrante giunge ai nostri confini con delle aspettative specifiche sulla base delle proprie necessità causate, o meno, dalle motivazioni che lo hanno spinto a intraprendere un viaggio dall'imprevedibile esito. Possiamo, però, stilare concretamente una serie di obiettivi (desideri, necessità, etc.) che un essere umano può avere nell'arrivare in un nuovo Paese. Come emerso all'interno del convegno tenutosi a Milano nell'Ottobre del 2017, dal titolo "La Musicoterapia tra arte, società e scienza", sussistono una serie di bisogni primari del soggetto emigrante riconducibili al desiderio di raggiungere la meta. Una volta ottenuto ciò, inizialmente, si genererà una prima forma di soddisfazione/entusiasmo legata all'arrivo ma che, in un secondo momento, avrà necessità di essere sostenuta da un primo intervento di assistenza e cura della persona. Infine, in una terza fase, una volta che l'individuo viene formalmente preso in carico all'interno di uno specifico progetto subentreranno gli obiettivi in cui poter inserire, tra le diverse proposte, un percorso di musicoterapia. Le finalità, in questa sorta di terza fase, saranno quelle legate alla dimensione relazionale: avviare processi di dialogo con il territorio, favorire un processo di inclusione sociale e il raggiungimento di una reale integrazione.

Come può, dunque, la musica avviare e favorire il raggiungimento di questi obiettivi (o di una parte di questi) ponendosi come strumento in grado di facilitare e accompagnare il soggetto in un percorso di crescita e ricostruzione identitaria? Una prima risposta viene fornita dai diversi studi emersi, nei recenti anni, che sempre più pongono la musica come elemento strutturante e portante all'interno della nostra evoluzione. Un linguaggio universale alle diverse culture del mondo in grado di ridurre i grandi spazi che separano continenti, popolazioni e comunità. Un esempio lo abbiamo nelle letture dei miti della creazione che ci informano, da sempre, sull'esistenza di un primo suono generatore ove un elemento acustico interviene nel processo della creazione stessa: **"Nell'istante in cui un dio manifesta la volontà di dare vita a se stesso o a un altro dio, di far apparire il cielo e la terra oppure l'uomo, egli emette un suono [...] In altri casi egli si serve di un oggetto materiale che simboleggia la voce creatrice. La fonte dalla quale emana il mondo è sempre una fonte acustica."** (Schneider, 1992). In questa frase è racchiusa di certo la forza con la quale il suono, prima ancora che la musica, è apparso e continua a manifestarsi nella nostra esistenza. E, ancor di più, quando esso diviene veicolo di comunicazione attraverso e all'interno di una dimensione di gruppo, ecco che le sue possibilità di mediazione aumentano.

Da sempre la musica ha assolto una funzione fondamentale nella scansione del tempo di vita degli esseri umani attraverso e con la fondamentale manifestazione (soprattutto per le culture antiche) del rito. Il rito è un momento di passaggio, di trasformazione finalizzato al cambiamento di un soggetto come di un gruppo. Difatti, tali manifestazioni (trance, possessioni, etc.) avvengono all'interno di contesti gruppali (Manarolo, 2002) ove l'elemento sonoro strutturato assume un ruolo fondamentale all'avvio ed allo sviluppo dell'intero processo rituale.

Insomma, attraverso il rito potevano avvenire momenti di trasformazione, di diversa natura, che avevano in qualche modo un contatto con ciò che noi chiamiamo funzione terapeutica.

L'aspetto per noi interessante però è il contesto dove tale condizione aveva possibilità di esistere: ovvero all'interno una dimensione di gruppo. Dunque, potremo definire una correlazione di continuità tra i concetti di musica-rito-gruppo, che assolvevano, ieri come oggi, la funzione di condurre il soggetto ad uno sviluppo psicofisico e spirituale. Nel gruppo si ha quindi la più alta manifestazione del rito (con tutte le sue valenze simboliche) sostenuto dalla mediazione del suono dove corpi e strumenti rendono la vibrazione possibile.

> **Il rito è un momento di passaggio, di trasformazione finalizzato al cambiamento di un soggetto come di un gruppo**

Spostando ora l'attenzione dal binomio Rito-Musica a quello di Gruppo-Musica, possiamo delineare alcune funzioni della musica utilizzando la teoria del funzionamento pragmatico [3] elaborata da Cristina Cano (2002). Il modello dell'Autrice suddivide la funzione della musica in tre macro-funzioni: macro funzione motoria-affettiva, macro funzione socializzante e una macro funzione comunicativa. Tale modello, inoltre, tiene in considerazione le altrettante funzioni principali all'origine del comportamento musicale: la funzione di coordinamento delle reazioni senso-motorie, la funzione di rafforzamento dell'ordine sociale, la funzione di esternazione dell'ansia. Da questa teoria possiamo dunque estrapolare tre aree sulle quali la musica (ascoltata o praticata) può incidere: corporea, emotiva, cognitiva. Sarebbe opportuno continuare tale trattazione inserendo gli aspetti musicali specifici, quali il ritmo, il movimento e la voce che creano un ponte tra l'esperienza musicale e il gruppo ma, per radicare meglio tali concetti nella pratica terapeutica, mi ripropongo di trattarli successivamente alla presentazione del progetto Portaverta.

IL PROGETTO PORTAVERTA

Come accennato nell'introduzione, il laboratorio di musicoterapia proposto prende il nome di Portaverta e già, nel nome, si è voluto dare al percorso una connotazione di "apertura" dandogli un senso di accoglienza. Portaverta è un progetto promosso sul territorio di Ivrea dalla **Cooperativa Mary Poppins** (che si occupa a livello locale dell'accoglienza dei richiedenti asilo) e dell'**Associazione ACMOS**. Il progetto è alla sua seconda annualità (quindi relativamente giovane) e prevede di proseguire strutturandosi come proposta e offerta concreta promossa dalla Cooperativa oltre ad altre attività ordinarie (di tipo burocratico, o finalizzate all'istruzione, alla cura, alla residenzialità).

Il desiderio degli enti invianti è stato quello di creare uno spazio "altro" all'interno del quale i ragazzi potessero sperimentare e sperimentarsi, in forme di aggregazione significative diverse da quelle informali ed estemporanee alle quali erano soliti prestarsi.

IL CONTESTO

Prima di avviare la descrizione dell'esperienza è importante definire il contesto all'interno del quale il percorso di musicoterapia avviene. Il laboratorio, si svolge presso la **Cooperativa sociale lo ZAC!** (Zone Attive di Cittadinanza) di Ivrea, situata in un'area periferica della città, limitrofa alla stazione con la quale comunica strutturalmente. Sino a quattro anni fa l'area era dismessa e abbandonata; attraverso un progetto di rigenerazione urbana, sul modello della rete della Casa del Quartiere di Torino, è nata la suddetta Cooperativa con l'intento di offrire un nuovo spazio plurale, sociale e di accoglienza alla cittadinanza. Il contesto della stazione, quindi, definito dalla sociologia come un non-luogo, diviene luogo fisico attraverso il quale è possibile avviare processi di partecipazione attiva che possano promuovere la creazione di legami significativi tra le persone e i gruppi (formali e informali) presenti. Un luogo che ridoni senso al concet-

to di comunità e dove si tenti di dare forma alle relazioni e alle esperienze. Di per sé, quindi, si presenta, oltre che per la sua ubicazione, come luogo di fragilità in quanto frequentato, anzi tempo la venuta della Cooperativa, da una popolazione afferente all'area del disagio adulto in carico o meno ai diversi servizi territoriali (Servizi Sociali, SERT, Comunità, CIM). Popolazione che, in forma dinamica e non prevedibile, si relaziona (a volte in maniera distruttiva) con le altre popolazioni presenti: giovani, famiglie, volontari, dipendenti.

I DESTINATARI

Il progetto si rivolge, allo stato attuale, a richiedenti asilo in attesa di permesso di soggiorno, provenienti dal continente africano. Le provenienze di stato e culturali sono diversificate e, principalmente, i partecipanti al gruppo arrivano da: Ghana, Costa d'Avorio, Senegal, Nigeria. La composizione del gruppo per genere è eterogenea con una prevalenza del sesso maschile. In aggiunta, è stato scelto di aprire il percorso a donne e uomini (ragazzi e adulti) del territorio eporediese in modo da creare un gruppo culturalmente misto. Ad oggi hanno aderito circa 5 persone che frequentano il percorso proposto. La partecipazione al gruppo avviene attraverso l'invio da parte della Cooperativa, che ha in carico i migranti, ma la scelta di entrare o meno nel percorso rimane libera e i soggetti possono, in qualsiasi momento, manifestare la volontà di interrompere il percorso facendo comunicazione agli operatori della struttura.

GLI OBIETTIVI

Gli obiettivi generali perseguono, come nei tradizionali percorsi di musicoterapia, le finalità che tale strumento offre: favorire l'apertura di nuovi canali comunicativi, favorire la scarica e l'esternazione di vissuti emotivi, favorire la dimensione espressiva, favorire una migliore integrazione interpsichica ed intrapsichica. In merito agli obiettivi specifici, invece, non sono perseguite finalità individuali in quanto non sussistono prese in carico personali inserite in gruppo. Possiamo individuare però obiettivi comuni e trasversali attraverso i quali favorire uno sviluppo psicofisico e sociale di ogni componente dello stesso. Nello specifico sono stati individuati: favorire un'attivazione motoria e cognitiva che possa essere sostenuta per l'intera durata della seduta, favorire e sostenere l'ascolto attivo all'interno del processo improvvisativo, favorire il recupero della dimensione identitaria attraverso la narrazione della propria storia musicale, favorire l'interazione tra i diversi partecipanti e soprattutto tra componenti di provenienza geografica differente, favorire l'integrazione con il territorio.

IL SETTING

Il percorso prevede un incontro a settimana della durata di un'ora e mezza. All'interno del setting vi è la presenza di due musicoterapisti e di un referente dell'associazione ACMOS. I musicoterapisti alternano la presenza durante la settimana in base al lavoro da svolgersi o, in determinate situazioni, lavorano in compresenza.

L'esperienza si sviluppa all'interno di una stanza messa a disposizione dalla Cooperativa ZAC! che ha come particolarità strutturale il fatto che è possibile, da fuori, vedere quello che accade all'interno per via di una parete in vetro che delimita lo spazio interno da quello esterno. Tale caratteristica pone già un vincolo alla strutturazione del setting che sarà, in questo senso, delineato da regole ben precise per evitare la dispersione dei partecipanti (uscita e rientro continuo dalla stanza). Sono state dunque stilate e condivise con il gruppo una serie di regole precise da rispettare: i cellulari devono essere in modalità silenziosa; non si può uscire improvvisamente dalla stanza per chiamare o andare ad incontrare altre persone; se ci sono necessità di uscita anticipata devono essere comunicate all'inizio della seduta; una volta entrati nel setting di lavoro si deve cercare di rispettare il più possibile i diversi componenti del gruppo; in caso di ritardo si può comunque accedere all'attività; se alcuni passanti occasionali (quindi non costitutivi del gruppo) volessero partecipare all'incontro possono entrare e prendere parte in modo libero adeguandosi però all'attività in corso. Il setting dunque si configura in forma "aperta", costituito da regole definite ma che lasciano possibilità e spazi di flessibilità ai partecipanti.

Rispetto allo strumentario, invece, la composizione degli strumenti cerca di presentare diverse qualità timbriche. Vengono utilizzati principalmente idiofoni a scotimento come sonagli e marakas e idiofoni percossi come lo xilofono e metallofoni; membranofoni come djambè, darbuka, tamburi a cornice, parti di batteria e strumenti a percussione artigianali di diversa misura.

Vi è inoltre la presenza di una chitarra che viene utilizzata per specifici brani. Infine, la presenza di un contesto multiculturale richiede, in talune occasioni, l'utilizzo di una lingua comune (prevalentemente l'inglese), anche se si cerca di prediligere l'italiano.

Il setting è caratterizzato da un approccio non direttivo e semi-strutturato nelle proposte. La disposizione dello strumentario varia a seconda delle sessioni, mantenendo comunque un asse che varia dal posizionamento degli strumenti al centro o disposti a semicerchio.

Il setting dunque si configura in forma "aperta" costituito da regole definite ma che lasciano possibilità e spazi di flessibilità ai partecipanti

METODOLOGIA E ATTIVITÀ

L'impianto teorico-metodologico è di matrice psicodinamica e pone un'enfasi particolare sui processi di silenzio-ascolto-empatia.

Le attività proposte al gruppo sono diversificate mantenendo però, all'interno del setting, una struttura articolata in tre fasi:

1. Accoglienza e ascolto musicale
2. Riscaldamento corporeo e/o vocale e attività strutturata
3. Improvvisazione, verbalizzazione e chiusura

All'interno di tale strutturazione le attività possono essere le seguenti: attività di body percussion, attività vocali e/o circle singing, circle drum, improvvisazione, song writing e ascolto musicale.

La prima fase serve per accogliere i partecipanti cercando di metterli a proprio agio, favorendo una prima forma di verbalizzazione libera e volontaria su tematiche che possono riguardare la quotidianità, domande sul percorso o su un argomento a scelta. Successivamente, sempre nella prima fase, si passa all'ascolto di musiche che i partecipanti possono portare, invitati dalla volta precedente, liberamente e mantenendo una costante ed equa alternanza.

All'interno della sessione di ascolto si condivide il brano prima attraverso l'ascolto e poi viene chiesto alla persona di spiegare le motivazioni legate alla scelta del brano. Questo può avvenire sia in lingua madre che, a volte con grande sforzo da parte del soggetto, in lingua italiana ma, comunque, si lascia la possibilità di scegliere la modalità. I brani condivisi non devono essere per forza in formato digitale, ma possono essere anche interpretati, cantati o danzati sul momento.

La seconda fase invece si sviluppa, partendo sempre in cerchio, attraverso attività corporee di riscaldamento singole, a coppia o in sottogruppi, con la funzione di creare una prima attivazione sensoriale e psico-corporea e favorire, nel suo sviluppo, l'avvicinamento relazionale tra i diversi componenti oltre che generare una prima scarica delle tensioni accumulate. Tale attività può anche avvalersi dell'uso della voce e può, in talune occasioni, confluire senza interruzioni al processo improvvisativo (terza fase) con gli strumenti, con un passaggio di trasposizione dal corpo allo strumento per meglio favorire il processo di simbolizzazione dell'esperienza (dall'espressione alla regolazione).

VISIBILITÀ SUL TERRITORIO

Un aspetto importante nato durante l'esperienza è stato quello di condurre il gruppo di lavoro alla realizzazione di brevi performance all'interno di contesti predefiniti, come manifestazioni ed eventi culturali. Inizialmente, a livello progettuale, erano sorte delle perplessità da parte di noi conduttori sulla possibilità che questo potesse incidere non positivamente sul risultato del lavoro ma, le costanti richieste da parte di Enti, associazioni e Comuni, ci ha spinto a fare un tentativo. Ebbene il risultato è stato, sul piano qualitativo, largamente positivo. I gruppi, sia quello della

prima annualità progettuale che il suddetto, hanno ricevuto nutrimento da queste esperienze, incidendo sul rinforzo dei legami relazionali. Detto in parole povere: il gruppo ha fatto gruppo, sperimentandosi in un contesto di performance e, soprattutto, concedendosi la possibilità di essere visibile. Questo ultimo aspetto risulta fondamentale perché parte del processo terapeutico è rendere visibile a se stessi e all'altro (qui inteso come il territorio) parti di sé. Non è di certo risolutivo e neanche si può liquidare la complessità di un percorso attraverso l'organizzazione di una esibizione programmata, ma di certo favorisce la possibilità che i propri processi interni si possano integrare con e verso l'esterno. Un esterno che, in questo caso, si rappresenta in un territorio identificato con una comunità, con la quale avviare un processo di integrazione reciproca attraverso l'espressività ed il processo creativo.

VALUTAZIONE DELL'INTERVENTO

Facendo una sintesi dell'esperienza svolta in questi due anni, possiamo affermare che il progetto ha in parte raggiunto gli obiettivi prefissati. Sia sul piano quantitativo che qualitativo abbiamo avuto riscontri e indici che testimoniano l'efficacia dell'approccio e forniscono una direzione di senso utile ai futuri gruppi.
Sul **piano quantitativo** abbiamo, sinteticamente, riscontrato:

- un aumento temporale da parte dei frequentanti nel permanere all'interno del setting;
- un aumento temporale nel sostenere e mantenere l'attenzione durante il processo improvvisativo;
- una costante partecipazione (8/10 partecipanti ad incontro) da parte degli stessi ragazzi/e senza grosse modifiche all'assetto del gruppo;
- una maggiore puntualità (inizialmente vi era uno scarto di circa 15'/20' dall'orario presunto di partenza).

Sul **piano qualitativo**, invece, si è potuto osservare:

- un generale miglioramento del gruppo sulla sfera relazionale (i singoli partecipanti, nell'arco delle sedute, hanno iniziato a rapportarsi ed interagire sempre più non solo con persone che già conoscevano);
- una maggiore attivazione corporea e scarica emotiva nella seconda fase con minori atteggiamenti di inibizione espressiva;
- un miglioramento generale del processo di improvvisazione per quanto riguarda la componente tecnica (gestione del gesto e del suono), la qualità espressa a livello creativo (tema ritmico e variazioni) e la capacità del gruppo nel risolvere i momenti di empass musicale;
- la permanenza di alcuni partecipanti all'interno della stanza anche dopo la fine dell'incontro con la disponibilità degli stessi nel riordinare la stanza e riporre gli strumenti assieme ai conduttori;
- un'attiva partecipazione al processo creativo e di produzione per quanto riguarda la realizzazione delle performance.

CORPO MIO, TEMPO NOSTRO

Riprendendo le precedenti riflessioni teoriche e radicandole nell'esperienza del progetto, risulta fondamentale precisare il ruolo del corpo, del ritmo, della voce e del movimento. Sono stati questi gli aspetti che hanno qualificato maggiormente la dimensione del gruppo nel processo di cura.

- Il corpo di queste persone, il corpo dell'intero gruppo, attraverso il canale espressivo e creativo ha possibilità di manifestarsi. Ed il gruppo stesso si manifesta attraverso un proprio corpo unico che non è la somma dei suoi membri corporei ma esprime la qualità della relazione dei diversi corpi. Nei processi di cura il corpo ritrova la sua centralità in quanto permea la realtà in cui viviamo, la subisce, si impone e costruisce con essa la propria esperienza, determinando anche le esperienze altrui. Nel singolo come nel gruppo, il corpo possiede un proprio tempo sincrono con il mondo intero, lo abita nelle sue forme e attraverso il gesto e le sue azioni produce sensi e simboli. Il suono (l'elemento sonoro-musicale) può favorire una comunicazione di questo tipo promuovendo la riattivazione e l'apertura di una prima dimensione sensoriale che possa, nel nostro caso, ridonare fiducia all'essere umano emigrante attraverso una nuova esperienza della realtà non costituita solamente da formalismi e razionalizzazioni.

Nel rapporto con lo strumentario musicale, il corpo amplifica il contenuto della comunicazione che diviene concreta (udibile) attraverso e per mezzo del suono.
Spaccazocchi ci ricorda come il corpo possa essere considerato il raccordo fra cielo e terra (Spaccazocchi, 2011) in costante movimento. Da un lato l'uomo necessita di radicamento, dall'altra di rivolgere il proprio sguardo verso l'infinito del cielo e, in questo primordiale movimento, possiamo scoprire che: **"[...] la nostra primaria azione psicomotoria trova la possibilità di originare in sé il concetto di vettore, di direzione (verso la terra, basso giù, discendente, etc.: o verso il cielo, altro, su, ascendente, etc.) di pesante (gravità, attacco, terreno), di leggero (antigravità, distacco dalla terra, elevazione, etc.) di spostamento che il corpo-materia può realizzare o pensare [...]."** (Spaccazocchi, 2011).

- In continuità al corpo, e come elemento significativo alla pratica musicale di gruppo, troviamo la voce ed il suo uso. Tramite il mezzo della voce (sia verbale che non verbale) è possibile esprime affetti, sensazioni, pensieri e rendere partecipi le persone di aspetti della nostra vita tramutando in parole e/o suoni il proprio vissuto. Il gruppo fa da cassa di risonanza a questo processo e, attraverso attività di ri-attivazione vocale, di sperimentazione sonora legata a suoni liberi (espressione di una più antica forma di comunicazione) o di circle-singing, possiamo favorire una crescita del gruppo nel processo di cura. Questo perché la voce esprime la nostra identità e, laddove essa sia in qualche forma lesa, possiamo andare a recuperare parti di essa attraverso l'uso del canale vocale favorendo la narrazione dell'esperienza emotiva.
Nella voce troviamo l'imprinting di quanto affrontato e percorso sino ad oggi con le sue diverse connotazioni temporali. La voce è una parte fondante la nostra identità, a partire dalla diade madre-bimbo ove il canale vocale è implicito alle prime forme ed esperienze di relazione del neonato. Basti pensare a come il nascituro, che passa al simbolo vocalico, vada a riempire uno spazio, un'assenza. Tramite l'acquisizione della parola impara a possedere simbolicamente, a sostituire con la parola l'assenza (Galimberti, 2006). Ecco che il valore della voce prima e della parola poi assumono un significato importante nello sviluppo e crescita/trasformazione dell'uomo. La voce attiva la comunicazione diretta, manifesta la presenza del corpo e lo sostiene oltre il suo limite ed è in questo spazio che dobbiamo riuscire ad inserire un adeguato lavoro di recupero identitario.

> **Tramite il mezzo della voce è possibile esprime affetti, sensazioni, pensieri e rendere partecipi le persone di aspetti della nostra vita**

Proseguendo, possiamo affermare che tutte queste componenti trovano una loro sintesi nell'esperienza sonoro-musicale caratterizzata dall'uso dell'elemento ritmico ed è, partendo da esso, che tutto ha origine.

- La funzione del ritmo e la sua analisi nel lavoro di gruppo è fondante per lo sviluppo del processo di cura. Questo in quanto tale elemento definisce da subito un movimento, uno scoprire di accadimenti nel tempo sviluppati in un certo ordine.
Tralasciando l'aspetto teorico del ritmo e analizzando una sua visione più ampia legati ad aspetti etnomusicali e antropologici, risulta interessante osservare il rapporto che riesce a creare con l'essere umano considerato come corpo antico detentore del "primo ritmo".
Il ritmo pone il corpo dell'ascoltatore, in forma non cosciente, in immediata attivazione cinetica e sensoriale, questo in quanto la dimensione sonora (ritmica) investe determinate strutture ed aree cerebrali (Cano, 2002). Il ritmo: **"...non è soltanto un fenomeno percettivo uditivo-motorio. Esso è un fenomeno ancor più complesso perché possiede una dimensione affettiva..."** (Cano, 2002).
La dimensione ritmica è in grado di rinforzare il nostro senso di soddisfazione in quanto in grado di generare, da subito, unione tra gli elementi. Consente di esplorare le strutture e i raggruppamenti, le anticipazioni e le previsioni in relazione

agli schemi tensione/distensione, agendo su diverse aree: spaziale, temporale e sociale (Postacchini, 2006). Il ritmo possiede l'intrinseca qualità di generare forme di sincronizzazione sociale scandendo i tempi della nostra esistenza, i legami con le persone e, nell'ambito strettamente musicale, generare partecipazione affettiva favorendo processi di alternanza e dialogo. Un elemento di unione e integrazione, fondamento sul quale, in musica come nella vita, costruire un discorso, una trama partendo da un nucleo comune.

Per quanto riguarda il contesto oggetto di analisi, la dimensione ritmica ha assunto un ruolo fondamentale nella strutturazione di un primo dialogo; soprattutto per le caratteristiche della musica di cultura e tradizione africana, dove il ritmo ricopre un ruolo essenziale. La produzione sonora (improvvisativa) del gruppo Portaverta nasce sempre da una proposta ritmica caratterizzata da un nucleo ripetitivo e circolare attorno al quale poi il gruppo, dopo una prima identificazione plurale, tenta di intessere variazioni o proposte di alternanza. La circolarità della proposta ritmica è un elemento che fortemente connota le musiche tradizionali di diversa provenienza geografica. Esse afferiscono ad una dimensione che, come descritto da Cristina Cano (1985), fa riferimento ad un simbolismo del centro inteso come organizzatore e portatore di ordine. Nel centro ciò che non può essere manifestato prende forma attraverso la ripetitività ritmica e melodica; il soggetto può beneficiare di protezione e conforto sensoriale. La variazione, inoltre, genera una novità con la quale il gruppo dovrà rimodularsi, al fine di accoglierla e non escluderla con il rischio di chiudersi nell'isolamento della ripetizione. In questo contesto un grosso contributo e aiuto lo fornisce la danza e il movimento, qui inteso come anello di congiunzione tra il primo momento di silenzio/ascolto, il primo gesto/suono emesso e la trama improvvisativa.

- Il momento della danza, in Portaverta, rappresenta il culmine del momento creativo. I corpi, escono da una dimensione collettiva, proponendo la propria individualità e posizionandola al centro della narrazione musicale.

Attraverso la danza esprimono un proprio contenuto, espressione anche della musica prodotta del gruppo, ma interpretandola attraverso il filtro della propria esperienza e del proprio vissuto. Ecco che si crea un legame ancora più forte tra musicisti e danzatori, tra suoni e corpi, immersi globalmente in una marea sonora che cresce e decresce a seconda delle fasi musicali attraversate. Dal mio corpo, quindi, generatore di un tempo proprio, si genererà un tempo nostro attraverso un corpo esperienziale che diverrà simbolicamente comune.

Note

[1] Sistema di protezione per richiedenti asilo e rifugiati

[2] Dizionario Treccani

[3] Pragmatica: studio delle relazioni tra i segni linguistici e chi li usa (Galimberti, 2006).

Bibliografia

Abdelmalek S.A.
La doppia assenza, Cortina, Milano, 2002.

Anzieu D.
L'Io Pelle, Borla, Roma, 1987.

Bauman Z.
Intervista sull'identità, Laterza, Bari, 2009.

Binotto F.
La ricerca identitaria dei migranti, www.ilseinaudiscarpa.gov.it

Borgna P.
La sociologia del corpo, Laterza, Roma, 2005.

Cano C.
I simboli Sonori, Franco Angeli, Milano, 1985.

Cano C.
La musica nel cinema, Gremese, Roma, 2002.

Chamoiseau P., Glissant E.
Quando cadono i muri, Nottetempo, Roma, 2008.

Galimberti U.
Dizionario di Psicologia, Utet, Torino, 2006.

Luzi M.
Dimensioni sociologiche dello spazio e del tempo, Rivista Internazionale di Filosofia, anno X, n. 20, Novembre 2015.

Magris C.
Utopia e disincanto: Storie speranze illusioni del moderno, Saggi 1974-1998, Garzanti, Milano, 1999.

Manarolo G.
L'angelo della Musica, Omega, Torino, 2002.

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

Mancuso V.
Il bisogno di pensare, Garzanti, Bari, 2017.

Merlau-Ponty M.
Fenomenologia della percezione, Bompiani, Milano, 2003.

Morin E.
7 lezioni sul pensiero globale, Cortina, Milano, 2016.

Postacchini P.L.
In viaggio attraverso la Musicoterapia, Cosmopolis, Torino, 2006.

Schneider M.
La musica primitiva, Adelphi, Milano, 1992.

Spaccazocchi M.
Musica Educativa, Progetto Sonori, Mercatello Sul Meteuro, 2011.

Stocco I.
Luoghi, confini, identità: valori fluidi nell'epoca della modernità liquida, Tesi di laurea Università degli Studi di Padova, 2013.

MUSICOTERAPIA DI GRUPPO: RICERCHE ED ESPERIENZE

Stefania Chiuni, Claudia Facchini, Federico Rankin
Gruppo studi, Corso di Musicoterapia, Apim, Torino.

The aim of this Study Group was that of portraying the State of the Art of research activities connected to Group Music Therapy and acquiring a general overview of those activities. In order to provide a report as much objective as possible, we set up our initial bibliographic research path by using PubMed, one of the most reliable research engines for Scientific Papers.
By doing this we were able to select 6 exemplifying studies(a Cochrane Review, three Randomized Studies, two Feasability Studies). Each study was analyzed and summarized in a concise sheet. As a main outcome, we were able to point out some of the strong points and criticalities of Group Music Therapy research methods. Low in number samples and incomplete or unclear methodological settings certainly and negatively influenced the results of many of the analyzed studies. Standardised and more specific instruments(e.g.: Music Therapy Checklist; Music Therapy Coding Scheme; Music Therapy Rating Scale) should be used to objectively evaluate Group Music Therapy interventions. Nevertheless, every analyzed study could be a new starting point for future broader and better structured studies.
Songwriting activities were very often described as a main intervention in most of the Papers.
This made it possible to distinguish some sort of methodological continuum that could lead to future common and shared methodological protocols.

INTRODUZIONE

Il moltiplicarsi, nel corso degli ultimi anni, di studi scientifici che attestano l'efficacia della Musicoterapia fornisce interessanti risorse e prospettive future per la nostra professione. Tuttavia, la maggior parte di questi studi riguarda interventi di Musicoterapia Individuale, mentre la Musicoterapia di Gruppo rimane un approccio relativamente inesplorato, almeno per ciò che riguarda la produzione di letteratura scientifica. Dalla necessità di fotografare lo stato dell'arte delle attività di ricerca connesse alla Musicoterapia di Gruppo e dalla volontà di acquisire una visione d'insieme delle stesse, nasce questo Gruppo di Studio. Al fine di poter produrre una relazione che fosse il più oggettiva possibile, abbiamo impostato l'iniziale percorso di ricerca bibliografica avvalendoci di PubMed, uno dei principali e maggiormente affidabili motori di ricerca nell'ambito delle pubblicazioni scientifiche.
La nostra ricerca ci ha permesso di selezionare sei studi esemplificativi, distinti per impostazione metodologica in:

- una **Revisione Cochrane** (Geretsegger et al., 2017), un'analisi critica e sistematica di studi scientifici riguardanti un comune ambito di ricerca e dei dati da essi prodotti.
- tre **Studi Randomizzati** (Grocke et al., 2013; Atiwannapat et al., 2016; Gold et al., 2017), che prevedono una distribuzione casuale dei pazienti tra Gruppo Terapeutico e Gruppo di Controllo, al fine di produrre risultati attendibili anche attraverso il confronto dei dati ottenuti dai diversi Gruppi.
- due **Studi di Fattibilità** (Carr et al., 2017; Baker et al., 2018), che analizzano il grado di fattibilità, attendibilità ed accettabilità di un protocollo di studio, nell'ottica di poter applicare lo stesso per la realizzazione di studi più ampi.

Nella relazione che segue riportiamo una sintesi degli studi analizzati, suddividisi per ambito e tipologia di intervento.

MUSICOTERAPIA DI GRUPPO COME INTERVENTO RIABILITATIVO NEL TRATTAMENTO DELLE PSICOSI

Titolo	Group Music Therapy for Severe Mental Illness: a Randomized Embedded-Experimental Mixed Methods Study
Autori	Grocke et al.
Rivista	Acta Psychiatrica Scandinavica
Anno pubblicazione	2014
Tipologia	Studio Randomizzato

Obiettivo dello Studio

Determinare, mettendo a confronto Musicoterapia di Gruppo (GMT) e Trattamento Standard (SC), se la GMT possa avere un impatto positivo su Qualità di Vita (QoL), socializzazione, autostima, spiritualità e sintomi psichiatrici di pazienti affetti da Psicosi.

Impianto metodologico

Dei 99 pazienti selezionati, con diagnosi ICD-10 di Psicosi, 2 anni o più di storia di malattia, residenti all'interno della comunità, stabilizzati da terapia farmacologica ed in grado di mantenere un buon livello di attenzione per un'ora consecutiva:

- 75 pazienti sono stati inclusi in una prima coorte Randomizzata. Di questi 36 hanno ricevuto SC come primo intervento, 39 hanno partecipato a GMT come primo intervento.
- 24 pazienti sono stati inclusi in una seconda coorte Non Randomizzata (GMT come primo intervento).
- Ai pazienti coinvolti nello studio sono state somministrate entrambe le tipologie di intervento (GMT e SC), il crossover è avvenuto a 13 settimane dall'inizio della Randomizzazione.

Sia i dati quantitativi, ottenuti tramite somministrazione di questionari di autovalutazione, che i dati qualitativi, ottenuti tramite analisi dei testi prodotti e discussioni in gruppo post-intervento, sono stati raccolti a 13 e 26 settimane dall'inizio dello studio. Il follow-up è stato fissato a 39 settimane dall'inizio dell'intervento.

Tipo di intervento musicoterapico

Ha compreso una sessione introduttiva alla quale sono seguite altre 12 sessioni basate su canto di canzoni familiari ai pazienti, songwriting, registrazione dei brani creati presso uno studio professionale.
Le sessioni, condotte da 4 musicoterapisti esperti, formati nello stesso corso di Musicoterapia ad orientamento psicodinamico, hanno avuto durata di un'ora e cadenza settimanale, per un totale di 13 settimane.

Risultati

Nei pazienti che hanno partecipato ai Gruppi di Musicoterapia sono state registrate variazioni significative dei livelli di percezione di: Qualità di Vita, spiritualità, socializzazione, autostima, gravità della sintomatologia psichiatrica. L'analisi qualitativa dei dati dimostra quanto il percorso di GMT sia stato vissuto come un'esperienza motivante, appagante, fortificante e stimolante, individuando nel Canto di Gruppo e nel songwriting nuove opzioni creative per instaurare connessioni sociali. 15 pazienti su 99 hanno abbandonato lo studio prima della sua conclusione, il livello di defezione è stato quindi relativamente basso.

Osservazioni sullo studio

Nonostante la ridotta dimensione del campione abbia influenzato la quantità di dati prodotti e, di conseguenza, i risultati finali, lo studio si distingue per un ottimo impianto metodologico. Il fatto che sia stato incluso in una Revisione Cochrane (la cui relazione segue quella di questo articolo), ne garantisce l'attendibilità. Costituisce, quindi, un'ottimo punto di partenza per l'eventuale realizzazione di studi più ampi.

Titolo	Music Therapy for people with Schizophrenia and Schizoprenia-like Disorders
Autori	Geretsegger et al.
Rivista	Cochrane Database of Systematic Reviews
Anno pubblicazione	2017
Tipologia	Revisione Cochrane

Obiettivo dello studio

Analizzare gli effetti a breve, medio e lungo termine della Musicoterapia di Gruppo da sola o aggiunta alle cure standard, comparata alla terapia placebo o ad assenza di trattamento, su soggetti affetti da Schizofrenia o da altri Disturbi Psicotici.

Impianto metodologico

176 studi sono stati identificati tramite ricerca su database, di questi ne sono stati selezionati 18, per un totale di 1.215 partecipanti. Sono stati esclusi tutti gli studi nei quali più del 30% dei partecipanti ha abbandonato il trattamento.
Gli studi inclusi hanno una durata variabile da 1 a 6 mesi, il numero di partecipanti per singolo studio varia da 30 a 96.

Tipo di intervento musicoterapico

- Gruppi di Musicoterapia Recettiva: 5 studi su 18
- Gruppi di Musicoterapia Attiva (improvvisazione; canto): 4 studi su 18
- Gruppi di Musicoterapia Attiva e Recettiva: 9 studi su 18

Il numero totale delle sedute varia, a seconda dello studio considerato, da 7 a 240.

Risultati

L'analisi dei dati ha rivelato come i percorsi di Musicoterapia di Gruppo abbiano sortito effetti positivi, soprattutto a breve e medio termine, su Qualità di Vita, Stato Mentale Generale (sintomi negativi; depressione; ansia), Funzionamento generale e sociale dei pazienti.
Affinché questi effetti risultino maggiormente evidenti gli autori suggeriscono che, in futuro, i percorsi di Musicoterapia di Gruppo dovrebbero essere caratterizzati da un numero di sedute compreso tra 16 e 24, individuando in 20 il numero minimo di sedute necessarie ad ottenere miglioramenti clinici rilevanti, ed essere condotti da musicoterapisti adeguatamente formati. Gli autori dichiarano di aver avuto difficoltà nell'elaborazione dei dati a causa dell'estrema variabilità delle Scale di Valutazione e dei Test utilizzati nei diversi studi.

Osservazioni sullo studio

La revisione risulta particolarmente interessante per le indicazioni ed i suggerimenti forniti a sostegno della Musicoterapia di Gruppo. I rigidi criteri di selezione degli articoli e la conseguente analisi sistematica rendono, infatti, estremamente attendibili ed oggettive le osservazioni degli autori.

MUSICOTERAPIA DI GRUPPO COME INTERVENTO RIABILITATIVO NEL TRATTAMENTO DELLA DEPRESSIONE MAGGIORE

Titolo	Active versus Receptive Group Music Therapy for Major Depressive Disorder A Pilot Study
Autori	Atiwannapat et al.
Rivista	Complementary Therapies in Medicine
Anno pubblicazione	2016
Tipologia	Studio Randomizzato

Obiettivo dello studio

Mettere a confronto l'efficacia della Musicoterapia di Gruppo (Attiva e Recettiva) con il Counseling di Gruppo nel trattamento del Disturbo Depressivo Maggiore, confermare che la Musicoterapia di Gruppo ha, rispetto al Gruppo di Controllo (Counseling), efficacia maggiore nel migliorare i Sintomi Depressivi e la Qualità di Vita dei pazienti e che la Musicoterapia Attiva dà risultati migliori rispetto alla Musicoterapia Recettiva.

Impianto metodologico

14 Pazienti Ambulatoriali, di età compresa tra i 18 ed i 65 anni, con Diagnosi ICD-10 di Disturbo Depressivo Maggiore, con punteggio maggiore di 7 nella Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS), sono stati assegnati con Randomizzazione 1:1:1 a:
- Gruppo di Musicoterapia Attiva (5 pazienti)
- Gruppo di Musicoterapia Recettiva (5 pazienti)
- Gruppo Counselling di Controllo (4 Pazienti)

Il trattamento ha avuto una durata di 12 settimane con follow-up a 1, 3 e 6 mesi.
Un paziente ha abbandonato il Gruppo di Musicoterapia Recettiva dopo 1 mese dall'inizio del trattamento; due pazienti hanno abbandonato il Gruppo di Controllo (Counselling) dopo un mese dall'inizio del trattamento; il Gruppo di Musicoterapia Attiva non ha registrato defezioni.

Tipo di intervento musicoterapico

- Gruppo di Musicoterapia Attiva
  - Canto di Gruppo (in apertura della seduta)
  - Improvvisazione (Tone Bars; Anklung; Hand Bells)
  - Songwriting e successiva esecuzione in Gruppo
  - Improvvisazione (percussioni)
  - Canto di Gruppo (in chiusura della seduta)
- Gruppo di Musicoterapia Recettiva
  - Ascolto di brani musicali (in apertura della seduta)
  - Analisi dei testi e condivisione di commenti e pensieri
  - Songwriting
  - Disegno durante l'ascolto di brani musicali.
  - Rilassamento durante l'ascolto di brani musicali (in chiusura della seduta)

L'attività di entrambi i Gruppi è stata organizzata in sessioni di 1h a cadenza settimanale, per un totale di 12 incontri.
Ciascuna sessione è stata strutturata in una fase di apertura (della durata di 10-15 min); uno o due interventi principali (della durata di 35-45 min) ed una fase di chiusura (della durata di 5-10 min).

Risultati

Non vi sono state variazioni statisticamente significative degli indici considerati, probabilmente a causa del ridotto numero di partecipanti, tuttavia l'analisi grafica dei dati ha confermato le ipotesi iniziali degli autori. Entrambi i Gruppi di Musicoterapia hanno infatti riportato un miglioramento maggiormente significativo dei Sintomi Depressivi e della Qualità di Vita rispetto al Gruppo di Controllo, gli effetti positivi sortiti dal percorso di Musicoterapia di Gruppo si sono mantenuti per almeno 3 mesi dopo la fine del trattamento, il Gruppo di Musicoterapia Attiva ha riportato un effetto di picco maggiore ma più dilazionato

nel tempo, mentre il Gruppo di Musicoterapia Recettiva ha riportato un effetto di picco più rapido ma di minore intensità. Gli autori evidenziano come il ridotto numero di campioni, la non effettiva randomizzazione, il ridotto numero di sedute e la scelta di adottare come Controllo un Gruppo Counselling, possano avere influenzato i risultati finali. Suggeriscono quindi, nell'ottica di futuri studi, di aumentare il numero di pazienti coinvolti, il numero di sedute e di inserire un Gruppo di Controllo in Lista d'Attesa in modo da poter produrre dati statisticamente significativi.

Osservazioni sullo studio

Trattandosi di uno studio pilota, risulta evidente, anche dalle osservazioni degli autori stessi, come l'impianto metodologico debba essere migliorato.
Nonostante non siano stati prodotti risultati statisticamente significativi, rimane uno degli studi analizzati in cui la struttura dell'intervento musicoterapico è maggiormente descritta in dettaglio. Considerati limiti e punti di forza, questo percorso di ricerca potrebbe essere utilizzato in futuro come spunto per la realizzazione di studi con un impianto metodologico perfezionato.

Titolo	Feasability and Acceptability of Group Music Therapy Vs Wait List Control for Treatment of patients with Long-Term Depression (the Synchrony Trial): Study Protocol for a Randomized Controlled Trial
Autori	Carr et al.
Rivista	Carr et al. Trials
Anno pubblicazione	2017
Tipologia	Protocollo per uno Studio di Fattibilità

Obiettivo dello studio

Valutare fattibilità ed accettabilità di uno Studio Clinico Randomizzato che metta a confronto Musicoterapia di Gruppo ed un Gruppo di Controllo in Lista d'Attesa per il trattamento di pazienti affetti da Disturbo Depressivo a lungo termine, mediante verifica di accettabilità della metodologia da parte di pazienti e staff, fattibilità del processo di reclutamento, identificazione del numero di possibili partecipanti, percentuale di partecipanti ed aderenza allo studio, tempi e costi per singolo partecipante, attendibiltà ed appropriatezza dei dati prodotti, natura dell'intervento (aderenza, effetto, struttura) e costo complessivo dei servizi ricevuti.

Impianto metodologico

I partecipanti, con diagnosi confermata di Depressione (ICD-10), non affetti da disturbi mentali di origine organica, in trattamento farmacologico e/o psicoterapico da 12 o più mesi, di età uguale o superiore ai 18 anni, in grado di dare consenso informato, con sufficiente padronanza della lingua inglese, verranno suddivisi in gruppi di 30 elementi e randomizzati in:

- Due Gruppi di Musicoterapia da 10 partecipanti ciascuno.
- Un Gruppo di Controllo in Lista d'Attesa da 10 partecipanti.

Il percorso avrà durata complessiva di 14 settimane.

I Dati saranno raccolti:

- In follow-up, a 3, 6 e 9 settimane dall'inizio del trattamento.
- Dopo ogni singola sessione sarà prevista un'auto-valutazione del terapista quale verifica dell'aderenza al trattamento.
- Ad 1 settimana, a 3 mesi ed a 6 mesi dalla fine del trattamento avranno luogo una verifica in cieco dei dati ed un'auto-valutazione da parte del singolo paziente.

Un colloquio individuale per singolo paziente sarà previsto a distanza di un mese dalla fine del trattamento. A 6 mesi dalla fine del trattamento verrà data ai pazienti inclusi nel Gruppo di Controllo la possibilità di intraprendere volontariamente il percorso di Musicoterapia di Gruppo.

Tipo di intervento musicoterapico

Le sessioni di Musicoterapia di Gruppo, della durata di 90 minuti ciascuna, avranno luogo 3 volte a settimana, per un totale di 14 settimane. Saranno condotte da musicoterapisti esperti ed avranno, come nucleo centrale, l'attività di songwriting. In preparazione all'attività di songwriting verranno proposti momenti di improvvisazione ed ascolto condiviso. Ciascuna sessione prevederà un momento finale di confronto e riflessione della durata di 15 minuti.

Risultati

Trattandosi di un protocollo di studio non ancora attuato, non è stato prodotto alcun risultato.

Osservazioni sullo studio

Lo studio si contraddistingue per un dettagliatissimo ed elevatissimo livello di pianificazione metodologica costituendo, a nostro parere, un eccellente esempio da seguire per la potenziale realizzazione di uno Studio Clinico Randomizzato. Altra caratteristica peculiare di questo protocollo di studio sono le sue prospettive di applicazione: è stato infatti disegnato per essere realizzato nel contesto del Sistema Sanitario Pubblico Londinese e per essere, quindi, accessibile a pazienti ambulatoriali di qualsiasi estrazione sociale.

MUSICOTERAPIA DI GRUPPO COME INTERVENTO PER LA PREVENZIONE DI COMPORTAMENTI MALADATTATIVI IN ADOLESCENZA

Titolo	Group Music Therapy as a Preventive Intervention for Young People at Risk: Cluster-Randomized Trial
Autori	Gold et al.
Rivista	Journal of Music Therapy
Anno pubblicazione	2017
Tipologia	Studio Randomizzato

Obiettivo dello studio

Mettere a confronto Musicoterapia di Gruppo (GMT) e Ascolto Auto-Diretto (SDML) come interventi preventivi per adolescenti a rischio di sviluppo di Disturbi Mentali per valutare se la GMT possa essere un intervento efficace in questo caso, se la GMT possa attenuare l' "utilizzo non sano" della musica a favore di un suo "utilizzo più sano", documentare i potenziali effetti della GMT su sintomi depressivi, benessere psicosociale, ruminazione e riflessione.

Impianto metodologico

16 scuole hanno accettato di partecipare allo studio, di queste 9 sono state randomizzate al percorso di Musicoterapia di Gruppo e 7 al percorso di Ascolto Auto-Diretto. Attraverso la somministrazione di un questionario per la selezione dei partecipanti, di età compresa tra i 13 e i 15 anni, in base a bassi livelli di condizione socio-economica, "utilizzo sano" della musica, benessere psicosociale, estroversione, stabilità emotiva, apertura a nuove esperienze, coscienziosità ed alti livelli di "utilizzo non sano" della musica, depressione e ruminazione:

- 58 studenti su 154 partecipanti al sondaggio sono stati invitati a prendere parte alle sessioni di musicoterapia, 47 studenti (81%) hanno portato a termine il percorso fino al follow-up (a 20 settimane dall'inizio).
- 42 studenti su 156 partecipanti al sondaggio sono stati invitati a prendere parte al percorso di Ascolto Auto-Diretto (a ciascuno di loro è stato consegnato un voucher per scaricare musica di loro gusto; la consegna era di scaricare musica che li facesse sentire meglio), 42 studenti (100%) hanno portato a termine il percorso fino al follow-up (a 20 settimane dall'inizio).

Tipo di intervento musicoterapico

L'attività di Musicoterapia di Gruppo ha avuto cadenza settimanale, per un totale di 8 sessioni ed è stata condotta da musicoterapisti qualificati.
La prima sessione introduttiva è stata incentrata sull'improvvisazione, la seconda e la terza sessione su improvvisazione ed ascolto di brani musicali selezionati dai singoli studenti, la quarta e la quinta sessione su improvvisazione e songwriting, la sesta sessione su improvvisazione e composizione del brano,

la settima sessione sulla registrazione del brano e la sessione finale su improvvisazione, discussione delle playlist ed ascolto del brano registrato.

Risultati

Non sono state riscontrate significative differenze di efficacia tra Musicoterapia di Gruppo ed Ascolto Auto-Diretto, tuttavia i risultati hanno evidenziato discreti miglioramenti dello stato mentale generale dei partecipanti.
È stato inoltre rilevato che la Musicoterapia di Gruppo ha avuto maggiore efficacia sugli studenti più giovani, mentre l'Ascolto Auto-Diretto ha avuto maggiore efficacia sugli studenti più grandi.
La selezione degli studenti a rischio in base al loro utilizzo della musica è risultata efficace e predittiva.
Gli autori rilevano come, nel complesso, sia necessario modificare alcuni aspetti dello studio nell'ottica di una eventuale prosecuzione:

- 8 sedute di GMT non risultano sufficienti, occorrerebbe quindi aumentare frequenza e durata del trattamento.
- I metodi di selezione dovrebbero quindi essere perfezionati ed aggiornati, occorrerebbe richiedere maggior collaborazione con il personale scolastico in modo da poter formare gruppi meno eterogenei, selezionando soggetti maggiormente idonei sia attraverso la somministrazione di questionari che attraverso il punto di vista di chi conosce gli studenti.
- Eventuali studi futuri dovrebbero includere strategie che incontrino meglio i bisogni degli studenti.

Osservazioni sullo studio

Nonostante l'impianto metodologico presenti alcune importanti problematiche, riteniamo questo studio interessante soprattutto per la sua natura esplorativa. Tra gli studi analizzati esso costituisce, infatti, l'unico esempio di intervento effettuato in ambito scolastico e con approccio preventivo.
Se è vero che molti aspetti dello studio andrebbero riformulati, è anche vero che potrebbe costituire un buon punto di partenza per l'attuazione, nel medesimo ambito di intervento, di studi meglio strutturati e su più larga scala.

MUSICOTERAPIA DI GRUPPO COME INTERVENTO SUPPORTIVO PER CAREGIVERS DI PAZIENTI AFFETTI DA DEMENZA

Titolo	A Group Therapeutic Songwriting Intervention for Family Caregivers of People Living With Dementia: A Feasibility Study With Thematic Analysis
Autori	Baker et al.
Rivista	Frontiers in Medicine
Anno pubblicazione	2018
Tipologia	Studio di Fattibilità

Obiettivo dello studio

Mettere a confronto l'attività di songwriting terapeutico ed il trattamento standard come interventi supportivi per caregivers di pazienti affetti da demenza per determinare i tassi di partecipazione e di aderenza dei caregivers ai Gruppi di Songwriting, produrre una stima dell'effetto dell'intervento sui livelli di depressione e qualità del rapporto caregiver-paziente dei partecipanti, determinare accettabilità ed impatto del trattamento e costruire una teoria sostanziale dei processi attivati durante il programma di songwriting terapeutico in modo che possa essere adottata per organizzare studi sperimentali più ampi.

Impianto metodologico

Su 29 caregivers afferenti a due diversi Centri Diurni e considerati elegibili, in quanto assistenti un paziente affetto da demenza, aventi lo stesso domicilio dell'assistito, non affetti da patologie dell'apparato uditivo ed aventi una buona padronanza della lingua inglese, 14 hanno accettato di partecipare allo studio. 8 hanno scelto di partecipare al Gruppo di songwriting terapeutico (sono stati divisi in 2 gruppi, formati rispettivamente da 3 e 5 elementi) mentre 6 hanno scelto di ricevere il trattamento standard.
Nessuno dei partecipanti è stato perso durante il follow-up e non si sono verificate defezioni durante il percorso.

Tipo di intervento musicoterapico

L'attività di songwriting terapeutico è stata articolata in sessioni settimanali della durata di un'ora, per un totale di 6 settimane. Ad un primo incontro introduttivo sono seguite 4 sedute incentrate sul songwriting, guidato dai partecipanti e basato sulla condivisione delle esperienze e sulla ricerca di aspetti condivisi attraverso attività di Brainstorming, scrittura del testo ed arrangiamento del brano (stile, melodie, armonie, accompagnamenti). Il percorso si è concluso con una sessione finale dedicata alla registrazione del brano. Sono stati applicati, quali strategie terapeutiche, approcci orientati all'analisi delle emozioni (espressione di sé; reframing cognitivo; convalida) ed approcci orientati all'analisi delle problematiche (gestione di comportamenti problematici o situazioni sociali; cura di sé).

Risultati

I dati raccolti prima e dopo il percorso musicoterapico hanno mostrato un sostanziale miglioramento dei sintomi depressivi, non si sono invece osservate variazioni significative dei punteggi relativi al rapporto caregiver-paziente.
L'aderenza dei partecipanti allo studio è stata del 100%, questo depone a favore dell'accettabilità del trattamento proposto. L'analisi qualitativa ha evidenziato come il trattamento abbia permesso ai partecipanti di condividere i propri percorsi assistenziali e, attraverso la condivisione, di sentirsi "meno soli", sviluppare un'identità supportiva di gruppo, chiarire i loro vissuti riguardo al percorso assistenziale, sviluppare forza interiore ed aumentare la crescita personale quali strumenti di supporto al loro ruolo. Non trattandosi di uno Studio Randomizzato, essendo il campione molto piccolo ed eterogeneo ed essendo alcuni degli autori responsabili sia della somministrazione dei test che dell'interpretazione dei dati quantitativi, i risultati prodotti devono essere interpretati con cautela.
Nell'ottica di future ricerche, gli autori suggeriscono che possa essere approfondita, tramite colloquio, la situazione individuale di ogni partecipante in modo da raccogliere importanti dati aggiuntivi (storia del percorso assistenziale; struttura familiare; supporto familiare ed esterno; partecipazione ad altri gruppi di supporto) che permettano di comprendere quale impatto questi ulteriori fattori possano avere sull'esperienza di caregiving.

Osservazioni sullo studio

Lo studio risulta particolarmente interessante sia per il suo impianto metodologico che per la tipologia di intervento proposto. Risulta, infatti, come l'unico studio espressamente improntato su un approccio supportivo quanto mai essenziale per soggetti che, in quanto caregiver di pazienti, la cui fase di malattia lieve-moderata è caratterizzata da deterioramento progressivo della memoria a breve termine e dall'insorgenza di disturbi comportamentali, affrontano enormi difficoltà nella gestione dei propri assistiti.

CONCLUSIONI

Un'attenta analisi delle pubblicazioni a nostra disposizione ci ha dato la possibilità di evindenziare criticità e punti di forza degli iter di ricerca connessi alla Musicoterapia di Gruppo.
In generale è evidente come la maggior parte dei risultati prodotti sia stata condizionata da un campione di ridotte dimensioni e spesso eccessivamente eterogeneo. Alcuni studi presentano, inoltre, un'impostazione metodologica scarsamente definita o incompleta, soprattutto per ciò che riguarda le modalità di elaborazione dei dati. Altri studi dichiarano come anche l'eterogeneità dei percorsi di formazione in musicoterapia possa fungere da fattore perturbante per la realizzazione di percorsi scientificamente attendibili.
Un'ultimo aspetto critico che occorre considerare riguarda la natura dei dati prodotti: per quanto interessanti ed utili, le valutazioni qualitative ottenute tramite interviste, registrazioni, interpretazione di testi scritti dai pazienti, si rifanno ad una dimensione soggettiva che mal si adatta alla ricerca scientifica. Inoltre, per quanto riguarda i dati quantitativi, mancano totalmente valutazioni specifiche relative all'intervento musicoterapico, che potrebbero significativamente contribuire a legittimarne struttura, contenuti ed esiti.
Da tempo, almeno per ciò che riguarda la Musicoterapia Individuale, sono stati resi disponibili strumen-

ti standardizzati, come il **Music Therapy Coding Scheme** (Raglio et al., 2006), la **Music Therapy Check List** (Raglio et al., 2007) e la **Music Therapy Rating Scale** (Raglio et al., 2011), in grado di fornire una valutazione quali-quantitativa molto più oggettiva e mirata. L'eventuale adattamento, quando possibile, di questi strumenti o lo sviluppo di nuovi strumenti specifici per la Musicoterapia di Gruppo potrebbero, a nostro parere, contribuire ad eliminare alcune delle problematiche sopracitate. È comunque necessario considerare che, nonostante siano presenti molte criticità, la maggior parte degli studi analizzati si caratterizza come unicum ed è, in quanto tale, perfettibile.

Ogni studio rappresenta, per le sue peculiarità metodologiche, per la diversità degli interventi messi a confronto e per il differente ambito d'indagine, un interessante e potenziale punto di partenza per lo sviluppo di studi meglio strutturati e su più ampia scala.
In ultima istanza, consideriamo come segnale decisamente positivo il fatto che venga spesso indicata, quale nucleo centrale dell'intervento musicoterapico, l'attività di songwriting. Questo aspetto, unito a frequenti citazioni bibliografiche di autori come Felicity Baker e Tony Wigram, lascia intravedere un certo continuum metodologico che, se apertamente delineato e confermato in futuro, potrebbe contribuire alla stesura di un protocollo metodologico comune e condivisibile.

Bibliografia

■ **Atiwannapat P., Thaipissuttikul P., Poopityastaporn P., Katekaew W.**
Active versus Receptive Group Music Therapy for Major Depressive Disorder - A Pilot Study, Complementary Therapies in Medicine, (26), 2016, pp. 141-145.

■ **Baker F., Stretton-Smith P., Clark I., Tamplin J., Lee Y.**
A Group Therapeutic Songwriting Intervention for Family Caregivers of People Living With Dementia: A Feasibility Study With Thematic Analysis, Frontiers in Medicine, (5), 2018, 151.

■ **Carr C., O'Kelly J., Sandford S., Priebe S.**
Feasability and Acceptability of Group Music Therapy Vs Wait List Control for Treatment of patients with Long-Term Depression (the SYNCHRONY Trial): Study Protocol for a Randomized Controlled Trial, Carr et al. Trials, (18), 2017, 149.

■ **Geretsegger M., Mossler K., Bielenikik L., Chen X., Heldal T., Gold C.**
Music Therapy for people with Schizophrenia and Schizoprenia-like Disorders, Cochrane Database of Systematic Reviews, (5), 2017, CD004025.

■ **Gold C., Saarikallio S., Crooke A.H.D., McFerran S.K.**
Group Music Therapy as a Preventive Intervention for Young People at Risk: Cluster-Randomized Trial, Journal of Music Therapy, 54 (2), 2017, pp. 133-160.

■ **Grocke D., Bloch S., Castle D., Thompson G., Newton R., Stewart S., Gold C.**
Group Music Therapy for Severe Mental Illness: a Randomized Embedded-Experimental Mixed Methods Study, Acta Psychiatrica Scandinavica, (130), 2014, pp. 144-153.

■ **Raglio A.**
La Musicoterapia presso la Fondazione Sospiro: Evoluzione, Sviluppi Scientifici e Riflessioni, Musica & Terapia, n. 23, pp. 21-28, Cosmopolis, Torino, 2011.

■ **Raglio A., Traficante D., Oasi O.**
A coding scheme for the evaluation of the relationship in music therapy sessions, Psycol Rep, (99), pp. 85-90, 2006.

■ **Raglio A., Traficante D., Oasi O.**
Comparison of music therapy coding scheme with the Music Therapy Checklist, Psycol Rep, (101), pp. 875-80, 2007.

■ **Raglio A., Traficante D., Oasi O.**
The evaluation of music therapy process in the inter-subjective perspective: the music therapy rating scale, A pilot study, Pragmat Obs Res. , (2), pp.19–23, 2011.

recensioni

MUSICA E METAFORA: storia analisi ermeneutica

a cura di
F. Finocchiaro, M. Giani
BIBLIOTECA DI ATHENA MUSICA, TORINO, 2017

"A cosa servono le metafore? Le metafore con cui descriviamo la musica sono 'impertinenze' del linguaggio, fantasiose licenze di scrittura? Oppure in qualche modo ci conducono più vicino al fatto musicale nella sua essenza? Il rapporto tra metafora e musica è stato fino a oggi trascurato: l'elaborazione di una teoria della metafora che mettesse al centro il rapporto tra segni verbali e strutture musicali non è mai stata veramente posta in agenda dai musicologi. Il tema è rimasto latente in alcune classiche dicotomie che attraversano la discussione musicologica, come intramusicale versus extramusicale, immanente versus trascendente, struttura versus semantica, senso versus significato. È arduo tuttavia stabilire quale sia il discrimine tra il parlar della musica in senso proprio e in senso figurato. Le metafore insite nei concetti musicali non sono infatti un mero abbellimento di presunti modi letterali di nominare la musica, ma sono la sostanza stessa del nostro armamentario concettuale. Se le metafore sono un vettore della concettualizzazione musicale, esse sono importanti in pari misura per la riflessione estetico-filosofica intorno alla musica e per l'analisi musicale vera e propria. I processi di comparazione metaforica sono un tratto connaturato al modo in cui pensiamo la musica, al modo in cui la descriviamo e la verbalizziamo, forse persino al modo in cui la ascoltiamo. Pensare, parlare o scrivere di musica, insomma, vuol dire rapportarsi a essa nei termini di qualcos'altro, metaforicamente appunto."

(DALLA PRESENTAZIONE AL TESTO)

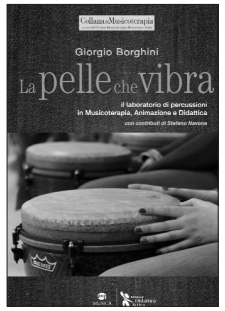
IL SUONO. L'esperienza uditiva e i suoi oggetti

di
Elvira Di Bona, Vincenzo Santarcangelo
CORTINA, MILANO, 2018

"Che cosa sono i suoni? Messaggeri di informazioni cruciali per il riconoscimento degli oggetti che ci circondano o entità evanescenti e distinte da essi? Perché, pur essendo sempre sommersi da suoni di cui non siamo consapevoli, ci accorgiamo immediatamente della loro assenza nelle situazioni di più totale silenzio? Come li percepiamo? Dove si trovano? E qual è la loro dimensione temporale?
Queste sono alcune delle domande a cui risponde "Il suono", un'introduzione a temi che possono interessare tanto il lettore esperto quanto quello curioso. Scoprire cosa si nasconde dietro la percezione uditiva rivela il fascino di una modalità sensoriale davvero sorprendente che dà accesso al misterioso regno del suono e della musica."

(DALLA PRESENTAZIONE AL TESTO)

recensioni



LA PELLE CHE VIBRA
Il laboratorio di percussioni in Musicoterapia, Animazione e Didattica

di
Giorgio Borghini
VOGLINO EDITORE, TORINO, 2019

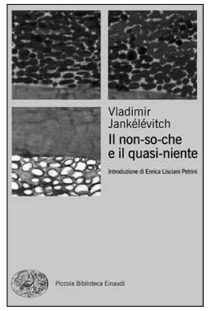
Dieci anni di "Laboratorio di percussioni" nel percorso formativo dei musicoterapeuti, hanno spinto Giorgio Borghini a fissare in un libro strumenti pratici, spunti e proposte per la conduzione di attività che trovano nel ritmo e nelle percussioni la principale forma di linguaggio. **"La pelle che vibra"** nasce dall'esperienza didattica, dal desiderio di sviluppare negli studenti di Musicoterapia le capacità di ascolto, comprensione e sintonizzazione. Il ritmo viene affrontato a partire dagli elementi più semplici, trovando un ampio sviluppo nella pratica di insieme; una sorta di "palestra sonoro/ritmica" per esercitarsi nel decentrare l'attenzione da sé, ascoltare, stabilire i codici di comunicazione sonoro/musicali e condividerne gli aspetti emozionali. Il libro propone quattro aree di laboratorio: il "Laboratorio di Djembé", organizzato in una forma originale di didattica, che accompagna alla strutturazione ritmica e orchestrale di gruppo; il "Laboratorio di Percussioni non convenzionali", che elimina ogni problema tecnico e lavora direttamente sul "ritmo vissuto"; il "Laboratorio di improvvisazione", esercizio tecnico "altro" rispetto all'improvvisazione della Musicoterapia didattica; il "Drum Circle", personalizzato, applicabile ai contesti in cui si cerca la connessione interpersonale, l'integrazione sociale e la cooperazione.
"Ritmo, comunicazione, relazione" è il titolo del pregevole contributo con cui Stefano Navone apre la lettura. Trattandosi di una guida all'uso delle percussioni nei contesti di gruppo, oltre che ai professionisti della Musicoterapia, **"La pelle che vibra"** risulta interessante anche per chi opera in campo educativo.

RITMI DI FESTA
Corpo, danza, socialità

di
Paolo Apolito
IL MULINO, BOLOGNA, 2014

"Il 24 dicembre 1914 sul fronte occidentale decine di migliaia di soldati nemici deposero spontaneamente le armi e celebrarono insieme il Natale. Un evento che colse del tutto impreparati gli alti comandi degli eserciti contrapposti. **Come fu possibile, il giorno dopo, tornare a uccidersi?**
La festa non è forse prerogativa di una comunità, dunque impossibile tra nemici? Altri festeggiamenti inauditi, perfino nei lager e nei gulag, ci spingono a rileggere le stesse feste "normali", per scoprire come un certo modo ritmico di stare insieme sia ben più che l'espressione di una futile nostalgia folkloristica: ha radici evolutive, attestate nella vita sociale dei primati nostri precursori, e corrisponde in termini sociali a quelle intense relazioni a due, tra madre e figlio, tra amanti, tra amici, che sono cardine di ogni esperienza vitale."

(DALLA PRESENTAZIONE AL TESTO)



IL NON-SO-CHE E IL QUASI-NIENTE

di
Vladimir Jankélévitch
EINAUDI, TORINO, 2011

"Quando, alla fine degli anni Cinquanta, in una temperie storica ancora segnata dai terribili postumi della guerra, **Vladimir Jankélévitch** dette alle stampe Le Je-ne-sais-quoi et le Presque-rien, non furono in molti a cogliere la straordinaria forza d'impatto di un testo volutamente inattuale, perché diversamente orientato rispetto alle coordinate consolidate della riflessione filosofica. In un momento in cui gli astri di Hegel, Husserl e Heidegger rifulgevano nel firmamento della filosofia europea, Jankélévitch apriva un varco, inatteso e profondo, verso un altro orizzonte di pensiero.
Nozioni apparentemente fuori del tempo come quelle di «grazia», «innocenza», «semplicità», o riferimenti desueti a Plotino, Juan de la Cruz, Graciàn o Brémond, restituiscono solo in parte la direzione di questo sguardo sagittale che taglia, con effetti ancora non del tutto sondati, il campo del sapere contemporaneo. Lontano dalle ultime filosofie della storia o dai nuovi gerghi dell'autenticità che in quella stagione ancora tenevano il campo, Jankélévitch cerca nel flusso dell'esperienza vivente il significato, e anche il mistero impalpabile, di un'esistenza esposta all'assoluta assenza di fondamenti, ma proprio perciò fermamente tenuta a un agire tanto più responsabile e vigile.
Introduzione di **Enrica Lisciani Petrini**."

(DALLA PRESENTAZIONE AL TESTO)

SUL SILENZIO.
Fuggire dal rumore del mondo

di
Davide Le Breton
CORTINA, MILANO, 2018

"Il nostro tempo è inquinato dal rumore. Pare che il desiderio di distrazione abbia vinto la partita: difficile trovare un luogo in cui il silenzio non sia rotto da qualcuno che schiaccia un pulsante e lo distrugge. Per non dire dei dispositivi elettronici.
Prima dell'avvento degli smartphone ci si parlava a tavola, sui tram, durante una passeggiata. Adesso, si leggono le e-mail o si manda un sms, buttando là qualche parola per dimostrare agli altri che esistono. In questo frastuono frenetico, diventa difficile ascoltare la parte più vera di sé.
Come forma di resistenza nasce allora l'aspirazione al silenzio attraverso la disconnessione, il ritiro in luoghi isolati e il camminare, che conosce un successo prodigioso. **David Le Breton** mostra come il silenzio sia oggi un bene comune da riconquistare, nella conversazione, nella dimensione politica, nella spiritualità e nella religione. Il silenzio è un valore necessario al legame sociale e una sorta di profondo respiro che placa la nostra inquietudine".

(DALLA PRESENTAZIONE AL TESTO)

articoli pubblicati

"Musica et Terapia" è una rivista semestrale pubblicata dal 1992. Gli articoli pubblicati dal 1992 al 1998 sono raccolti in **"Musica & Terapia, Quaderni italiani di Musicoterapia",** ed. Cosmopolis, Torino, disponibile in pdf sul sito **www.musicaterapia.it**

Sempre su **www.musicaterapia.it** è consultabile l'indice completo degli articoli pubblicati dal 1999. Inoltre sono disponibili i pdf degli articoli, consultabili e scaricabili, dall'anno 1999 ad oggi.

Numero 8, Luglio 2003

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

Numero 9, Gennaio 2004

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

Numero 10, Luglio 2004

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

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 gruppale integrata (Flora Inzerillo) • Dal Caos all'armonia (R. Messaglia).

Numero 14, Luglio 2006

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

Numero 15, Gennaio 2007

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

Numero 16, Luglio 2007

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

Numero 17, Gennaio 2008

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

Numero 18, Luglio 2008

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

Numero 19, Gennaio 2009

Psicologia della Musica e Musicoterapia: quale dialogo? (R. Caterina) • Neuroscienze e musica (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) • Anamnesi di una cover band a proprio (dis)agio (S. Bolchi, G. D'Erba, R. Quinzi) • Musicoterapia in SPDC (A. Sarcinella) • Quale ricerca in Musicoterapia? (A. Raglio).

Numero 21, Gennaio 2010

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

articoli pubblicati

coterapico 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) • Schizoaffettività e musicoterapia l'esperienza della stabilità (S. Neri) • Un concerto di storie (S. Cornara).

Numero 24, Luglio 2011

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

Numero 25, Gennaio 2012

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

Numero 26, Luglio 2012

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

Numero 27, Gennaio 2013

Musicoterapia e disturbi dello spettro autistico: osservazione e valutazione dell'attenzione congiunta (A. Guzzoni) • La musicoterapia presso il Centro Paolo VI di Casalnoceto (Al), una storia lunga trent'anni (F. Demaestri) • Suoni e silenzi della gravidanza (A. Auditore, F. Pasini) • "La voce dei colori" (P. Candeletti, M. Gentile, G. Vigliaroni, A. (Mauro) Sarcinella) • Ritmi sospesi (M. Peddis, P. Franza) • "Quello che non ho" (A. Cavalieri) • L'incremento dell'attenzione condivisa attraverso l'intervento di musicoterapia in soggetti con disturbo dello spettro autistico (S. Cainelli, S. de Falco, P. Venuti).

Numero 28, Luglio 2013

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

Numero 29, Gennaio 2014

Le competenze musicali per accedere alle scuole di formazione in musicoterapia (M. Spaccazocchi) • 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. Cavalieri, Cooperativa Sociale CrescereInsieme ONLUS) • Musicoterapia a scuola (A. Malfatti) • Musicoterapia con il bambino autistico (S. Bolchi).

Numero 30, Luglio 2014

Relazione, musicalità e canto nella comunicazione sonoro/vocale tra mamma e bambino nella primissima infanzia (Elena Sartori) • Il canto della voce. La comunicazione vocale in musicoterapia (A. Grusovin) • Il nucleo al centro, al centro del nucleo (S. Cornara, M. Colombo, I. Pajoro, I. Santi) • "Il filo sonoro" Musicoterapia preventiva in gravidanza e post-nascita (E. Baratelli) • Il perturbante musicale quando la voce restituisce il senso alla parola

(E. Freddi) • Valutazione di un progetto di musicoterapia: il punto di vista del personale docente di una scuola elementare (A. Malfatti) • L'intervento di musicoterapia nel postparto: il progetto mamme in sol (F. Borgarello).

Numero 31, Gennaio 2015

La musica fra narratività, espressività e drammaticità (M. Imberty) • Esternalizzare l'esperienza musicale (M. Spaccazocchi) • La funzione di induzione senso-motoria della musica (C. Cano) • Laetitiae 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 Reviseted (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 miusicale globale alla persona affetta da demenza (S. Filippi).

Numero 33, Gennaio 2016

Emozioni, musica e significato (R. Caterina) • Le ricerche psicopedagogiche sulle sinestesie 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).

Numero 34, Luglio 2016

Il modello DIR e l'intervento sul nucleo sintomatico dell'autismo (G. Campatelli) • Il relazionale e la musica: riflessioni sull'approccio musicoterapico nei disturbi dello spettro autistico (A. Guzzoni) • Musicoterapia: un supporto nel trattamento dell'ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) (C. Benefico) • Musicoterapia e Songwriting: un'esperienza di trattamento di pazienti adulti con doppia diagnosi (A. Golembiewski) • Suoni, voci e parole delle persone con demenza. La musicoterapia al "Rifugio Re Carlo Alberto" (G. Vizzano) • Aspettative e opinioni di un campione di pazienti psichiatrici ricoverati rispetto a un'esperienza di musicoterapia recettiva (G. Palmieri, G. Ferrazzi, L. Pingani).

Numero 35, Gennaio 2017

La narrazione come integrazione del sé. L'importanza delle discipline scolastiche che sanno anche raccontarsi (M. Mazzieri, M. Spaccazocchi) • Musica e Sindrome di Rett. Tecniche di musicoterapia attiva e recettiva (M. Maienza) • L'efficacia dello stimolo sonoro-musicale nelle persone in stato vegetativo e di minima coscienza. Uno studio clinico comparativo (B. Eichmanns, M. Cavallini, L. Attardo, F. Caruso, I. Ferrari, E. Galbiati, L. Bressan, V. Lanzoni, L. Zoppo, R. Stefa, A. Marotta, A. Uccero, L. Barretta, R. Palmisano, F. Arenare, N. Bongiorni, A. Grillo) • Valutazione di una riabilitazione cognitiva musicale con anziani: una ricerca controllata randomizzata (M. Biasutti, A. Mangiacotti) • Musicoterapia e riabilitazione: un'esperienza personale. La Sindrome di Martin-Bell (R. Pretto) • Musicoterapia e Autismo, seguendo le tracce dell'intersoggettività (G. Marconcini).

Numero 36, Luglio 2017

Pazienti con prolungato stato di alterata coscienza: significato del trattamento riabilitativo e della musicoterapia (A. Magnoni) • La valutazione musicoterapica dei pazienti con Disturbi della Coscienza (R. Meschini, R. Fortuna, A. Celentano, L. Gironelli) • Musicoterapia e post coma: aspetti neurologici e relazionali (R. Bolelli) • Musicoterapia negli stati vegetativi e di minima coscienza: cosa possiamo fare? (A. Forloni) • Soggettivazione, temporalizzazione e intersoggettività nella improvvisazione musicale (R. Pellizzoni) • Musicoterapia bella Scuola del-l'Infanzia. Proposte, prcorsi, prospettive (C. Tamagnone) • Un'esperienza di tirocinio in Francia (M.A. Di Falco).

Numero 37, Gennaio 2018

Tessere le trame di un canto (F. Demaestri) • La musicoterapia come intervento integrato nel trattamento della tossicodipendenza (S. Navone) • Musicoterapia e autismo (A. Malfatti) • Melodic Intonation Therapy, stato dell'arte e prospettive future (D. Piccardo) • Esperienze di coralità: una ricerca quali-quantitativa (G. Repregosio).

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.