

DIPLOMA
CORSO TRIENNALE DI
MUSICOTERAPIA APIM

Relatore: Prof. PAOLO CIAMPI

“CONDIVIDERE IMPROVVISANDO”

Zdenko Vlastic

INDICE

Prefazione	1
Capitolo 1 CHE COSA È LA MUSICA?	
1.1 La domanda centrale è questa: la musica è un linguaggio?	4
1.2 Le sette intelligenze	6
1.3 Il modello modulare (Fodor)	8
FORMALISTI E CONTENUTISTI	9
Capitolo 2 I MODELLI IN MUSICOTERAPIA	
2.1 Due diverse impostazioni su cui si basano i modelli trattati:	10
a. <i>quelli che fanno riferimento all'ascolto</i>	
b. <i>quelli che fanno riferimento alla produzione di musica</i>	
2.2 Modelli musicoterapici	11
2.3 Caratteristiche principale dei vari modelli	11
2.3.1 <i>Immaginazione guidata (GIM) di H.Bonny (ricettivo)</i>	11
2.3.2 <i>Musicoterapia Creativa di Nordoff-Robbins (attivo)</i>	12
2.3.3 <i>Il modello di M.Priestley (attivo)</i>	13
2.3.4 <i>Il modello Benenzon (attivo)</i>	14
2.3.5 <i>Il modello di Alvin (misto-ricettivo attivo)</i>	15
2.3.6 <i>Il modello Orff-misto</i>	16
Capitolo 3 LA TECNICA IN MUSICOTERAPIA	
3.1 Gli aspetti tecnico operativi	18
3.1.1 <i>Il ruolo della coppia terapeutica: musicoterapeuta e coterapeuta</i>	18
3.1.2 <i>La supervisione</i>	18
3.1.3 <i>La costruzione di un progetto musicoterapico</i>	18
Capitolo 4 LE TECNICHE MUSICOTERAPICHE	
4.0.1 Musicoterapia improvvisativa	20
4.0.2 Generalità	20
4.0.3 Musicoterapia ricettiva	21
4.0.4 Generalità	21

<i>Musicoterapia improvvisativa individuale</i>	21
<i>Musicoterapia improvvisativa gruppale</i>	21
<i>Musicoterapia ricettiva individuale</i>	22
<i>Musicoterapia ricettiva gruppale</i>	22

Capitolo 5 L'ASCOLTO MUSICALE TERAPEUTICO

5.0.1	L'ascolto in musica e in musicoterapia	23
5.1	CONCETTI CREATORI	
5.1.1	<i>Definizione della capacità di ascoltare di Maslow</i>	25
5.1.2	<i>Oggetto dell'ascolto in musicoterapia è il corpo</i>	25
5.1.3	<i>L'ascolto musicoterapico è duplice</i>	25
5.1.4	<i>Tipi di ascolto</i>	26

Capitolo 6 BASI SCIENTIFICHE DELLA MUSICOTERAPIA

6.1	La terapia vibroacustica	28
6.2	Considerazioni sulla Musicoterapia	28

Capitolo 7 MUSICOTERAPIA E PATOLOGIA

7.1	Campi di applicazione della musicoterapia	33
7.2	L'antefatto della composizione è l'improvvisazione	35
7.3	Accordatura, quindi, è la parola chiave	36

Capitolo 8 DA DOVE VIENE LA SPINTA A DIVENTARE MUSICOTERAPEUTA?

8.1	Il musicoterapeuta	38
8.2	Il ruolo	39
8.3	Funzione teorica	40
8.4	Funzione reale o pratica	41
8.5	Cerchiamo di definire il musicoterapeuta	41
8.6	Gli attributi a livello funzionale, teorico e pratico del musicoterapeuta	46
8.7	Matching, pacing, leading	47
8.8	Il ruolo dell'ascolto nella fase di rapport (matching e pacing e in seguito in quella di leading	48

Capitolo 9 IMPROVVISARE... COME ?

9.1	L'improvvisazione musicale "pura"	53
9.2	L'improvvisazione musicale" strutturata"	53
9.3	Alcuni concetti utili per la comprensione e la spiegazione dei meccanismi interni dell'improvvisazione in musicoterapia	55

Capitolo 10 LA RELAZIONE

10.1	Il non verbale	59
10.2	L'empatia	60

Capitolo 11 IL MONDO DELL'ALTRO I

11.1	Musico - riabilitazione o musico terapia ?	63
11.2	La riabilitazione	64
11.3	La terapia	64
11.4	Un po' di storia	66
11.5	Torniamo alla musicoterapia	69

Capitolo 12 IL MONDO DELL'ALTRO II

12.1	Ricezione - s.n.c.- stimolo-sensazione – risposta-stimolo sensoriale	72
12.1.1	Elaborazione	72
12.1.2	La plasticità neuronale	72
12.1.3	Sensazione ,percezione e lavoro mentale	73
12.1.4	Funzioni cognitive - gli analizzatori cognitivi	74

Capitolo 13 COSA POSSIAMO FARE PER L'ALTRO ?

13.1	L'integrazione	75
13.2	La sintonizzazione	76
13.3	Conferma e accettazione	77

Capitolo 14 CREARE LA BASE

14.1	Nel setting	78
14.2	Parametri musicali	79

Capitolo 15 IL METAMUSICALE IN MUSICOTERAPIA

15.1	I suoni hanno un senso	81
15.2	Intervalli di senso	83
15.3	Oggettualizzare il proprio sé	84

Capitolo 16 TECNICA APPLICATA

Conclusione	87
--------------------	----

Bibliografia	89
---------------------	----

PARTE SECONDA

- esperienza di tirocinio	92
- traduzione dell'articolo di Gro Trodalen	94

PREFAZIONE

Staffa è il nome del più leggero e piccolo osso del corpo umano . Sta nell'orecchio e dalla sua cavità passa il sonoro. Altri ossicini accanto hanno nomi di arnesi: incudine e martello.

L'ascolto è più officina che sala da concerto.

Poi il suono attraversa una serpentina di nome labirinto, trova l'uscita e arriva al cervello, fine della corsa.

L'ascolto è un'onda che non torna indietro.

Nel corso di lavori scassa timpani ho potuto isolarmi. Nell'osso labirinto del mio orecchio vive un Minotauro che sbrana i frastuoni.

*Ma se una musica viene da fuori o **da dentro**, allora le lascia il passaggio, che vada a scorrazzare per il cranio.¹*

(Erri de Luca)

Quando rileggo queste parole un brivido mi attraversa. La musica è lì, dentro e fuori di me. Così semplice, così difficile da definire ed afferrare. Perché questo insieme di suoni, questa successione di note lascia in me una piacevole allegrezza o una struggente nostalgia mentre a te non dice niente o suggerisce sentimenti diversi ?.

“ Qui sono piovute le musiche, ognuna stava in grembo a qualche nuvola. Ogni canzone è stata prima scroscio e le sue note gocce ”²

Deve aver pensato così Davide, il primo musicoterapeuta della storia. Nel primo libro di Samuele – cap.16, di fronte a Saul che veniva atterrito da uno spirito cattivo, viene a soccorso... “ *Davide, figlio di Iesse : forte e coraggioso, abile nelle armi, saggio di parole, di bell'aspetto e il Signore è con lui. ...Quando lo spirito sovrumano investiva Saul, Davide prendeva in mano la cetra e suonava: Saul si calmava e si sentiva meglio e lo spirito cattivo si ritirava da lui.* ”

Era anche un poeta Di lui ci rimangono i salmi: i canti di un tempo in cui la musica era soprattutto preghiera.

Penso che ci sia una connessione profonda fra la musica e la vita.

In Genesi Dio parla e crea con la parola. La parola è il senso profondo della musica: spiega quello che ha inteso colui che la musica la suona (o meglio, l'ha composta).

Vale anche l'inverso : è la musica che spiega la parola.

In questa ambivalenza sta la bellezza della musica: puoi scegliere se ascoltare o farti ascoltare.

Nel libro “Racconti ritrovati” Tolkien elabora una cosmogonia assai complessa che porta , in un certo senso, al tema che vorremmo indagare.

¹ *Erri De Luca – La musica provata*

² *Erri De Luca – ibidem*

*“ Iluvatar (il Dio supremo) era solo. Prima di tutte le cose, cantando, egli creò gli Ainur, ed essi sono superiori per gloria e potere a tutte le altre sue creature dentro e fuori di questo mondo. Quindi foggì case per loro nel vuoto, e fra loro abitò, istruendoli su soggetti di ogni sorta, e di queste il più grande era la musica. Egli parlava proponendo loro temi per canti ed inni di gioia, **rivelando molte delle cose grandi e meravigliose che sempre immaginava nell’animo e nel cuore**; a loro volta essi suonavano per lui, e le voci degli strumenti si levavano splendide sopra il suo trono:”³*

La musica : questo dono misterioso che Wagner definisce “ il linguaggio universale” e di cui Parker dice: “ la musica è la vostra esperienza, i vostri pensieri, la vostra saggezza. Se non la vivete non uscirà dai vostri strumenti”.

La musica : che cos’è? Come si genera ? Perché è così profondamente radicata nel cuore di ogni uomo?

La genesi del mondo cristiano è definita attraverso la Parola. La genesi del mondo di Tolkien (cattolico) attraverso la musica. La parola e la musica : le due espressioni tipiche dell’uomo.

Sembrano domande inutili... poi si “sente “la musica, il corpo vibra, alcune sonorità ci toccano dentro in modo particolare. Si ripropongono le domande senza risposta, si va ai confini dell’anima, verso un mondo ai più sconosciuto ma affascinante.

Scopriamo che ciò che credevamo fuori di noi, lontano dalla nostra esperienza quotidiana, è in realtà “dentro di noi”: vibra e risponde a stimoli sconosciuti, secondo modalità affascinanti che non siamo in grado di comprendere immediatamente.

Capiamo ,però ,che la musica ci appartiene. E’ in noi e attende che il cuore liberi ciò che reprime, che escano la gioia e il dolore. Quando ciò avviene la musica cancella le parole e diventa puro suono. Nessuna parola può esprimere la danza di gioia che muove l’animo o il gemito lacerante del dolore.

Michelangelo diceva che lui si limitava a “tirare fuori” ciò che era già contenuto nel blocco di marmo. Aveva tempo per riflettere : la pietra attende, anche per secoli, con pazienza infinita. Non ha un’anima e attende che qualcuno gliela “tiri fuori”.

Non così la musica : i tempi sono strettissimi. Un lampo e già sei fuori tempo.

Nel mio lavoro futuro questa “scultura” del blocco sonoro si dice “improvvisazione”.

Io suono il mio ascolto. Cosa vuol dire, in pratica ?Io modello il mio blocco di marmo.

Vuol dire molte cose e, nello stesso tempo deve essere interpretato correttamente.

Ciò che noi facciamo con le nostre mani “ dice” di noi.

Ciò che un musicista suona “dice di lui”.

Ma “dire” non equivale a comprendere. Per comprendere devo avere un linguaggio comune.

³ Tolkien- *Racconti ritrovati* pag.56- Editrice Club del Libro

La mia genesi è musicale: io sono un musicista. Diplomato al conservatorio. Suono la viola, il violino, la chitarra, molti strumenti a percussione. Canto, dicono, anche bene. Compongo musica . Infilo fra le note le parole, come contrappeso al suono musicale. Parole e note si scontrano, si avvolgono, si cercano e, a volte, si stringono in un abbraccio che scalda il cuore. Io mi sento parlante, in musica e in parole.

Ora devo strappare le note a questo abbraccio, per me così naturale.

E mi faccio una domanda , pongo un ricciolo messo al fondo di una frase, così : ? (gli spagnoli lo mettono all'inizio, capovolto: come se avessero fretta di rispondere , girando al contrario , permalosamente, la domanda) :

CHE SIGNIFICATO HA PARLARE DI MUSICA ? CHE COSA E' E COSA STA ATTORNO A QUESTA PAROLA ? SE LA MUSICA E' IL CENTRO, IL MOZZO DELLA RUOTA CHE NOI CHIAMIAMO ASCOLTO , QUALI SONO I RAGGI CHE UNISCONO IL CENTRO ALLA PERIFERIA ?

CHE COSA È LA MUSICA?

1.1 La domanda centrale è questa: la musica è un linguaggio?

Numerosi e diversi sono i pareri in proposito.

Di Benedetto:

Non è linguaggio perché *manca il lessico*; tuttavia i suoni sono connessi tra di loro come se fossero un discorso, e rimandano all'idea di una struttura. Il linguaggio verbale si innesta su questa struttura legata a un'esperienza pre-verbale e corporea che già il feto vive.⁴

Piana :

La domanda è mal posta; esiste un “*linguaggio*” *musicale in senso metaforico* e che ha alcune analogie con il linguaggio verbale.

Secondo alcune ipotesi entrambi forse derivano da un linguaggio originario in rapporto di continuità con il mondo.

Ad es.:

- 1) Nell' ipotesi mimico-gestuale: suono come traduzione vocale del gesto;
- 2) Nell'ipotesi della parola motivata (tra significante e significato esiste analogia): esiste continuità tra musica e parola, mediata dall'analogia e dal fonosimbolismo.
- 3) I sostenitori dell'arbitrarietà (il rapporto tra significante e significato è arbitrario) vedono una distanza tra musica e parola.

A. Collisani :

In generale, si può dire che il linguaggio verbale denota, indica, qualcosa di esterno a sé; la musica è priva di un referente esterno (quindi non sarebbe linguaggio)⁵

Mi sembra che occorra distinguere tra *valenza simbolica* del musicale e *qualità referenziale* (la capacità del musicale di rinviare in modo preciso a elementi *esterni*).

In musica vi sono dei “*segni*” che rimandano a un significato extra-musicale determinato e che si fondano su aspetti senso-percettivi e culturali.

Tra *le valenze simboliche* immanenti al musicale, vi è, ad esempio l'immaterialità del suono.

Esso è generato dallo strumento ma esprime il fluire interiore di ciò che si prova.

Dunque il divenire musicale attiva e simbolizza il divenire interiore.

⁴ Tratto liberamente da : Di Benedetto A. "La Musica e la Sfinge. Paradossi del linguaggio musicale e dell'inconscio". In Atti del Convegno Edipo e Medea - Musica, mito, psicoanalisi

⁵ Tratto liberamente da : Musica e simboli- Amalia Collisani –Ed. Sellerio

In questo senso, come ben dice **Cano**,⁶ il significato della musica si ritrova al livello della struttura musicale; la musica esprime il proprio senso attraverso l'ordine e la struttura sonora.
Il significato, il contenuto semantico si ritrova nell'insieme del tessuto timbrico, armonico, melodico, ritmico... non nel significato oggettivo delle parole.

Così come nel linguaggio verbale, anche nel linguaggio musicale si ritrovano alcuni *simbolismi=archetipi*:

- a) simbolismo del centro (ogni forma musicale ha un suo centro);
- b) ascensione (in molte culture alto=acuto, basso=grave);
- c) immersione (sospensione temporanea delle regole sintattiche)

Jankelévitch La musica è testimone dell'ineffabile; non dice e non nega, ma indica.

Che cosa indica ? Ciò che non può essere detto, come l'Assoluto, come il tempo.

La musica è il linguaggio privilegiato di accesso all'Assoluto, perché, come l'Assoluto, è tempo. Essa è basata sul tempo: la sua espressione è il tempo. Noi non possiamo dare al fluire delle nostre parole una lunghezza temporale assoluta. La musica può farlo (si pensi al Bolero di Ravel).

Ci indica la possibilità di evadere la finitezza, anche se non è in grado di fornircene i mezzi.⁷

Il primo psicologo che ha parlato delle intelligenze multiple è stato **Howard Gardner** nel suo "Frames of mind" pubblicato nel 1983.

Nell'uomo esistono diverse competenze intellettive relativamente autonome tra di loro.

Aderendo a questa osservazione possiamo dire che il linguaggio musicale rappresenta (come il linguaggio verbale) una competenza intellettuale a sé e innata; l'intelligenza musicale può essere individuata in presenza di alcuni segni (idiot savant, isolamento di una facoltà a seguito di un danno cerebrale...).

Il punto di partenza della sua teoria può essere individuato nella convinzione che sia errato ritenere che ci sia qualcosa chiamato "intelligenza" che si possa obiettivamente misurare e ricondurre ad un determinato numero (punteggio "IQ"). Secondo Gardner ogni persona è dotata di almeno sette tipi di intelligenza, ovvero, è intelligente in sette modi diversi.

Ciò significa che alcuni di noi posseggono livelli molto alti in molte intelligenze e altri hanno sviluppato in modo evidente solo alcuni tipi di esse.

Tuttavia è importante sapere che ognuno può sviluppare tutte le diverse intelligenze fino a raggiungere livelli di competenza soddisfacenti.

Viene sottolineato il fatto che tutti possiamo sviluppare le nostre intelligenze se siamo messi in condizioni appropriate di incoraggiamento, arricchimento ed istruzione; le intelligenze sono strettamente connesse tra di loro e interagiscono in un modo molto complesso.

⁶ Tratto liberamente da *Simboli sonori. Fondamenti antropologici per una didattica dell'approccio semantico al linguaggio Musicale* – Cristina Cano- Franco De Angeli Editore

⁷ Tratto liberamente da : *La musica e l'ineffabile-Jankélévitch Vladimir-ediz. Studi Bompiani*

Facciamo un esempio: cuciniamo una pietanza. Questo atto mette in moto e relazione più intelligenze:

- Leggere la ricetta (intelligenza verbale)
- Calcolare gli ingredienti necessari (intelligenza matematica)
- Tenere conto dei gusti personali (intelligenza intrapersonale)
- Tenere conto dei gusti altrui (intelligenza interpersonale).

Se ciascuno di noi è cosciente delle proprie intelligenze più forti e più deboli, può usare le più forti per sviluppare o compensare le più deboli.

1.2 Le sette intelligenze ⁸

a) Intelligenza logico-matematica

Capacità di usare i numeri in maniera efficace e di saper ragionare bene. Questa intelligenza include sensibilità verso principi e relazioni, abilità nella valutazione di oggetti concreto astratti.

In breve:

- Riconoscimento di modelli astratti
- Ragionamento induttivo
- Ragionamento deduttivo
- Saper discernere relazioni e connessioni
- Saper svolgere calcoli complessi
- Pensiero scientifico e amore per l'investigazione

b) Intelligenza linguistico verbale

Capacità ad usare le parole in modo efficace, sia oralmente che per iscritto. Questa intelligenza include padronanza nel manipolare la sintassi o la struttura linguaggio, la fonologia, i suoni, la semantica e nell'uso pratico della lingua.

In breve:

- Facilità di parola
- Saper spiegare, insegnare ed apprendere verbalmente
- Saper convincere gli altri (linguaggio e scrittura persuasiva)
- Analisi meta-linguistica
- Humour basato sulla lingua
- Memoria verbale

⁸ Tratto liberamente da : Howard Gardner, *Formae mentis*, Feltrinelli, Milano, 2010

c) Intelligenza kinestetica

Abilità nell'uso del proprio corpo per esprimere idee e sentimenti .

Facilità a usare le proprie mani per produrre o trasformare cose.

Questa intelligenza include specifiche abilità fisiche quali la coordinazione ,la forza, la flessibilità e la velocità.

- Controllo dei movimenti del corpo “ volontari”
- Movimenti del corpo “pre programmati”
- Esternazione della consapevolezza attraverso il corpo
- Connessione mente-corpo
- Abilità mimetiche
- Perfezionamento delle funzioni del corpo

d) Intelligenza visivo - spaziale

Abilità a percepire il mondo visivo spaziale accuratamente. Si è capaci di operare trasformazioni su quelle percezioni. Questa intelligenza implica sensibilità verso il colore, la linea, la forma , lo spazio. Include inoltre la capacità di visualizzare e rappresentare idee in modo visivo e spaziale.

In breve:

- Immaginazione attiva
- Saper trovare la propria strada nello spazio (forte senso di orientamento)
- Formare immagini mentali (visualizzare)
- Rappresentare graficamente (pittura, disegno, scultura...)
- Riconoscere relazione di oggetti nello spazio
- Manipolazione mentale degli oggetti
- Accurata percezione da angoli diversi
- Memoria visiva

e) Intelligenza musicale

Capacità di percepire, discriminare, trasformare ed esprimere forme musicali.

Capacità di discriminare con precisione altezza dei suoni, timbri e ritmi.

In breve:

- Apprezzamento per la struttura della musica e del ritmo
- Sensibilità verso i suoni e i modelli vibratorii
- Riconoscimento, creazione e riproduzione di suono, ritmo, musica, toni e vibrazioni
- Apprezzamento delle caratteristiche qualità dei toni e dei ritmi.

f) Intelligenza intrapersonale

Riconoscimento e conoscenza di sé; abilità ad agire adattativamente sulla base di quella conoscenza. Avere una accurata descrizione di sé; coscienza dei propri stati d'animo più profondi, delle intenzioni e dei desideri; capacità per l'autodisciplina, la comprensione di sé, l'autostima. Abilità di incanalare le proprie emozioni in forme socialmente accettabili.

In breve:

- Concentrazione mentale
- Saper essere memore e attento
- Metacognizione
- Coscienza e discriminazione della gamma delle proprie emozioni
- Coscienza delle aspettative e delle motivazioni personali
- Senso del sé
- Coscienza spirituale

g) Intelligenza interpersonale

Abilità di percepire e interpretare gli stati d'animo, le motivazioni, le intenzioni e i sentimenti altrui. Ciò può includere sensibilità verso le espressioni del viso, della voce, dei gesti e abilità nel rispondere agli altri efficacemente e in modo pragmatico.

In breve:

- Comunicazione verbale/non verbale efficace
- Sensibilità verso gli stati d'animo, i sentimenti, i temperamenti altrui
- Saper creare e mantenere "sinergia"
- Profondo ascolto e profonda comprensione delle prospettive altrui
- Simpatia
- Lavorare in gruppo in modo cooperativo

1.3 Il modello modulare (Fodor)

C'è una specializzazione del cervello per cui l'analisi del linguaggio e della musica avvengono in zone distinte e operano autonomamente.

Ogni segnale in ingresso attiva solo un modulo specifico.

E' la c.d. lateralizzazione: l'emisfero sinistro del cervello controlla per lo più l'orecchio destro e lo spazio acustico di questo lato, e viceversa.

Detto questo come introduzione al tema che si tratterà, occorre assolutamente chiarire alcune basi

teoriche che devono essere conosciute prima di affrontare problematiche di per sé complesse.⁹

Come tutte le scienze la musicoterapia usa una sua filosofia e una sua prassi, adottando modelli che rispecchiano, a seconda dei punti di vista, la realtà che il redattore del modello “vede” in un certo modo.

Abbiamo quindi dei modelli su cui è necessario riflettere, in quanto implicano competenze e approcci diversi.

Detto questo possiamo distinguere due grandi categorie che danno una risposta diversa a questa domanda sul cos'è la musica.

FORMALISTI E CONTENUTISTI

I formalisti negano che la musica si riferisca a qualcosa, per i contenutisti la musica si riferisce a qualcosa.

⁹ Tratto liberamente da :Fodor Jerry - *La mente modulare*. Bologna, Il Mulino (Biblioteca), 1999

I MODELLI IN MUSICOTERAPIA

2.1 Due diverse impostazioni su cui si basano i modelli che verranno trattati:

- a) **quelli che fanno riferimento all'ascolto**
- b) **quelli che fanno riferimento alla produzione di musica.**

Partendo da queste due metodologie si possono distinguere due principali **TIPI** di musicoterapia :

a) Musicoterapia Ricettiva: basata sull'**ascolto** di brani musicali con l'ausilio di riproduttori (ad esempio lettori cd).

Al paziente viene lasciata autonomia di percezione, immaginazione ed elaborazione relativa alla musica proposta.

Essa si basa sulla constatazione che musica, suoni e rumori sollecitano una risposta emotiva nelle persone, evocano ricordi , stimolano la produzione di immagini mentali.

Infatti esistono nel nostro cervello connessioni tra centri ricettivi dei suoni e centri deputati all'elaborazione delle emozioni.

b) Musicoterapia attiva: in cui il musicista terapeuta e paziente interagiscono tra loro, **producendo dei suoni** con degli strumenti musicali, con la voce o il proprio corpo (uso di una parte del loro corpo come una fonte sonora).

Emerge la capacità di improvvisazione.

Questo tipo di musicoterapia mette dunque in primo piano la relazione tra musicoterapeuta e paziente e il dialogo che si instaura o meno tra i due.

I metodi d'improvvisazione si rivolgono principalmente a quelle persone che hanno bisogno di sviluppare spontaneità, creatività, libertà d'espressione, senso d'identità e capacità interpersonali e possono essere usati con individui a vari livelli di sviluppo e funzionamento.

Definite le impostazioni da cui partire, vediamo che abbiamo a disposizione diversi modelli.

Quali modelli usare ?

Ci sono alcuni **prerequisiti di base** che devono essere presi in considerazione, poiché ogni modello ha i propri per la partecipazione a seconda dell'ambiente clinico e della popolazione per il quale è progettato.

I prerequisiti per un modello dipendono da ciò che al paziente verrà chiesto di fare.

Se il modello comporta il cantare o il suonare uno strumento, il paziente dovrà avere le abilità motorie richieste. Se il modello comporta la discussione dell'improvvisazione, il paziente dovrà avere le abilità di linguaggio necessarie. Quindi, quando si adatta un modello all'utilizzo con una popolazione diversa bisogna considerare i prerequisiti per la partecipazione del paziente.

2.2 Modelli musicoterapici

Durante il IX congresso mondiale di Musicoterapia tenutosi a Washington nel Novembre del 1999 sono stati riconosciuti cinque modelli di musicoterapia, di cui:

i primi due sono di tipo ricettivo e gli altri tre di tipo attivo:

1. Musicoterapia di Immaginazione Guidata (GIM) di H. Bonny -**ricettivo**
2. Musicoterapia Comportamentista di C.Madsen-**ricettivo**
3. Musicoterapia Creativa di Nordoff-Robbins-**attivo**
4. Musicoterapia Analitica di M. Priestley-**attivo**
5. Musicoterapia secondo il modello di R. Benenzon-**attivo**

Modelli che sono maggiormente usati:

la Musicoterapia di Immaginazione Guidata (GIM),

la Musicoterapia Analitica di M.Priestley,

la Musicoterapia Creativa di Nordoff-Robbins,

la Musicoterapia secondo il modello di R. Benenzon

e altri modelli che, benché non siano riconosciuti a livello mondiale sono ampiamente usati dai musico terapisti e cioè il modello Alvin e quello di Orff.

2.3 Caratteristiche principali dei vari modelli

2.3.1. *Immaginazione guidata (GIM) di H. Bonny-ricettivo*¹⁰

Questo modello si basa sulla constatazione che la musica ha la capacità di entrare a fondo nella coscienza delle persone e di modificarne la condizione fisica, emozionale, intellettuale e spirituale.

Ha come **ambito privilegiato di utilizzo le patologie depressive e gli stati d'ansia** in situazione di abuso e prevede una prima fase di raccolta dati amnestici, una seconda fase di rilassamento cui segue l' ascolto brani di musica classica scelti sulla base di dati raccolti.

E' necessario che il terapeuta posseda un'adeguata formazione come psicoterapeuta e abbia una profonda conoscenza della musica classica.

La classica seduta della GIM dura dai 90 ai 120 minuti, suddivisa in quattro fasi:

- 1) **Il Preludio**, dialogo iniziale su situazioni problematiche e scelta di un eventuale tema sul quale lavorare;
- 2) **L'Induzione**, il rilassamento e la centratura dell'attenzione su un tema, reale o metaforico, delimitato, che può essere stato espresso consapevolmente o essere ancora solo a livello emozionale;

¹⁰ *Tratto liberamente da : A.A.V.V. Guided Imagery and Music: The Bonny Method and Beyond, Barcelona Publishers, 2002*

3) **L'Esperienza** o Viaggio con la Musica, selezionata dal terapeuta. Mediante la musica ed il rilassamento, l'esplorazione virtuale del mondo interiore (ricordi traumatici, esperienze dolorose, ecc.) presenta le caratteristiche di una esperienza reale corredata con forti sensazioni ed emozioni, con contenuti simbolici e metaforici. Durante questa fase, il paziente **verbalizza** la sua esperienza immaginativa.

Il musicoterapeuta ha una presenza direttiva, verbalmente e non, per sostenere, dare fiducia, mantenere ed approfondire l'attenzione, incoraggiando a sperimentare nel modo più completo qualsiasi evento che il paziente sia disposto ad affrontare nell'immaginario;

4) **Il Postudio**, quando, terminata la musica, il musicoterapista riporta gradualmente il paziente in uno stato ordinario di coscienza. Alcune volte viene proposta una transizione con l'utilizzo di modalità artistiche (disegno, creta, poesia) prima di concludere con un dialogo.

In questa fase il terapeuta aiuta il paziente ad associare significati alle immagini metaforiche e simboliche sperimentate ed a connettere questi significati con le problematiche presentate, in modo da elaborare alternative o sviluppare una maggiore integrazione.

Nelle successive sedute vengono riprese le impressioni dell'ultima seduta e i brani verranno scelti tenendo conto di quanto avvenuto nelle sedute precedenti.

I pazienti sono quelli che possono intraprendere un percorso trasformativo di strutture profonde della personalità ed evolutivo con la GIM (sviluppo di potenzialità, autorealizzazione, lavoro transpersonale e spirituale); bisogna che abbiano una buona forza dell'Io, la capacità di distinguere tra l'immaginario e la realtà, la capacità di verbalizzazione e di pensiero simbolico, ed un buon rapporto con la musica.

Per l'applicazione della GIM nell'ambito psichiatrico, per lavori di gruppo, con bambini, anziani e con pazienti affetti da gravi malattie, il metodo ha subito adattamenti secondo le risorse, i bisogni del paziente e gli scopi terapeutici limitati dalla situazione e stato del soggetto.

Controindicazioni per l'applicazione della GIM riguardano persone che abusano di alcool, farmaci e droghe che stimolano la produzione di immagini, o persone che non mostrano benefici al trattamento, dopo quattro o cinque sedute.

2.3.2 *Musicoterapia Creativa di Nordoff-Robbins- attivo*¹¹

Nordoff e Robbins definirono il loro approccio creativo ponendo l'accento sulla espressività e sulla creatività piuttosto che sulla ricettività..

Questo modello è stato messo a punto da P.Nordoff e C.Robbins lavorando con bambini affetti da disturbi lievi e gravi di apprendimento (inclusa la sindrome di Down), da autismo, da disabilità psicosomatiche e da disturbi dell'udito. recentemente **si** è dimostrato efficace anche per gli adulti.

Nordoff, musicista, e Clive Robbins, educatore specializzato, descrivono la loro visione della musicoterapia come: *un impegno del bambino nella sua attività musicale.*

La resa della musica è costruita momento per momento: *ciò che essa esprime si realizza nel divenire del tempo. Quando viviamo le mutazioni di una melodia ci identifichiamo con essa, come i bambini fanno quando cantano. Quando viviamo nelle strutture tonali e temporali di una composizione musicale, come i bambini fanno quando suonano gli strumenti, la nostra partecipazione rende complete le nostre facoltà di reazione (P.Nordoff e C.Robbins, 1988)*

¹¹ Tratto liberamente da : *Musicoterapia per disabili Bambini: Indagini e Experience.* New York, 1965.

Questo modello sfrutta l'improvvisazione musicale per poter migliorare la comunicazione nelle relazioni umane del paziente e per eliminare o almeno contenere i comportamenti-problema.

Il presupposto teorico alla base di questo modello è che una disfunzione organica abbia provocato un arresto dello sviluppo della persona e che il lavoro creativo, svolto attraverso l'improvvisazione musicale, liberi le potenzialità rimaste bloccate.

La musica "suonata" è collocata al centro dell'esperienza e le risposte musicali costituiscono il materiale principale per l'analisi e per l'interpretazione.

Gli autori sostengono che **il terapeuta deve essere un musicista esperto dal momento che l'uso di uno strumento è centrale nel loro stile lavorativo.**

Essi hanno formato prevalentemente i terapisti all'uso sofisticato del pianoforte.

Sono necessari in genere due terapisti che agiscono in contemporanea: il primo improvvisa al pianoforte coinvolgendo il paziente nell'esperienza musicale; il secondo lo supporta e lo aiuta nella risposta con gli strumenti.

2.3.3 Il modello di M. Priestley-attivo¹²

La musicoterapia orientata analiticamente è un modello elaborato dalla violinista Mary Priesley negli anni '70. La **musicoterapia analitica** oltre all'uso di vari strumenti musicali prevede la discussione verbale, e l'improvvisazione si basa su temi introdotti dal paziente nella seduta: tali temi consistono in descrizioni sonore di sentimenti, eventi, persone e relazioni significative.

Questo tipo di improvvisazione viene definita "*programmatica*" o "*referenziale*", poiché la musica esprime o simbolizza fenomeni **esterni** alla musica stessa.

Al contrario, l'improvvisazione "*non referenziale*" è indipendente da idee, pensieri o emozioni estranei all'ambito musicale: il suo significato riguarda esclusivamente eventi o processi estetici specifici governati unicamente da leggi musicali.

E' basato sull'improvvisazione di musica da parte del terapeuta e del paziente allo scopo di esplorare la vita interiore del paziente e di fornirgli la predisposizione alla crescita e all'auto-coscienza. La sua cornice teorica include, oltre le teorie analitiche e psicoanalitiche, anche quelle psicosociali, della comunicazione (tra madre e bambino) e dello sviluppo.

Utilizzato inizialmente con **pazienti psichiatrici**, il modello di Priesley è impiegato con soggetti capaci di simbolizzazione, con bambini ed adolescenti con un ego debole.

Per scopi di integrazione, di sviluppo di una meglio definita immagine di sé e di auto consapevolezza, nella seduta vengono utilizzati metodi di improvvisazione, tonale o atonale in base alla modalità, utilizzata dal paziente per esprimere se stesso, emersa nel colloquio iniziale.

Non è l'aspetto estetico che viene considerato ma la funzione che le esperienze ed i prodotti musicali hanno per i fini terapeutici.

Il metodo è stato originariamente creato per pazienti adulti ed è stato utilizzato per una vasta gamma di disturbi psicologici; in seguito una parte del lavoro è stata anche svolta con bambini.

Mediante le scale elaborate da Bruscia, da lui denominate Improvisational Assessment Profiles – IAPs (1987), viene valutata sia la musica del terapeuta che del paziente in modo da rilevarne l'influenza reciproca.

¹² *Tratto liberamente da : I neuroni specchio ci sorridono- A.Cappa. Ediz. Circolo Virtuoso*

2.3.4 Il modello Benenzon-attivo ¹³

Questo modello è stato costruito del Dottor Rolando Benenzon, Medico Psichiatra della facoltà di Medicina dell'Università di Buenos Aires, musicista e compositore, considerato uno dei massimi esperti a livello mondiale dell'applicazione della musicoterapia nei casi di autismo, di pazienti in coma e nel morbo di Alzheimer.

Il suo modello si basa sul concetto di ISO (Identità Sonora) che è *“un'insieme infinito di energie sonore, acustiche e di movimento che appartengono a un individuo e che lo caratterizzano”* (Benenzon et al.,1997).

Tutti gli esseri umani possiederebbero perciò un'identità sonora che li caratterizza e li differenzia dagli altri. Questo flusso interno di energie deriva dall'eredità sonora del soggetto: dalle esperienze intrauterine del periodo gestazionale (iso gestaltico e universale) alle esperienze sonore fatte dalla nascita in poi (iso culturale).

Secondo l'autore **nell'inconscio** ritroviamo un' energia sonora – musicale in costante movimento, detta

ISO gestaltico e l'ISO universale.

L' ISO gestaltico va a caratterizzare **il singolo individuo** ed è costituita da tutti gli elementi prodotti **a partire dal concepimento.**

L' ISO universale include **tutti i fenomeni sonori comuni agli esseri umani:** il battito cardiaco, il suono del respiro, dell'acqua, e certi fenomeni sonoro – musicali che diventano universali nei secoli (ad es. la scala pentatonica presente in tutte le ninna – nanne).

Questo può essere influenzato dall'iso gestaltico.

Il feto possiede esclusivamente la dimensione inconscia per cui le sue uniche identità sonore sono l'ISO gestaltico e universale.

Una volta che le energie si “scaricano” passano a **livello pre conscio.**

A questo punto Benenzon introduce il concetto **di ISO culturale**, identità che raccoglie, dal parto in poi (fin dai primi suoni della sala parto), tutte le esperienze culturali e gli stimoli sonori provenienti dall'ambiente esterno

Anche queste energie sono in continuo movimento: non vi sono compartimenti stagni ma un'evoluzione costante dinamica.

Un suono esterno deve avere un impatto sull'ISO gestaltico e su quello universale per poter essere riconosciuto e divenire così parte di quello culturale (Benenzon et al.1997).

Nel momento in cui si stabilisce una relazione (e un vincolo) si forma **l'ISO in interazione**, che comprende **la somma delle energie di due o più persone** (in quest'ultimo caso si parla di **ISO di gruppo**).

In quest'ultimo l' ISO gestaltico e culturale di ciascun componente si adattano reciprocamente intrecciandosi tra loro per costituire un'identità creativa propria del gruppo in questione.

L'interazione tra due persone avviene attraverso la scarica di energie nello spazio **veicolate attraverso l'oggetto intermediario** che è rappresentato da ogni elemento capace di consentire il passaggio di energia comunicativa da un individuo all'altro.

¹³ Tratto liberamente da : *Manuale di musicoterapia* (Borla, Roma, 1998)

Il corpo della madre è il primo oggetto intermediario di comunicazione.

E' da notare che nelle sedute **lo strumento musicale, finalizzato a diventare "intermediario"**, può in realtà essere utilizzato anche **in altri modi**:

come oggetto incistato, quando il paziente lo avvolge fino a farlo diventare parte di sé,

di sperimentazione, catartico, quando è utilizzato per scaricare tensione accumulata,

difensivo, se viene suonato al fine di "nascondersi" attraverso le proprie produzioni sonore.

Le sedute si svolgono in uno spazio fisico e temporale, il setting, che assume un ruolo importante nella seduta e i suoi elementi costitutivi (dimensioni, isolamento acustico o meno, materiali utilizzati, ecc.) possono influenzare in maniera determinante la medesima.

All'interno del setting è posto **l'insieme degli strumenti musicali** definito **GOS** (Gruppo Operativo Strumentale).

Il GOS può essere costituito da strumenti tradizionali, strumenti di facile approccio, strumenti costruiti con materiali naturali, strumenti creati dal paziente o dal musicista terapeuta.

Benenzon ritiene che **una seduta di musicoterapia** debba articolarsi su **tre punti** principali: **l'osservazione, le associazioni corporeo-sonoro-musicali, l'isolamento riflessivo-attivo.**

L'osservazione è fondamentale nei primi momenti della seduta, durante i quali il musicista terapeuta deve astenersi dall'agire e dall'esprimersi. Egli deve assumere una posizione ricettiva ma non può fare a meno di comunicare con la sua sola presenza.

In un secondo momento il paziente inizia ad esprimersi e il musicista terapeuta inizia a muoversi nella stanza alla **ricerca dello strumento con cui iniziare il dialogo con il paziente.**

Nella terza fase, quella di **isolamento riflessivo-attivo**, il musicista terapeuta smette di agire e scinde la sua attenzione fra ciò che proviene dal paziente e ciò che invece proviene dalle proprie sensazioni.

Le sedute che utilizzano questo modello si svolgono individualmente o in gruppo; è prevista una coppia terapeutica costituita da musicista terapeuta e da coterapeuta, quest'ultimo con funzione "stimolatrice", di ausilio e di supporto.

Ogni seduta viene registrata utilizzando dei protocolli che costituiscono uno strumento insostituibile di ricerca, di monitoraggio, ma anche perché permettono al musicista terapeuta di riflettere costantemente su ciò che accade prima, durante e dopo la seduta e di preparare accuratamente ogni seduta successiva.

2.3.5 Il modello di Alvin-misto ricettivo attivo ¹⁴

E' un modello di musicoterapia misto, in cui si utilizzano tecniche sia di tipo ricettivo che attivo ed è consigliata in particolare per i bambini con handicap.

Le sedute possono essere individuali, con il coinvolgimento di familiari, oppure di gruppo, a seconda degli obiettivi del progetto terapeutico.

¹⁴ *Tratto liberamente da : La musica come terapia (Armando Editore, Roma).*

La tecnica prevede tre fasi (Alvin, 1986)

1. Relazione sé/oggetto: in questa fase il paziente è invitato a scegliere gli strumenti e a utilizzarli come meglio crede. In questo modo il paziente è stimolato a sviluppare una propria consapevolezza senso-motoria, le facoltà percettive e la sensibilità musicale.

2. Relazione sé/terapeuta: attraverso produzioni sonore e il dialogo d'improvvisazione musicale il paziente è indotto a sviluppare fiducia nel terapeuta. In questa fase viene soprattutto sottolineata la necessità di provare piacere a fare e ad ascoltare musica.

La musica prodotta viene integrata dall'ascolto di brani registrati.

3. Relazione sé/altri: in questa fase si attua il passaggio dall'esperienza individuale a quella di gruppo e le precedenti esperienze vengono utilizzate come modelli per sviluppare relazioni.

In questa fase si usa **l'improvvisazione libera, il canto, l'ascolto, la discussione e il movimento.**

Alvin costruisce la sua tecnica musicoterapica basandosi sulle osservazioni ricavate dall'analisi del comportamento di soggetti con lieve insufficienza mentale e sulla loro introspezione. La sua musicoterapia è orientata sia verso il singolo che verso il gruppo e mira a favorire un maggiore controllo dell'attenzione, del comportamento e delle emozioni.

2.3.6 Il modello Orff-misto¹⁵

Il metodo è inteso a stabilire la relazione attraverso il canto, il coro e il ritmo costituendo una terapia parzialmente non verbale. Può essere applicato per pazienti con funzionamento più o meno compromesso di un organo di senso.

Il metodo Orff **utilizza il ritmo espresso naturalmente dai movimenti e dai suoni che una persona emette.**

Ogni strumento usato viene considerato sotto **tre aspetti:**

tattile (calore, durezza, struttura della superficie, elasticità, vibrazione),

ottico (grandezza e forma)

acustico.

Ogni singolo strumento può corrispondere ad un'immagine della fantasia.

Il terapeuta deve crearsi tali immagini, ma non deve imporle al bambino: ogni bambino dà significato alle sonorità e alle sensazioni ottiche in base alle proprie esperienze e al proprio mondo.

I bambini vengono divisi in gruppi di 4-6 soggetti relativamente compatibili e si riuniscono in classe Orff tre volte a settimana. Il terapeuta stabilisce di volta in volta, per ogni bambino, una meta, e, una volta raggiunto questo primo traguardo, se ne pone un'altra.

Nel caso si sviluppino fattori di turbamento, casualmente o volutamente, questi non vanno bruscamente interrotti né corretti, ma piuttosto inseriti nel processo e opportunamente gradualmente trasformati.

E' inoltre importante che il numero degli strumenti sia limitato, per favorire la concentrazione e

¹⁵ *Tratto liberamente da : Musicoterapia-Orff un'attiva stimolazione allo sviluppo del bambino- Cittadella Editrice*

stimolare così la fantasia del bambino; a volte si può perfino usare un solo strumento che viene dato a turno, per breve tempo, a ciascun soggetto favorendo in tal modo la tolleranza sociale e l'iniziativa spontanea al momento giusto.

Bisogna sottolineare che l'elemento basilare in tutte le situazioni di gruppo è che il bambino non solo acquista una certa abilità o esegue bene un dato compito, ma, ciò che vale di più, s'impegna ad apprendere.

LA TECNICA IN MUSICOTERAPIA

3.1 Gli aspetti tecnico operativi

3.1.1 *Il ruolo della coppia terapeutica: musicoterapeuta e co-terapeuta*

Per Benenzon, “lavorare” in musicoterapia significa coinvolgere e mettere in funzione tutto il corpo del musicoterapista: per questo il lavoro in coppia, un musicoterapista più un co-terapeuta, è considerato più efficace alla conduzione singola.

Il musicoterapista è colui che ha competenze tecniche nell’ambito musicale per intervenire, dal punto di vista riabilitativo, seguendo le indicazioni di un progetto la cui responsabilità è di un terapeuta (professionista esperto di psicologia e psicoterapia, laureato in medicina o psicologia, abilitato all’esercizio autonomo della professione).

Il co-terapeuta può essere un altro musicoterapista o un terapeuta con competenze cliniche.

I benefici del lavoro svolto in coppia terapeutica sono molteplici: il paziente si sente più contenuto, può stabilire o prediligere una o l’altra relazione; i componenti della coppia si sostengono l’uno all’altro e danno una lettura diversificata di ciò che avviene in seduta dando protocolli di osservazione più completi; diminuisce il timore di coinvolgimento corporeo prevenendo così il cosiddetto burn-out dei musicoterapisti (esaurimento psicofisico a cui possono andare incontro coloro che si dedicano a professioni di aiuto e di assistenza o che comunque comportino un grande livello di coinvolgimento emotivo con la sofferenza dell’altro).

3.1.2 *La supervisione*

La supervisione è la revisione del materiale emerso durante le sedute. Questa elaborazione viene effettuata dai supervisori che sono, generalmente dei psicoterapeuti medici con specifiche competenze tecniche in ambito musicoterapico

(Postacchini)). La supervisione ha due funzioni: la prima di permettere uno studio della struttura funzionale del tipo di handicap con il quale si sta lavorando, la seconda di progettare e correggere, momento per momento, il progetto che si è costruito su un dato paziente o gruppo di pazienti.

3.1.3 *La costruzione di un progetto musicoterapico*

La costruzione di un progetto musicoterapico richiede la raccolta di informazioni finalizzate alla valutazione delle eventuali opportunità di un trattamento musicoterapico e a orientare le prime fasi del trattamento. La raccolta di informazioni avviene attraverso due fasi: il *colloquio* tra terapeuta e committente e gli *incontri preliminari di valutazione*.

Il *colloquio* si svolge all'inizio del trattamento e avviene tra terapeuta e paziente stesso o, nel caso di minori, tra terapeuta e genitori del paziente oppure interlocutori istituzionali (ASL, Centri di riabilitazione, Ospedali, scuole, ecc ...).

Il colloquio verte principalmente sull'anamnesi sonora del paziente e sulle aspettative rispetto al trattamento. L'anamnesi sonora del paziente è l'insieme dei dati e delle informazioni riguardanti il rapporto del soggetto con i suoni e la musica: i suoni da cui viene più attratto, canzoni o autori che ascolta con maggiore piacere, se ascolta musica in casa e quale musica ascolta, ecc ...

Negli *incontri preliminari di valutazione*, che possono variare da uno a quattro a seconda della complessità del caso, si propone al paziente un ambiente apposito in cui sono disposti gli strumenti musicali (stanza di musicoterapia, setting) e si osserva attentamente come il paziente reagisce sia agli stimoli ambientali che a quelli proposti dal musicoterapista.

Dalla sintesi di questi due momenti se emergono elementi necessari e sufficienti per ritenere utile un trattamento musicoterapico (interesse del paziente per gli strumenti, capacità esplorativa, sensibilità al ritmo, interesse a stabilire un dialogo ritmico con il terapeuta, ecc) si procede all'esplicitazione del progetto e alle sue modalità di realizzazione.

La durata degli incontri, intesa come lo spazio che il terapeuta mette a disposizione del paziente, è di circa 45 minuti.

In linea di massima la frequenza è mono-settimanale ma in caso di pazienti particolarmente gravi potranno essere opportune due o più sedute.

LE TECNICHE MUSICOTERAPICHE

Da quanto già sopra specificato possiamo dire , in estrema sintesi : *le più diffuse tecniche musicoterapiche si possono distinguere in due gruppi:*

le tecniche improvvisative (o interattive) e le tecniche di ascolto (ricettive)

4.0.1 Musicoterapia improvvisativa_ (è quella che personalmente preferisco)

4.0.2 Generalità ¹⁶

L'improvvisazione musicoterapica è utilizzata per giungere, attraverso un dialogo sonoro con il paziente, ad una armonizzazione delle sue funzioni e ad una sua maggiore integrazione. Essa infatti permette al musicoterapista di interagire e sintonizzarsi con il paziente, di immedesimarsi nelle sue emozioni e di instaurare, tra terapeuta e paziente, interazioni personali oltre che musicali.

Le tecniche di improvvisazione più efficaci prevedono l'improvvisazione delle reazioni comportamentali del paziente in un ritratto musicale, l'improvvisazione di qualunque suono il paziente stia producendo, l'improvvisazione di una canzone con le sue idee musicali, la realizzazione di un accompagnamento musicale che invita ad una risposta del paziente.

Quando il musicoterapista improvvisa con il paziente, emergono modalità di interazione che rispecchiano l'atteggiamento del paziente nei confronti di sé stesso e degli altri: su tali interazioni il musicoterapista potrà percorrere due strade:

rispecchiare la proposta sonoro - musicale del paziente o introdurre piccole variazioni.

Ad esempio se la musica del paziente è ipertesa o lenta il musicoterapista può introdurre temi con ritmi più lenti o più veloci per contrastare la dinamica e la velocità del paziente; se la musica del paziente non è congruente con il linguaggio del proprio corpo o con il suo stato d'animo il musicoterapista può cercare di armonizzare questi aspetti discordanti per creare un sentimento di unione.

A seconda di come il paziente risponderà allo stimolo fornito dal musicoterapista, inizierà una relazione intersoggettiva per mezzo della musica e del suono, che è ciò che si definisce improvvisazione.

Si tratta di una relazione circolare in cui lo stimolo A produce una risposta B e a sua volta, la risposta B diventerà uno stimolo per una risposta C e così via.

¹⁶ Tratto da : *Modelli d'improvvisazione in musicoterapia* Kenneth Bruscia- Ed. Ismez

4.0.3 Musicoterapia ricettiva

4.0.4 Generalità

Per musicoterapia ricettiva si intende la somministrazione di una o più musiche preregistrate o realizzate al momento.

La musicoterapia **improvvisativa** e quella **ricettiva** possono essere proposte in **setting individuali o di gruppo**.

Musicoterapia improvvisativa individuale

L'incontro di musicoterapia individuale improvvisativa si articola, generalmente, in tre momenti successivi:

1. *Il contatto con l'incontro precedente*: la seduta si apre con lo stesso timbro, linea melodica o frammento ritmico presente nel dialogo sonoro della seduta precedente.

2. *Lo spazio di improvvisazione sonora*: il musicoterapista invita il paziente ad utilizzare un certo strumento, oppure comincia a produrre ad esempio su un xilofono, una semplice sequenza ritmico melodica e la propone al paziente, attuando così l'improvvisazione.

Nel caso in cui c'è la possibilità di comunicare con la parola, il musicoterapista può dare al paziente consegne verbali come: "inizia a suonare e cerca di esprimere cosa provi in questo momento"; "osserva questo disegno e poi inizia a suonare cercando di esprimere cosa ti ha comunicato il disegno stesso", "ascolta questa canzone e proviamo a suonare le emozioni che ci hanno comunicato".

3. *La conclusione dell'incontro*: le modalità di conclusione saranno diverse a seconda della gravità del quadro clinico del paziente: nel caso di pazienti in grado di verbalizzare sarà possibile parlare di tutto ciò che è avvenuto durante la seduta e di elaborarlo; nel caso di pazienti gravi che non accedono al linguaggio sarà il musicoterapista a trovare i modi per comunicare al paziente l'approssimarsi del termine della seduta come ad esempio: uno sguardo particolare rivolto al paziente, alzarsi e prendere dolcemente la mano del paziente, un suono che per il paziente equivale al concetto di fine, l'uso di una foto dei genitori che indica che stanno arrivando e che la seduta sta per terminare.

Musicoterapia improvvisativa gruppale

Questo tipo di musicoterapia è considerato adatto a soggetti con un buon livello di integrazione generale. Il numero di partecipanti può oscillare dalle 6 alle 10 unità, gli incontri hanno cadenza mono-settimanale e vengono condotti da una coppia stabile di terapeuti.

Durante l'improvvisazione sonora, è importante osservare se si creano situazioni che potrebbero risultare pericolose per qualcuno, se si creano dei sottogruppi, se qualche soggetto si comporta in modo da destare preoccupazione per la sua incolumità e/o quella degli altri, se dal gruppo emerge uno o più leader, se vi sono soggetti emarginati dal gruppo, non coinvolti.

Al termine dell'improvvisazione ha luogo la verbalizzazione:

i partecipanti discutono quanto emerso durante l'improvvisazione.

E' importante sottolineare che **ciò che si considera terapeutico è tutto il procedimento espressivo e relazionale che ciascun individuo compie, sia nella fase verbale che in quella non verbale, non solo gli interventi dei terapeuti.**

Musicoterapia ricettiva individuale

Viene indicata in un numero limitato di casi, in particolare a quei pazienti molto gravi che presentano ritiro sociale e inibizione psicomotoria e anche negli stati di coma.

In questi casi la raccolta dei dati antecedente alla costruzione del progetto musicoterapico si limita alla raccolta anamnestica per mezzo dei familiari che indicano il rapporto del paziente con i suoni.

Il setting in questi casi si differenzia notevolmente perché spesso occorre trovare soluzioni che consentano di adattare il trattamento alle difficoltà del paziente stesso, come il recarsi al domicilio o nella stanza d'ospedale.

La frequenza in genere è molto elevata, dalle due alle quattro sedute settimanali e la durata delle medesime è approssimativamente di venti/venticinque minuti.

Musicoterapia ricettiva gruppale

In questo tipo di musicoterapia il gruppo inizia la seduta con una discussione verbale della seduta precedente. Dopo questa prima fase i terapeuti fanno ascoltare materiale sonoro preregistrato di mezz'ora/quaranta minuti, invitano a trovare una posizione comoda e ad ascoltare la musica, il proprio corpo e i propri pensieri.

Il materiale sonoro preregistrato è costituito da tre parti.

Nella prima parte viene proposto l'ascolto di musica a bassa complessità formale, ad esempio canzoni o melodie orecchiabili, con funzione assicurativa e inducente.

Nella parte centrale vengono introdotti, con molta cautela, brani dalla struttura formale più incerta, ad esempio brani di musica contemporanea o di musica etnica, con lo scopo di provocare nel paziente piccole "crisi" che inducono al cambiamento.

Con la fase finale si torna invece a brani musicali più semplici che hanno lo scopo di rilassare e rassicurare il paziente e avviarlo alla fine della seduta.

Segue il momento della verbalizzazione, dove i terapeuti hanno il ruolo di favorire la comunicazione tra tutti i partecipanti.

Ho qui, davanti a me, un piccolo uomo che mi guarda curioso con occhi grandi e un po' spenti; sembra dirmi: "uffa, un altro che parla, parla... e non conosce il mio dolore e le mie paure.. .ed io devo stare qui ad ascoltarlo...uffa..."

Già: deve ascoltarmi e io devo ascoltare lui . Dobbiamo inventarci un nuovo modo di ascoltarci che non sia solo l'udire o il sentire.

L'ASCOLTO MUSICALE TERAPEUTICO

5.0.1 L'ascolto in musica e in musicoterapia ¹⁷

Utilizzare l'ascolto musicale per guarire e prevenire significa, tra l'altro, nutrire letteralmente il corpo con il suono e servirsi del suono per scoprire le dimensioni nascoste nel profondo e per accelerare il processo di evoluzione della coscienza.

Qui tratteremo il rapporto tra la musica e chi l'ascolta, ma cercando di analizzare e spiegare il fenomeno **dell'ascolto musicale quando è vissuto coscientemente** e cioè **con la precisa intenzione di mettersi in ascolto per migliorare la propria vita**.

Si può così proporre il suono come una parte essenziale dell'ambiente e quindi della relazione tra soggetto ed ambiente.

Gli effetti terapeutici del suono e della musica sono in grado di modificare l'attività del sistema nervoso vegetativo. La musica può essere un'efficace aggiunta terapeutica in varie condizioni, specie quelle caratterizzate dal dolore cronico in quanto capace di modulare complesse attività nervose che si esprimono in quantificabili alterazioni neurovegetative.

Distinguiamo una fase dell' "**udire**" i suoni come fenomeno periferico legato all'orecchio, una fase del "**sentire**" che si collocherebbe soprattutto nelle funzioni talassiche, per arrivare ad "**ascoltare**" la musica, con un coinvolgimento globale del nostro sistema nervoso e delle funzioni psichiche a questo connesse.

Oltre all'emozione, la musica comporta sull'ascoltatore delle reazioni a carico della sfera vegetativa: si assiste a modificazioni della pressione sanguigna, della frequenza cardiaca, della respirazione ecc., ma per lo più anche quando la musica è percepita inconsciamente.

La musica va qui considerata da un lato come un linguaggio non verbale, dall'altro come un mezzo di comunicazione dell'emotività.

5.1 CONCETTI CREATORI

L'azione della musica si esplica attraverso le caratteristiche fisiche del suono:

1. moto armonico complesso
2. moto delle onde
3. moto longitudinale delle onde
4. frequenza delle onde
5. lunghezza delle onde
6. risonanza

¹⁷ *Tratto da : Castrovilli Dino; De Lucia Fabrizio; Editore: Xenia Edizioni Anno: 1997*

Gli elementi della fisica del suono colpiscono ed alterano il sistema psico - neuro - immuno - endocrinologico.

Partiamo da un **concetto base**:

*Lo stato di malattia è **un'alterazione nell'equilibrio** omeostatico dell'asse psico-neuro-immuno-endocrinologico, dovuto principalmente ad una causa eziologica primaria di stress emotivo e stati mentali negativi, che producono squilibri biochimici, elettromagnetici e blocchi energetici.*

Questa definizione rappresenta uno dei paradigmi fondamentali in diversi modelli teorici musicoterapeutici.

Conseguentemente, la musica agisce sugli organi, sulle ghiandole endocrine, sul sistema personale emotivo e mentale e sul sistema transpersonale spirituale.

La tipologia di risposta umana ricercata dalla musicoterapia è il mantenimento dello stato di salute, il potenziamento dello stato di salute, il ritorno allo stato di salute. Per ottenere ciò noi abbiamo scelto di usare la musicoterapia. Ritorniamo per chiarire all'origine delle distinzioni.

Abbiamo detto: la musicoterapia viene applicata attraverso due metodologie; ricordiamole:

1. musicoterapia ricettiva o passiva, con l'ascolto di musica registrata scelta dal paziente o programmata dal terapeuta;

2. musicoterapia attiva, la musica è creata dal paziente attraverso strumenti, strumenti musicali, suoni e rumori emessi dal paziente.

Parlando di stati di salute (o no) possiamo tentare una possibile classificazione dei campi di maggior applicazione della musicoterapia. Essa potrebbe essere la seguente:

1. pedagogia di sostegno
2. relazioni psicoterapeutiche
3. scoperta e creazione di stati creativi
4. malattie psicosomatiche
4. ambienti stressogeni
5. ambienti di lavoro e comunitari
6. ripristino dei ritmi fondamentali dell'organismo (agente omeostatico)

Facendo riferimento a ciò possiamo adottare queste definizioni di ascolto e dell'oggetto dell'ascolto.

5.1.1 Definizione della capacità di ascoltare di Maslow:

*“non presupporre, classificare, migliorare, contraddire, valutare, approvare o disapprovare, non combattere contro quello che si sta dicendo, non provare mentalmente a ribattere, non cominciare a fare libere associazioni su parti di quello che viene detto in modo tale da non sentire il resto”.*¹⁸

Ricordiamo che la pratica musicoterapica si realizza all'interno della dimensione relazionale; quindi, la capacità di ascolto è fondamentale.

Per ascoltare è necessario *sospendere l'azione e tacere*, creare in noi un silenzio interno, un vuoto di senso in cui accogliere il senso dell'altro.

Bisogna evitare un *“ascolto riduzionistico”* ovvero che ciò che si ascolta venga confrontato con ciò che si è già ascoltato e inserito in categorie precostituite.

5.1.2 Oggetto dell'ascolto in MT è il corpo,

quale mediatore della comunicazione non verbale (ricordiamo che in psicoterapia l'ascolto è rivolto al verbale).

Attraverso il corpo dobbiamo cogliere un senso non manifesto.

Ricordiamo che le sintonizzazioni si colgono proprio grazie a questo ascolto, a quello che in altre parole possiamo chiamare l'“osservazione”.

5.1.3 L'ascolto musicoterapico è duplice:¹⁹

c'è una dimensione globale/olistica e una analitica/logica/razionale.

Viene privilegiato il primo tipo di ascolto, in quanto l'approccio musicoterapico si rivolge ad aree psichiche che precedono e che preludono la nascita della parola.

L'ascolto non è mai passivo.

Da un punto di vista psicanalitico: è un atto che ci proietta verso una reverie contemplativa, dove si scontrano forze e tensioni.

È atto creativo con cui esploriamo i vissuti depositati nella c.d. memoria implicita.

Abbiamo detto che la musica è linguaggio sui generis, senza vocaboli, ma con forme isomorfe rispetto a quelle dell'inconscio affettivo.

Da un punto di vista cognitivo, implica una serie di competenze e processi/funzioni: attenzione, memorizzazione, coordinamento senso-motorio, segmentazione, raggruppamento, identificazione di un centro/nucleo.

¹⁸ Tratto da : Abraham Maslow, *Verso una psicologia dell'essere*, Astrolabio-Ubaldini, 1971, Roma

¹⁹ *Considerazioni tratte liberamente da Fornari F. (1984), Psicoanalisi della Musica, Longanesi & C., Milano*

L'ascolto musicale ripristina il piacere di ritrovare in musica una voce/memoria che ci appartiene, con aspetti espliciti e soprattutto impliciti (legati alla memoria implicita); mantiene un legame profondo con la dimensione nostalgica (Fornari) ma **consente di rendere presente ciò che è assente**.

5.1.4 *Tipi di ascolto:*²⁰

- **fusionale** (musica romantica); **distaccato** (musica contemporanea); **cosciente**; **idealizzato** (musica come ritorno all'eden); **scisso**; **proiettivo**; **nostalgico**.
- **ascolto tassonomico** : ovvero come percepire globalmente il brano;
Per Delalande: figurativizzazione (es interpretare la forma come un racconto);
- **ascolto empatico** (non c'è sforzo di memoria, ma solo reverie contemplativa)

²⁰ *Tratto liberamente da :L'ascolto terapeutico -Tre percorsi musicali. Autore: Castrovilli Dino; De Lucia Fabrizio; Xenia Edizioni*

BASI SCIENTIFICHE DELLA MUSICOTERAPIA

Ad oggi la musicoterapia è considerata una disciplina fondata su basi scientifiche ormai approvate. La musica agisce sul sistema neurovegetativo, cioè sul quel sistema che regola le funzioni del nostro organismo: la traspirazione, la pressione sanguigna e il ritmo cardiaco.

Per la sua caratteristica espressività, la musica favorisce la liberazione delle emozioni e delle risorse di ognuno spesso inascoltate o inutilizzate.

Infatti viene utilizzata soprattutto in ambito clinico perché permette al soggetto malato di esprimere e di percepire le proprie emozioni, di comunicare e di mostrare i propri stati d'animo e i propri sentimenti attraverso il particolare linguaggio della musica (non-verbale).

In tal modo si offre al paziente la possibilità di acquisire una maggiore consapevolezza di sé e quindi a migliorare il rapportarsi e il suo comunicare con gli altri.

L'esempio più riscontrato e più conosciuto di applicazione della musicoterapia è proprio quello che riguarda il soggetto affetto da autismo, colui che si trova in una condizione patologica tale da portarlo a rinchiudersi in se stesso negando la comunicazione verso l'esterno.

La musica può offrire un processo di apertura mettendo il mondo esterno in comunicazione con il malato.

Il suo approccio scientifico è chiaro: noi esseri umani, come specie, siamo creature musicali non meno che linguistiche.

Siamo in grado di percepire l'altezza delle note, il timbro, l'ampiezza degli intervalli, l'armonia, il ritmo, servendoci di varie parti del cervello.

A questa sensibilità strutturale, per lo più inconscia, aggiungiamo una reazione emozionale, talvolta intensa e profonda.

Perciò l'intimità della musica, ha la capacità di far emergere, come scrisse Schopenhauer, i moti della nostra natura più profonda.

(Oliver Sacks)²¹

²¹ *Tratto liberamente da: Racconti sulla musica e il cervello - Gli Adelphi*

6.1. La terapia vibroacustica ²²

La *terapia vibroacustica* nasce intorno ai primi anni settanta a seguito di un incontro tra i terapeuti Olav Skille e Juliette Alvin.

Dalle ricerche conseguenti a tale incontro vengono fissati tre parametri scientificamente certi, punto di partenza dell'applicazione delle vibrazioni musicali sull'uomo:

- a) le basse frequenze producono rilassamento,
- b) la musica ritmica favorisce aumenti della pressione sanguigna,
- c) la musica a forti volumi genera aggressività.

La prima applicazione vibratoria riguarda la creazione del “*bagno di musica*”, atto a ridurre l'ipertono muscolare dei muscoli estensori e flessori di pazienti con paralisi cerebrale.

La semplice vibrazione meccanica prodotta da un generatore si rivelò già un efficace sistema. Ma confrontando questo accorgimento con il primo dei tre parametri descritti dagli autori del metodo ci si rende conto che, in effetti, il lavoro va sviluppato nell'ambito delle *basse frequenze*.

A partire, quindi, dai primi anni ottanta vengono testate frequenze atte ad agire su determinati problemi o danni fisici.

In Norvegia il bagno di musica prende il nome di *massaggio sonoro a bassa frequenza*.

Il corpo umano viene immerso in un ambiente sonoro e vibrazionale: un lettino con tre coppie di altoparlanti collegate ad un lettore CD mediante un amplificatore.

Lo scopo è quello di trasmettere più suoni simultaneamente, che il paziente *riceve* in parte attraverso il canale uditivo e **in parte attraverso il corpo**.

Le vibrazioni emesse dalle basse frequenze interagiscono con il sistema nervoso autonomo in aderenza alle frequenze Hertz somministrate.

6.2 Considerazioni sulla Musicoterapia

Oggi sono ormai numerose le osservazioni scientifiche che fanno riferimento alle peculiarità dell'elemento sonoro musicale : l'elemento sonoro musicale si pone come *parte integrante di modalità comunicative innate e primitive* di tipo essenzialmente emotivo (il feto è sensibile ai suoni, il neonato utilizza elementi proto-musicali come veicolo espressivo).

Mi rifaccio a **Trevarthen**: ²³

secondo **Trevarthen** esiste un “*sistema regolatore centrale della comunicazione*” come dotazione innata sin dai primi giorni: un sistema di competenze innate finalizzate alla comunicazione/relazione; rimane invariato anche in soggetti affetti da processi involutivi e da handicap intellettivi.

²² *Tratto liberamente da : Il suono a bassa frequenza nella terapia musicale- ediz. Aracne*

²³ *Tratto liberamente da : Empatia e biologia. Psicologia, cultura e neuroscienze Trevarthen Colwyn*

Tale comunicazione è possibile grazie alle emozioni: è perché prova emozioni, che il neonato è in grado di comunicare; le emozioni sono dei veri e propri regolatori delle attività psicologiche. La comunicazione che si sviluppa tra neonato (già nei primi 3 mesi) e la madre è una comunicazione musicale specifica, basata su parametri musicali (variazione di intensità, altezza, timbro, ritmo e durata).

Secondo **Imberty** nelle prime settimane di vita del feto, l'udito si sviluppa molto; *la voce materna (eco)* è il primo fenomeno sonoro strutturante delle esperienze del neonato.

Nel caos sonoro che avvolge il neonato la voce materna è il primo punto di riferimento

Imberty definisce alcuni tratti comuni alla base del baby-talk (segmentazione, ripetizione, semplicità, lentezza, amplificazione, registro acuto, curve d'intonazione sensibili a variazioni minime. La madre usa questi elementi per attivare il bambino, per comunicare con lui e regolare le sue emozioni.

Il dialogo si articola alternando *ripetizione e variazione* (la ripetizione genera regolarità che permette al bambino di anticipare il corso del tempo, crea una tensione seguita da una distensione proporzionale al grado di variazione.).

La successione ripetizione /variazione fornisce l'esperienza primitiva della durata e dell'assenza di soddisfacimento.

Stern ²⁴ afferma che dal nono mese tra madre e bambino si instaura il comportamento di **sintonizzazione**: competenza perlopiù inconscia della madre di restituire al figlio una sorta di imitazione, una rilettura analogica del suo comportamento, più attenta al come del cosa.

Al centro della sintonizzazione sono gli affetti vitali, le qualità dinamiche e cinetiche delle sensazioni e dei profili di attivazione.

I parametri su cui si modulano gli affetti vitali sono parametri musicali:

**intensità,
durata,
forma.**

Siegel ²⁵ osserva che il neonato ha un cervello poco sviluppato e la possibilità di sintonizzarsi con gli stati della mente del genitore gli consente di ampliare i suoi stati emotivi positivi e controllare quelli negativi.

Le esperienze di sintonizzazione, attraverso cui madre e figlio veicolano emozioni sono le prime esperienze strutturanti e regolatrici; ogni membro della coppia è influenzato dall'altro.

Le emozioni assumono un ruolo strutturante: sono un sistema innato attraverso cui diversi Individui possono coordinare scopi, attenzione e apprendimento.

NB . Ciò è fondamentale per la musicoterapia, che si propone di attivare processi relazionali non verbali a contenuto emotivo, impiegando l'elemento sonoro come modalità espressiva.

Perché l'elemento sonoro-musicale ? Perché i parametri musicali sono gli stessi che ritroviamo alla base della comunicazione Interpersonale ed emotiva madre-figlio.

²⁴ Tratto liberamente da : *Il mondo interpersonale del bambino Stern Daniel Bollati Boringhieri. Stern-Ripetizione e variazione :chiave della struttura del tempo e delle esperienze emotive-G.De Battistiani . quaderno 25 Musica e Terapia*

²⁵ Tratto liberamente da :*Mindfulness e Cervello – Daniel J. Siegel- ILMELOGRANO*

Per la **Pavlicevitch** gli elementi che caratterizzano la comunicazione umana sono essenzialmente di tipo sonoro-musicale (tempo, intensità, forma); il linguaggio sonoro-musicale è fatto della stessa sostanza del linguaggio delle emozioni (rapporto di analogia).

In estrema sintesi: non solo esiste una competenza comunicativa non verbale innata e perlopiù emotiva; ma tale competenza, attivandosi all'interno di un rapporto interpersonale, favorisce l'avvio di una strutturazione e organizzazione a livello corticale.

Possiamo dire, sintetizzando e riassumendo quanto finora scritto che la musicoterapia è una terapia espressiva che utilizza l'elemento sonoro musicale come mediatore relazionale.

Abbiamo visto che l'elemento sonoro musicale ha delle caratteristiche peculiari:

esso è parte integrante di modalità comunicative innate e primitive di tipo essenzialmente emotivo; è ponte tra innato e appreso, biologico e simbolico/culturale, corporeo e mentale . Possiede quindi delle valenze integrative.

Ha anche degli aspetti regressivi (ridà priorità al corpo) e progressivi (prelude al mondo dei simboli astratti di una lingua).

In virtù di queste può facilitare un intervento sui disturbi della sfera

espressivo/comunicativo/Relazionale e può agevolare processi di integrazione psicocorporea.

La musicoterapia può essere considerata un intervento specifico nei casi in cui esiste un Disturbo della sfera espressivo/comunicativo/relazionale e della sfera emotiva.

A proposito di integrazione²⁶

Postacchini afferma che la musicoterapia si propone come progetto integrativo dell'identità del paziente in quanto il musicoterapista opera per favorire nel paziente un processo di chiarificazione tra la costituzione del mondo interno e del mondo esterno, che si attua a 3 livelli: nello spazio, nel tempo e nelle relazioni sociali.

1) il primo nucleo di integrazione della personalità si attua a livello spaziale e corrisponde alla capacità di distinguere tra sé e non sé, con la conseguente capacità di rapportarsi con gli oggetti esterni; presuppone il superamento dei primi mesi di vita del bambino e si rende evidente quando il bambino è in grado di tracciare sulla carta un cerchio;

2) l'integrazione temporale presuppone il passaggio dalla dimensione dell'essere (simbolizzata dal legame materno) a quella del divenire (simbolizzata dal legame paterno); ciò è alla base della capacità di formarsi rappresentazioni del sé stabili nel tempo e che costituiscono il sentimento di rimanere sé stessi al di là dei cambiamenti;

3. l'integrazione sociale è la capacità di articolare il processo relazionale Io/altri e di rapportarsi con il mondo esterno, avendo la consapevolezza di avere una propria individualità ben definita.

²⁶ riferimento : *Modello Postacchini-Borghesi—Centro Formativo Artiterapie di Lecco*

Per quanto riguarda l' Armonizzazione

Postacchini la definisce come la capacità di promuovere uno sviluppo armonico dei vari analizzatori sensoriali, motori, cognitivi e affettivi.

Se i momenti di disarmonia sono indispensabili per produrre gli scarti evolutivi che potranno poi confluire in un nuovo equilibrio, uno stato cronico di disarmonia (=patologia) è una situazione in cui gli analizzatori si trovano disomogeneamente collocati.

La c.d. personalità armonica è, quindi, quella di un individuo con un senso d'identità sufficientemente maturo e stabile

La musicoterapia mira ad una migliore *regolazione delle emozioni* (Ricci-Bitti), ovvero consente un passaggio da una comunicazione diretta (spontanea) ad una comunicazione simbolica (legata ad un codice di origine culturale), che permette di dare un volto all'emozione vissuta e di collocarla in una dimensione spazio-temporale.

Si usano *terapie espressive*.

Con questo termine si intende quell'insieme di interventi non verbali che utilizzano mediatori artistici allo scopo di facilitare la libera espressione e di modulare le modalità espressive e comunicative del paziente. Tentano di costruire una possibile rappresentazione comunicabile al mondo di emozioni scompaginanti.. Il mediatore artistico è una sorta di intercapedine che l'individuo crea tra il Sé e il mondo esterno per riconoscere il propri bisogni interni e metterli in rapporto con le esigenze della realtà esterna.

La tecnica utilizzata (modello Benenzon) è quella delle *sintonizzazioni*.

La musica propone un'integrazione tra aspetti senso-percettivi, emotivi/affettivi e logico razionali
Con la musica posso contattare il soggetto su un piano sensoriale/corporeo, per poi avviare percorsi relazionali/cognitivi.

MUSICOTERAPIA E PATOLOGIA

A questo punto poniamoci una domanda: con la musicoterapia si è in grado di **guarire una persona da una patologia**? E' possibile porsi l'obiettivo di **ripristinare una condizione di salute antecedente** all'intervento di un certo agente considerato causa della malattia?

A queste domande dobbiamo rispondere **no: non vi è evidenza scientifica che la musicoterapia "guarisca" le malattie.**

*Qui emerge la differenza tra cura e terapia.*²⁷

Il concetto di cura può essere inteso con un **significato medico-scientifico** e allora esso si avvicina a quello di guarigione.

Diversamente si può intendere **il concetto di cura in un'accezione umanistica** dove curare può essere tradotto come "prendersi cura", "aiutare a crescere".

Le due prospettive sono assai diverse: nella prima prevale un'ottica "scientifica" (da una anamnesi si passa a una diagnosi e ad una terapia, in vista di un obiettivo da raggiungere), nella seconda è riconoscibile un orientamento che intende il termine "*agire*" con il significato di "*interagire*" e dove l'obiettivo da raggiungere non è messo in rapporto ad un criterio di normalità ma piuttosto in considerazione di un'armonizzazione complessiva di tutte le funzioni della persona sia in rapporto al suo mondo interiore che al mondo esterno.

In realtà i due significati di cura appena descritti non sono necessariamente in contrasto tra di loro: da un lato il medico, pur somministrando farmaci, dovrebbe prendersi cura del paziente anche dal punto di vista umano e sociale, dall'altra chi si colloca (come il musicista terapeuta) in una prospettiva riabilitativa, non può prescindere da considerazioni di tipo medico-scientifico... crediamo che curare debba significare ripristinare una condizione di armonia psicofisica, se questa c'era, o costruirne una nuova, se non c'era.

Scopo della musicoterapia **non** è una rimozione totale delle cause che hanno generato le patologie o le situazioni di disagio, ma quello di migliorare la qualità della vita delle persone, di sviluppare le loro qualità e risorse. In quest'ottica si può affermare che la musicoterapia è in realtà usata molto più spesso come insieme di tecniche atte alla prevenzione ed alla riabilitazione che non alla terapia.

²⁷ (Postacchini et al., 2001)

A questo proposito è bene ricordare che:

è **riabilitazione** qualunque intervento o costellazione di interventi che tendono a diminuire gli svantaggi sociali di un handicap fisico o psichico, e insieme a diminuire le barriere edificate dalla società nei confronti di tale handicap. (Saraceno, 1985)

L'oggetto dell'intervento riabilitativo non è la malattia in sé ma piuttosto ciò che dalla malattia deriva in termini di perdita di funzioni (fisiche, psichiche, sociali) e la conseguente emarginazione a cui è condannata la persona.

Per quanto riguarda la musicoterapia possiamo dire che il punto di partenza dell'intervento riabilitativo è rappresentato dalle abilità emergenti del soggetto che si cerca di valorizzare al massimo. Questo concetto è molto diverso dalla psicoterapia che è invece una facilitazione "dal di dentro" dei processi di consapevolezza di sé, di regolamentazione delle emozioni e delle capacità comunicative. Il terapeuta dunque lavora direttamente sull'emotività e sui processi mentali consci ed inconsci e quindi è il massimo il livello di coinvolgimento affettivo nella relazione, sia da parte del paziente che da parte del terapeuta.

L'intervento musicoterapico, per le sue caratteristiche di linguaggio non verbale e per il fatto di favorire la relazione fra mente e corpo, può agire tanto in senso riabilitativo che psicoterapeutico.

7.1. Campi di applicazione della musicoterapia ²⁸

I principali ambiti dove attualmente la musicoterapia trova maggior utilizzo sono:

* **Malattia di Alzheimer e altre demenze:** si tratta di malattie caratterizzate da un deficit acquisito su base degenerativa organica cerebrale, che producono un decadimento psichico coinvolgente praticamente tutte le funzioni mentali. I sintomi principale sono i gravi disturbi della memoria, i disturbi del linguaggio e della scrittura, comportamenti incoerenti e afinalistici, tono dell'umore depresso, agitazione psicomotoria spesso con aggressività.

Gli obiettivi della musicoterapia in questi casi sono: offrire uno spazio in cui il paziente possa esprimersi liberamente, migliorare i disturbi comportamentali, far riemergere il desiderio di socializzazione, ridurre l'uso di psicofarmaci, recuperare la memoria tramite il canto di canzoni tradizionali, mantenere le abilità residue, accompagnare alla morte. Il modello più usato per questi pazienti è quello di Benenzon.

* **Malattie di interesse neurologico:** molti studi hanno rilevato l'effetto positivo di interventi di musicoterapia attiva in pazienti con lesioni cerebrali post-traumatiche.

Gli interventi di musicoterapia in tali contesti sono stati proposti sia con finalità di supporto psicologico, al fine di aumentare l'autostima, stimolare la ripresa delle relazioni e ridurre l'isolamento, sia con finalità più specificatamente riabilitativa (trattamento dell'afasia).

²⁸ Tratto da: <http://www.psicologiaunito.org/psicoclinica/images/stories/tesine/music/musicoterapia>.

* **Depressione, sindromi bipolari.** Per questi pazienti viene principalmente usata la musicoterapia improvvisativa per dare loro la possibilità di sviluppare al massimo le capacità creative e di aumentare l'autostima.

Nel corso delle sedute questi pazienti relazionandosi con il musicoterapista stabiliscono un contatto con il mondo esterno e interno, e di elaborare le proprie emozioni e vissuti in un'atmosfera gioiosa e giocosa.

In questi casi si usa soprattutto il modelli di Benenzon e di Alvin.

* **Le psicosi.** Queste patologie, come la schizofrenia, sono caratterizzate da una più o meno grave disintegrazione dell'io e una diminuzione di capacità critica del piano della realtà: da questo conseguono sintomi come allucinazioni e deliri, crisi dissociative, deterioramento dell'affettività, disturbi della volontà, chiusure autistiche.

I pazienti, durante le sedute, possono esternare il proprio dolore, rabbia, gioia. Essi utilizzano gli strumenti musicali o il proprio corpo per comunicare vissuti, pensieri, emozioni attribuendo ai gesti e alle produzioni sonore un valore simbolico.

* **Anoressia.** In questa patologia la musicoterapia viene proposta come alternativa o supporto alla psicoterapia verbale. Infatti il lavoro con il non verbale assume particolare importanza in persone in cui le problematiche di percezione ed accettazione del proprio corpo sono centrali.

* **Il coma.** La musicoterapia viene usata già nelle fasi precoci o addirittura nella fase acuta, non appena superati i primi giorni in cui vi è una disregolazione delle funzioni vitali.

I presupposti che giustificano questo tipo di intervento sono costituiti dall'ipotesi che il coma non sia una situazione di passività totale ma abbia caratteri di attività, dalla plasticità neuronale del sistema nervoso, cioè dalla sua capacità di sviluppare sotto determinati stimoli nuove connessioni sinaptiche. Si utilizzano cuffie per somministrare ai pazienti musiche preregistrate, oppure si utilizzano strumenti le cui caratteristiche vibratorie possono essere percepite attraverso tutto il corpo. E' importante in questi contesti una dettagliata conoscenza della storia musicale del paziente.

* **Gravidanza.** All'interno del sistema madre-feto avvengono le nostre prime esperienze percettive. Sono numerosi gli stimoli vibro-sonoro-musicali che giungono al feto, provenienti sia dal mondo esterno che da quello materno.

Partendo da questi principi si è pensato di utilizzare la musicoterapia durante il periodo della gravidanza, con l'obiettivo primario si facilitare la relazione madre-bambino e, in definitiva, di prevenire problematiche di interazione tra nascituro e la madre stessa.

* **Malati in fase terminale.** La musicoterapia mira a migliorare la qualità della vita di una persona aiutando cioè ad alleviare i sintomi, rivolgendosi a bisogni psicologici, offrendo sostegno e conforto. La musica può essere intesa come pratica coterapeutica, ed è scientificamente provato che stimola la produzione di oppioidi endogeni.

Da tutte le considerazioni fatte emerge con chiarezza che occorre innanzitutto, da parte del musicoterapeuta, un ascolto consapevole.

Ritorna , come un mantra, il concetto di ascolto consapevole.

Ma da dove viene questo particolare modo di ascoltare che permette al tempo stesso di identificarsi da sé per poter meglio comprendere e “suonare” se stessi per bocca di altri autori ?

Suonare per un musicista significa anche provare il grandissimo desiderio di non fermarsi all'interpretazione di brani precomposti, ma di esprimere qualcosa di proprio, che esprima il suo “senso” e la sua poetica senza mediazioni. A molti musicisti viene voglia di comporre.

7.2 L'antefatto della composizione è l'improvvisazione.²⁹

La tecnica dell'improvvisazione s'impara.

Esattamente come s'impara a interpretare e si diventa interpreti “Classici”, “Blues”, “Jazz”... non a caso ciascun “filone” musicale ha i suoi grandi improvvisatori. Questa capacità è distintiva dei musicisti Jazz o Blues. Pochi musicisti considerano la pratica realmente utile (anche a fini didattici) nell'ambito del repertorio “classico”, anche se nelle scuole organistiche (e pianistiche, in qualche caso) francese, tedesca e italiana essa è importante.

Il tratto distintivo del bravo improvvisatore, rispetto a quello scadente, sta nell'aver a disposizione il “dono” di saper suonare il proprio ascolto.

L'improvvisazione, in quanto sforzo creativo che parte dal “nulla”, dal silenzio, mette inevitabilmente a nudo il musicista: sia quando sta improvvisando secondo un cliché (in ogni caso l'ascolto attento del risultato metterà a nudo il particolare), sia quando sta parlando di se stesso tramite le note.

«Il musicista, se improvvisa realmente e non “rappresenta” un ascolto facendo ricorso ad un più o meno collaudato repertorio di luoghi comuni (i clichés), suona nel qui e adesso il proprio ascolto di sé.».

Chi improvvisa parla di sé tramite le note a condizione che abbia ingaggiato una ricerca, a condizione che dal silenzio conseguente l'inizio di quella ricerca accettato d'incontrarsi con sé stesso. In questo caso il musicista suona il suo “senso”, **suona la sua nota**, come scrive

Alessandro Baricco nel suo romanzo “Castelli di rabbia”.

Stranamente per molti musicisti è più naturale parlare di sé “per bocca d'altri” attraverso l'interpretazione dei grandi autori.

Chi impara a improvvisare spesso impara solo un cliché, che in ogni caso sarà a un tempo originale (in quanto tipico di una persona e di quella soltanto) e radicato profondamente nella tradizione culturale e didattica da cui è stato generato.

L'ascolto consapevole, lo spazio per suonare la propria nota... da dove viene? A chi è dato d'insegnarlo, di scoprirlo?

Secondo **Alfred Tomatis** alla base della capacità di cantare e suonare uno strumento libera, piena e corretta sta una corretta capacità d'ascolto. Preso dal punto di vista prettamente medico-

²⁹ Tratto liberamente da : *Dialogo Sonoro ed Improvvisazione - Mauro Scardovelli* www.mauroscardovelli.com/MT/Musicoterapia/Dialogo_sonoro.html

fisiologico, l'orecchio è il primo organo di senso a fornire dei feedback riguardanti un'esecuzione musicale all'esecutore.

La base per una buona esecuzione musicale passa dall'aver appreso in modo corretto e consapevole a lavorare sui feedback provenienti dal proprio apparato uditivo.

Tomatis suggerisce addirittura degli "esercizi preparatori" all'ascolto. Egli ha provato che esistono determinate posture che condizionano il musicista, la sua capacità d'udire o meno alcune frequenze. Ha inoltre dimostrato quale sia la postura migliore, per la miglior qualità d'ascolto possibile.

Ma se è vero l'assunto che qualsiasi comportamento è studiabile, mappabile quindi riproducibile, anche la capacità d'ascolto profondo, realmente creativo, può essere introiettata..

Di più, si può insegnare ad introiettarla.

Poniamoci all'interno di un gruppo. Questo gruppo deve suonare. E' del tutto naturale e spontaneo cercare insieme un'accordatura, un accordo che permetta ai vari esecutori di suonare in armonia.

Aver trovato un accordo, una integrazione, un "limite", ha fornito ai compositori le strutture necessarie per creare armonie uniche. A tutt'oggi in occidente è una premessa fondamentale tra i musicisti: anche quando per suonare serve "scordare lo strumento", lo si scorda sempre riferendosi al temperamento equabile.

«Se alcune persone si riuniscono da qualche parte e cominciano a parlare tra loro, si dice che conversano, dialogano, discutono o magari che scherzano o litigano. A nessuno verrebbe in mente di dire che esse improvvisano. Se le stesse persone si riuniscono nello stesso luogo e si mettono a suonare assieme senza leggere musica e senza riprodurre musica conosciuta, si dice che improvvisano. (...) siamo così abituati a pensare alla musica come a qualcosa di codificato, riproducibile, riconoscibile, che l'interazione immediata e spontanea tra musicisti ci appare qualcosa di marginale, di insolito o di stravagante. Nella nostra cultura si può diventare musicisti professionisti senza aver mai improvvisato una nota. Quindi si impara a leggere e scrivere, ma non necessariamente a parlare con la musica.»

Se l'improvvisazione musicale individuale è un prodotto di «nicchia» quella di gruppo lo è ancor di più, se non altro perché due o più musicisti devono accordarsi su cosa suonare e spesso questo non è un dato semplice, a meno che non si voglia ricadere nel "cliché" citato più sopra, che impedirebbe un'espressione congruente e genuina.

7.3 Accordatura, quindi, è la parola chiave.

Accordatura degli strumenti, in primo luogo. Di tutti gli strumenti, anche dello "strumento per eccellenza" che è il corpo umano. In genere, secondo **Scardovelli**, l'improvvisazione libera, individuale e di gruppo, il bisogno di strutturare, prevedere e dare un senso alla musica, viene a cadere, generando ansia, incertezza.

Ed è da qui che parte l'improvvisazione di gruppo, dall'incertezza.

Ma se i musicisti sono ben disposti ad ascoltarsi... regolarmente il caos musicale generato dall'ansia e dall'incertezza evolve in qualcosa di integrato, che al riascolto sembra precomposto.

Regolarmente, il feed back riportato dai musicisti nelle verbalizzazioni che vengono dopo le loro

esecuzioni è un vissuto di gioia nel poter esprimere la propria musica, integrandola con quella degli altri.

L'ascolto, centro dell'incontro musicale, principio attivo dell'improvvisazione, ne esce approfondito, in termini di capacità dei singoli di auto ascoltarsi, di ascoltare gli altri, di integrarsi nella musica di cui sono portatori. Tutto questo fa di un musicista un buon musicista.

*«C'è un aspetto di questo nostro mestiere che lo rende unico, non assimilabile a nessun altro: è il fatto che, conciliando paradossalmente verità e finzione, ci incontriamo col cliente e ci proponiamo a lui da una posizione **“come se”**».*

Approdando alla musicoterapia “dal lato dei musicisti”, si può davvero sperimentare come la musica possa realmente fare qualche cosa per gli altri. Uno dei passi più importanti nel percorso è quello di mettersi alla ricerca di quali siano le caratteristiche e le competenze di un terapeuta. Non è semplice, ma è la base del lavoro di formazione.

Il lavoro di terapeuta per molti aspetti è un lavoro come molti altri: è una offerta d'aiuto, generata da una domanda d'aiuto.

È fondamentale, per la professione e la professionalità di chiunque voglia entrare nel ruolo, imparare ad incarnare nel tempo il **“come se”**, come modello cui tendere.

Chi si mette in posizione “d'aiutante” in una relazione d'aiuto è portatore di un'umanità dalla quale non può prescindere, fa parte della sua funzione terapeutica reale ”

Ritengo che tutta la scientificità e la possibilità d'essere realmente portatori d'arte passi dalla profonda comprensione del **paradosso del “come se”**, unica via che permetta di concepire il ruolo di terapeuta come una sorta di “tensione a” un obiettivo: l'essere davvero Terapeuta
Definite alcune riflessioni sulla musicoterapia, occorre porsi una domanda fondamentale :

DA DOVE VIENE LA SPINTA A DIVENTARE MUSICOTERAPEUTA?

Ripropongo una riflessione³⁰ che mi sento di sottoscrivere appieno:

“La spinta a scegliere il lavoro di musicoterapeuta è qualcosa che si ha dentro fin da piccoli e si esplicita crescendo, oppure è una sorta di vocazione personale dovuta a qualche fatto particolare durante la propria vita? C’è una reale differenza ai fini della professione tra lo scoprire negli anni di aver sempre avuto nel sangue una certa concezione della vita e del proprio lavoro e scegliere un lavoro perché a prima vista ci piace?”

Indubbiamente esiste una differenza tra le due ipotesi: la prima sottende un percorso meditato e filtrato attraverso le scelte e le storie della vita, la seconda prevede una minore autoanalisi alla base della scelta.

Tra la professione di musicista e quella di terapeuta esiste una sorta di “gap”: entrambe le scelte professionali prevedono in qualche misura un “contatto con il pubblico”, ma un terapeuta mette in gioco se stesso, ha la responsabilità di contribuire ad alleviare la sofferenza altrui sulla base di studi condotti... quindi la sua scelta prevede che la “messa in gioco” a livello umano sia molto differente da quella di un semplice musicista, e molto più imponente proprio a livello quantitativo. Richiede coraggio, non è cosa di tutti i giorni.”

8.1 Il musicoterapeuta

Gli attributi tipici di un terapeuta sono i seguenti:

la capacità di conoscere, di conoscersi, l’essere in perfetto equilibrio, non avere conflitti interiori in corso, essere portatori di assoluto e incrollabile ottimismo; entrare puliti in terapia, essere puliti “dentro”; ci sono addirittura protocolli di seduta che richiedono al terapeuta di dire se ricorda d’essersi guardato allo specchio, lavato le mani, se ricorda come stava prima d’iniziare la seduta.

Ma esiste davvero un essere umano del genere? E, d’altro canto, quale essere umano in profonda difficoltà accorderebbe fiducia a un uomo che non gli paia quanto meno perfettamente in grado d’essergli d’aiuto, quindi senza problemi evidenti?

Insomma, come può essere che un terapeuta abbia bisogno di terapia, se è lui quello che ha studiato tanti anni per poter essere d’aiuto agli altri, per aiutarli ad emanciparsi? Soprattutto, come può essere che scelga di fare il terapeuta forse proprio perché egli per primo ha bisogno di terapia?

Se conosce le tecniche, le teorie, se ha provato, come può essere che chi si pone nel ruolo di terapeuta sia anche poco sotto lo standard dell’uomo equilibrato e perfetto in grado di risolvere qualsiasi problema dei propri clienti?

³⁰ Esperienze in musicoterapia- Volume II a cura di Ferrari-Xodo- Editrice IL TORCHIO- PADOVA

Sergio Erba³¹ sostiene che una delle spinte più forti del terapeuta ad entrare nel ruolo terapeutico sia la ricerca di sollievo da un proprio disagio. «*Per molto tempo ho pensato che chi ha avuto, nella propria storia, problemi che non riesce a superare da solo, nella processualità della vita, ha tre prospettive di fronte a sé: o li subisce e se li tiene per sempre, o chiede aiuto a un terapeuta, o fa il terapeuta*».

Il minimo che si può pensare di questa affermazione è che sia cinica e che metta a rischio la categoria dei clienti. È lo stesso **Erba** poche righe dopo a riconoscerlo. Inoltre esiste il rischio che una volta risolti i propri problemi attraverso il cammino di formazione e di autoanalisi il terapeuta non riconosca più in sé le qualità necessarie ad essere terapeuta: una volta guarito gli mancherebbe il trauma che fungeva da motore motivazionale alla scelta d'entrare nel ruolo.

Il fatto è che per alcuni di noi le ferite della vita in realtà si tramutano in occasioni d'emancipazione personale. Attraverso quei traumi diventa possibile riconoscere in sé il bisogno di guarire, di mettersi accanto agli altri, ai disabili, ai sofferenti, con più naturalezza. Si estrinseca una reale voglia d'essere utili

Katz e Geneway³² sostengono un concetto simile: chi lavora nell'ambito della relazione d'aiuto al prossimo sta rispondendo anche a una sua personale richiesta d'aiuto.

Un musicista è stimolato a divenire musicoterapeuta anche sulla base della sua fiducia nella musica, del fatto che lui per primo durante il suo percorso di formazione come musicista si è trovato a sperimentare, magari solo a livello intuitivo, che la musica poteva realmente agire dei cambiamenti.

Possiamo individuare dei livelli base per il musicoterapeuta. Essi sono:

- il livello del ruolo, propriamente detto,**
- il livello della funzione teorica e**
- il livello della funzione reale.**

La comprensione di questa distinzione, è fondamentale per la ricaduta diretta che ha sulla professione.

8.2 Ruolo

Il ruolo è inteso come il “luogo della professionalità”: oggettivabile, definibile in termini oggettivi perché sono dati, scritti per contratto.

Fanno parte del ruolo **gli attributi** e tutta quella parte del lavoro del terapeuta che ha a che fare con **la non discrezionalità**, come una sorta di cornice nella cornice. Avere una base certa cui tornare, scegliere d'intrattenere con questa “base certa” un buon rapporto, attraverso negoziazioni e confronti interiori o di supervisione è fondamentale.

³¹ Tratto da : (Sergio Erba, *Domanda e Risposta*, collana “Il ruolo terapeutico”, F. Angeli editore, Milano 1998.)

³² Tratto da : <http://www.andreaafarioli.com/af/wp-content/uploads/2012/03/La-relazione-di-aiuto-in-Musicoterapia1.pdf>

Tra gli attributi di ruolo stanno la responsabilità, l'ottimismo, l'autorità, il potere.

Responsabilità intesa non solo verso il cliente, quindi: preparazione, correttezza, rigore professionale, ma responsabilità rispetto alla propria scelta, prendersi carico della scelta operata, cioè mettersi in posizione di potere e superiorità rispetto al cliente per una questione di servizio nei confronti del cliente.

Abbiamo poi l'**ottimismo**, inteso come fiducia che il cliente attraverso la terapia possa veramente essere in grado di intraprendere un percorso migliorativo. Qui è necessario fare una piccola anticipazione rispetto agli attributi più prettamente aventi a che fare **con la discrezionalità**, cioè con **gli attributi di "funzione"**: un terapeuta può essere ottimista per "funzione", cioè per come funziona caratterialmente. Può non esserlo, per carattere, genetica, esperienze di vita, non esiste una legge che imponga a tutti gli esseri umani l'ottimismo come regola di vita, per quanto sia un approccio salutare all'esistenza, se praticato ecologicamente.

L'ottimismo di ruolo ha carattere completamente differente: è motivato dal percorso di formazione del terapeuta, dall'analisi che il terapeuta stesso ha intrapreso durante la sua formazione, dal continuo lavorare e ripensare sui propri casi in supervisione, con i colleghi. È la convinzione che grazie alla terapia le cose possono cambiare, perché c'è un "principio attivo" insito nella processualità e nella struttura della terapia che rende possibile il cambiamento.

Gli ultimi due attributi di ruolo fondamentali: **il potere e l'autorità** del terapeuta, senza i quali rischierebbe di non sussistere quella "asimmetria" necessaria a fare di una persona un terapeuta.

8.3 Funzione teorica

Alla funzione si attribuiscono **invece tutti quegli attributi** che hanno a che fare con il "modo di funzionare" del terapeuta, e più in generale possono essere associati alla parte processuale (artistica) della terapia. Possiamo dire, per operare una distinzione riduttiva ma chiarificatrice, che alla funzione appartengono i campi del ruolo terapeutico che possono avere a che fare con una maggiore discrezionalità. Al livello funzionale del ruolo appartengono campi che hanno a che fare con la creatività. **Per funzione teorica**, infatti, intendiamo quel campo della professione del terapeuta in cui egli stesso può intervenire: preparazione teorica, preparazione tecnica, fonti cui far riferimento. Sta al terapeuta scegliere in base al suo modo di funzionare quali sono i suoi punti cardine e come sia meglio agire in terapia in conseguenza a queste sue scelte.

8.4 Funzione reale o pratica

La funzione pratica sta al livello più artistico in assoluto. Concerne la vita di tutti i giorni di un terapeuta: l'esperienza accumulata in un dato momento della carriera, il grado di maturità, il modo in cui è arrivato a fare il terapeuta e il suo essere persona. Qui trova composizione un dilemma che molti terapeuti sentono : **lo scarto tra la propria posizione, il proprio ruolo** (che sottintende presa di responsabilità nei termini più sopra descritti), e **il proprio essere terapeuta nella realtà di tutti i giorni**, con un certo grado d'esperienza e di maturazione, con un bagaglio teorico magari in evoluzione.

Il terapeuta, è per sua natura “fallibile”, mal funziona in quanto essere umano. **La distanza tra il livello del ruolo e quello della funzione pratica sembrerebbe difficile da riempire.** Come nelle funzioni matematiche in cui l'incognita si avvicina asintoticamente all'asse cartesiano senza mai incontrarlo. Ci sarà sempre un divario tra terapeuta nella realtà e il terapeuta così come vorrebbe o dovrebbe essere, tra (s)regolatezza e scienza. Come ricomporre il divario?

8.5. Cerchiamo di definire il musicoterapeuta

«...la musicoterapia è ad un grado di sviluppo in cui questi problemi di identità debbono essere esaminati»

Possiamo classificare due figure :

1) *Il musicoterapeuta musicista*

La musica è nello stesso tempo il contenente e il contenuto della relazione terapeutica. Questa affermazione, se accettata, è totalizzante. Di fatto noi possiamo (o potremmo) usare questo mezzo per dire all'altro, quasi telepaticamente ciò che sentiamo “dentro”. Dire senza dire, far capire la sofferenza propria e comprendere quella dell'altro.

Possiamo rendere meno feroce la sofferenza, addolcirla, ammansirla, trasformarla in qualcosa di accettabile e comprensibile.

La riabilitazione diventa più facile e dà risultati migliori, in quanto inserita in un contesto più comprensibile e più amichevole.

Perché e come accade tutto ciò ?

Compito del musicista è saper gestire il linguaggio musicale. Come fare ? Innanzitutto occorre che egli abbia sperimentato su di sé l'ascolto empatico e l'auto ascolto .

E' fondamentale che il musicista sia in grado di tradurre in linguaggio musicale ciò che ha letto, interpretato, improvvisato nell'auto ascolto.

La musica è una forma di linguaggio primitiva rispetto alla parola, ma non lo è solo nella forma espressiva: lo è nel senso che la precede. E' il linguaggio base della sintonizzazione madre-bambino.

Nel tono delle parole della madre c'è musica ; nelle risposte del bambino è facile rilevare i rapporti che intercorrono fra le due vocalizzazioni.

C'è un processo comunicativo che è portatore di senso ; il senso non è difficile da cogliere ma i significati sono molteplici. Ciò dà certezza della volontà di comunicare ma anche libertà di farlo, senza soggezioni o negatività. Sia il bambino che la madre si sentono liberi ma riconosciuti- da qui la possibilità di avere una relazione e dare alla medesima significati diversi.

Il musicista possiede un'ottima base per poter fare da specchio all'altro: l'ascolto musicale consapevole.

Attraverso la formazione musicale ha già appreso (più o meno consciamente) a fare da contenitore e da contenuto alle opere che esegue o improvvisa.

Potremmo dire: «Mi ascolto e ti ascolto (partitura), mi leggo e ti leggo (partitura), mi esprimo e ti esprimo».

L'esecutore attraverso il suo ascolto fa da filtro alla musica: è una valida metafora del ruolo musicoterapeutico.

Quale musica usare in terapia ? Facendo un po' di umorismo (ma non troppo.....) possiamo osservare che tutti i musicoterapeuti possiedono borsoni pieni di strumentini: contengono la parte "solida dello strumentario del musicoterapeuta".

Ma c'è , poi , un bagaglio invisibile.

Si tratta del bagaglio musicale che il terapeuta è in grado di gestire in terapia, che per grandissima parte inciderà sulla musica in divenire durante la terapia.

Ma quale musica ?

Bruscia si chiede quali siano i confini della musica: «(...) è esclusivamente umana, o comprende fonti di suono ambientali o naturali? Secondo quali criteri giudichiamo cosa è organizzato, e cosa no? Cosa è significativo nella musica, e cosa non lo è?».

Tutti gli elementi non verbali che costituiscono elemento di comunicazione in terapia (vibrazione, suono, rumore e ritmo) sono portatori di senso.

Il significato del termine musica per un musicoterapeuta assume necessariamente una valenza molto più allargata rispetto all'accezione comune del termine. Un musicoterapeuta può essere portato a pensare, paradossalmente, che tutto quanto accade in seduta possa essere chiamato musica.

Infatti nella sua classificazione degli strumenti musicali **Benenzon** include anche quelli ricavati dai suoni della natura e dagli strumenti musicali non- convenzionali.

Potenzialmente ogni oggetto può considerarsi strumento musicale.

La produzione sonora può non essere organizzata a tal punto da dar vita a quella che nell'accezione comune viene definita musica.

Spesso la musica inizia percuotendo un pavimento, il muro o... il terapeuta stesso! L'importante quindi è saper valorizzare una musicalità ,apparentemente priva di significato, in modo creativo.

Si potrebbe obiettare che non sono necessarie competenze musicali specifiche per essere musicoterapeuti in un contesto in cui la musica può non essere vera musica.

E' una obiezione solo apparentemente logica.

La competenza musicale approfondita da parte del terapeuta è invece una "conditio sine qua non" per la pratica musicoterapica consapevole ed efficace.

L'esperienza musicale rende aperto e recettivo il musicoterapeuta poiché lo allena all'ascolto consapevole in terapia in maniera graduale e naturale.

Si può affermare quindi che per un terapeuta è fondamentale essere consapevole di quale musica sia in grado di portare in terapia, conscio del fatto che lui per primo è in costante divenire come musicista e terapeuta, quindi può sempre migliorarsi.

Il repertorio sul quale il musicista si è formato, e quello "classico" per il proprio strumento in particolare, è un bagaglio irrinunciabile: fornisce la tecnica vera e propria, allena all'ascolto, garantisce quindi una buona autonomia allo strumento e quindi sicurezza nell'espressione al terapeuta.

La musica di un terapeuta non si ferma al suo repertorio base: **sapere improvvisare o "citare" al proprio strumento è fondamentale, in quanto musicista, e in quanto terapeuta.**

L'improvvisazione deve essere centrata sul cliente, calibrata su di lui, sui suoi personali bisogni.

È importante rilevare che la capacità improvvisativa, dote tra le più spendibili di un musicoterapeuta, può rivelarsi un'arma a doppio taglio.

Il musicista presente in ogni musicoterapeuta, seppure portatore di una capacità empatica eccellente, corre il rischio di «estraniarsi» attraverso la sua musica: d'improvvisare cioè non badando ai bisogni del cliente ma a ciò che in quel momento gli piace, o a ciò che è specchio solo del suo auto ascolto in terapia, non dell'ascolto del "sistema" relazione.

È un po' come interpretare una partitura senza tener conto delle volontà e dell'autore. Dare una interpretazione troppo personalistica ed "ego-centrata" è segno di chiusura all'ascolto. La terapia quindi può non avere luogo, in questo caso.

Saper improvvisare in modo eccellente può essere una barriera.

La musica del terapeuta a quel punto non sarà più segno tangibile d'interesse e partecipazione, sarà solamente musica che autograttifica il terapeuta.

D'altro canto è vero che una bella musica secondo l'accezione comune del termine può essere di grande aiuto in terapia, in quanto agente facilitatore nel contesto della seduta per la creazione di un clima di gioia e di piacere tali da spingere il cliente ad aprirsi.

Non basta. **Una bella musica non è curativa di per sé.**

In questo caso il mestiere di musicoterapeuta non avrebbe ragione d'essere.

I concerti o i Compact Disc di musica che amiamo fornirebbero da soli il principio attivo che fa da motore al cambiamento. Di fatto la presenza del musicoterapeuta sarebbe inutile. Giulia Cremaschi sostiene che sapere improvvisare brani esteticamente belli, sullo stile dei grandi compositori dell'età classica (Mozart, Beethoven...), renda il processo terapeutico più gradevole ed efficace. «(...) nel mondo di sofferenza del bambino la musicoterapia introduce la bellezza: l'estetica, l'attenzione al bello fanno il loro ingresso... (...) Il terapeuta adulto, per convincere il bambino ad aprirsi alla vita, gli offre ciò che di meglio conosce: la bellezza dell'arte».

La presenza di un terapeuta che improvvisa ricalcando gli stati d'animo del suo cliente, ascoltandoli e riproducendoli nella musica invece è il vero PRINCIPIO ATTIVO dell'improvvisazione musicale esteticamente bella.

Il cliente è una partitura da leggere, interpretare ed eseguire. È lui a fornire il punto di partenza, il senso dell'improvvisazione, il terapeuta ascoltandolo gli offre un contesto d'opportunità all'interno del quale aprirsi, nella gioia della bellezza.

In una seduta di musicoterapia non sempre (quasi mai...) si può ricorrere all'improvvisazione basata su brani classici noti o "in stile classico". Spesso improvvisare significa improvvisare a due: la parola è sostituita dagli strumenti che cliente e terapeuta stanno suonando. S'instaura un vero e proprio dialogo attraverso l'ascolto empatico che il terapeuta assicura al suo cliente.

Gaggero a questo proposito dice: «*Spesso il fornire ai clienti la possibilità d'esprimersi creativamente ha ricadute terapeutiche o riabilitative positive anche su quegli aspetti comportamentali o sintomatologici più direttamente legati alla loro patologia (...) ogni espressione musicale, a prescindere dalla sua qualità "tecnica" ed "estetico-formale", costituisce una testimonianza piena ed integrale di dignità umana (...)*».

Uno spettatore che assista a una seduta di musicoterapia spesso può trovarsi spiazzato, pensando di udire un rumore disorganizzato e a-finalistico.

La cosa importante della musica in terapia è che sia "clinica", come dicono Nordoff e Robbins.

Ciò che rende clinica la musica è dato proprio dalla presenza autentica del musicoterapeuta e dalla sua capacità di testimoniare la sua presenza attraverso il suo ascolto.

La musica diviene clinica, quando quello che il terapeuta ha da offrire è un suono che ritrae il cliente, lo mette al centro del discorso e tramite il suo ascolto e la musica che ne scaturisce, sia essa organizzata o meno, sa dire: «*Sono qui per te, mi sforzo di comprenderti, sono interessato a quel che hai da dire e alla tua ricerca di cambiamenti positivi nella tua vita.*»

È fondamentale poter offrire una musica esteticamente bella, frutto di un bagaglio musicale classico che prepara e allena il terapeuta. È importante essere consci della musica che si è in grado di portare in terapia, dell'immagine musicale che si offre di sé. Ma è fondamentale che questa musica sia soprattutto il risultato di un vero incontro umano tra cliente e terapeuta. Senza questo la terapia non può aver luogo nemmeno se il terapeuta stesse improvvisando la più grande musica di tutti i tempi. La musica veramente terapeutica è quella prodotta dal terapeuta che accetta d'incontrarsi nell'autenticità con il suo cliente.

2) Il musicoterapeuta terapeuta

Come abbiamo visto la scelta di fare il terapeuta è spesso dettata da una serie di concause : vocazione personale, propensione a mettersi a disposizione degli altri, vissuti che spingono la persona a un cammino di analisi che porta a scegliere di svolgere un ruolo di facilitatore in una relazione di aiuto.

Si potrebbe quasi affermare che un musicoterapeuta nasca con la predisposizione a fare questo mestiere, ma che scelga di mettersi in questa relazione di aiuto anche in base alla riflessione sulla sua

storia personale.

Quindi: si “nasce” musicoterapeuti, ma si “diventa” musicoterapeuti....

Un terapeuta, prima di tutto, è un attento e consapevole ascoltatore/osservatore, qualcuno che fa da specchio al proprio cliente consentendo a quest'ultimo di trovarsi ed esplorare risposte nuove alle sue vecchie domande di crescita personale.

Il principio attivo della terapia sta nella relazione umana che scaturisce dal rapporto terapeuta/cliente.

È proprio in funzione di questa che la struttura della terapia, fondata sulla capacità d'osservazione/ascolto e auto-osservazione/auto-ascolto del terapeuta può avere luogo, dando inizio al processo terapeutico. In questo processo ha fondamentale importanza la capacità del terapeuta di fornire un contenitore alla relazione, fatto questo che avviene in primo luogo addestrandosi all'ascolto partecipe. La capacità d'ascolto empatico nei confronti del cliente è fondamentale ai fini della buona riuscita della terapia e del ruolo.

Nel musicoterapeuta l'accesso a una caratteristica di ruolo importante come la capacità d'ascolto empatico ha già avuto un suo allenamento parallelo nella formazione musicale, dalla quale il musicoterapeuta può attingere a piene mani.

In seduta, l'enorme differenza tra terapia e musicoterapia è il linguaggio utilizzato per la comunicazione: la musica.

In seduta la parte solista va alla musica, e tutto si risolve lì, senza parole. Senza attribuzione apparente di significato agli avvenimenti clou della seduta. È vero che non è vietato parlare. È altrettanto vero che la parola durante una seduta è un suono. Il terapeuta stesso spessissimo descrive cantando le azioni compiute dal cliente, dando così un messaggio: la parola non è necessaria, il punto nodale dell'incontro sta nella capacità d'esprimersi creativamente tramite la musica. Questo per poter dire: sono qui, ti ascolto, ti accolgo, sono partecipe.

Musicoterapia è una parola composta dalle parole “musica” e “terapia”, che potremmo definire “papà” e “mamma” di questa disciplina. In qualità *figlia, essa* porterà in sé i caratteri genetici del padre e della madre; questi ultimi, “miscelati” debitamente daranno origine ad un organismo nuovo. Pur somigliando a mamma e papà quest'organismo sarà un essere unico, dotato di peculiarità assolute rispetto ai genitori.

Il musicoterapeuta ha in sé tanto le professionalità del musicista, quanto quelle del terapeuta. La formazione personale di un musicoterapeuta prevede che ci sia una massa di dati da assimilare e far propri. Bisognerebbe col tempo incarnare quei dati: farsi voce consapevole e spontanea di valori e di tecniche, confrontarli con le proprie premesse epistemologiche di partenza, integrare le due cose e negoziare col terapeuta in divenire che è in noi.

Ciascuno ha i suoi tempi. Al momento la strada più ecologica consiste nello stabilire una cornice di lavoro comune a tutti i musicoterapeuti.

Tra le competenze comuni io metterei la capacità di definire il ruolo e le funzioni di musicoterapeuta, e la capacità di negoziare con il livello funzionale teorico e pratico man mano che la professione porta ad affrontare diverse “utenze” e differenti contesti di lavoro.

«La sfida di una vera formazione è quella di liberare le forze evolutive presenti in ogni contesto, a partire dal contesto del proprio mondo interno». (Scardovelli)

La principale forza evolutiva da liberare in un percorso di formazione è spessissimo la più dura e difficile da liberare. Si tratta della consapevolezza.

Implica che per primo l'allievo si renda disponibile affinché ciò avvenga, e questa disponibilità non è sempre da dare per scontata.

Riconoscere la propria soggettività, con tutto ciò che di positivo e negativo essa porta con sé è la parte preponderante del lavoro di formazione.

E' fondamentale prendere coscienza di sé stessi come persone, delle proprie motivazioni a scegliere il lavoro di musicoterapeuta, andare "a caccia" dei propri limiti e metterli in gioco per accedere a una migliore conoscenza di se stessi.

8.6 Gli attributi a livello funzionale teorico e pratico del musicoterapeuta

A) Competenze artistico musicali

Una sviluppata capacità di attenzione al più piccolo dettaglio;

Un approccio al lavoro altamente disciplinato;

Essere in grado di ascoltare gli altri; per esempio nella musica da camera e con piccoli organici senza nessuno che svolga la funzione di direttore, in cui ci si sintonizza in base a modalità partecipative intuitive, comunicando all'interno di un delicato equilibrio nel quale si integrano il condurre e l'essere condotti;

La precisa consapevolezza di importanti parametri musicali quali tempo e fraseggio;

La capacità d'integrazione artistica e di assumersi rischi in modo immaginativo e creativo.

B) Competenze personali

La capacità di empatizzare con persone di ogni età e con una ampia gamma di bisogni;

Tolleranza, specialmente in relazione a punti delicati quali razza e sessualità;

Pazienza;

Essere "aperti" e possedere una attitudine ad un pensare interlocutorio;

Gentilezza ed energia

Flessibilità ed adattabilità

Senso dell'umorismo

Equilibrio emotivo.

Questo "ELENCO" degli attributi di ruolo di un musicoterapeuta può essere considerato super partes. Può fungere da base nella ricerca sul ruolo terapeutico in musicoterapia. Ottimismo, respon-

sabilità dell'ingresso del ruolo, disciplina, duttilità, capacità di mantenere la giusta distanza, capacità d'auto ascoltarsi, sono attributi che in questo schema vengono nominati e sintetizzati, presi a prestito dalla psicoterapia ma modulati, resi musicali e fruibili da molti, se non da tutti, i musicoterapeuti. Qui sono definiti il livello del ruolo e quello della funzione teorica e pratica per un musicoterapeuta.

L'attenzione al dettaglio: il vestito, i gesti, lo sguardo del cliente che fa il suo ingresso in seduta, l'attenzione al tono delle sue risposte, siano esse musicali o verbali hanno enorme importanza per valutare quale tipo di risposta dare al cliente, momento per momento.

L'essere musicista ha già abituato il musicoterapeuta ad essere disciplinato, almeno per ciò che concerne i musicisti che hanno una preparazione accademica o comunque "specializzata": per loro l'attenzione al piccolo dettaglio agogico o di fraseggio hanno grande rilevanza. Ad es.: saper suonare in quartetto implica non solo grande capacità d'ascolto dei propri compagni, ma anche grande capacità d'auto disciplina.

Ascolto e autoascolto sono doti che permettono al musicoterapeuta di riuscire a "stare nella percezione" e lasciare che sia la "percezione" ad agire in terapia.

Il musicoterapeuta diventa una sorta d'antenna che riceve e trasmette rimanendo in equilibrio tra fare e non fare: quante volte capita che al termine di una seduta il terapeuta si chieda: «Ho suonato troppo? Ho suonato troppo poco? Ero presente?

Oppure... ero invadente?». Riuscire ad essere buoni ascoltatori di sé stessi e del proprio cliente consente di mediare in tempo reale tra se e il cliente, tra il polo del fare, inteso come suonare, spronare, rischiando di opprimere il cliente, e il polo del non fare, inteso come lasciare troppa libertà al cliente, che rischierebbe di sentirsi non contenuto a sufficienza.

Essere "aperti" e possedere una attitudine ad un pensare interlocutorio include in se anche la capacità d'essere costantemente in bilico ed in grado di mediare. Spesso si sente parlare d'attitudine "direttiva" o "non direttiva" del terapeuta e di conseguenza di "direttività" o "non direttività" in terapia. La questione in sé è spinosissima: in effetti c'è un'enorme differenza tra le due "funzioni pratiche" di un terapeuta, non è il caso di provare a dirimere la controversia in questa sede. Al di là della predisposizione naturale di ogni singolo musicoterapeuta verso l'uno o l'altro polo, è interessante sottolineare che tramite l'ascolto, il "pensare interlocutorio", si può entrare in uno stato di consapevolezza tale, in seduta, da essere in grado di modulare la propria capacità direttiva (o non direttiva) su ciascun cliente, e a seconda della situazione che si viene a presentare in terapia. Si può essere in grado di mediare in maniera costante.

8.7 Matching, pacing, leading

Matching, pacing e leading sono tre termini che indicano le varie fasi di un percorso di terapia. Questi momenti possono segnare lo sviluppo di un intero percorso di terapia, oppure li possiamo ritrovare contemporaneamente presenti nell'arco di ciascuna seduta. Questi tre stadi del percorso

di terapia dipendono dalla capacità del terapeuta di essere davvero presente in terapia, e ovviamente dalla sua esperienza.

1) **Matching**: il musicoterapeuta ascolta e “studia” il cliente per accordarsi con lui e creare empatia, facendolo sentire accettato e ascoltato nel profondo; una volta stabilito il primo contatto, il terapeuta attua il

2) **Pacing**, cioè sta al passo col cliente, ricalcandone le modalità espressive. In questa fase il terapeuta crea la “base sicura” che permette al cliente di sentirsi sicuro di sé e del rapporto con il terapeuta tanto da poter recuperare energie necessarie per ricominciare a “esplorare” se stesso e il mondo circostante.

3) **Leading**: nella fase di Leading (condurre), il terapeuta propone alternative al di fuori dell'esperienza del cliente; da qui inizia il percorso che fa scoprire al cliente le sue risorse.

Il musicoterapeuta testimonia la sua presenza in terapia grazie alla qualità del suo ascolto, che nelle fasi di Matching , Pacing e Leading svolge un ruolo differente.

Attraverso la restituzione in musica della sua capacità d'ascolto è in grado di dire al cliente «Ci sono, comprendo, m'interessa».

La fase di Matching e quella di Pacing contribuiscono in maniera determinante alla creazione del rapport, «un'intensa relazione di fiducia, ovvero una relazione empatica costruita mediante il ricalco del mondo interno del bambino»

8.8 Il ruolo dell'ascolto nella fase di rapport (matching e pacing) e in seguito in quella di leading.

La relazione empatica deriva direttamente dal ricalco del mondo interno del bambino (del cliente). Il terapeuta dovrà prestare grande attenzione a mille parametri che possono essere considerati spia di quanto accade nel mondo interno del cliente, ad esempio: respiro, frequenza cardiaca, tono muscolare, colore della pelle, postura, posizione della testa, direzione dello sguardo, abbigliamento, posizione nello spazio, strumenti scelti (o non), modo di suonarli (o non).

Questi parametri possono effettivamente fornire una bussola in tempo reale rispetto allo stato del cliente in terapia, e il terapeuta, una volta rilevato tutto l'insieme di dati che ha visivamente e acusticamente a sua disposizione deve ricalcarli.

Ricalcare non significa ricopiare. Se il terapeuta assume in toto come fossero suoi la frequenza respiratoria, la postura etc... del cliente si sta limitando a farne una copia più o meno esatta, che nel migliore dei casi metterà a disagio il cliente, poiché sarà una copia superficiale. Rappresenterà solo l'interpretazione e la lettura del terapeuta rispetto alla produzione del cliente. Il vero ricalco da parte del terapeuta sa di essere la risultante dell'incontro tra musicisti che improvvisano e si stanno sintonizzando. Si tratta di andare alla ricerca di una “accordatura ben temperata” che dia al cliente lo

spazio per esprimersi e la percezione di sentirsi accolto per ciò che veramente è e permetta al terapeuta, nella giusta distanza di fare da specchio al cliente, restituendogli particolari della sua produzione musicale i quali saranno però inevitabilmente frutto dell'ascolto del terapeuta, unico e irripetibile. Insomma, il vero ricalco non può esistere se il terapeuta non accetta d'esserne parte e di essere uno specchio che inevitabilmente potrà riflettere solo alcuni particolari dell'immagine proprostagli.

In effetti ad es. solo Schubert potrebbe eseguire la sua "Wandererfantasie": è l'unico che ne conosce il senso ed è in grado di leggerne il significato profondo.

L'esecutore fornirà una interpretazione, una restituzione del brano. Allo stesso modo, il cliente è l'unico portatore del vero senso e del vero significato del suo discorso in musica, il terapeuta ne può fornire una restituzione accuratissima, ma sa che attraverso il suo ascolto passerà anche qualche cosa di sé.

Per quanto riguarda la fase di leading, quella durante la quale il musicoterapeuta inizia ad arricchire il quadro costruito fino a quel momento, è utile riportare una considerazione di S. Rosen a proposito dei racconti che usava con i clienti dei quali si occupava, in qualità di psicoterapeuta: «...*la mia scelta dei racconti non era determinata da alcun preconcetto, (...) è importante anche sottolineare che questo processo avveniva nel contesto di una buona relazione terapeutica. I clienti enucleavano le parti del racconto che si riferivano al loro caso. Non erano necessariamente quelle parti che io pensavo avrebbero scelto. Ma erano d'aiuto.*».

Durante la fase di leading il terapeuta propone alternative al di fuori dell'esperienza del cliente, nel tentativo di far scoprire al cliente le sue potenzialità di cambiamento. Il cliente nel rispondere al terapeuta si avvarrà della sua capacità d'ascolto, delle sue esperienze, e non è detto che risponda al terapeuta come questi si aspetta che avvenga. Ancora una volta sta alla capacità d'ascolto del terapeuta creare la necessaria mediazione che consenta di calibrarsi sulle risposte musicali del cliente e continuare insieme a lui a scoprire territori nuovi.

Il corpo suona

Non faccio riferimento alle tecniche di percussione del corpo, che pure sono un validissimo modo di fare musica attraverso la propria corporeità e possono essere un valido strumento.

Ci sono elementi presenti in un incontro di musicoterapia che a prima vista possono apparire marginali perché dati per scontati, non essere considerati elemento musicale.

In realtà questi elementi sono musicali "in prima persona" o facilitano la comunicazione musicale tra musicoterapeuta e cliente: respiro, voce e gestualità intesa in senso globale.

La presenza del terapeuta in seduta è innanzitutto una presenza musicale, come abbiamo visto: il terapeuta offre la musica come strumento di relazione, comunicazione e quindi di terapia. La presenza fisica e corporea del terapeuta è naturalmente musicale, ed è bene esserne coscienti.

Il corpo umano è il primo "strumento" che si porta in terapia, attraverso il suo stare in terapia, ma soprattutto attraverso la musicalità del respiro e della voce.

Molti clienti si rivelano in grado di cogliere tutti i segnali che provengono dal musicoterapeuta, anche se piccoli e apparentemente insignificanti.

Uno dei parametri cui il cliente è spesso intuitivamente più sensibile è la respirazione.

La base musicale della presenza del corpo del musicoterapeuta in terapia è il suo respiro. La sua regolarità, rilassatezza, distensione, sono dati che forniscono un indicatore della congruenza del terapeuta durante la seduta. Bastano pochi attimi per modificare questi parametri in modo da facilitare o complicare la comunicazione.

A ben guardare gli stessi brani musicali respirano: il respiro della musica segna lo svolgersi della narrazione. L'esecutore partecipa di questo "respiro" anche fisicamente, accompagnandolo ricalcandolo con la sua respirazione. Questo processo dà freschezza e autenticità alla musica; rafforza nell'ascoltatore l'impressione di congruenza del musicista, dà all'esecutore la sensazione di una presenza "profonda" nella musica che suona.

Allo stesso modo il musicoterapeuta nel percepire il suo respiro avrà indicazioni utili per sapere come sta, e potrà rintracciare anche eventuali blocchi energetici che gli impediscono un ascolto consapevole del suo cliente.

La respirazione "monitorata" in modo costante favorisce la musicalità del terapeuta e l'autenticità della sua presenza verso il cliente, poiché è una forma di comunicazione molto primitiva, filogeneticamente e ontogeneticamente parlando.

Inoltre, sapere come si sta respirando permette di essere autentici nel parlare e nel cantare. Il tono di voce sarà specchio fedele del senso dei messaggi, musicali o verbali che essi siano. La naturalezza e congruenza della voce in terapia sono importantissime, sono una garanzia d'ascolto per il cliente.

Monitorare il respiro non significa controllarlo o "dirigerlo", correndo l'ovvio rischio di alterare la presenza in terapia tramite un ritmo artefatto. Monitorare il respiro significa prenderne atto, lasciare che la percezione guidi il modo di stare in terapia, accettandolo, prendendo atto anche di blocchi, difficoltà. Questo allo scopo di essere strumento musicoterapico autentico per il cliente.

La voce è lo strumento di comunicazione più potente e diretto tra terapeuta e cliente, poiché è in grado di scatenare ricordi anche molto primitivi della persona, poiché è il segno più autentico della presenza del musicoterapeuta in seduta, proprio perché "figlia" del respiro.

Alcune considerazioni

La ricerca dei cardini fondanti il ruolo del musicoterapeuta permette di fissare un sistema di assi cartesiani entro i quali muoversi nel proprio lavoro. Attraverso questi assi cartesiani un musicoterapeuta può sviluppare la sua ricerca e la sua professione a trecentosessanta gradi.

L'ascolto consapevole si è rivelato filo d'Arianna attraverso il quale si è dipanata la ricerca dei possibili fondamenti del ruolo terapeutico. Esso rende possibile l'individuazione del livello filosofico, del livello strutturale e del livello processuale del ruolo del musicoterapeuta, indipendentemente dalle scuole di pensiero. Permette l'approccio a queste ultime nel rispetto profondo di ciascuna, mette le varie scuole in dialogo, con l'obiettivo di aprire un confronto fruttuoso che tenga conto di somiglianze e differenze tra vari "mondi" da parte del musicoterapeuta, il quale avrà modo di indagare costantemente sulle tecniche, in base alle premesse epistemologiche di ciascun filone senza correre il rischio di compiere sofisticazioni o eccessive semplificazioni.

Marianella Sclavi propone “Le sette regole dell’arte di ascoltare”. Queste regole pongono l’accento sull’importanza di non interpretare l’interlocutore, evitando d’arrivare a conclusioni, a tutti gli effetti non determinanti. È importante saper relativizzare il proprio punto di vista, vederlo, percepirlo, poiché esso è un filtro nei confronti della realtà: la disidentificazione ha quindi un’enorme importanza per poter percepire quali siano i filtri personali, le premesse epistemologiche. Disidentificarsi significa anche assumere temporaneamente altri filtri, altri sistemi di premesse nell’approccio alla realtà: parliamo di empatia, di capire il punto di vista degli altri. Un ruolo importantissimo nell’ascolto è affidato alle emozioni, che «*Non ti informano su cosa vedi, ma su come guardi*», quindi forniscono informazioni sul modo d’ascoltare, sui filtri che ciascuno applica alla relazione. I segnali “marginali e irritanti, perché incongruenti con le proprie certezze” che provengono dall’ascolto fanno da bussola ad un buon ascoltatore. Questi sono elementi che aiutano moltissimo nell’incontro con l’Altro, perché ci mettono in discussione.

Attraverso l’esercizio dell’ascolto così come viene proposto da Sclavi si può apprendere a gestire in maniera ecologica il conflitto e i dissensi, essere più ricettivi ed equilibrati, più centrati nella relazione e in grado di vedere il lato umoristico e positivo di ogni incontro.

Queste sette regole sono riassuntive: l’ascolto aiuta la mediazione, l’analisi dei problemi. Aiuta a disidentificarsi da sé per poter riconoscere l’Altro da sé di cui ciascuno è naturalmente portatore, consente di mettere in dialogo le parti, un dialogo senza pregiudizi. Potremmo assimilare questo dialogo alla forma musicale della fuga: un tema che viene raccolto ed elaborato dalle varie parti (o voci), in un’architettura complessa, in cui nessuna voce viene tralasciata e tutti gli elementi della costruzione musicali sono di volta in volta messi in luce dalle varie parti.

Si crea un dialogo, un confronto, che non vuole cercare risposte definitive, che non si propone di elaborare dogmi, ma media continuamente fra le varie parti, fra le voci. Gli “ossimori”: “arte/scienza”, “genio/regolatezza”, “oggettività/soggettività” sono continuamente analizzati, composti e scomposti armonicamente, alla ricerca di volta in volta di una soluzione ecologica per la diade “cliente/musicoterapeuta.”³³

³³ Adattamenti da: M. Erickson, *La mia voce ti accompagnerà* (1982), i racconti didattici di Milton Erickson a cura di Sidney Rosen, Astrolabio, Roma, 1983

M. Scardovelli, *Musica e trasformazione*, 1999, Borla, Roma

A. Oldfield, *Comunicare tramite la musica: l’equilibrio tra seguire ed iniziare*, in “Manuale di Arte e scienza della musicoterapia”, 1995 OPA, 1997 ISMEZ, Roma

K. Bruscia, *Definire la musicoterapia* (1989), ISMEZ, Roma 1999

R. O. Benenzon, G. Wagner, V. H. de Gainza, *La nuova musicoterapia*, ed. Phoenix, Roma

IMPROVVISARE... COME ?

Ma torniamo al tema dell'improvvisazione.

L'improvvisazione (dal latino : *Improvisus*– inaspettato, inatteso) per sua natura costitutiva è qualcosa che accade e che poco si presta ad una classificazione.

L'atto improvvisativo in sé è qualcosa d'evanescente .

Ad esso si oppone la teoria scientifica che cerca di prevedere con la massima esattezza l'evento oggetto di indagine.

Questa considerazione potrebbe far pensare che l'improvvisazione in sé sia qualcosa che non si studia, perché semplicemente accade e difficilmente può essere ripetuta fedelmente.

Si potrebbe pensare che sia impossibile rintracciare studi che si riferiscono all'atto improvvisativo ed è così.

Non è impossibile però cercare di trovare delle tracce in esperienze che hanno per oggetto e scopo proprio l'improvvisazione.

Possiamo ricordare che in alcune discipline artistiche sono fortemente richieste libertà e creatività.

In alcune discipline, persone particolarmente dotate, possono memorizzare l'atto improvvisativo che si svolge davanti a loro, ricordarlo e trascriverlo.

Ciò vale in particolare per la musica in cui la creazione estemporanea non lascia tracce e richiede una memorizzazione ed una sensibilità fuori del comune per essere ricordata e trascritta (non perduta).

Un musicista, nel momento in cui improvvisa, grazie alla preparazione teorica e tecnica, alla sensibilità e al gusto estetico, crea un qualche cosa di formalmente riconoscibile.

Chi ascolta può “ri-sentire certe forme”, emozionarsi ed eventualmente rispondere, dando vita ad un dialogo.

Nell'**improvvisazione musicoterapica** troviamo molti punti in comune con quella propriamente musicale (strumenti, forme, persone...), ma esistono anche altre competenze (transfert – controtransfert, personale analisi sonora, fenomeni fonosimbolici...), ugualmente importanti che ne connotano le premesse e gli obiettivi.

Quindi, per ben operare all'interno del setting, attraverso una comunicazione prevalentemente o totalmente non verbale, l'operatore di musicoterapia deve affiancare a notevoli competenze musicali, anche adeguate competenze che potrebbero essere definite come meta-musicali.

Cercando fra i vari autori che hanno studiato il fenomeno della improvvisazione possiamo notare che molti hanno adottato una classificazione della medesima distinguendo l'origine e il modo con cui veniva esercitata.

Abbiamo così:

9.1 L'improvvisazione musicale “pura” ³⁴

Nella musica tradizionale africana dominava l'anello, un cerchio intorno al quale gli uomini si muovevano, cantavano, danzavano e gridavano sostenuti dal ritmo dei tamburi.

Suonare il tamburo era un'arte nobile, uno strumento che rendeva possibile conservare e tramandare i valori culturali africani.

Quando la schiavitù arrivò in America, i proprietari di piantagioni, temendo rivolte e insurrezioni, proibirono ben presto di suonare i tamburi indigeni. Ma, pur avendo spezzato l'anello, liquidandolo come culto pagano, le tradizioni musicali continuarono sotto forma di richiami nei campi, preghiere e altre forme di espressione vocale con il banjo e il violino al posto del tamburo, ricchi di una “carnalità” che andava oltre la comunicazione personale.

Poi un giorno, dai campi di cotone della Louisiana, qualcuno riuscì a far alzare la sua voce sopra le altre. Il blues stava riuscendo a far valere le caratteristiche peculiari della gente che lo suonava: la rabbia, la malinconia, la scarsa istruzione e la povertà.

Nasce così l'improvvisazione musicale pura : **cantare e suonare con una chitarra senza avere un insegnante** ; grosso modo eseguire una musica non già preparata né scritta in precedenza, bensì inventata al momento.

Questa forma d'improvvisazione, svincolata com'è da regole e strutture può essere ritenuta pura.

Un'esecuzione – fortemente legata al concetto stesso di composizione – semplice, unica ed irripetibile, in cui esprimere liberamente tutto il dolore di un popolo.

Altre considerazioni che possono essere fatte (Improvvisazione in musica):

L'improvvisazione prevede un *insieme di competenze e abilità cognitive diverse* → tecnica, conoscenze teoriche, memoria, abilità percettive e relazionali, esplorazione, gioco, creatività, apprendimento, repertorio, capacità di modularsi); è frutto di interazioni articolate tra individuo e contesto (armonico, ritmico, melodico, sociale).

Improvvisare è *libertà condizionata*, è *saper giocare con le regole date, senza usarle come strumento difensivo*.

Un buon improvvisatore è disponibile al cambiamento musicale.

Cage: oppone l'*alea* all'improvvisazione, per sfuggire alla replica di stereotipi. La non conoscenza dell'oggetto musicale (cactus) costringe ad un atteggiamento naif, esplorativo.

9.2 L'improvvisazione musicale “strutturata”

Per quanto riguarda la musica europea, l'improvvisazione è stata largamente impiegata nel corso dei secoli sia nella forma di **libera invenzione** su uno o più temi, sia di **realizzazione di un accompagnamento** strumentale su linee melodiche, sia di **variazioni e ornamentazioni** pure per una melodia data (pratica quest'ultima di cui, nei secoli XVI e XVII, si abusò a tal punto che le melodie scritte divennero spunto per esibizioni di carattere esclusivamente virtuosistico).

³⁴ *Tratto liberamente da tesi di Roberto Caetani-L'improvvisazione musicale in MT- Scuola di MT di Roma*

Maestri dell'improvvisazione furono tutti i più grandi clavicembalisti e organisti dal secolo XVI al secolo XVIII; in particolare si ricordano **Domenico** e **Giovanni Gabrieli**, **Girolamo Frescobaldi**, **Dietrich Buxtehude** e, su tutti, **Johann Sebastian Bach**.

Frequenti furono anche le gare di improvvisazione (famoso quelle al clavicembalo fra **Domenico Scarlatti** e **Georg Friedrich Haendel** , e quelle al pianoforte tra **Wolfgang Amadeus Mozart** e **Muzio Clementi**)

L'improvvisazione venne coltivata anche da **Ludwig van Beethoven** che, anzi, diede il via alla pratica dell'improvvisazione pianistica durante i concerti, successivamente portata avanti da **Franz Liszt**, **Fryderyk Chopin** e **César Franck**.

In tempi più moderni abbiamo che l'improvvisazione ha assunto importanza rilevante nell'ambito della musica colta più recente, la cosiddetta nuova musica, e nel jazz dove, grosso modo, se ne possono distinguere tre tipi:

1) la parafrasi

(in cui il musicista sovrappone alle armonie date nuove linee melodiche ottenute modificando leggermente il discorso di un tema)

2) la creazione di melodie originali

(sviluppate però sempre su armonie date)

3) la creazione libertaria

(che non fa riferimento ad alcuno schema armonico precedente).

In tutte le diverse forme d'improvvisazione "strutturata", il musicista percorre, più o meno parallelamente, due grandi direttive: **la via convenzionale** e **la via istintiva**.

La via convenzionale:

è tutto ciò che il musicista ha appreso nel corso della sua formazione: teoria, armonia, pratica quotidiana con il proprio strumento, tutta la musica scritta e tramandata sugli spartiti ed anche quella ascoltata sui dischi, dal vivo, ecc.: praticamente **tutta la cultura musicale acquisita**.

I musicisti che si sono formati nei conservatori, tecnicamente preparati a riprodurre anche i più grandi capolavori, spesso hanno difficoltà ad improvvisare. Da una parte vorrebbero dare libero sfogo alla propria creatività e magari riescono a suonare qualche nota sullo strumento, ma alla prima "stonatura", subito avvertono un forte impulso che impedisce loro di proseguire.

La via istintiva:

è la capacità dell'improvvisatore di *astrarsi dalle cose del mondo* entrando in quel particolare " **stato modificato di coscienza**" attraverso il quale è possibile instaurare uno straordinario contatto con il proprio strumento e la musica creata.

Percorrendo questa via, il musicista impara a "convivere" con il proprio atteggiamento critico, evitando così di farsi coinvolgere dagli "impulsi paralizzanti".

Questo stato di grazia, raggiungibile con diverse tecniche, porta il musicista ad una fusione con il proprio strumento che gli permette di suonare in modo diretto e immediato ciò che percepisce intuitivamente, senza dover attingere alla memoria cosciente.

In questa magica dimensione, ogni nota, ogni accordo, ogni suono diventa meravigliosamente bello e carico di significato, e lo stimolo a produrre musica cresce sempre più forte, fino a sfociare in veri e propri "raptus creativi".

Questa particolare attitudine ad “estasiarsi”, nel senso letterale di ex-stasi – uscire da una condizione di stasi, immobilità – non è prerogativa dei musicisti.

Daniel Goleman scrive che è una condizione riscontrabile in centinaia di uomini e donne nel momento in cui *“superano sé stessi in un’attività che amano. Questo perdere la consapevolezza di se stessi, spogliandosi delle preoccupazioni della vita quotidiana e soprattutto dell’ansia di far bene, sembra contraddire il controllo magistrale che questi individui mostrano nello svolgere l’attività che amano. “*

Torniamo al musicista...

Queste vie sono complementari e si integrano in percentuale variabile:

si alternano cioè momenti in cui la razionalità è più forte a situazioni dove invece la mente allenta la sua presa ed è allora la pulsione creativa a predominare.

A questo punto, viene spontanea una domanda:

- se nell'intelligenza emotiva,(sempre secondo **Goleman**) , rientrano tutta una serie di caratteristiche, che vanno dalla capacità di motivare se stessi a quella di saper modulare i propri stati d'animo, fino alla capacità di essere empatici, quindi comunicare
- se la *capacità di essere empatici* è una delle competenze richieste al musicista e al musicoterapista
- e se, sia il musicista puro che il musicoterapista *utilizzano le forme del linguaggio musicale,*

allora: **dov'è la linea di confine che separa queste due professioni apparentemente simili?**

9.3 Alcuni concetti utili per la comprensione e la spiegazione dei meccanismi interni dell'improvvisazione in musicoterapia

In musicoterapia non esiste un genere precostituito: musicoterapeuta e paziente definiscono il loro “stile”;

- *la reciprocità tra musicoterapeuta e paziente è punto di arrivo, non di partenza;*
- *i temi/suoni dipendono non da un genere scelto, ma rappresentano le caratteristiche fenomenologiche del paziente e del suo vissuto percepite empaticamente; la proposta del musicoterapeuta deriva non solo da ciò che coglie del comportamento del paziente, ma dal senso che coglie in questi.*

Il musicoterapeuta accoglie empaticamente l'altro (ciò che comunica con corpo...) dentro di sé, in uno spazio vuoto, distingue le proprie emozioni da quelle del paziente e produce (se ritiene utile per il paziente) un gesto/suono/silenzio espressivi dell'incontro e rivolti maieuticamente all'altro.

Il musicoterapeuta fa tutto questo immettendo le sue caratteristiche sonore musicali, i suoi elementi controtransferali;

in musicoterapia ascoltiamo la musica non come musica ma come “stati dinamici dei sentimenti”.
(Pavlicevic)

L'improvvisazione clinica rivela le forme dinamiche del sentimento, l'essenza del modo della persona di essere al mondo.

L'improvvisazione clinica cerca di leggere le capacità del paziente di organizzarsi per entrare in comunicazione con un'altra persona; il musicoterapeuta legge gli affetti vitali del paziente.

Utilizziamo, per meglio comprendere, **uno schema visivo:**

IN UN CONCERTO

Da una parte abbiamo gli utenti (spettatori) UT UT UT UT UT UT	dall'altra abbiamo i musicisti M1 M2 M3
---	--

Vi sono delle **interazioni all'interno dei due gruppi e fra i due gruppi.**

Fra gli utenti abbiamo a rilevare: la loro diversa sensibilità e capacità di ascolto	Fra i musicisti abbiamo a rilevare: il narcisismo del musicista e la comunicazione tra musicisti
--	---

Fra i musicisti e gli utenti abbiamo **la risposta** degli utenti.

POSSIAMO NOTARE AD ESEMPIO:

Un alto livello narcisistico di **M1**

E la comunicazione prevalentemente unidirezionale tra

M1 e UT (tutti o una parte)

Possiamo aver anche un **setting semicircolare** e un **alto livello di comunicazione** tra

M1,M2, M3

Possiamo notare che se gli utenti partecipano come spettatori essi sono fuori dal setting e , quindi, vi è **sproporzione** fra la proposta di

M1,2,3 e la risposta di **UT (tutti)**

E IN UNA SEDUTA DI MUSICOTERAPIA ?

Supponiamo di avere questa composizione di gruppo:

MT ----- UT UT UT UT ----- CT

Legenda : **MT:** musicoterapista **UT:** utente – paziente **CT:** co-terapista

Possiamo notare che livello narcisistico di

MT e CT

è pari a zero;

il setting è circolare (l'anello!);

esiste un alto livello di comunicazione tra

MT , CT ed UT

Dove : - utenti = pazienti;

- utenti nel setting;

- comunicazione circolare;

- proporzione tra proposta/risposta nella produzione di

MT CT e UT

Da questi schemi si deduce che, riprendendo le parole di **G. Di Franco:**

...il punto nodale che differenzia l'uso del linguaggio sonoro in musica da un contesto musicoterapico è proprio nella finalità...io posso esprimere, creare, o per comunicare (stabilire relazioni) con l'altro oppure per investire l'altro della mia produzione con tutte le componenti narcisistiche connesse al mio bisogno di performance...

Quindi, nella musicoterapia e nelle arti terapie in genere, malgrado esista una valenza estetica – relativa ai parametri, ai materiali e alla loro modalità di elaborazione – l'obiettivo non è certo quello di far nascere delle opere d'arte; bensì, **si utilizzeranno i “segni artistici” come mezzo per arrivare ad una sintonizzazione con “l'altro”.**

Questa finalità relazionale non è un fatto a sé stante, ma porta con sé tutto un insieme di elementi da riconsiderare.

Questi ultimi, opportunamente rivisitati e potenziati, vanno ad allargare la linea di confine fino a farla diventare uno spazio ben definito, sul quale giocare la preparazione e quindi la professionalità del terapeuta.

Assume quindi particolare importanza LA RELAZIONE

LA RELAZIONE

Per stabilire una relazione è necessario **comunicare**, letteralmente mettere in comune.

Questo, usando le parole di **Scardovelli**

“...presuppone comprensione, presenza, risonanza da parte di un altro essere umano...”, all’interno di uno spazio fisico e mentale, in cui esistere come persone.

In generale, una sana relazione sociale prevede tre distinte capacità:

1) prendere atto dell’esistenza dell’altro

come individuo con un comportamento diverso dal mio ed, eventualmente, modificare il proprio per adattarlo ad abitudini, atteggiamenti, schemi di valutazione che possono essere riconosciuti in un contesto nel quale ci si relaziona;

2) uscire momentaneamente dal proprio punto di vista

per assumere quello altrui, così da arrivare ad una comprensione profonda dell’altro;

3) stabilire dei rapporti di collaborazione con gli altri

per esempio, cooperare per conseguire un obiettivo comune – pur mantenendo una certa indipendenza ed originalità di pensiero.

Di queste tre capacità, a mio avviso, ***il musicoterapista deve possedere e potenziare la prima e la seconda.***

Se conosco la tua mappa mentale posso vedere il mondo con i tuoi occhi, ascoltare i suoni con le tue orecchie e toccare le cose con la tua pelle.

Prima di stabilire come potenziare queste capacità è necessario chiarire **due** concetti fondamentali.

10.1 Il non verbale

“...venne il momento del mio assolo, incominciai a suonare e dopo poche note sentii il pianoforte che veniva con me, sottovoce, con dolcezza...

Novecento dietro che mi seguiva ovunque, come sapeva fare lui...la mia tromba e il suo pianoforte, per l’ultima volta, lì a dirci tutte le cose che mica puoi dirti con le parole. Intorno la gente continuava a ballare...come se niente fosse. Forse qualcuno avrà giusto detto ad un altro: guarda quello con la tromba che buffo...mentre suona, piange “

(Alessandro Baricco, Novecento)

Ogni relazione è costituita da:

- una **comunicazione verbale** (prevalentemente digitale) specializzata nel **comunicare gli aspetti** di contenuto
- e da
- una **comunicazione non verbale** (prevalentemente analogica) specializzata nel **comunicare sui rapporti**.

Di solito, quando tra due individui c'è una sana comunicazione, i loro corpi interagiscono “ *in una sorta di sinfonia audio - visivo - cinetica* “ cosicché la ritmicità, la rispondenza, l'ordine, l'organizzazione prevarranno sulla casualità, sull'inquietudine, sul disordine.

Le posture di uno verranno riprese dall'altro, così come i toni, i tempi e i ritmi; ci sarà rispetto, ascolto reciproco, emozione condivisa.

Il tutto all'interno di una sensazione di sicurezza, derivante dalla reciproca conferma del Sé.

Come mezzi espressivi, in questo progetto condiviso di espressione ed auto esplorazione, si useranno la voce o il movimento, il linguaggio verbale o gli strumenti musicali.

Poiché, **nel setting musicoterapico, la relazione con l'altro si basa sul non verbale**, l'operatore deve essere allenato a dialogare con un tipo di linguaggio apparentemente non convenzionale. Ho scritto apparentemente perché questo tipo di linguaggio entra in gioco, spesso inconsapevolmente, in molte situazioni di vita comune, da quelle professionali a quelle sentimentali, tanto è vero che è stato detto che questo linguaggio, in realtà,

“...è la fonte comunicativa più preziosa per creare comprensione, fiducia e per contestualizzare i significati degli stati emotivi...”

(“Scilligo”)

10.2 L'empatia

Ne diamo la definizione in negativo.

Di alcuni è stato detto che :

“...come molti immaturi non è dotato di empatia, cioè della capacità di cogliere gli stati d'animo, le emozioni e le difficoltà della partner...”

(Giacomo Daquino - *Bisogno d'amore*)

La capacità di entrare in sintonia con l'altro, va sotto il nome di empatia, dal greco *empathia* (sentire dentro).

A tal proposito sentiamo **Goleman** che , in merito scrive:

“...l'empatia si basa sulla consapevolezza; quanto più siamo aperti verso le nostre emozioni, tanto più abili saremo nel leggere i sentimenti altrui...”. Secondo l'autore, i bambini molto piccoli, reagiscono al

turbamento altrui come ad un proprio turbamento.

Per esempio iniziano a piangere alla vista delle lacrime di un loro coetaneo, oppure si portano la mano alla bocca se un loro compagno si fa male alle dita.

Questa sorta di “**mimetismo motorio**” venne chiamato per la prima volta empatia, dallo psicologo **E. B. Titchener** negli anni Venti.

Lo studioso cercava un termine per definire l’imitazione fisica della sofferenza altrui che portava a sentirne la stessa anche nell’imitatore.

Secondo **Titchener**, il termine empatia andava distinto da quello di simpatia. Quest’ultimo infatti indica la benevola compassione per una sofferenza altrui, ma non ne comporta la condivisione.

Ecco allora che torna il concetto di cui sopra, cioè: per potersi relazionare bisogna uscire momentaneamente dal proprio punto di vista per assumere quello altrui, così da arrivare ad una comprensione profonda dell’altro.

In altre parole, **se imito il comportamento della persona che ho di fronte, in tutti i suoi parametri, posso arrivare a:**

sentire dentro come se fossi l’altro , creando la base per una sana relazione.

*Ma qual è, in pratica, il mondo che il musicoterapeuta si trova a dover affrontare ?
E’ il mondo "dell'altro".*

IL MONDO DELL'ALTRO I

Qui possiamo trovare :

disabile – deficit – handicap

La musicoterapia generalmente viene usata – a meno che non si tratti di prevenzione – in situazioni di **svantaggio relazionale** , con persone che presentano **deficit** di tipo sensoriale, motorio, neuropsicologico, psichico e sociale.

Le situazioni di **svantaggio relazionale**, generalmente vengono definite:

di handicap

E' opportuno chiarire bene cosa si intende parlando di handicap.

Concetto di handicap

“ ...una costellazione di caratteristiche o di processi fisici, mentali, psicologici e/o sociali, che complicano oppure compromettono l'adattamento di una persona, tanto che essa non può raggiungere un livello ottimale di sviluppo e attività.

È utile distinguere la:

disability

(menomazione fisica o mentale che concerne l'integrità della persona)

dall' handicap

(particolare serie di reazioni psicologiche e sociali a quella menomazione)

In base a questa definizione:

- il **disabile** sarebbe una persona deficitaria in uno o più parametri psicosociali;
- e il **deficit** sarebbe il dato quantificabile con il quale misurare l'entità del difetto e della perdita rispetto ad un modello ideale;
- l'**handicap** sarebbero le conseguenze (fisiche, psichiche, comportamentali, sociali) relative al **deficit**.

Questa distinzione, apparentemente manieristica, **diventa indispensabile** nel momento in cui siamo coscienti della **prospettiva riabilitante** o **terapeutica**, insita nel nostro lavoro.

E allora...

11.1 Musicista - riabilitazione o musicista - terapia?

Alla parola MUSICISTA abbiamo legato due suffissi diversi.

Il suffisso, terapia o riabilitazione, va considerato insieme ad una serie di altri termini – come salute, malattia, cura – il cui significato, se nel linguaggio comune è generalmente condiviso, in realtà è ampiamente dibattuto.

Tale controversia non è solo linguistica, ma coinvolge anche importanti questioni epistemologiche, politiche e sociali.

Mi domando:

il suffisso terapia è sufficiente a delineare gli ambiti della nostra professione, oppure bisogna aggiungere quello di riabilitazione ?

Per chiarire la questione partiamo dal **concetto di cura**...

Se dovessimo chiedere ad un medico cosa significa “**curare**”, sicuramente questo, dall’alto del suo sapere tecnico-scientifico, ci risponderebbe:

“ **guarire**”.

Ma se la stessa domanda, la rivolgessimo ad una madre mentre si “**prende cura**” del suo bambino, con tutta probabilità otterremmo una risposta differente:

“**aiutare a crescere**”.

A rigore di logica, tutte e due le risposte sono esatte: esse corrispondono ad una diversa visione del mondo.

Da una parte l’**ottica scientifica**, per la quale “agire” vuol dire ottenere risultati in base agli scopi che ci si propone,

dall’altra l’**ottica umanistica**, per la quale “agire” vuol dire interagire per assistere allo strutturarsi di un qualche cosa che emerge proprio grazie all’interazione stessa.

È possibile allora arrivare ad una integrazione della visione-risposta scientifica ed umanistica?

Tra ristabilire un equilibrio che si è perduto, e favorire un processo di crescita, c’è così tanta distanza tale da non permettere una strada comune?

Se analizziamo bene, in tutte e due le risposte, è presente il concetto di “**crescita evolvendosi**”.

Anche se da punti di vista diversi, proprio questo concetto diventa il ponte che unisce le due teorie.

Possiamo affermare con una certa sicurezza:

non si guarisce se non si cresce e viceversa.

Alla base c'è quindi una crescita evolutiva che potremmo chiamare anche

cambiamento
o
modificazione.

Vediamo se è possibile usare questo concetto per definire i termini terapia e riabilitazione.

11.2 La riabilitazione

Accettiamo per buona la definizione di **B. Saraceno**:

“...è riabilitazione qualunque intervento...che tenda a diminuire gli svantaggi sociali di un handicap fisico o psichico, e insieme a diminuire le barriere edificate dalla società nei confronti di tale handicap ...”.

In questo senso bisogna dedurre che la riabilitazione si occupa non della malattia in se stessa, ma di tutto ciò che da quest'ultima deriva; perdita di funzioni e conseguenti emarginazioni alle quali è sottoposto il paziente.

Oggetto della riabilitazione allora, sarà lavorare sulle **funzioni residue**(fisiche, psichiche, sociali).

La crescita evolutiva, il cambiamento che si otterrà, sarà a carico dell' **assetto esterno**, del comportamento. L'ambito sarà quello del reale, del fisico.

Un intervento sul reale che non esclude di certo la relazione riabilitatore-paziente.

Infatti ci sarà comunque un “investimento” dal punto di vista emotivo, sia da parte del paziente, che da parte dell'operatore.

Ed è proprio la presenza di questa **risonanza empatica** che unifica i due tipi d'intervento, ma, nello stesso tempo, li contraddistingue.

11.3 La terapia

In generale, il significato del termine, dal greco *therapeuein* (guarire), ha avuto una sua evoluzione nel corso dei secoli.

Da una posizione, in cui il concetto di medicina era legato a dottrine religiose e credenze magiche, ai primi studi anatomici del Quattrocento, fino alle numerose scoperte scientifiche degli ultimi due secoli, il cammino della medicina è stato

tutto un tentativo di organizzare un insieme di mezzi al fine di

curare e/o guarire le malattie.

Vi sono delle diversità/similitudini e delle implicazioni simboliche dei termini curare e guarire. Qui è necessario però fare un'ulteriore distinzione tecnica (per quanto sia possibile) tra ciò che è "guaribile" e ciò che è "curabile".

Infatti sono :

Guaribili , con un tipo di terapia causale, le malattie di cui si conosce l'eziologia e di cui possono essere attaccate ed eliminate le cause scatenanti;
ma sono "solo"

Curabili tutte quelle altre malattie di cui non si conoscono i meccanismi (si pensi ai tumori o alla sclerosi multipla); oppure quelle per le quali, pur conoscendone l'eziologia, non è possibile attivare una terapia causale (si pensi ai vari tipi di virus, dall'influenza all'AIDS).
Per tutte queste, attualmente è possibile solo ridurre l'aggressività dell'agente patogeno potenziando le difese dell'organismo.

A questo già complesso panorama, dobbiamo includere tutte quelle altre situazioni in cui l'unica terapia possibile è quella

sintomatica

cioè un'azione terapeutica finalizzata ad alleviare i sintomi (per esempio, le malattie terminali); e per finire quella

profilattica,

in cui si cerca d'impedire l'azione dei fattori scatenanti la malattia stessa, grazie all'uso di vaccini, bonifica ambientale o potenziamento delle difese organiche (per esempio, nel caso di possibili infezioni, intossicazioni ecc.)

L'inclusione di questi ultimi due concetti, allarga il campo d'azione della terapia, da una parte al

contenimento (t. sintomatica)
dall'altra alla
prevenzione (t. profilattica).

Vedendo così le cose, e rifacendoci alla **definizione di salute dell'OMS**

"...una qualità della vita che ha una dimensione sociale, mentale, morale e affettiva, oltre che fisica. Un bene instabile...da difendere e ricostruire durante tutta la vita...",
possiamo azzardare l'ipotesi che per mantenere la salute sia necessaria una serie d'interventi che vanno al di là della sola medicina.

Tale definizione è troppo ampia per limitarci solo alla medicina in senso tradizionale.

Occorreranno **una serie differenziata d'interventi che richiede una serie differenziata di competenze e quindi di figure professionali**

La complessità del nostro ipotizzato campo d'azione, quello dell'handicap neuro-psico-fisico, impone necessariamente un intervento multidisciplinare: la costituzione di un'équipe terapeutico- riabilitativa

capace di confrontarsi ed affrontare le problematiche ad esso legate.

In questa équipe rientra ovviamente anche la figura dello psicoterapeuta, il quale si occuperà, attraverso la relazione, di influire su alcuni conflitti interni del paziente.

Lo **psicoterapeuta** infatti, facendo rivivere emotivamente al paziente le relazioni significative della sua vita – lavorando cioè sulle **dinamiche personologiche più profonde** – attuerà un cambiamento del suo **assetto interno**.

Azzardando un po', potremmo schematizzare la differenza fra riabilitatore e terapeuta in questo modo :

RIABILITATORE

ASSETTO

ESTERNO

RELAZIONE

CAMBIAMENTO

RIABILITATORE

PAZIENTE

TERAPEUTA

ASSETTO

INTERNO

RELAZIONE

CAMBIAMENTO

TERAPEUTA

PAZIENTE

11.4 Un po' di storia³⁵

E' utile a questo punto richiamare alla memoria la “teoria della riabilitazione” coniata da **Roberta Siani** in collaborazione con **Lorenzo Burti** e **Oreste Siciliani** , tutti ricercatori prestigiosi dell'Università di Verona.

Tale teoria fa riferimento a quanto detto nelle sue opere da **Heinz Kohut**,³⁶ esimio psicanalista della metà del novecento che per primo coniò il “**Sé** ” come istanza psichica che ingloba il vissuto esperienziale corporeo e mentale dell'essere umano.

Kohut visse e operò in un tempo in cui la psicoanalisi aveva portato una ventata di novità e di possibilità curative nell'ambito delle malattie psichiatriche gravi; da poco tempo si era scoperto che gli

³⁵ Riferimento a : *Riabilitazione psicosociale* Lorenzo Burti , Roberta Siani , Orazio Siciliani Franco Angeli Editore

³⁶ *Tratto liberamente da Kohut e il narcisismo - StudioPsicologia.com* www.studiopsicologia.com/articoli/narcisismo/kohut-narcisismo.php

psicotici erano in grado di costruire una relazione transferale con il terapeuta, pilastro fondamentale questo su cui impiantare la costruzione psicoterapica.

La psicoanalisi per gli psicotici veniva così applicata anche all'interno degli ospedali psichiatrici oltre che negli studi privati degli psicoanalisti.

Kohut osservò che l'analisi di tali pazienti rischiava di diventare interminabile in quanto essi si legavano adesivamente al terapeuta e spesso non volevano e/o non erano in grado di elaborare tale relazione per poter così raggiungere un certo grado di autonomia.

Per molto tempo si analizzò la difficoltà degli analisti di staccarsi dai loro pazienti e di dare loro rimandi atti ad ottenere tale risultato.

Proprio **Kohut** focalizzò la propria attenzione sul rischio di pretendere l'onnipotenza, dall'una e dall'altra parte.

Probabilmente molti pazienti non sono in grado di compiere tale passaggio, troppo forte per loro dal punto di vista emotivo e rischioso per quel che riguarda l'integrità del proprio sé.

In poche parole temono di potersi frammentare e quindi preferiscono vivere da parassiti degli analisti che li hanno presi in cura, sentendo di poter sopravvivere mentalmente solo tramite loro.

Ci si chiese se esistesse un'altra via di cura che prescindesse dal rimaneggiamento delle dinamiche personologiche più profonde ma che potesse fornire allo psicotico abilità utili a vivere una vita qualitativamente migliore.

Per far questo l'operatore si metterà in contatto col paziente tramite quella che **Roberta Siani**³⁷ chiama l'

EMPATIA MINORE

cioè quella che permette di sentire lo stato mentale dell'altro secondo uno dei livelli più vicini alla sua realtà attuale.

In altri termini è utile ricordare che la sofferenza mentale ha origine in un determinato momento della vita quando una situazione stressante, traumatica si sovrappone ad una particolare vulnerabilità (genetica, chimica, tissutale, psicologica ecc.).

Dopo di allora altre situazioni traumatiche simili o diverse dalla prima ma ad essa in qualche modo connesse da legami casuali o consequenziali possono essere causa del dolore mentale il cui intreccio diviene via via sempre più intricato **passando da un livello superficiale ad uno più profondo**. L'operatore che entra in contatto con il paziente può entrare in empatia con lui ad un livello superficiale (**empatia minore**) o ad un livello profondo (**empatia maggiore**).

Ecco trovata una distinzione intelligente e scientifica :

la messa in atto dell'empatia minore permetterà infatti all'operatore (**in questo caso si tratterà di un operatore della riabilitazione**) di dare al paziente rimandi o come si dice “**restituzioni positive**” del suo mondo interno connesse ad un livello più superficiale o, per meglio dire, più “attualizzato” della sua sofferenza, che metterà in gioco a quello stesso livello il suo rapporto con l'operatore e gli permetterà così di migliorare la propria relazione col mondo esterno rispetto ad un equiparato livello di autonomia raggiunto.

³⁷ *Tratto liberamente da : Artiterapie e psichiatria - G. Pistorio - Centro Artiterapia www.artiterapie.it/public/upload/psichiatria.pdf*

Nel caso in cui l'operatore parta dalla messa in atto dell'empatia maggiore (in questo caso parliamo di uno psicoterapeuta) egli giocherà tale relazione ai livelli più profondi in cui si è prodotto il dolore mentale del paziente fino a permettere a quest'ultimo di rivedere in un'ottica modificata che è l'ottica transferale gli eventi stressanti e le relazioni distorte della sua vita e di affacciarsi al mondo affrancato da tali storture.

In ambedue i casi tali operazioni potranno essere portate a termine con l'ausilio delle risorse sane (ricordi, esperienze, possibilità) che vengono usate (esclusivamente quelle) per costruire nuove abilità o recuperarne altre apparentemente perdute atte a conquistare un posto nel mondo oppure per sostenere il confronto con le situazioni traumatiche profonde e favorire così la rielaborazione emotiva di queste evitando così la frantumazione del sé.

Quanto detto si riferisce fondamentalmente alla teoria del sé di Kohut ³⁸

il quale opera una scissione verticale del sé nella sua teoria , contrariamente alle teorie precedenti, che descrivevano le diverse istanze psichiche secondo livelli orizzontali.

Kohut parla di un
SE' NUCLEARE

dove sono depositate e intrecciate le dinamiche intrapsichiche lacerate da eventi traumatici e/o rapportate fra loro in modo distorto anche in assenza di particolari eventi stressanti.

Schematizzando :

Alla sinistra del **SE' NUCLEARE**
dispone il
SE' DIFENSIVO

dove sono depositate le modalità difensive organizzate in risposta ad uno stato mentale doloroso sotto forma di sintomi;
a destra colloca il
SE' COMPENSATIVO

dove si trovano le risorse sane, creative che permettono un più facile recupero o riadattamento del paziente alla realtà.

Nella riabilitazione l'operatore lavorerà esclusivamente sulle risorse presenti nel

SE' COMPENSATIVO,

nella terapia potrà utilizzare queste risorse in certi momenti per sostenere il

SE' NUCLEARE,

³⁸ Vedi : Heinz Kohut: *La Guarigione del Sé* www.studio-psicologia.com/.../heinz-kohut-la-guarigione-del-se

ma **fondamentalmente**,
smonterà
il SE' DIFENSIVO

per arrivare a **quello nucleare** e riassetarlo.

11.5 Torniamo alla musicoterapia...

Se applichiamo questa distinzione, terapia / riabilitazione, in campo musicoterapico, otteniamo due figure professionali distinte in due distinti ambiti d'intervento.

La base comune, sulla quale veicolare la comunicazione, **sarà il linguaggio sonoro- musicale;**
la differenza la farà il tipo di relazione più o meno profonda.

Avremo quindi:

un operatore di musicoterapia o **musicoterapista**, operante in un **setting riabilitativo**³⁹ in cui è prevista la costruzione di una nuova modalità di essere nel mondo partendo da ciò che di sano, di trasformabile esiste nella persona.

Gli elementi simbolici che emergono durante il decorso dell'interazione riabilitativa e che rappresentano il mondo interno fantasmatico del paziente – popolato di tutte le figure oggettuali animate e inanimate con cui si è relazionato in passato e con cui continua a relazionarsi, spesso creando vissuti e comportamenti patologici – non vengono presi in considerazione in una misura atta a rimaneggiarli profondamente fin nella loro origine più arcaica.

Tali elementi fra l'altro sono simbolici per la categorizzazione mentale dell'operatore ma non per il paziente; pertanto al musicoterapista il compito di restituire al paziente tali elementi fantasmatici rivestiti della sua realtà attuale con l'aiuto delle sue parti creative.

- un operatore di musicoterapia o **musicoterapeuta**, operante in un **setting psicoterapico**, il quale lavorerà esclusivamente sul valore simbolico delle esperienze passate e riattualizzate del paziente rivissuto nella relazione transferale.⁴⁰

Il controtransfert, speculare al transfert, è l'unico elemento che guida il musicoterapeuta nel suo lavoro curativo, non le risorse creative, se non in alcuni momenti in cui il richiamo ad esse aiuta il paziente a trovare il coraggio di affrontare tutte le esperienze interiori dolorose e trasformarle attraverso la relazione.

Questa precisa distinzione di ruoli ed interventi, non esclude che i due operatori possano lavorare

³⁹ Vedi : *Il setting e gli strumenti in musicoterapia. - La Strad@ - web www.lastradaweb.it/article.php3?id_article=3432*

⁴⁰ Vedi: *l'approccio metacognitivo evolucionista alla musicoterapia (mem) (novembre 13 16:312012- Science and mind*

insieme; anzi, per ottenere una migliore riuscita della riabilitazione-terapia è auspicabile che conducano parallelamente le loro azioni (vedremo in seguito le specifiche competenze in un lavoro di coppia). A questo punto, lo schema di prima può essere aggiornato...

ASSETTO

ESTERNO

CAMBIAMENTO

RELAZIONE

MUSICOTERAPISTA

(musicista + comp. metamusicali) -----PAZIENTE

ASSETTO

INTERNO

CAMBIAMENTO

RELAZIONE

MUSICOTERAPEUTA

(psicoterapeuta+comp.musicali+metamusicali)----- PAZIENTE

Vista così, quella che apparentemente potrebbe sembrare una classificazione di potere, oppure un vezzo linguistico, diventa una condizione necessaria per ben operare ed evitare incomprensioni future in seno ad una strategia d'intervento. Tutte le discussioni, tra psicoterapeuti e musicisti, in merito a chi debba avere il titolo di operatore in musicoterapia:

Se lo psicoterapeuta che sa anche di musica, oppure il musicista che sa anche relazionarsi si annullano automaticamente, se le osserviamo in quest'ottica.

IL MONDO DELL'ALTRO II

Abbiamo già detto che la musicoterapia, solitamente, viene usata in situazioni di

Svantaggio relazionale

con persone che presentano **deficit** di tipo sensoriale, motorio, neuropsicologico, psichico e sociale. In tali situazioni, un'insufficiente integrazione delle varie parti del Sé, una disarmonica articolazione fra mondo interno e mondo esterno, causerà sofferenza e comportamenti disturbati.

Un po' di neurofisiologia

Dalla psicologia cognitivista sappiamo che i momenti di disarmonia sono indispensabili a produrre quegli scarti evolutivi che condurranno ad un nuovo equilibrio.

In poche parole, un momentaneo stato disarmonico delle modalità alfa e beta, è necessario per l'evoluzione; un'evoluzione armonica, scusate il gioco di parole, in un'armonica fluttuazione di stati disarmonici.

Nelle condizioni di handicap neuro-psichico, non solo il passaggio tra momenti alfa e beta non avviene in maniera fluida e coerente, ma il possibile scarto evolutivo viene percepito come disturbante e minaccioso, cosicché lo stato di crisi non può risolversi.

Per alfa e beta intendo le modalità di funzionamento degli analizzatori sensoriali e cognitivi che, secondo **Bion**, entrano in gioco nel percorso maturativo del Sistema Nervoso.

Chiariamo meglio questo concetto...

Funzioni motorie – gli analizzatori sensoriali

Nell'essere umano, lo scambio di informazioni sensoriali avviene in maniera biunivoca, dalla periferia al centro Sistema Nervoso e viceversa.

I 6 analizzatori sensoriali

sensibilità, olfatto, gusto, udito, vista e motricità – incamerano e inviano al cervello tutta una serie di sensazioni; queste, una volta rielaborate al centro, danno vita ad una risposta in termini di comportamento e successivamente di movimento.

12.1 Ricezione - S.N.C. (sistema nervoso centrale) – stimolo – sensazione - risposta - stimolo sensoriale

12.1.1 Elaborazione

La bidirezionalità è dovuta al fatto che la risposta del S.N.C., tornando in periferia, darà vita ad un nuovo stimolo che verrà recepito... e così via in un costante alternarsi, per dirla come **Piaget** , di **assimilazione** ed **accomodamento**.

*“...lo sviluppo è quindi un progressivo equilibrarsi, un passaggio continuo da uno stato di minor equilibrio ad uno di equilibrio superiore... **l'azione si conclude quando si ha soddisfazione dei bisogni**, cioè quando si è ristabilito l'equilibrio tra il fatto nuovo che ha provocato il bisogno e la nostra organizzazione mentale quale si presentava anteriormente ad esso...”*

Notiamo :

alla nascita, nel bambino, a causa della formazione incompleta della guaina mielinica, tende a prevalere una modalità di funzionamento **globale e poco selettiva** del S.N., una modalità di tipo arcaico che si organizza in risposte massive a stimoli anche minimi.

Non essendo ancora ben strutturati i rispettivi canali percettivi, gli stimoli, diffondendosi per contiguità nei neuroni adiacenti, si distribuiscono in più vie. Questa sorta di globalità – che tra l'altro è alla base del fenomeno sinestesico – decresce durante lo sviluppo, parallelamente alla formazione di vie nervose più definite.

Accanto al processo di definizione delle vie nervose, si svilupperanno anche ulteriori vie di collegamento che consentiranno un'integrazione delle varie funzioni: cognitive, affettive, motorie.

12.1.2 La plasticità neuronale

La maturazione delle vie nervose non dipende soltanto da fattori genetici (dotazione di base), ma soprattutto dalla componente ambientale, cioè dall'insieme degli stimoli che l'individuo riceve nella sua interazione con la realtà esterna.

A parità di dotazione di base, si svilupperà meglio il Sistema Nervoso di quell'individuo che è stato soggetto a più stimoli.

Svilupparsi meglio vuol dire che si costituiranno non solo collegamenti neuronali più numerosi, ma se ne creeranno di nuovi in sostituzione dei precedenti.

Questa creazione di connessioni sinaptiche alternative, capaci di aggirare un'eventuale interruzione del circuito precedente, è chiamata

plasticità neuronale

La cosa importante da evidenziare è:

che essa non termina con la maturazione ufficiale del S.N. (7-8 anni);

che è possibile stimolarla, con adeguate sollecitazioni ambientali, anche nelle situazioni più disarmoniche e disfunzionali.

Questa recente scoperta scientifica avvalorata in modo inequivocabile l'importanza del nostro lavoro di musicoterapisti ed artiterapisti in genere.

Modalità alfa – modalità beta

Parallelamente alla maturazione fisiologica delle vie nervose, abbiamo anche un "affinamento" degli analizzatori. Per sintetizzare, potremmo dire che la maturazione del S.N. avviene in tre fasi:

sensazione

+

percezione

e

lavoro mentale

Sensazione : la pura ricezione del dato sensoriale;

Percezione : capacità d'interpretare il dato sensoriale, attribuendogli un significato;

Lavoro mentale : ulteriore elaborazione del dato percettivo con finalità simboliche e/o relazionali.

12.1.3 *Sensazione, percezione e lavoro mentale*

secondo la teoria di **Bion** ,(Discussioni con Bion- Loescher editrice)

avremo gli analizzatori sensoriali operanti con:

modalità beta (*globale*), all'interno del binomio sensazione/percezione;

e

modalità alfa (*selettiva*), all'interno del lavoro mentale.

12.1.4 *Funzioni cognitive – gli analizzatori cognitivi*

Nell'acquisizione di elementi dalla realtà esterna, abbiamo visto che il punto più alto si raggiunge con una modalità di tipo alfa, all'interno di un lavoro mentale superiore.

In questa regione, si sviluppano anche funzioni più complesse che richiedono l'utilizzo di analizzatori cognitivi.

Questo ulteriore scarto evolutivo, permetterà attività superiori come:

lettura, scrittura, linguaggio, capacità di calcolo, spazialità, gnosie e prassie.

Funzioni affettive

Dal punto di vista affettivo, la maturazione sana dell'individuo può essere vista, secondo **M. Klein**, come il passaggio dalla posizione schizoparanoide alla posizione depressiva.

La prima di queste – insieme all'identificazione adesiva e proiettiva – possiamo inserirla nella modalità beta;

la seconda – insieme all'identificazione introiettiva nella modalità alfa.

Di solito, in una condizione normale, esiste un delicato equilibrio dinamico, tra una maggiore integrazione/maturità e una di minore integrazione ed unitarietà dell'Io.

A causa di un evento esterno, questo equilibrio può subire delle forti oscillazioni e far scivolare l'individuo in una di queste fasi.

Se l'oscillazione è stata talmente forte, da non permettere una riacquisizione dell'equilibrio, si verifica una situazione di disturbo mentale.

In pratica avremo un percorso del genere...

Modalità beta

Analizzatori sensoriali

Sensibilità Toccare Discriminare

Olfatto Sentire Annusare

Gusto Sentire (assaggiare) Assaporare

Udito Sentire (udire)

Ascoltare Vista Vedere Guardare

Posizione schizoparanoide

Identificazione Adesiva/proiettiva

Identificazione introiettiva

Modalità alfa

Analizzatori cognitivi

Lettura, scrittura, linguaggio

Capacità di calcolo, spazialità

gnosie, prassie

Movimento Agire Eseguire

Posizione depressiva

COSA POSSIAMO FARE PER "L'ALTRO" ?

Questa lunga premessa sul “ **mondo dell'altro** ci può fornire delle idee su quali strategie d'intervento utilizzare e in che modo.⁴¹

13.1 L'integrazione

In generale, un intervento di musicoterapia dovrebbe tendere a favorire un processo d' **integrazione della personalità** ; da una posizione iniziale caratterizzata dall'utilizzo della modalità beta, verso una condizione di maggiore armonia.

Maggiore armonia non vuol dire che bisognerà puntare ad ottenere un progredito e sofisticato uso dei diversi analizzatori, ma piuttosto portare, principalmente il sensoriale ed il motorio, ad una maggiore integrazione complessiva.

Una volta reso abbastanza fluido il passaggio tra il sensoriale ed il motorio, si potrà avviare un lavoro finalizzato agli scambi tra modalità beta ed alfa così da raggiungere l'obiettivo della

simbolizzazione

In questo nuovo alternarsi di modalità alfa e beta, le simbolizzazioni rappresentano da una parte l'ultimo gradino di una possibile

armonizzazione interna , dall'altra il primo necessario all'**armonizzazione della realtà esterna** cioè di una porta che metterà in comunicazione il suo mondo interno con quello esterno, rendendogli possibile lo sviluppo di nuove relazioni.

Ovviamente, poiché il linguaggio verbale si trova nella modalità alfa, il nostro intervento sarà basato sull'utilizzo di un mezzo meno sofisticato – il non verbale – più vicino alla modalità beta.

Allora la musica, non verrà utilizzata con finalità estetiche, ma per favorire la relazione.

Questo non esclude che non ci sarà produzione di un “qualche cosa di bello”. Anzi, le gratificazioni di tipo libidico che si otterranno dal piacere di costruire insieme una forma esteticamente riconosciuta, contribuirà a rendere il clima generale del setting molto positivo.

Quest'ultimo così potrà arrivare ad assumere la fisionomia di uno

⁴¹ *Riflessioni liberamente tratte da : CORSO TRIENNALE DI MUSICOTERAPIA A.P.I.M. Associazione Professionale Italiana Musicoterapeuti TESI DI DIPLOMA RIPETIZIONE E VARIAZIONE CHIAVE DELLA STRUTTURAZIONE DEL TEMPO E DELLE ESPERIENZE EMOTIVE, - un approccio trans-disciplinare
Relatore: Paolo Cerlati Candidato:Giorgio De Battistini*

spazio transizionale

un'area da condividere e in cui comunicare.

13.2 La sintonizzazione

“...aspettare...percepire...ascoltare...accogliere...”

(Roland Benenzon) *Manuale di musicoterapia*

Precedentemente si è visto che , per avviare una comunicazione, bisogna uscire momentaneamente dal proprio punto di vista per assumere quello altrui, così da arrivare a sentire

come se fossi l'altro

Questa sorta di sintonizzazione sarà la base di partenza per ottenere una prima armonizzazione interna/esterna dell'altro e la successiva relazione.

Nelle forme di disagio neuro-psichico, il paziente si trova in una fase di regressione psichica e intellettiva in cui predomina la modalità beta.

In questa fase intermedia, tra la percezione amodale e la creazione di simbolizzazioni, i parametri del linguaggio non verbale

Ritmo – tempo - energia

sono l'unica nostra possibilità di comunicazione. Resta da vedere come avviare questo processo...

Osserviamo una mamma mentre “ **dialoga** ” con il suo bambino...

Noteremo che essa non gli si rivolge, ovviamente, come farebbe nei confronti di un adulto, ma sarà attenta a modulare la sua voce, i suoi gesti, le espressioni del suo viso, così da ricalcare ogni sua produzione.

Tutti i messaggi del piccolo verranno ripetuti e variati, dando vita ad un dialogo dotato di un suo ordine ed organizzazione.

Nella **ripetizione** e nella **variazione** , secondo **Stern**, è custodito il segreto delle successive **simbolizzazioni** e quindi di quel processo maturativo dall'amodale al modale, da una funzionalità beta ad una funzionalità alfa.

Per esempio: se il bambino sorride, la madre risponde con un sorriso ed una carezza; ad una proposta vocale risponde con una modulazione della voce ecc. In questo modo, il bambino può attuare quei processi di comparazione e di creatività che lo porteranno **ad elaborare in maniera simbolica le sensazioni che riceve**.

L'autore insiste molto sull'importanza di questo ultimo punto arrivando a definire tre diversi tipi di

sintonizzazioni, aventi ognuno una funzione specifica:

- **sintonizzazioni esatte** : permettono di cogliere la qualità formale del comportamento;
- **sintonizzazioni inesatte**: stimolano la comparazione;
- **sintonizzazioni di tipo sinestesico** : permettono di cogliere le qualità affettive del
- comportamento

La madre quindi, ripetendo le proposte del bambino, verrebbe ad assumere la funzione di **specchio biologico** ;
mentre variandole, costruirebbe una **cornice**
di tutti gli elementi emersi, riorganizzandoli in modo tale da permettere un certo grado di prevedibilità e significato relazionale.

...il bambino scarabocchia casualmente con i suoni, e lei, pazientemente, con sensibilità ed intelligenza, li trasforma in qualcosa che appare dotato di senso...e lui si rispecchia negli scarabocchi e nelle macchie che gli rinvia la madre, sente di essere riconosciuto, può cominciare ad esistere nel mondo, dal momento che il mondo, facendosi simile a lui, gli si mostra amico...

Scardovelli :

Il messaggio complessivo che arriverà da parte della madre sarà di

conferma (tu esisti per me)

e di

accettazione della propria identità (vai bene così).

In questa cornice, il bambino potrà iniziare ad esplorare il mondo esterno ed interno, con curiosità e fiducia, consapevole di trovarsi su “**una base sicura**” costruita per lui da sua madre.

13.3 Conferma ed accettazione

dell'altro, secondo la **Pragmatica della comunicazione** rientrano insieme al **rifiuto** e alla **squalifica** , nei tre tipi base di transazione o messaggi veicolati all'interno di una qualsiasi relazione.

Conferma e Accettazione : composta da un segnale di ricezione + un segnale di accordo o conferma (ti ho sentito + si hai ragione, sono d'accordo);

Rifiuto : composto da un segnale di ricezione + un segnale di disaccordo (si, ti ho sentito+ ma non sono d'accordo);

Squalifica: caratterizzata per l'assenza di segnali di ricezione, oppure da segnali di ricezione con accordo su aspetti irrilevanti.

CREARE LA BASE

Se teniamo conto di quanto emerso, possiamo affermare che un musicoterapista, come primo obiettivo dovrebbe avere quello di creare una

“ **base sicura**”

in modo da permettere al paziente di esplorare, con un sufficiente grado di tranquillità, il mondo dentro di sé e fuori di sé.

Per arrivare alla costruzione di questa, ci sono degli stati emotivi che bisognerebbe imparare a gestire:

- l'attenzione verso l'altro;
- la conoscenza del proprio ISO
- il bisogno di portare l'attenzione su di sé;
- il bisogno di ottenere comunque dei risultati;
- la paura di non essere all'altezza;
- la paura di identificarsi o di essere invasi dall'altro...

Un training di formazione in una scuola, in cui siano previste la supervisione e un percorso di analisi personale, dovrebbe mirare a fornire la preparazione adeguata affinché siano risolte certe dinamiche che ostacolano una reale disponibilità ed attenzione verso il paziente.

14.1 Nel setting

Se trasliamo questi ultimi concetti all'interno dell'interazione sonoro/musicale fra terapeuta e paziente, potremo avere le seguenti situazioni:

- **accettazione** : stesso ritmo, stesso timbro, stessa figurazione melodica ecc.
- **rifiuto**: differente ritmo, differente timbro ecc.
- **squalifica** : assenza di risposte sonore, risposta discordante ecc.

La prima azione (principale) del musicoterapista sarà allora quella di:

- realizzare uno stato relazionale di **Accettazione** e **sintonizzarsi** con il paziente su i livelli emo-tonico e cinetico-posturali;

- avviare il **rispecchiamento empatico** delle relative condotte sonore/musicali (in ordine di importanza: dinamiche, temporali, timbriche, ritmiche, melodiche e armoniche...)

la **seconda** avrà come obiettivo quello di:

- **mantenere e consolidare** per il tempo necessario questo livello di comunicazione/dialogo raggiunto;

la **terza ed ultima** sarà invece:

- la **conduzione/guida** del suddetto dialogo sonoro non verbale, in sintonia e accordo col paziente.

Sebbene questa sequenza di eventi sia la più osservata nei laboratori, spesso questi tre punti non si susseguono così rigidamente.

È facile infatti che gli elementi di un'azione vadano a confluire in un'altra, senza peraltro alterarne l'efficacia.

L'assunto di base è quello di intervenire sui processi e le strutture formali della improvvisazione - comunicazione, senza andare a toccare i contenuti.

Questo vuol dire astenersi dall'esprimere qualsiasi forma di giudizio o valutazione, concentrandosi su

che cosa

avviene nella relazione, invece di sindacare sul

perché avviene.

Andare a lavorare sulla situazione attuale, piuttosto che sulle cause del passato, essendo quest'ultimo, come abbiamo visto, ambito del musicoterapeuta.

14.2 Parametri musicali

Se un intervento di musicoterapia deve favorire un processo d'**integrazione della personalità**, da una posizione iniziale caratterizzata dall'utilizzo della modalità beta, verso una condizione di maggiore armonia, nel dialogo sonoro bisogna tenere presenti l'ordine d'importanza dei parametri musicali.

“ la distinzione tra analogico e digitale ;, tra comunicazione non verbale e verbale, può essere vista come passaggio, come graduale trasformazione da una forma più indifferenziata e primitiva, a una forma più differenziata e geneticamente successiva...In questa trasformazione , gli aspetti più importanti della comunicazione continuano ad essere affidati ai segnali più primitivi - filogeneticamente ed ontogeneticamente - per ovvie ragioni di sopravvivenza...”

(Bateson)

Questo vuol dire che, particolare attenzione deve essere data al ricalco degli aspetti energetici, ritmici e timbrici, in quanto elementi più primitivi del linguaggio musicale.

Se per esempio, durante un'improvvisazione, ho difficoltà a ricalcare una figurazione melodica, non produrrò alcuna squalifica o rifiuto, riprendendone soltanto gli aspetti dinamici, ritmici e timbrici.

IL METAMUSICALE IN MUSICOTERAPIA

In precedenza abbiamo visto che esiste una zona comune di competenze strettamente musicali – tra il musicista ed il musicoterapista – che potrebbero far confondere le due professioni.

Però abbiamo anche parlato della presenza di una linea di confine che può essere più o meno spessa, secondo gli elementi presenti all'interno di essa.

Il sapiente utilizzo dei parametri musicali, rientra nell'ordine di quelle competenze che possono essere chiamate

metamusicali

Se da una parte è vero che il musicoterapista deve saper utilizzare la materia sonora in modo da costruire delle forme più o meno esteticamente riconosciute, dall'altra è vero anche che il suo intervento deve andare incontro alle richieste dell'utente, le quali possono superare la semplice struttura formale.

Per metamusicale si può allora intendere la capacità di andare oltre il musicale, pur mantenendone i parametri universalmente riconosciuti

Quindi siamo in una zona di competenze che separa ulteriormente il musicista puro dall'operatore di musicoterapia.

15.1 I suoni hanno un senso

Per andare oltre il musicale, bisogna considerare il percorso che un suono compie, dalla sua nascita fino al soggetto percipiente.

Informazioni acustiche

Ascolto di senso vibrazione

Percezione cognitiva : (Emozione sonora pensieri...)

Informazioni

Simbolismo

Da questo schema possiamo notare che i suoni veicolano di per sé informazioni acustiche, ma contemporaneamente acquistano anche **informazioni di senso**. Sono informazioni aspecifiche, vaghe, non di significato e a volte contraddittorie.

Questo può accadere perché, a differenza del linguaggio parlato – in cui ad un significante corrisponde un significato – nel linguaggio musicale, possono convivere contraddizioni dinamiche e temporali, senza comunque alterarne le possibilità comunicative.

Ma le informazioni di senso a chi appartengono?

Alla fonte sonora stessa, oppure alle qualità discriminanti del soggetto che ascolta?

Le ultime ricerche sono orientate verso la seconda possibilità. Così, essendo molteplici le informazioni trasmesse dalla musica, sarebbe l'uomo stesso a determinare il senso ultimo del messaggio, compiendo una scelta tra le diverse componenti.

In questo filone di ricerca è necessario inserire la teoria sul **simbolismo fonetico** di **F. Dogana**⁴²
(Vedi : I neuroni specchio ci sorridono di A.Cappa- ediz. Il circolo virtuoso)

Secondo Dogana

– rifacendosi ai concetti dell' **isomorfismo gestaltico** e della **generalizzazione mediata** la formazione dei fonosimbolismi dipenderebbe da una molteplicità di fattori intrinseci ed estrinseci al fenomeno sonoro. Oltre alle qualità oggettive (altezza, intensità...) e alle valenze sinestesiche, il suono avrebbe in sé un insieme di fattori di natura culturale ed emotiva che andrebbero ricercati nell'evoluzione infantile di ciascun individuo.

Questa complessità di elementi porta a considerare i fenomeni fonosimbolici in base a tre categorie:

1. **simbolismo ecoico** : un suono che riproduce/imita un altro suono (per es. l'ocean drum imita il suono del mare);
2. **simbolismo sinestesico**: un suono che rimanda ad esperienze percettive differenti (per es. il metallofono "ha un suono luminoso");
3. **simbolismo fisiognomico** : un suono che rimanda emozioni (un accordo maggiore genera gioia).

(Liberamente tratto da : Centro di formazione delle artiterapie-Lecco Musicoterapia II- Buonanomi Carlo- ott.2012)

Secondo la teoria di Imberty⁴³

– mutuata da quella, sulle assimilazioni ed accomodamenti, di **Piaget**, ogni evento sonoro va inserito all'interno di tre schemi di rappresentazione:

- **tensione/distensione posturale e cinetica** : collegamento tra schema psicomotorio e schema affettivo (per es. poche note inserite in un tempo lento, producono distensione...)
- **integrazione/disintegrazione formale dell'Io** : la corrispondenza tra l'organizzazione formale della musica e l'integrazione psichica dell'individuo (per es. bassa complessità formale produce integrazione psicologica)
- **rappresentazioni iconiche e cinetiche** : la trasposizione visiva delle forme sonore (per es. se ascolto " Claire de lune" di Debussy immaginerò...)

Queste teorie, apparentemente diverse, risultano essere due facce di una stessa medaglia.

⁴² Vedi : *Suono e senso-Fondamenti teorici ed empirici del simbolismo fonetico* – F.Dogana- Libreria Universitaria.it

⁴³ *Suono e senso. Fondamenti teorici ed empirici del simbolismo fonetico e quella sugli schemi di rappresentazione di M. Imberty*

Tutte e due infatti descrivono il complesso fenomeno del fonosimbolismo.

Una – quella di **Dogana** indagando -----“**sul come**”,
l'altra - di **Imberly** -----indagando -----“**sul perché**”
la musica trasmetta informazioni di senso

15.2 Intervalli di senso

All'interno delle nostre improvvisazioni, utilizziamo non solo strumenti ritmici, ma anche melodici ed armonici. L'utilizzo, più o meno efficace di questi ultimi, in parte dipende dalla preparazione squisitamente musicale che il musicoterapista possiede.

Ma, al di là degli aspetti tecnici – che ci permettono di creare soluzioni musicali esteticamente elevate - utilizzando in maniera abbastanza elementare soltanto due note, melodicamente o armonicamente, possiamo ottenere dei buoni risultati. L'efficacia di una “**cornice**” a due suoni dipende dal fatto che, la maggiore o minore distanza tra di essi, crea ogni volta un senso diverso.

Elenchiamo gli aggettivi che generalmente qualificano tutti gli intervalli che possiamo ottenere in una scala:

seconda m (discendente):	lamento, nota dolente, blue note, straziante, patetica;
seconda m (ascendente):	cromatica, suono di mezzo, modulante;
seconda M :	passo della scala, minimo melodico;
terza M/m:	primo canto, minimo melodico autonomo, piccolo volo, passo accordale, piccola carezza;
quarta/quinta (giusta):	cadenza, semplice, elementare;
quinta b (tritono):	strano, alterato, anomalo, inconsueto, carico di tensione, instabile, “diabulus in musica”;
sesta m:	malinconico;
sesta M:	sesta d'amore, il più melodico, grande ma non eccessivamente, spicca il volo;
settima M/m :	eccessivo, difficile da intonare, dissonante, fuori misura;
ottava :	potente, massimo, totale, arcobaleno in musica;

Ovviamente questo, essendo solo un elenco, non vuole essere esaustivo di un argomento che, tra l'altro, data la sua complessità avrebbe bisogno di una tesi a parte.

Ciononostante, credo sia interessante conoscere l'ampio ventaglio di possibilità che un uso degli intervalli può comportare ai fini della creazione della relazione.

Tenendo ben ferma l'importanza della percezione soggettiva – in cui rientra sicuramente il concetto Benenzoniano di **ISO** – saper gestire i suoni in questo modo **ci permette una lettura metamusicale delle produzioni sonore dei pazienti, alle quali potremo dare un senso più o meno approssimativo e quindi una risposta più adeguata.**

Nell'ambito di un setting numeroso possiamo avere il terapeuta e il coterapeuta.
In quale relazione e collaborazione possono e devono operare?

- Il **terapeuta** deve “**conversare**” con l'intero gruppo, ascoltando tutte le proposte che gli arrivano da ogni parte di esso, per poi ricompattarle in una struttura che le contenga tutte.

La difficoltà sta proprio nel riproporre la diversità di parametri sonori, cercando di sintetizzarli con i mezzi a disposizione.

Tenere conto delle dinamiche, dei timbri, dei ritmi ecc. richiede una grossa competenza tecnica ed un elevato dispendio di energie psico-fisiche.

Potrà succedere che, se necessario, il terapeuta si scambii con il coterapeuta, oppure che tutti e due facciano i terapeuti.

- Il **coterapeuta** deve “**dialogare**” con uno dei pazienti, dedicandosi esclusivamente alla costruzione della sua “cornice”.

La funzione principale sarà quella di “**Io ausiliario**” per tutto il tempo necessario all'elaborazione della relazione.

15.3 Oggettualizzare il proprio Sé

Agendo con pazienti psicotici è bene precisare che il paziente psicotico è fondamentalmente demotivato alla ricostruzione della propria autostima, di relazioni significative nella propria vita e di competenze che gli permettano di riconciliarsi con la realtà familiare e sociale con cui ha sempre avuto a che fare. Egli teme il confronto con quella realtà da cui ha teso ad isolarsi perché possibile fonte di nuove terribili frustrazioni che inducano in lui una forte angoscia di disintegrazione del Sé.

Conseguentemente, operare nella riabilitazione con strategie pedagogiche che tendono ad insegnare al paziente strategie atte a riapprendere competenze sociali è prevalentemente destinato al fallimento in quanto tali strategie si frantumano nel confronto con la realtà relazionale del paziente che tende a riproporre gli stessi schemi che lo hanno condotto all'isolamento patologico.

L'atteggiamento più atto a fornire al paziente una motivazione sociale che passi attraverso il confronto col proprio mondo interno è quello “**empatico**” secondo **Heinz Kohut**

Inteso come “**capacità di provare ciò che un'altra persona prova, anche se in misura attenuata**”.

A tale scopo il coterapeuta si metterà in contatto col paziente tramite quella che **Roberta Siani** chiama l' **EMPATIA MINORE**, quella che permette di sentire lo stato mentale dell'altro secondo uno dei livelli più vicini alla sua realtà attuale.

Tale atteggiamento infatti permette al paziente di sperimentare per la prima volta un rapporto non più patologico con una figura che esce dagli schemi fino ad allora coattivamente ripetuti in ogni relazione (**Kohut**).

Perché la funzione di IO ausiliario sia espletata è necessario che il coterapeuta perfezioni il suo atteggiamento empatico arricchendolo di tre caratteristiche:

1. La capacità di distinguere il proprio stato mentale popolato di un numero considerevole di oggetti interni, da quello del paziente con il quale ha trovato dei punti di comprensione identificativa

2. La disponibilità a dare il proprio Sé in prestito al paziente senza sentirsi svuotato o invaso, perché egli possa cominciare a sperimentarsi nei vari contesti della realtà circostante attraverso l'IO ausiliario

3. La competenza improvvisativa che gli permetta di ampliare e modificare positivamente le risorse compensative del paziente così da potergliele “restituire” in tale forma

Di questi tre punti vorrei innanzitutto soffermarmi sul secondo in quanto la dizione “**dare in prestito il proprio Sé**” può suscitare sgomento e preoccupazione oltretutto dubbi sull'autentico e realistico significato di tale esposizione concettuale.

In breve possiamo dire che il paziente impara a ritrovare la motivazione sociale vivendo per molto tempo come parassita mentale dell'IO ausiliario e provando poi gradualmente ad usare autonomamente le proprie risorse vitali solo dopo che sono state adeguatamente vivificate dallo stesso.

TECNICA APPLICATA

“...non lasciate che la semplicità del metodo vi distolga dal ricorrervi, poiché quanto più avanti vi porteranno le vostre ricerche, tanto più vi si farà evidente la semplicità di tutta la creazione...”

(Edward Bach, *Guarisci te stesso*)

L' **esigenza narcisistica** , presente in tutti i musicisti, dovrebbe essere accantonata per lasciare il posto ad un “rimando” con un grado di complessità moderato.

Un paziente psicotico infatti, trovandosi in una fase di regressione dal punto di vista neuro-psichico, non presta attenzione al valore estetico della nostra produzione. Il grado di complessità formale, richiedendo uno sforzo eccessivo di comprensione, potrebbe quindi far “**nafragare in un mare di note**” l'equilibrio già precario del paziente.

Per questo motivo, è bene costruire un valido sostegno ritmico, melodico o armonico, che abbia le caratteristiche della semplicità e dell'immediatezza.. L'operatore con funzioni di IO ausiliario renderà disponibile il proprio Sé all'altro per la fusione e la secondaria oggettualizzazione di questo attraverso il continuo rispecchiamento valorizzante di tutte le risorse offerte dal paziente. Alcune di queste potranno manifestarsi come sintomi e quindi provenire dal

Sé difensivo, altre da quello compensativo.

In ambedue i casi la sottolineatura sarà seguita da un processo costruttivo nato dalla cooperazione delle risorse del paziente con quelle dell'operatore così da esserne modificate ma non private dell'elemento primitivo nato dal Sé del paziente ma che egli da solo non avrebbe potuto vivificare.

Tale operazione diventa possibile se l'operatore è disponibile anche alla fusione e oggettualizzazione “**gemellare**” del proprio Sé con quello del paziente.

Ciò comporterà da parte del paziente una **imitazione adesiva** come se riuscisse a vivere solo attraverso la linfa vitale del suo **IO ausiliario** per andare gradatamente verso l'autonomia ottenuta utilizzando i messaggi restitutivi dell'operatore che renderanno attive quelle risorse compensative in un primo momento mobilitate passivamente dalla mente di quello.

In breve possiamo dire che il paziente impara a ritrovare la motivazione sociale vivendo per molto tempo come parassita mentale dell'IO ausiliario e provando poi gradualmente ad usare autonomamente le proprie risorse vitali solo dopo che sono state adeguatamente vivificate dallo stesso.

CONCLUSIONE

Quando ci si pone di fronte ad un percorso professionale che richiede competenze particolari (e il percorso per diventare musicoterapista è uno di questi) ci si domanda, dopo un po', " perché lo sto facendo" ?

Ho già dato delle risposte, incollando, sopra la mia pagina bianca, pagine scritte da altri che condivido e in cui mi riconosco. Ho dovuto farlo: la mia padronanza della lingua italiana non è così ricca da consentirmi di esprimere con completezza tecnica e la desiderabile precisione ciò che le "parole speciali" che ogni scienza richiede esprimono.

Parole complesse, che sintetizzano e distillano concetti difficili, a volte così complicati da sembrare un po' ricercati.

Il mio mestiere è il musicista. Il mio pane è il lavoro manuale.

Mi sono ritrovato in pieno nella conclusione che Erri De Luca dà al suo libretto, già citato, " La musica provata". De Luca parla di canto, ma il canto è la produzione sonora di quello straordinario strumento musicale che è tutto l'uomo.

Strumento che si usa da solo ; quindi imprevedibile, umorale, improvvisativo in se stesso.

Lo scrittore parla di Filomena, donna di fatica (di servizio si direbbe ora) che ad un certo punto della sua giornata, cantava, e dice come, ad un certo punto, ha capito il suo canto.

"...era il canto generale del corpo sottoposto a fatica, la sua risposta pratica che le permetteva di amministrare al meglio l'energia erogata. Ho cercato nel tempo passato la conferma. Nelle piantagioni di cotone, nella posa dei binari ferroviari, nei lavori forzati delle prigioni, gli schiavi negri intonavano cori.

Una voce partiva con una strofa e le rispondeva l'insieme delle altre....omissis....

Ne facevano uso i marinai che si davano il ritmo con il canto mentre issavano vele, tiravano l'ancora....omissis.... esiste una musica del corpo che esce dalle labbra senza scomodare l'intenzione. E' il canto di Filomena, la più strepitosa manifestazione di indipendenza dell'orchestra di organi che abbiamo.

Mi sembra straordinaria questa affermazione : "musica che esce dalle labbra" (o potrei dire : dallo strumento) senza scomodare l'intenzione... la più strepitosa manifestazione di indipendenza dell'orchestra di organi che abbiamo.

La musica come libertà, come liberazione, come sconquasso di un mondo privo di bellezza e vuoto di significato.

Terremoto di un mondo esteriore e, per quanto mi riguarda, mondo interiore.

Il mio mondo attuale, generoso di rumori senza significato, di macchine monotone che fanno il contro canto alla varietà di suoni, di idee, di sentimenti che sento dentro di me e dentro gli altri.

Mondo che non aiuta, mondo che non offre nulla all'infuori del prodotto materiale che la macchina estrae dalla sua pancia: non pezzo unico ma fratello di infiniti altri tutti uguali. Produzione in serie dicono. E io guardo i volti degli altri e benedico l'infinita fantasia di Dio che ci ha fatti tutti diversi.

Il mondo degli altri, degli infiniti altri diversi: non uno specchio di me ma presenze uniche, irripetibili. Mai uno come te , devo pensare di fronte a chi contattoe non devo farmi spaventare da questo

abisso di diversità perché ho la chiave giusta per aprirgli il cuore. Devo solo (solo...) farlo vibrare .
Ho studiato tante cose, imparato tante teorie, cercato sul campo e sperimentato quelle strategie che mi erano suggerite .

Ho provato difficoltà e la sensazione di non sapere a che santo votarmi di fronte a certi muri pietrosi e puntuti.

Ho capito Omero (pensa un po'....) quando cantava l'incipit (Cantami o diva...) apostrofando la sua fonte nell'universo popolato dai troppi dei greci.

Riprendo De Luca : "...qui non c'è la dea alla quale rivolgermi a palpebre serrate per ascoltare il canto. Ho già ascoltato, ho già dimenticato. Qui c'è un pozzo profondo che a buttarci un sasso finisce ingoiato senza un rumore, come una pillola... qui sono piovute musiche, ognuna stava in grembo a qualche nuvola.

Ogni canzone è stata prima scroscio e le sue note gocce.

Nel fondo del pozzo si sono mischiate.

Hanno voluto un bel po' di silenzio per affiorare, riprovare allo specchio i panni di vapore e di vento del nostro primo incontro.”

Ed è così : nel silenzio , musica. Nel vuoto, ascolto. Nel dolore ,accanto.

Il suono come una mano tesa da una sponda lontana : un invito a farsi prossimo, facendosi prossimo per primo.

A CHI IL DONO DELLA GUARIGIONE ?

BIBLIOGRAFIA

- Alvin Juliette (1968) - La musica come terapia - Armando Editore
- Benenzon R.O. (2005) - Manuale di musicoterapia- ed. Borla
- Benenzon, R. O. , G. Wagner, V. H. de Gainza (1997) La nuova musicoterapia, il Minotauro, Roma
- Bruscia Kenneth E. (2001) - Modelli d'improvvisazione in musicoterapia - Ed. Ismez
- Bruscia K. (1989)- Definire la musicoterapia, ISMEZ, Roma
- Cano C. (1985) - Fondamenti antropologici per una didattica dell'approccio semantico al linguaggio Musicale – Franco De Angeli Editore
- Cappa A. (2011) - I neuroni specchio ci sorridono - Ediz. Circolo Virtuoso
- Castrovilli Dino; De Lucia Fabrizio (1997) - L'ascolto terapeutico- Editore: Xenia Edizioni Anno
- CORSO TRIENNALE DI MUSICOTERAPIA A.P.I.M. Associazione Professionale Italiana Musicoterapeuti TESI DI DIPLOMA RIPETIZIONE E VARIAZIONE CHIAVE DELLA STRUTTURA-ZIONE
- Collisani A.(1988) - Musica e simboli - Ed. Sellerio
- Daniel J. (2009) - Siegel Mindfulness e Cervello –Il Melograno
- Di Benedetto A. (2008) - "La Musica e la Sfinge. Paradossi del linguaggio musicale e dell'inconscio" (In Atti del Convegno Edipo e Medea - Musica, mito, psicoanalisi edizioni Taormina arte)
- De Battistini G.- Ripetizione e variazione: chiave della struttura del tempo e delle esperienze emotive-quaderno 25 Musica e Terapia
- De Luca E. (2014) - La musica provata - Feltrinelli editore
- DEL TEMPO E DELLE ESPERIENZE EMOTIVE, - un approccio trans-disciplinare Relatore: Paolo Cerlati Candidato:Giorgio De Battistini
- Dogana F. (1983) - Suono e senso.Fondamenti teorici ed empirici del simbolismo fonetico – Libreria Universitaria.it
- Erba Sergio (1998) - Domanda e Risposta, collana "Il ruolo terapeutico", F. Angeli editore, Milano."
- Erickson M. H. (1983) - La mia voce ti accompagnerà. I racconti didattici di Milton Erickson- Astro-labio, Roma
- Ferrari G.-Xodo L. (2004) - Esperienze in musicoterapia - Volume II - Editrice IL TORCHIO- PA-DOVA
- Fodor Jerry (1999) - La mente modulare. Bologna, Il Mulino
- Fornari F. (1984) - Psicoanalisi della Musica - Longanesi & C. Milano

- Gardner H. (2010) - *Formae mentis*- Feltrinelli
- Imberty M. (1986) – *Suoni, emozioni, significati: per una semantica psicologica della musica*- Clueb . Bologna
- Jankélévitch V.(2001) - *La musica e l'ineffabile* - ediz. Studi Bompiani
- Kenneth E. Bruscia e Denise E. Grocke (2002) - *Guided Imagery and Music - The Bonny Method and Beyond*, Barcelona Publishers
- Kohut H. (1976) - *Narcisismo ed analisi del Se'* – Bollati Boringhieri
- Kohut Heinz (1980) - *La Guarigione del Sè* – Bollati Boringhieri
- Manarolo G. (2006) - *Manuale di musicoterapia*- ed. Cosmopolis. Torino
- Maslow Abraham (1971) - *Verso una psicologia dell'essere*, Astrolabio-Ubaldini
- Oldfield A. (1995) - *Comunicare tramite la musica: l'equilibrio tra seguire ed iniziare*, in “Manuale di Arte e scienza della musicoterapia”, OPA, 1997 ISMEZ, Roma
- Orff Gertrud (2005)- *Musicoterapia-Orff un'attiva stimolazione allo sviluppo del bambino* - Cittadella Editrice
- Pavlicevic M. (2002) - *Musicoterapia applicata al contesto* – Ismez Roma
- Pistorio G. - *Artiterapie e psichiatria* - Centro Artiterapia [www.artiterapie.it / public / upload / psichiatria.pdf](http://www.artiterapie.it/public/upload/psichiatria.pdf)
- Postacchini, Borghesi, Ricciotti (2014) *Musicoterapia* - Carrocci Faber
- Sacks O. (2010) - *Racconti sulla musica e il cervello* - Gli Adelphi
- Scardovelli M.(1992) - *Dialogo Sonoro* – ed. Capelli
- Scardovelli M. (1999) - *Musica e trasformazione*- Borla
- Skille Olav (2010) - *Il suono a bassa frequenza nella terapia musicale*- ediz. Aracne
- Stern Daniel (1987) - *Il mondo interpersonale del bambino* - Bollati Boringhieri
- Tratto liberamente da tesi di Roberto Caetani - *L'improvvisazione musicale in MT*- Scuola di Artiterapie di Roma
- Tolkien (2013) - *Racconti ritrovati* - Bompiani
- Trevarthen Colwyn (1998) - *Empatia e biologia. Psicologia, cultura e neuroscienze* - Raffaello Cortina Editore
- [http://www.andrefarioli.com/af/wp-content/uploads/2012/03/La-relazione-di-aiuto-in Musicoterapia1.pdf](http://www.andrefarioli.com/af/wp-content/uploads/2012/03/La-relazione-di-aiuto-in-Musicoterapia1.pdf)

PARTE SECONDA

- LA MIA ESPERIENZA DI TIROCINIO
- TRADUZIONE DELL'ARTICOLO DI GRO TRONDALEN

LA MIA ESPERIENZA DI TIROCINIO

Nell'ambito del corso triennale di musicoterapia organizzato dall'A.P.I.M (Associazione Italiana Professionale Musicoterapisti) ho svolto 250 ore di tirocinio obbligatorio previsto presso diverse strutture del nord Italia:

- Centro di Riabilitazione Extra-ospedaliera "Paolo VI" di Casale Monferrato (Alessandria)
- Centro "Federica Pelissero" di Manta (Cuneo)
- Reparto di pediatria presso l'Azienda Ospedaliera Santa Croce e Carle a Cuneo
- NPI (neuropsichiatria infantile) di Saluzzo (Cuneo).

Nella prima esperienza sono stato affiancato e seguito da musicoterapisti (Ferruccio Demaestri e Paolo Ciampi), che ringrazio molto per la loro disponibilità e l'attento tutoraggio con cui mi hanno accompagnato.

Dato che ho seguito nei vari ambiti di tirocinio, molti bambini-adolescenti con problematiche diverse, ho scelto tra i vari casi di presentare due esperienze: la prima con R. , ragazza adolescente affetta da "autismo precoce infantile" (presso il Centro Federica Pelissero di Manta in provincia di Cuneo) , la seconda G. presso il reparto di pediatria nell'ospedale Santa Croce e Carle.

I caso: R.

R. nel periodo in cui ho fatto tirocinio aveva 19 anni; l'autismo le è stato diagnosticato a 3 anni e mezzo, quando ha fatto il suo ingresso nella scuola materna. Non è verbalizzata. R. ha una sorella gemella etero zigota "sana".

Ho fatto con lei 10 sedute a cadenza settimanale. Osservando il suo comportamento all'interno del centro, ho potuto capire che era un caso piuttosto complesso perché all'improvviso veniva invasa da crisi di aggressività molto violente che la portavano a mordere e tirare calci e morsi molto forti agli operatori; inoltre nella normalità della vita quotidiana aveva una "modalità iperattiva" che si manifestava con il suo bisogno di correre, uscire dalle stanze o dalla struttura dove svolgeva delle attività e sfogarsi; anche con me nelle prime sedute si alzava, ma poi tornava da sola.

Quindi avevo già immaginato che le nostre sedute avrebbero potuto essere molto movimentate. La stanza inoltre era molto piccola e piena di oggetti: prima di farla entrare spostavo il più possibile il materiale in modo che avessimo più spazio per incontrarci.

All'inizio ho avuto parecchie difficoltà per trovare lo strumentario adatto a lei per creare un setting adeguato. Non aveva interesse per nessuno strumento, non era verbalizzata e quindi dovevo cercare un'altra soluzione. Sapendo che era (e lo è tuttora) appassionata di cartoni animati ho dovuto farmi un bagaglio per saperne di più e sfruttare questo suo interesse-potenzialità.

Per entrare in relazione con R. ho cantato delle melodie delle canzoni dei suoi cartoni preferiti stando con la bocca chiusa. Proprio grazie a questo strumentario semplice c'è stato il mio primo contatto con lei: una volta mentre canticchiavo un ritornello mi ha risposto, proseguendo la canzone. E' stata una grandissima sorpresa!!!

Pian piano, di seduta in seduta, il suo bisogno di uscire è diminuito, fino ad estinguersi. Ho introdotto la chitarra e facevamo molte canzoni. A volte sembrava, però che si chiudesse nel suo mondo ed era difficile portarla fuori. Man mano le nostre sedute si allungavano sempre di più e R. a parte qualche saltello qua e là (quando era molto emozionata) stava tutto il tempo nella stanza senza più uscire all'improvviso.

La penultima seduta è stata molto particolare: abbiamo improvvisato con le nostre voci accompagnati dalla chitarra per quasi 45 minuti!. Il tempo era volato ed era evidentemente contenta. Nell'ultima seduta R. ha incominciato a chiudersi di nuovo nel suo mondo: mi sembrava di agganciarla ma poi si richiudeva di nuovo. Mi sembrava avesse percepito dalle mie parole che era l'ultima seduta e che ci dovevamo salutare.

Il caso : G

G. è una ragazza di 15 anni arrivata nel reparto di pediatria presso l'Ospedale Santa Croce e Carle a Cuneo. E' stata ricoverata per disturbi nella sfera alimentare.

G. suonava il pianoforte al conservatorio, ma ho scelto per lei nel setting di usare gli strumenti della cultura africana: jambe', calimba, il bastone della pioggia, e l'hang drum (strumento in scala re minore creato nel 2000 da due percussionisti svizzeri della PAN ART).

Ho potuto seguirla sia nella seduta di gruppo che in quella individuale.

Con G. ho fatto 8 sedute a cadenza settimanale.

Per due volte nella seduta di gruppo, dove era con altri due ragazzi, più o meno della stessa età, G. primeggiava, emergeva la sua capacità di guidare il gruppo e di improvvisare.

Nel momento in cui era il suo turno, cambiava l'espressione del viso, era sorridente, si muoveva anche con il corpo. Anche la produzione sonora era molto piacevole. Lei suonava la calimba, mentre gli altri due ragazzi gli jambe.

Nelle altre volte abbiamo fatto sedute individuali (anche perché gli altri ragazzi erano stati dimessi); al termine del nostro incontro verbalizzavamo le esperienze sonore. Mi ha detto che era molto contenta di fare questo percorso, in particolare con degli strumenti molto strani e sconosciuti che le lasciavano la libertà di suonare ed improvvisare a differenza del pianoforte dove doveva sempre essere attenta allo spartito e con la paura di sbagliare.

Questo ricovero l'ha allontanata dalla scuola, dallo studio del pianoforte, ma affermava che il poter suonare le mancava moltissimo...

A distanza di alcuni mesi l'ho incontrata casualmente per strada, mi ha riconosciuto e ha ricordato con piacere l'esperienza fatta in ospedale, informandomi che ne aveva tratto beneficio e che aveva ricominciato a suonare il pianoforte. Questo incontro mi ha fatto riflettere sulla potenza della musica usata a scopo terapeutico nella malattia.

TRADUZIONE ARTICOLO

“ MOMENTI SIGNIFICANTI” DI TRONDALEN (2004)

Julie, una donna di 25 anni, sofferente di AN, ha detto, prima di lasciare la sua terza sessione di MT individuale: “ E’ strano...in queste due settimane io mi sento come se ti conoscessi da lungo tempo....tutto è avvenuto senza fare niente per farlo accadere”.

Credo che tale commento sia legato sia ad aspetti musicali che interpersonali e che sia collegato ad altre dimensioni e non solamente al significato verbale e semantico.

Nella improvvisazione musicale ho spesso sperimentato, durante la riproduzione, una “consapevolezza concentrata” e un “elevato stato di eccitazione” .

Dopo queste esperienze vissute insieme attraverso la musica ci sono stati alcuni secondi di silenzio , un sorriso o un momento di timidezza ,dove entrambi sappiamo essere stati compenetrati l’uno nell’altro. Finora ho chiamato queste esperienze relazionali attraverso la musica “momenti d’oro” (Trondalen,1997).

Mi sono avvicinata di più a questo fenomeno (“qualcosa di più di un’interpretazione”) in MT quando ho sentito la presentazione di Daniel Stern sui “caldi momenti presenti” (1996) otto anni fa.

Stern li ha messi a fuoco all’interno della conoscenza implicita relazionale quando egli ha affrontato la questione di come le persone cambiano in psicoterapia utilizzando mezzi non verbali.

Nel corso degli anni sono diventata sempre più curiosa di questi “momenti-fenomeno” e della loro rilevanza per la MT.

Questa “ricerca specifica” mi ha portato ad un dottorato di ricerca denominato “Interazioni Vibranti” con il sottotitolo “Uno studio di musico terapia di “ Momenti Significanti” in interazione musicale con giovani che soffrono di AN “ (Trondalen,2004).

Interazioni Vibranti è sullo spostamento musicale insieme- nel tempo

Esso comprende la musica e due liberi individui (individual “birds”) : il paziente e il terapeuta.

Queste due persone hanno personalità diverse e ruoli differenti in MT, ma sono del tutto uguali in quanto esseri umani.

Questa chiave di presentazione è basata fondamentalmente sul mio PH.D. ricerca e è divisa in parti differenti :

- 1) Focus o punto centrale (incluse le sotto domande)
- 2) Il progetto di ricerca
- 3) La metodologia di ricerca
- 4) La base teorica
- 5) L’approccio alla MT clinica

- 6) L'analisi dei dati empirici
- 7) I risultati
- 8) Implicazioni ed ulteriori ricerche precedenti
- 9) Commenti di chiusura

FOCUS – punto centrale- (la domanda di base)

Ci sono in particolare due aspetti legati al focus di “Momenti Significanti “in MT con soggetti sofferenti di disturbi dell'alimentazione.

In primo luogo, ho già accennato alla mia curiosità relativamente ai “momenti” in relazione alla conoscenza implicita relazionale.

In secondo luogo, entro un brevissimo periodo di tempo, ho avuto molte richieste da parte di genitori che erano in preda alla disperazione a causa delle loro ragazze adolescenti che soffrono di disturbi alimentari. I genitori mi hanno detto che le loro figlie erano veramente stanche di andare da psicologi o psichiatri e “parlare solamente”.

Le adolescenti volevano fare qualcosa invece di usare parole per tutto il tempo.

In Norvegia ci sono ben pochi musicoterapisti che lavorano con questa tipologia di pazienti. Di conseguenza c'era una crescente necessità di offrire un percorso di musica terapia clinica pratica alla gente sofferente di disordini alimentari e, di conseguenza, è stato necessario attivare una ricerca in questo settore.

Su questa base è emerso il focus : Come può l'interazione musicale creare dei “Momenti Significanti” per giovani che soffrono di AN “ ?.

Questo focus è stato elaborato attraverso le sotto-domande:

- 1) Che cosa sono i “Momenti Significanti ” in interazione musicale ?
- 2) Come possono i “ Momenti Significanti” in interazione musicale sostenere una significativa esperienza soggettiva di connessione emotiva tra se stessi e agli altri ?
- 3) Come possono i “Momenti Significanti” sostenere lo sviluppo personale e la crescita?

Finora io ho parlato del momento come di un concetto. Ma come faccio a comprendere il momento dal mio punto di vista? Vorrei usare una metafora presa a prestito dal fenomenologo Husserl in relazione al suo modo di concepire la durata di un momento.

Husserl sta usando i concetti di “ritensione ” e “protensione” come coppia di termini per descrivere il flusso interno del tempo durante l'ascolto di una melodia.

Egli usa la metafora del viaggio di una cometa attraverso lo spazio.

La coda scintillante della cometa rappresenta il passato, le note ultime della melodia che sono state ritenute nella memoria a breve termine.

Il presente è rappresentato dalla testa della cometa, e la traiettoria o la proiezione della traiettoria della cometa è analoga alla constatazione o alla previsione (protensione) di dove la melodia potrebbe portare o essere sviluppata.

Durante ogni istante o punto attuale di una melodia, le note sentite in precedenza sono conservate nella coscienza mentre si anticipa un ulteriore sviluppo o la conclusione (1).

(Ferrara, in stampa, p.27)

Di conseguenza un “momento” in questo studio non è definito come una certa quantità di secondi o microsecondi prima che l’analisi venga effettuata, ma è connesso all’esperienza soggettiva del tempo cioè ad es. il “kairos” (2).

Da ciò consegue che un momento è visto come testa della cometa ad es. il momento è limitato ma è influenzato sia dal passato che da un possibile futuro (3).

Di conseguenza “un momento” è un termine che descrive la “durata nel tempo”.

Ho scelto il termine “momento significativo”. Significante deriva dal latino “significare” che vuol dire “dare segno evidente”.

Il termine “significante” è il participio presente il che implica la partecipazione nel “qui e ora”. (Aschehoug e Gyldendal 1991).

Quindi, “momento significativo” è un termine che indica alcuni chiari ed evidenti segni in un limitato periodo di tempo che è analizzato e contestualizzato.

(1) *Così, per la fenomenologia husserliana, il modo in cui si verifica il suono nel tempo è di grande importanza nell’analisi musicale. Non si sente una melodia come una successione di note separate ma un’intera melodia unitaria che si costituisce nel tempo consapevolmente. Come si progredisce attraverso una melodia (o lavoro), le protensioni (note o frasi future) diventano sempre meno protensive; poi diventano presente come “punti di adesso” e infine si ritirano nel passato. Forse la cosa più importante è che, durante tutta questa esperienza del tempo musicale, si sperimenta una melodia (e un intero lavoro) come un insieme duraturo (Ferrara, in stampa, p.27).*

(2) *Ci sono due termini connessi all’esperienza del tempo. Il primo è il Chronos, che è il tempo soggettivo ad es. il passaggio del tempo è lineare e la sua misurazione avviene in unità fisiche. Il secondo termine è “kairos” che è collegato al tempo soggettivo. Questa nozione è personale ad es. il tempo psicologicamente percepito e collegato alla persona come un organismo*

(Aldridge, 1996 p.37).

(3) *Poco tempo fa ho letto l’ultimo libro di Daniel Stern “Il momento presente in psicoterapia e nella vita di ogni giorno”, che è stato pubblicato recentemente. Ho constatato che Stern si riferiva anche a Husserl e alla fenomenologia, quando usa la cometa come metafora per descrivere la durata dell’esperienza soggettiva in un momento presente (Stern, 2004, pg 27)*

Il progetto di ricerca

La realizzazione del progetto di ricerca significava la cooperazione con lo psichiatra che era responsabile dei pazienti dal punto di vista medico.

Ai pazienti fu offerta una musicoterapia individuale (in laboratorio).

La raccolta dei dati è durata un anno.

I pazienti sapevano che stavano partecipando ad un progetto di ricerca ed hanno dato il “consenso informato” (Hammersley & Atkinson,1996).

La raccolta dei dati è stata effettuata in un “ambiente naturale”. (Bruscia, 1995a, p.71) , il che significava che i pazienti avevano la musicoterapia come al solito, senza che fosse loro domandato di eseguire qualcosa di speciale su mia richiesta.

Inizialmente, al primo livello, si sono effettuate le registrazioni di tutte le sessioni sui minidisc i commenti spontanei dei pazienti e una intervista semi strutturata al termine del percorso di musicoterapia.

Inoltre ho scritto un diario di bordo dopo ogni sessione.

Al secondo livello si è dato seguito alla trascrizione di tutte le sessioni ad es. sia le interazioni verbali che quelle musicali.

La musica, poi, è stata trascritta in una partitura.

Ad integrazione ho avuto anche i commenti da parte dei supervisori clinici e scientifici durante il processo di ricerca.

Finalmente si è giunti al terzo livello , che comprendeva l’analisi e la meta-discussione, collegata alla filosofia ed alla teoria.

La selezione dei pazienti nello studio è stata basata su motivi di ordine pratico, e ha incluso sia le somiglianze che le differenze fra le due persone che sono state scelte.

In breve :

Julie, 25 anni (AN tipo Restricted) e Simon 19 anni (AN tipo/ Bulimic).

1. Una donna ed un uomo
2. Entrambi con AN (femmina tipo restrittivo- maschio tipo bulimico)
3. Una improvvisazione lunga (13:43) e una corta (2:46)
4. Entrambi avevano avuto un peggioramento della loro AN durante un soggiorno all’estero
5. Entrambi hanno partecipato per un anno (la terapia è stata chiusa a causa di ragioni pratiche nella vita dei pazienti)
6. Entrambi provenivano da città, ma da luoghi diversi in Norvegia
7. La femmina è un pianista esperto. Il maschio non ha mai suonato prima degli strumenti musicali
8. Il maschio ha partecipato a 19 sessioni; la femmina a 10 sessioni nell’anno

Sia i pazienti che i musicoterapeuti hanno sottolineato l'importanza delle improvvisazioni che sono state utilizzate per le analisi.

L'individuazione dei momenti significanti è stata fatta tramite una triangolazione. (Bruscia,1995c, p.338).

Un supervisore scientifico, un musicoterapeuta come me e io, ascoltata la musica indicavamo quando, qualcosa stava accadendo prima di spiegare per scritto ciò che è stato ascoltato.

Il punto di convergenza delle indicazioni delle tre persone li ho chiamati "momenti significanti".

La metodologia di ricerca

Il progetto è qualitativamente orientato (Bruscia , 1995b , Robson , 1993/2002) .

Lo studio può essere definito eclettico perché include sia la prospettiva ermeneutica che quella fenomenologica (Alvesson & Sköldberg , 1994; Polkinghorne,1989),mentre l'analisi è tramite una procedura ispirata alla fenomenologia per l'analisi dei dati (Ferrara , 1984) .

La teoria clinica si basa sulla psicologia dell'età evolutiva (per es. ricerca infantile) (Bråten , 1998; Stern , 1985/2000 ; Trevarthen , 1999) .

Nello studio io sono sia un musicoterapeuta che un ricercatore: "un osservatore partecipante" (Robson , 1993/2002 , s.189) , che è una posizione più bella e stimolante.

Nell' analisi dei dati ho voluto mettere a fuoco sia la musica che il dialogo interpersonale.

La metodologia per l'analisi dei dati si sviluppa come un giglio : lentamente e gradualmente si dispiega nel suo tempo soggettivo (1)

Già negli 1980 ero venuta a conoscenza dell'articolo di Ferrara , dove egli presentò una procedura fenomenologica per l'analisi della musica (1984) .

Più tardi , io venni ispirata dal suo libro in cui ha approfondito la procedura.(Ferrara , 1991) .

Altri musicoterapisti si sono ispirati a Ferrara (es Ruud , 1987; Amir , 1990; Forinash , 1989; Forinash & Gonzales , 1989; Grocke , 1999; Skewes , 2001; Arnason , 2002;) .

(1) *Durante questo periodo di sviluppo io ricevetti una cartolina postale che mi ispirò molto. La cartolina mostrava differenti fasi del dispiegarsi di un giglio; dallo sbocciare alla fioritura. Io ho ricevuto questo "regalo" da uno dei miei ex pazienti che soffrono di AN, dicendomi che lei stava anche dispiegandosi al suo proprio ritmo*

Ma io ho dovuto trovare la mia propria strada , che si è rivelata in questo modo:

Una procedura ispirata fenomenologicamente dall'analisi dei dati.

(Trondalen , 2003, 2004)

1.fase contestuale

In questa fase ci si sofferma sulla storia personale, sociale, biologica, musicale e clinica del paziente. L'ultima indicata implica un focus sulla storia del trattamento del paziente includendo nei dati l'improvvisazione nell'ambito del processo di musicoterapia.

2. ascolto aperto

a.) Ascoltando l'intera improvvisazione **più** volte per concentrarsi sulla improvvisazione intesa come un insieme duraturo

b.) L'ascolto del corpo (per esempio: il muoversi in musica) è gestito dal ricercatore che si prende cura dell'aspetto fisico nell'analisi, che è di speciale importanza quando si lavora con i clienti con AN.

3. fase strutturale (1)

a.) Il suono come intensità sperimentata nel tempo è inserita in un profilo di intensità. L'intensità è intesa come un aspetto del livello di attività (ad es. eccitazione).

b.) Il suono come musica misurata nel tempo. Questa parte si concentra sull'analisi strutturale della musica (SMMA) (2) ed è illustrata da un punteggio. La cosa più importante , comunque, è di individuare il rapporto musicale e i codici culturali tra il paziente e il terapeuta a livello strutturale.

4. fase semantica

a) La prima parte è guardare - e descrivere le strutture musicali in relazione ad altre informazioni(ad esempio commenti, gesti e metafore verbali). Attraverso questo procedimento può essere possibile dire quello che la musica significa o a cosa si riferisce (Cf. referenziale - significato esplicito).

b) La seconda parte si concentra su codici e simboli nella musica e può aggiungere senso al gioco musicale tra il paziente e il terapeuta. Su tale base, la musica può essere vista come una metafora per essere nel mondo (cf. Analogy - significato implicito).

5. passo pragmatico

La cosa più importante qui è prestare attenzione a un effetto potenziale o al risultato della improvvisazione nel processo di musicoterapia.

(1)il termine struttura è usato in modo generico

(2) questo SMMA è una variazione del modello strutturale di Grocke dell'Analisi della musica ed include dissonanze e consonanze, dinamiche....

6. orizzontamento fenomenologico

Questa fase comprende il fare una lista di questioni importanti , spunti musicali e eventi . In tale orizzontamento a tutti gli elementi dovrebbe essere dato uguale rango.

7. ascolto aperto (cfr punto 2)

a) Ascolto tutta l'improvvisazione molte volte per concentrarmi sulla improvvisazione come un insieme duraturo

b) l'ascolto del corpo (per esempio: il muoversi in musica) è gestito dal ricercatore che si prende cura dell'aspetto fisico nell'analisi

8. la matrice fenomenologica

Questa fase consiste di una descrizione sommaria che comprende a) la musica b) un potenziale significato della musica e c) un possibile effetto dell'improvvisazione all'interno del processo di trattamento di musicoterapia.

9. Meta- discussione

La meta- discussione prende in considerazione la matrice fenomenologica, i commenti e il comportamento del paziente , l'intervista semi-strutturata con il paziente , le riflessioni del terapeuta in aggiunta agli aspetti teorici e filosofici .

La base teorica

MUSICA

il termine musica comprende sia la proto - musicalità (Trevarthen , 1999) che la musica interpretata nella cultura (Ruud , 1998) . Il mio approccio filosofico implica come la coscienza umana intende sempre o dirige la sua sensibilità verso le cose nel tempo verso le cose nel tempo (Polkinghorne , 1989; Sokolowski , 1974-1989) . Ciò include una " visione generica " di interazione musicale e la necessità di contestualizzazione quando si va a interpretare i diversi fenomeni.

ANORESSIA NERVOSA

Ci sono due sottogruppi di Anoressia Nervosa : un tipo bulimico (B) e un Tipo Restrittivo (R) . Un tipo bulimico significa che la persona ha ripetutamente episodi di grandi mangiate prima di vomitare , mentre il tipo restrittivo si manifesta senza abbuffate e vomito (Skårderud , 2000) .

Inoltre , vorrei richiamare l'attenzione su alcuni aspetti psicopatologici dell'anoressia nervosa secondo la letteratura . Una delle caratteristiche che colpisce di più è la personificazione il che significa (Duesund & Skårderud 2003 , p.7) :

“ ... corpo e cibo sono fondamentali per l'interessamento del paziente . Contemporaneamente , il corpo è secondario ; secondario perché per l'anoressico il corpo è un tramite . Il corpo viene utilizzato come uno strumento esterno e concreto per promuovere la vita interiore . Il corpo viene utilizzato in manovre psicologiche e sociali per la promozione di autostima .

Possiamo descrivere questo come un strumentalizzazione del corpo”

I sintomi interni includono una bassa autostima (ad esempio la vergogna, con le sue varie maschere, Skårderud , 2003) , l'ambivalenza e la necessità di controllo cioè problemi con l'autoregolazione (Goodsitt , 1997) . Un'altra caratteristica spesso citata è la alessitimia , che, parlando semplicemente, significa " mancanza " di parole per i sentimenti , una " mancanza " di collegamento tra corpo e psiche con grosse difficoltà di simbolizzazione (Cochrane , Brewerton , Wilson , e Hodges , 1993) .

In musicoterapia questa psicopatologia si traduce spesso in un gioco musicale rigido o irrigidito, quasi nessun sviluppo nella melodia , una mancanza di struttura o strutture ritmiche troppo rigide (ad esempio mancanza di flessibilità) , nessun spazio nella musica , o un gioco musicale fuori controllo , secondo Robarts (1995; 2000) . Quest'ultimo aspetto può essere spiegato con una metafora presa in prestito da Britta Vinkler Frederiksen ; "Perdere l'equilibrio quando si corre giù per una collina " (1999 , p.220) .

MUSICOTERAPIA , MOMENTI & ANORESSIA NERVOSA

Quando ho cercato nella letteratura qualche notizia circa i disturbi alimentari e la musicoterapia ho difficilmente trovato qualcosa pubblicato prima della fine dei 1980 Nel 1989 il giornale tedesco “Musiktherapeutische Umschau” ha offerto due numeri speciali sui disturbi alimentari (1989a , 1989b) e da allora la quantità di letteratura è lentamente aumentata (ad es Nolan , 1989;Parente , 1989a ; 1989b ; Tarr - Krüger , 1991; Giustizia , 1994; Loos , 1994;Robarts , 1995; Rogers , 1995; Sloboda , 1995; Frank- Schwebel 2001 ,Loth,2002, Trondalen,2003).

La maggior parte della letteratura era relativa al singolo trattamento in setting Istituzionali, con una minima attenzione ai gruppi .

Quando ho cercato “momenti in terapia”, ho trovato molte più pubblicazioni.

Tra queste ci sono “Punto di svolta”(Böhm, 1992),“Punto di svolta e intersoggettività”(Natterson,1993),“Godaögonblick”(Olsson,2002),“Vändpunkter”(Carlberg, 1996), Vendepunkter (Johnsen, 1995; Aarre,2002), Betydningsfulle hendelser og Signifikante hendelser (Johns, 1996; Johns, 1997), esperienze di picco (Maslow, 1962; Nordoff & Robbins, 1977), Momenti cruciali (Grocke, 1999), Varmer øyeblikk (Ruud, 2001), Gode øyeblikk (Aasgaard, 1996a, 1996b), momenti significativi (Amir, 1992), Meningsfulle øyeblikk (Oveland, 1998), momento di incontro (Stern, 1998;. Stern et al, 1998) e Momenti nodali (Harrison, 1998).

Da un punto di vista metodologico, ho trovato lo studio di Grocke (1999) essere più rilevante per me, anche se il suo studio si è svolto nella terapia musicoterapica - Metodo Bonny di linguaggio guidato e musica.

Il motivo di questa rilevanza è stato il suo approccio fenomenologico in cui **essa** ha fatto l'analisi di

entrambe parole e musica.

Quando ho cercato momenti, musicoterapia e disturbi alimentari, non ho trovato nulla.

TEORIA CLINICA

Il mio approccio teorico alla musicoterapia è basato sulla psicologia evolutiva. Tale filosofia sottostante include il passaggio da una prospettiva intra-psichica ad una prospettiva inter-psichica all'interno di una matrice intersoggettiva (Bråten , 1998; Stern , 1985/2000 ; Trevarthen , 1980) .

Questo approccio teorico comporta un cambiamento da un modello a tappe a un modello di sviluppo stratificato . Gli elementi chiave sono l'esperienza del bambino dei sensi di sé, in relazione a se stesso e in relazione ad altre persone. Queste esperienze interiori dei sensi di sé organizzano lo sviluppo del bambino(Stern , 1985/2000)

Trasferito all'improvvisazione musicale vorrei mettere a fuoco il " movimento lungo il processo " nel gioco musicale , che comprende due obiettivi consecutivi.

Uno degli obiettivi è esplorare il tema dell'improvvisazione ,includendo sia i gesti musicali che interpersonali che si sono avuti. L'altro è quello di partecipare al movimento lungo il processo stesso . Ci sono due tipi di processi di rappresentazione coinvolti in tale pensiero teorico.

Un tipo di rappresentazione è la conoscenza esplicita ,che è rappresentazione semantica : simbolica , verbalizzabile , dichiarativa, con la possibilità di essere narrata e riflessivamente consapevole .

Il secondo tipo è la conoscenza implicita , immagine procedurale, che è non verbale, non simbolica e inconscia nel senso di non essere riflessivamente consapevole (Stern 2004, pag.113). Questa conoscenza implicita è la rappresentazione basata su regole di come procedere, come fare le cose.

Tuttavia, queste rappresentazioni procedurali consistono di due tipi di processi (metodi) rappresentativi.

Uno è la conoscenza implicita generalizzata , che è la rappresentazione di come procedere : per esempio come andare in bicicletta.

L'altro appartiene al settore di “come fare le cose con gli altri che ci sono intimi, includendo gli aspetti affettivi, interattivi e conoscitivi (Lyons-Ruth 1998).

Quest'ultimo campo è la prospettiva più importante per me da esplorare in questa presentazione.

In questo processo di come fare le cose con l'altro che ci è intimo io penso che l'interazione musicale sia un modo più potente per praticare e accettare la regola.

La comprensione teorica del termine regolamento è radicata nel modello di regolazione reciproca di Tronick

Questo modello descrive un processo socio – emotivo micro-normativo dove errori interattivi si trasformano (o non riescono a trasformarsi) in riparazioni interattive. Trasferita alla musica una tale filosofia apre all'esplorazione del dialogo fra il paziente e il terapeuta attraverso elementi musicali e

gesti. Di conseguenza, errori nella musica possono essere ridefiniti come informazioni che mantengono l'interazione, prevenendo la ripetizione di interazioni negative.

RIG è l'abbreviazione di Rappresentazione di Interazioni Generalizzabili. Questo spiega come le esperienze precedenti di interazione influenzino le successive interazioni e dalla ripetizione si creino rappresentazioni interiori generalizzate. L'involucro proto narrativo è un complesso unitario che può contribuire a prevedere e comprendere l'attività umana. Esso ha una narrazione come struttura, vale a dire una proto-trama, un'azione, un mezzo, un obiettivo e un contesto.

E' un involucro -tempo così come un involucro evento.

Stern vede questo fenomeno come “una narrazione emozionale che si fa sentire piuttosto che una storia costruita conosciuta che è verbalizzata.(2004 p 58).

Su questa base si è ora cambiato il nome da involucri proto-narrativi a Storia Vissuta.

Nel mio approccio teoretico a “Momenti significanti” io ero occupata dai fenomeni detti RIGs e involucri proto narrativi (Stern, 1985/2000; 1992; 1995).

RIGs e Proto narrative envelopes (involucri proto narrativi) si occupano di come le esperienze sono descritte e di come una persona sviluppa una immagine coerente di se stessa.

Esse sono all'incirca esperienze interattive con qualcuno, mentre fantasie e elaborazioni di immagini ed aggiunte sono viste come rielaborazioni successive (Stern 1995)

RIGs e Proto-narrative envelopes sono fenomeni analoghi. La differenza tra i due è che l'involucro proto narrativo/storia di vita è “ concettualizzato da un punto di vista soggettivo assunto dal bambino nella interazione ,mentre RIG è identificata principalmente dal punto di vista obiettivo dell'adulto, osservando l'interazione dall'esterno”.(Stern 1995; pag.94).

L'APPROCCIO MUSICOTERAPICO CLINICO

L'approccio clinico musicoterapico include la libera improvvisazione, di solito senza alcun tema pre selezionato di improvvisazione, seguito da un dialogo verbale dopo che l'improvvisazione è stata eseguita.

A volte il cliente e il terapeuta ascoltano la musica registrata subito dopo l'improvvisazione (“self-listening”) ma non sempre.

In ogni sessione il paziente sceglie gli strumenti da sè e il terapeuta adatta la propria scelta strumentale agli strumenti preferiti dal cliente. Al di fuori di questo nella “produzione musicale” emergono melodie, armonie, accordi, canti ecc. Prima di lasciare la sessione è stato chiesto al cliente di scrivere una parola, una frase o un piccolo disegno per concludere la sessione, vale a dire ” un ricapitolare i fatti...”.

Esempi di tali ricapitolazioni sono ad esempio: “ energia attraverso l'improvvisazione “, “una possibilità di pace nella mente” , “ sono contento- ma spero di non mettermi a saltare su e giù dalla gioia perchè perdo ancora più peso”.

Un altro è “ la percussione richiede concentrazione; la concentrazione sta diventando migliore”.

Si può immaginare quanto sia difficile concentrarsi quando si è deciso che la razione giornaliera di cibo è solamente la metà di una fetta di pane.

IDATI EMPIRICI

Julie, una donna di 25 anni affetta da AN/R negli ultimi 5 anni, si precipita nella stanza di musicoterapia. Essa vive una vita estremamente turbolenta e non riesce a mangiare a meno che non senta di meritarselo, dice lei.

Essa si mostra in questa sessione estremamente sconvolta e angosciata. Julie si è offerta di ascoltare una improvvisazione dalla sua precedente sessione di musicoterapia attraverso auricolari, mentre si avvolge in coperte. Durante l'esperienza di auto ascolto, Julie apparentemente passa “ dal caos all'ordine” in meno di tre minuti.

Sembra che essa si sia connessa attraverso la musica.

Julie è una pianista ma in questa sessione essa sta cantando mentre suona un tamburo africano.

Il musicoterapista suona il pianoforte.

Subito dopo l'esperienza di auto ascolto Julie dice :

E' come se uno spazio vuoto si fosse riempito dentro di me....ricordi stanno venendo avanti.....io sono una parte più grande della musica quando l'ho fatta io stessa.....questo realmente mi dà qualcosa..... la più bella parte è stata l'ultima in cui tu hai giocato col piano e io ho cantato e giocato col tamburo, cosa che non faccio mai. E' stata quella combinazione che ha contribuito di più a una sorta ditranquillità e pace. E' strano.....è come se tutto si stia aprendo senza fare nulla per ciò.

L'improvvisazione musicale è stata eseguita nella seconda sessione su dieci.

Julie ha fatto questa esperienza di auto ascolto nella 3^a sessione . Bruscia (1998,p.125) definisce l' “auto ascolto “ come una variazione di musicoterapia recettiva.

“Il cliente ascolta una registrazione della sua propria improvvisazione ,prestazione o composizione, per riflettere su di sé e sull'esperienza”.

Questa particolare improvvisazione è durata per 2 minuti e 46 secondi.

Tre “Momenti significanti” sono stati rilevati durante la triangolazione.

Questi furono : #1 da 0:55 -1:04 (9 secondi,4 battute) , #2 da 1:10 -1:25 (15 secondi,8 battute) e #3 da 1:43-1:51 (8 secondi,4 battute).

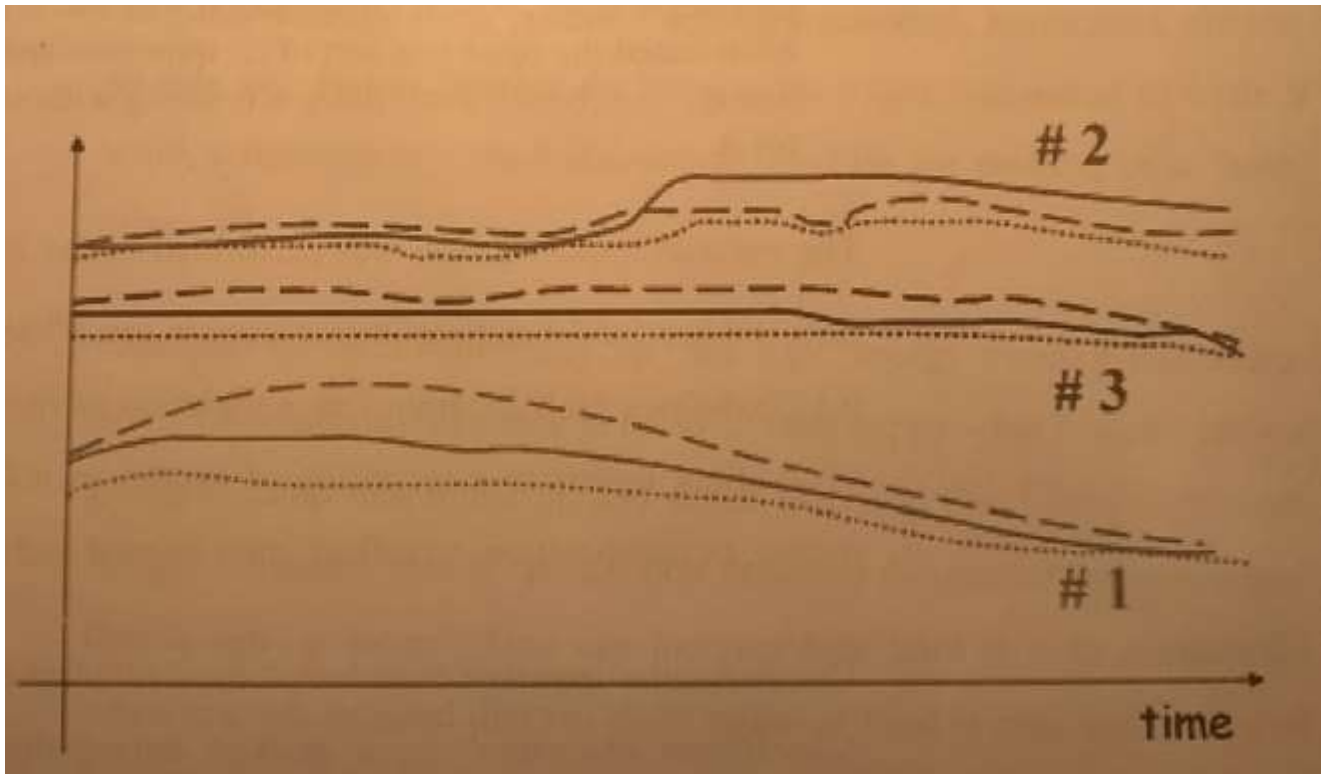
Secondo la procedura di analisi ho fatto profili di intensità dei Momenti Significanti triangolati. Poi ho messo tutti i profili di intensità uno sopra l'altro.

E' interessante notare che ho scoperto che il terapeuta per la maggior parte del tempo ha avuto una minore intensità rispetto al cliente durante questi momenti significanti.

Ciò è diverso da quando, per esempio, una madre interagisce col suo bambino. Io penso che questa sia

una interessante scoperta da un punto di vista clinico quando si sta lavorando con persone che soffrono di anoressia. Credo che questo fenomeno sia collegato all'importanza di lasciare che il paziente si senta capace di controllare per evitare la sensazione di essere spinto o sopraffatto. Questo atteggiamento è simile alle considerazioni di Frederksens nel suo articolo "Resistenza in un paziente con Anoressia Nervosa (1999)".

Figura 1. Profili di intensita' Dei "momenti significativi". Improvvisazione I



(---) voce: paziente

(-) piano: musicoterapista

(...) african drum: paziente

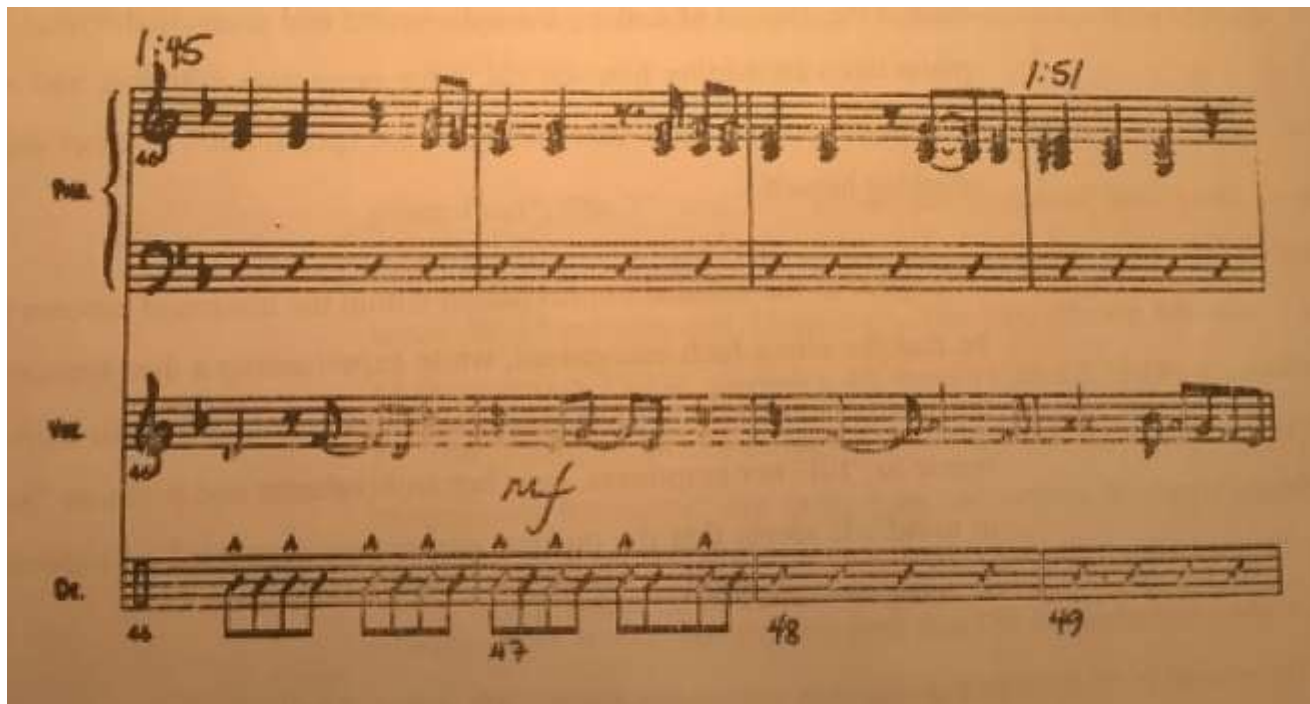
L'improvvisazione è stata anche valutata in un punteggio. Ciò che è stato evidente nel punteggio è stato l'evoluzione dei cambiamenti sincopati contro il battito costante all'interno dei Momenti Significanti.

Questo punto è simile nello studio di Grocke di momenti chiave nel metodo di Bonny dell'Immaginazione Guidata e Musica "(1999).

In un primo momento la paziente sincopa vocalmente . in un secondo momento essa sincopa sia vocalmente che suonando il tamburo. Nel terzo momento tutti gli strumenti fanno cambiamenti

sincopati l'uno nei confronti dell'altro (vocale, tamburo e pianoforte).

Figura 2. “Momenti significativi” #3. Improvvisazione I



Matrice fenomenologica : Improvvisazione 1

Nella musica il ritmo si sviluppa attraverso accelerazione e/o avvicendamenti sincopatici contro il ritmo costante. La struttura e la progressione armonica sono prevedibili (Dm-C-Bb-A/) e la dinamica è intensa e condensata. Linee melodiche procedono salendo e scendendo. Il piano sta eseguendo una formula ripetitiva e contiene una chiara base ritmica degli avvenimenti.

Trovo un uso simile di una struttura musicale con battito ritmico costante e linee melodiche nella parte iniziale nello studio di un caso con una donna con Anoressia Nervosa descritto da Neugebauer Gustorff Mathiessen e Aldridge(1989).

Tra gli altri aspetti gli autori suggeriscono l'uso di una forma di accompagnamento musicale (organum akkord) come supporto all'esplorazione melodica e ritmica.

Mi viene in mente che tale forma di accompagnamento musicale è simile all'uso di modalità spagnole ripetitive nell'improvvisazione di Julie.

Una riduzione fenomenologica del significato può essere che la voce solista crei l'illusione di ricerca in direzione del controllo e del ritiro controllato.

Il pianoforte ha una funzione di contenimento ma nello stesso tempo di avvio e di energizzazione. Il

solista chiede tempo e spazio per “stendersi”, in altre parole mostrare se stesso.

L’effetto dell’improvvisazione musicale all’interno del processo di trattamento può essere che il cliente si senta accettato mentre sta sperimentando uno sviluppo della relazione interpersonale .

Lei sembra essere in grado di trarre beneficio dalla musica per “riempire” la sua vacuità, sopportare la sua ambivalenza e promuovere “la pace della mente”. Sembra che l’esperienza musicale sia d’aiuto a una esperienza di essere connessi nel tempo e nello spazio .

Nella ricerca “Vibrante Interazione” (Trondalen 2004) l’esperienza di auto ascolto è stata ulteriormente discussa sotto il titolo :” Legame nel tempo e nello spazio”.

Questo tema è stato elaborato attraverso:

- a) Legame qui e ora
- b) Legame col passato e
- c) Legame col futuro (vedere anche Trondalen 2003)

Esempio II : un’esperienza di improvvisazione attiva

Simen di 19 anni è stato colpito da AN/B dall’anno scorso.

Prima, non ha mai improvvisato musica da solo . Simen spesso sembra inquieto e le sue braccia e gambe sembrano essere dappertutto.

L’improvvisazione del paziente è stata fatta dalla 17^a sessione a tutta la 19^a.

Simen sta suonando il piano per la prima volta nella sua vita. Io sto suonando gli strumenti a percussione.

Dopo l’improvvisazione ci sono dei momenti di “consapevolezza condensata”.

Io lo guardo, sorrido e gli dico:

Th. E l’esultanza non finirebbe mai ?

Simen: No (ridendo). Hoh!

Th: Che cosa è successo durante l’improvvisazione ?

Simen: Io ho provato a cercare alcune note – e qualche volta ciò si è trasformato in piccoli brani.

Secondo la triangolazione , sono stati sottolineati tre “Momenti Significanti”. Il secondo e terzo dei “Momenti Significanti” hanno avuto luogo uno vicino all’altro verso la fine dell’improvvisazione.

L’improvvisazione è durata 13 minuti e 43 secondi

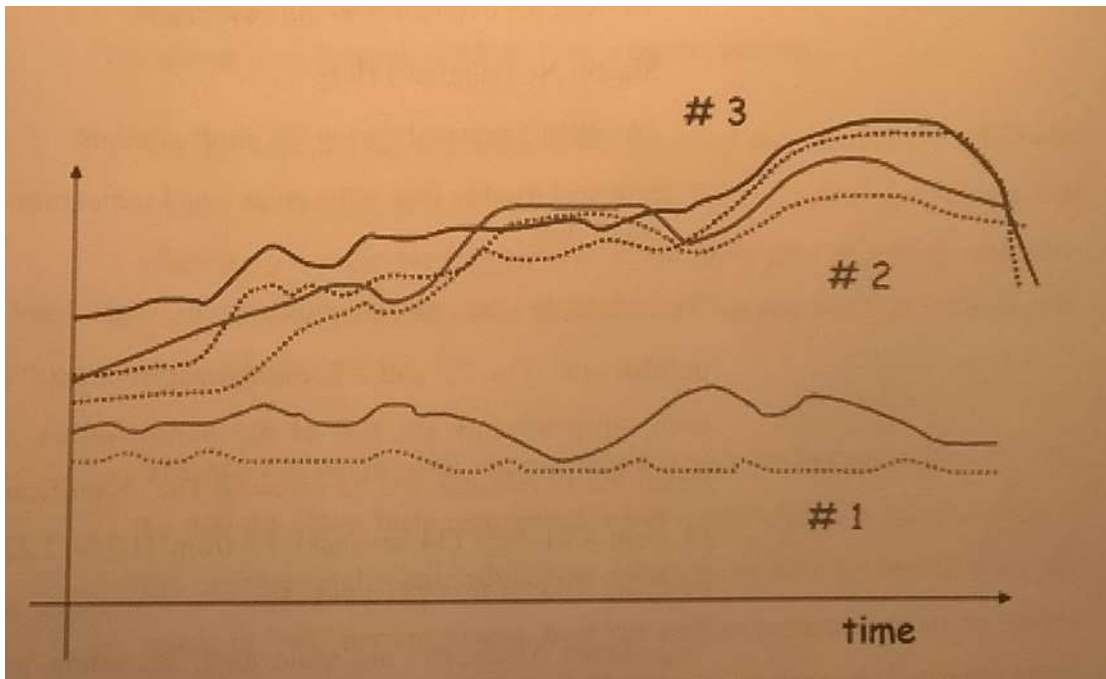
I “ momenti significanti” furono:

#1 da 4:51-5:25 (34 secondi), #2 da 11:36-12:23 (49 secondi) e #3 da 12:42 -13:24 (44 secondi).

E’ interessante notare che questi “Momenti Significanti” sono abbastanza lunghi, secondo la triangolazione. Quando ho messo tutti i profili di intensità dei “Momenti Significanti” uno sopra

l'altro era evidente anche qui che il terapeuta sta suonando abitualmente al di sotto dell'intensità del paziente all'interno di questi momenti, come nella improvvisazione 1.

Figura 3. Profili di intensità dei “Momenti significativi” Improvvisazione 2.



(-) piano: paziente

(.....) percussioni: musicoterapista

(Io non alcuna buona spiegazione perché la triangolazione mostra tre “Momenti Significanti” in entrambe le improvvisazioni analizzate)

Nella sua vita di ogni giorno Simen lottò davvero per connettere se stesso e gli altri.

” Io non so-io non so niente” ha detto molto spesso. Ma nell'improvvisazione pareva che Simen fosse capace di connettersi a se stesso e al terapeuta attraverso le esperienze relazionali per mezzo della musica.

Nell'intervista di chiusura Simen ha detto:

io non avrei mai creduto che avrei avuto il coraggio di provare il pianoforte.....ma l'ho fatto.La musica descrive i sentimenti. Almeno, lo fa per me. La musica è all'incirca movimento, ritmo, forza e intensità.

Il punteggio di Improvvisazione musica II è stato tradotto in un sistema di notazione grafica adeguato al carattere della musica .

Per esempio: una improvvisazione molto complessa con un sacco di piccoli dettagli che sembrava essere impossibile da adattare ad un punteggio tradizionale.

Matrice fenomenologica: Improvvisazione II

La struttura della musica è caratterizzata da sequenze melodiche e ritmiche limitate al piano. Il motivo a una nota nel pianista è evidente e gli strumenti a percussione forniscono un ritmo base costante per tutta la improvvisazione. C'è un'armonizzazione reciproca della intensità nella musica.

Il significato della musica può essere collegato nello stesso tempo sia alla forza che alla sensibilità. L'esplorazione a una nota contrastata con grappoli (di note) nel piano può riferirsi a un test emozionale attraverso la musica e contribuire alla auto affermazione del paziente. Un possibile effetto della improvvisazione nel processo musico terapeutico può essere che Simen ha sperimentato di influenzare l'esperienza musicale relazionale su se stesso senza essere sopraffatto da forze esterne o perdere il controllo.

Ciò può avere portato a un riconoscimento personale della sua capacità a influenzare la propria vita per mezzo di varie modalità.

Ci sono stati due temi centrali per la discussione di parte dell'esempio II (Trondalen 2004).

- 1) L'autoconsapevolezza :
 - a) contro gli altri b) con gli altri e c) contro e con gli altri contemporaneamente
- 2) Narrazioni musicali del senso di sé (autoconsapevolezza) contro e con altri contemporaneamente

Un ponte vivente

Sia Julie che Simen hanno usato il loro corpo vivente (Merleau-Ponty,1964,1989) per esprimere se stessi attraverso la musica opponendosi a una strumentalizzazione del corpo (Duesund &Skarderud,2003).

Essi si sono mossi ritmicamente con la musica, hanno usato il loro corpo attivamente per suonare gli strumenti e Julie ha anche cantato. La prestazione del loro corpo individuale sembrava promuovere vitalità e la sensazione di essere vivi.(Trondalen 2003). Chiamo queste esperienze interiori soggettive di essere vivo “ vitalità ostentate” (Stern 1985/2003),avvenute in parallelo con il profilo di stimolazione per esempio come mostrato nei profili di intensità.

Su questa base affermo che “ Momenti Significanti” nelle relative esperienze attraverso la musica, seguiti da una discussione verbale, offrono un ponte vivente (un collegamento) tra soma e psiche per Simon e Julie.

I risultati

Un solo termine si è rivelato essere molto importante: regola, regolamento.

Ho scoperto che “Momenti Significanti” sono sequenze di regolazione che sono reciprocamente

armonizzate dal terapeuta e dal paziente nella interazione musicale. Incorporato nel termine armonizzazione si trova sintonizzazione per es. una forma di imitazione selettiva e al contrario per condividere stati sentimentali interiori come opposto alla imitazione esplicita, che è un modo per condividere un comportamento chiaro. (Stern,1984).

I “Momenti Significanti” nel gioco musicale furono segnati da:

- a) Spostamenti sincopati melodici e ritmici contro un battito stabile e prevedibile
- b) Dinamiche intense e concentrate
- c) Sequenze musicali limitate che variano in durata

In aggiunta i momenti appaiono essere

- d) Positivi con flusso concentrato.

Questo punto mi ha stupito e è differente da per es. Lo studio di Grocke dove i “Momenti Cruciali includono anche momenti di angoscia.”

Inoltre , nell’ambito dei “Momenti Significanti” , in queste sequenze di regolazione,il paziente sta

- e) attivamente compiendo la sua vita sempre con il terapeuta

Perciò suggerisco i “Momenti Significanti”

- a) per offrire una esplorazione e un ammorbidimento di rigidi o irrigiditi modelli di relazione portando nuove esperienze di relazione attraverso la musica

Ciò significa:

- b) i ricordi immagazzinati di sentimenti (RIG-s) possono essere influenzati e aggiornati attraverso esperienze musicali interattive e
- c) possono essere chiamati sequenze di involucri Musicali Proto Narrativi per es. “Storie musicali vissute” (cfr. Stern,2004).
- d) queste sequenze di involucri Musicali Proto-Narrativi (Storie vissute) costituiscono la base per un contatto attivo con il senso di sé non verbale durante la comunicazione verbale dopo che le improvvisazioni sono state completate. Penso che sia di vitale importanza che sia il terapeuta sia il paziente siano stati attivamente coinvolti nell’azione reciproca (per es. sono state create nuove narrazioni musicali) e , di conseguenza
- e) che i “Momenti Significanti” nell’azione reciproca musicale offrano un collegamento tra soma e psiche (cf. Alessitimia).

Implicazioni

Sulla base di questo studio , io vorrei proporre alcune implicazioni che mettano a fuoco quattro dimensioni.

La prima dimensione è **la Musico terapia clinica pratica.**

Suggerisco un approccio musico terapeutico che includa sia la musica che il dialogo verbale per le persone che soffrono di Anoressia Nervosa. Io credo che le “ Storie di vita” possono essere capite in un senso più ampio quando sono verbalizzate insieme con il terapeuta, che è stato anche attivamente coinvolto nella improvvisazione.

Il secondo aspetto è relativo ad alcuni degli aspetti teorici presenti nella patologia delle persone che soffrono di AN.

Suggerisco una visione differente di una persona anoressica . Da questo momento la persona anoressica è capace di regolare e armonizzare se stessa attraverso le esperienze relative alla musica. Cf Il commento di Simen : “ Quando io lascio la musico terapia io non ho da vomitare la fetta di pane che ho nel mio stomaco”.

La terza dimensione è collegata alla Metodologia di ricerca. Penso che è realmente importante includere entrambi i processi interpersonali e musicali nell’analisi dei dati invece di concentrarsi solamente su uno degli aspetti. Tale approccio include anche prospettive ermeneutiche e fenomenologiche da un punto di vista filosofico.

Come ulteriori studi di ricerca, sarebbe importante guardare più da vicino alla domanda: cosa accade prima dei “Momenti Significanti” ?

Altro aspetto di interesse per me è esplorare l’improvvisazione musicale come “Stati di coscienza bivalenti espansi” (Tronick,1998).

Commenti di chiusura

Dopo l’improvvisazione Simen disse che non aveva cercato di essere abile ma che aveva provato a fare qualcosa che non aveva fatto prima. Egli continuò:

Simen : A volte ho paura di provare tutte queste cose nuove.

Th : Tu puoi regolare tutto al tuo ritmo, lo sai.

Simen: Sì- lo so

Th: Sì- e prima tu non volevi affatto esplorare il pianoforte.

Simen: No (Simen sorride e suona alcune note sul piano)- ma così è accaduto.

Vibranti interazioni dà speranza, che io considero essere una importante caratteristica della qualità di vita. Di conseguenza, lo sviluppo e la crescita sono possibili attraverso la mutua regolazione in esperienze di relazione per mezzo della musica.

Lo psicologo e ricercatore Aldridge offre alcune delle sue idee circa la speranza e la creatività su

questa via (1996, p. 241).

La Musicoterapia con la sua enfasi sul contatto personale e sul valore del paziente come essere umano creativo produttivo, ha un ruolo significativo da giocare nella promozione della speranza nell'individuo.....L'opportunità offerta da attività artistico creative , per il paziente di essere rimesso a nuovo sul momento, di affermare un'identità che è sensibile al bello nel contesto di un'altra persona, ancora separata e abbandonata, è un'attività investita con una tale vitale qualità di speranza....

Julie cantò e suonò in MT e le è piaciuto molto. Durante lo svolgimento di MT ha sintonizzato il suo pianoforte a casa e ha iniziato a fare musica, anche quando era visitata da amici.

Nell'intervista di chiusura di Simen ho chiesto:

Th: C'è qualcosa che voi vorreste portare con voi dalla MT ?

Simen: Sì, è stato divertente. E io sto assimilando alcuni concetti che sono stati esplorati. Sono consapevole del legame tra i termini che abbiamo discusso nella comunicazione verbale e quello che ho provato nella musica.

Th: Qui ci sono due parole chiave che tu hai scritto e sottolineato nel riassunto. Una è chiarezza e l'altra è regola.

Simen: Sì, io stavo anche pensando a quelle parole.

Th: Che cosa pensi di loro ?

Simen: (ridendo)- Pensavo che mi piacerebbe includerle nella mia vita.

