



quaderni  
italiani  
di musicoterapia

A.N.F.F.A.S.

sezione di Genova

Associazione Professionale

Italiana Musicoterapeuti

[www.psmusic.com/apim.htm](http://www.psmusic.com/apim.htm)

anno 00 • n. 1 gennaio 2000

# musica & terapia

# 1

Malattia  
di Alzheimer  
e terapia musicale

L'utilizzo della  
Musicoterapia  
nell'AIDS

L'intervento  
Musicoterapico  
nella riabilitazione  
di pazienti  
post comatosi

00



# musica & terapia

numero

# 1

**direttore editoriale**  
Gerardo Manarolo

**comitato di redazione**  
Claudio Bonanomi  
Massimo Borghesi  
Ferruccio Demaestri  
Agostino Pigna  
Alfredo Raglio  
Andrea Ricciotti

**segreteria di redazione**  
Ferruccio Demaestri

**comitato scientifico**  
Rolando O. Benenzon  
Università San Salvador,  
Buenos Aires, Argentina  
Leslie Bunt  
Università di Bristol,  
Gran Bretagna

Giovanni Del Puente  
Sez. di Musicoterapia, Dip. di Scienze Psichiatriche  
Università di Genova

Gian Luigi di Franco  
Docente a contratto, Università di Napoli

Denis Gaita  
Psichiatra, Psicoanalista, Milano

Roberta Gatti  
Direttore Sanitario A.N.F.F.A.S., Sez. di Genova

Franco Giberti  
Psichiatra, Psicoanalista,  
Università di Genova

Edith Lecourt  
Università Parigi V,  
Sorbonne, Francia

Giandomenico Montinari  
Psichiatra, Psicoterapeuta, Genova

Pier Luigi Postacchini  
Psichiatra, Neuropsichiatra  
Infantile, Psicoterapeuta, Bologna

Oskar Schindler  
Ordinario di Foniatria,  
Università di Torino

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

Segreteria di redazione: Ferruccio Demaestri • C.so Don Orione 7, 15052 Casalnoceto (AL) tel. 0131/809407

numero

# 1

pag 1  
Editoriale

pag 2  
Malattia di Alzheimer e  
Terapia Musicale  
Giuseppe Porzionato

pag 10  
L'utilizzo della  
Musicoterapia nell'AIDS  
Andrea Ricciotti

pag 22  
L'intervento musicoterapico  
nella riabilitazione dei  
pazienti post-comatosi  
Rita Meschini

pag 27  
Musicoterapia  
e demenza senile  
Francesco Delicato

pag 39  
Musicoterapia  
e AIDS  
Roberto Ghiozzi

pag 46  
Musicoterapia in un  
Servizio Residenziale per  
soggetti Alzheimer  
Manuela Picozzi, Denis Gaita, Lia  
Redaelli

pag 50  
Recensioni

pag 52  
Notiziario

pag 56  
Articoli pubblicati  
sui numeri precedenti

pag 58  
Norme redazionali

**Edizioni Cosmopolis**

Corso Peschiera 320  
10139 Torino  
011 710209

progetto grafico  
Harta Design, Genova

Paola Grassi  
Roberto Rossini

**Musica et Terapia** si presenta con una nuova veste e con un maggior numero di pagine. Rimane invariata la frequenza semestrale. Ci auguriamo che questo rinnovamento sia seguito da una crescente diffusione della nostra rivista, da nuove collaborazioni e da sempre più qualificati contributi teorici ed esperienziali.

Il primo numero del 2000 ospita parte delle relazioni presentate all'ultimo seminario Apim "L'estremo Musicoterapico", tenutosi a Rimini il 15-16 Maggio '99 (la relazione del Dr. Scarso e del Dr. Emanuelli "La stimolazione sonoro-musicale in pazienti in stato di coma post traumatico" è stata pubblicata in "Musicoterapia, metodologie, ricerche cliniche, interventi", Centro Scientifico Editore, mentre quella del Dr. Maranto "La musica allunga la vita?" è apparsa in *Musica et Terapia*, VII (1), 1999).

I quaderni si aprono con la relazione di Giuseppe Porzionato che dopo aver illustrato le ipotesi eziopatogenetiche del Morbo di Alzheimer, le principali manifestazioni cliniche e le modalità di trattamento, evidenzia potenzialità e prospettive dell'approccio musicoterapico.

Andrea Ricciotti affronta poi il tema dell' A.I.D.S.

Nel suo contributo, coinvolgente e ricco di rimandi letterari, precisa come la musicoterapia possa svolgere una funzione preventiva (terziaria) migliorando le condizioni intrapsichiche ed extrapsichiche del pz; la musica e le relazioni che si possono instaurare con essa e attraverso di essa rievocano affetti, desideri, ricordi. Queste presenze nostalgiche possono connotarsi di valenze consolatorie.

Un diverso ambito clinico, anch'esso però situato tra la vita e la morte, è affrontato da Rita Meschini. Il suo articolo descrive infatti un'esperienza condotta con pazienti post-comatosi. Francesco Delicati torna a trattare la Malattia di Alzheimer, illustrando un'interessante ricerca (condotta in collaborazione con l'Associazione Malati Alzheimer e Telefono Alzheimer e l'Istituto di Gerontologia e Geriatria, diretto dal Prof. Umberto Senin), mentre Roberto Ghiozzi ci parla della sua esperienza "in prima linea" con pazienti sieropositivi e in A.I.D.S. conclamato. L'intensità delle sue descrizioni cliniche si commenta da sola. L'ultimo contributo, di Manuela Picozzi, Denis Gaita e Lia Redaelli presenta le possibili applicazioni di un test proiettivo di tipo musicale (il Melotest) in ambito geriatrico.

Gerardo Manarolo

# Malattia di Alzheimer e terapia musicale

La malattia (o morbo) di Alzheimer è una graduale degenerazione dei neuroni cerebrali. Assieme alla malattia di Pick (che è caratterizzata da una prevalente atrofia a livello dei lobi frontali e dei poli temporali) è classificata nella categoria delle demenze primitive

## LA MALATTIA DI ALZHEIMER

### Introduzione e storia

La malattia (o morbo) di Alzheimer è una graduale degenerazione dei neuroni cerebrali. Assieme alla malattia di Pick (che è caratterizzata da una prevalente atrofia a livello dei lobi frontali e dei poli temporali) è classificata nella categoria delle demenze primitive che si distinguono, a loro volta, dalla più ampia categoria delle demenze secondarie, di cui fanno parte, tra le altre il morbo di Parkinson e il morbo di Creutzfeldt-Jacob (l'ormai famoso morbo della mucca pazza).

A differenza della vecchia distinzione tra una forma presenile e una senile della malattia, oggi si tende a distinguere due tipi della malattia di Alzheimer: il primo è osservabile dopo i 70 anni ed è caratterizzato da un declino cognitivo meno grave e con minori alterazioni biochimiche del secondo tipo, a insorgenza più precoce, ma molto più devastante (Amaducci, Bruno, Lippi, 1990).

La malattia di Alzheimer è stata descritta per la prima volta dal neuropatologo e neuropsichiatra tedesco Alois Alzheimer [1864-1915] che, all'autopsia, riscontrò nel cervello di una donna di 52 anni affetta da una grave forma di demenza oltre a numerose placche senili, già note ai neuropatologi del tempo, anche una degenerazione di neurofilamenti (proteine che, assieme ai microtubuli e ai microfilamenti, concorrono a formare il citoscheletro dei neuroni).

Ai tempi di Alzheimer la malattia era abbastanza rara, ma con il prolungamento della vita e con l'avvento di metodi diagnostici più sofisticati oggi si calcola che le demenze, in generale, colpiscono fino al 10 per cento della popolazione sopra i 65 anni e il 30 per cento della popolazione sopra gli 80 anni. Di esse, la malattia di Alzheimer è responsabile di circa il 50-70 per cento dei casi.

# La maggior parte delle ricerche sulla malattia di Alzheimer si basa su sei diversi modelli

## Aspetti del declino cognitivo

Nella progressione della malattia di Alzheimer si possono riconoscere tre fasi. Inizialmente si ha perdita di memoria, soprattutto quella a breve termine, e dell'orientamento. In questa prima fase, che dura due-tre anni, i pazienti cominciano ad avere problemi nell'eseguire le normali azioni della vita quotidiana: non si ricordano se hanno chiuso il gas o se hanno chiuso a chiave la porta di casa; hanno qualche problema a vestirsi e a cucinare; fanno fatica a nominare gli oggetti familiari, a trovare la parola giusta e a fare i conti. Nonostante ciò continuano a stare bene e non manifestano alterazioni neurologiche evidenti.

Nella seconda fase, ai sintomi citati si aggiunge un progressivo deterioramento del linguaggio. Esso tende ad essere vago e caratterizzato dall'eccessivo uso di frasi automatiche e di clichés. Le abilità visuo-spaziali si deteriorano, il paziente può presentare attacchi epilettici e non essere più in grado di riconoscere il viso dei famigliari. La terza fase, che si manifesta dopo altri 2-3 anni, è caratterizzata dalla perdita delle funzioni cognitive: si ha la perdita completa della memoria e delle capacità intellettuali.

## Modificazioni comportamentali

I sintomi comportamentali sono un problema importante ma spesso trascurato nella malattia di Alzheimer. Essi producono molto più stress nelle persone che si devono prendere cura delle disfunzioni cognitive dei pazienti (Goldmacher, Whitehome, 1996). I pazienti mostrano frequentemente una diminuzione dell'emozionalità, un incremento dell'ostinazione, una diminuzione dell'iniziativa e diventano fortemente sospettosi. Manifestano, inoltre, atteggiamenti paranoici: accusano le persone di furto, di infedeltà coniu-

gale e si sentono perseguitati.

Circa il 25 per cento dei pazienti con malattia di Alzheimer hanno allucinazioni, solitamente di tipo visivo, e

nel 40 per cento dei casi manifestano ansia e depressione. Quest'ultima può essere difficilmente distinta dallo stato di apatia connesso direttamente con la malattia. Altri ricercatori (Gormley, Rizwan, Lovestone, 1997) hanno dimostrato che le idee deliranti connesse con la malattia rendono questi pazienti particolarmente aggressivi.

## Ipotesi eziologiche

Attualmente, la maggior parte delle ricerche sulla malattia di Alzheimer si basa su sei diversi modelli, e questo la dice lunga su quanto si conosca sulla sua eziologia. Riassumendo l'esposizione che ne fa Wurtman (1985), *il primo* è il modello genetico. Si è notato che in alcune famiglie l'incidenza della malattia di Alzheimer è insolitamente elevata. Una tipica malattia genetica è dovuta a un errore del metabolismo oppure a una anomalia cromosomica. Questo modello è sostenuto dal fatto che quasi tutte le persone affette da sindrome di Down sono colpite, attorno ai 40 anni, dalla malattia di Alzheimer. Contro il modello, invece, sta il fatto che non sono stati ancora identificati né una proteina anomala né un cromosoma alterato.

*Il secondo* è il modello della proteina anomala. Dal punto di vista anatomopatologico la malattia di Alzheimer è associata a tre strutture proteiche anomale: a) la degenerazione neurofibrillare nel citoscheletro dei neuroni; b) un abnorme accumulo nel tessuto nervoso di masse ricche di proteine chiamate sostanza amiloide, quest'ultima è presente in grande quantità nel cervello di soggetti con malattia di Alzheimer e si evidenzia o come deposito all'interno dei vasi sanguigni



oppure come componente delle placche neuritiche; c) queste ultime sono la terza struttura proteica anomala, sono abbondanti nella corteccia cerebrale, nell'ippocampo e nell'amigdala. Più placche sono presenti più la malattia è grave. Le placche sono localizzate in aree che contengono gli assoni e le terminazioni dei neuroni e non i loro corpi cellulari. Ciò significa che le cellule nervose non possono scambiarsi i messaggi elettrochimici. *Il terzo* è il modello dell'agente infettivo. Si è osservato che nelle pecore e nelle capre si manifesta un'infezione biochimicamente silente (cioè priva di febbre e di globuli bianchi, che farebbero supporre un'infezione cerebrale) chiamata scrapie che ha molti sintomi in comune con la malattia di Alzheimer. Anche il morbo di Creutzfeldt-Jacob (quello della mucca pazza) si comporta allo stesso modo. Si pensa che gli agenti infettivi siano sostanze che non contengono, a differenza dei virus, né DNA né RNA. Sono particelle proteiche chiamate prioni e sono state isolate nel cervello di una pecora affetta da scrapie. La debolezza del modello sta nel fatto che se la causa della malattia fosse un agente infettivo esso dovrebbe essere facilmente trasmissibile ad animali da laboratorio, ma finora i risultati si sono dimostrati infruttuosi.

*Il quarto* è il modello della tossina. Alcuni ricercatori ritengono che i sali di alluminio possano contribuire allo sviluppo della malattia di Alzheimer. L'iniezione di sali di alluminio in conigli o in gatti (ma non in ratti o scimmie) provoca una degenerazione neurofibrillare. Il tipo di degenerazione indotta nei conigli e nei gatti possiede però filamenti a catena singola, mentre nella malattia di Alzheimer i filamenti sono appaiati ad elica; essa inoltre compare in zone del sistema nervoso che non sono colpite dalla malattia. È probabile quindi che la tossina si formi dopo che si sono instaurati processi di degenerazione neurofibrillare.

*Il quinto* è il modello del flusso ematico. Nella malattia di Alzheimer il flusso sanguigno e il consumo di ossigeno cerebrale diminuiscono di circa il 30 per cento rispetto a ciò che avviene nelle persone anziane non affette da demenza. Le maggiori riduzioni sono rilevabili nei lobi frontali e parietali della corteccia cerebrale. Il problema di fondo è se questa ridotta capacità del cervello di produrre energia chimica è una causa o un effetto del danno provocato dalla malattia mentale.

*L'ultimo* è il modello dell'acetilcolina. Diversi autori hanno scoperto che nell'ippocampo e nella corteccia cerebrale di pazienti colpiti da malattia di Alzheimer i livelli di un enzima (la colinacetiltransferasi) che catalizza la sintesi dell'acetilcolina (un importante neurotrasmettitore) è ridotto del 90 per cento. Questa marcata alterazione biochimica spiegherebbe il principale sintomo della malattia: la perdita di memoria. Questo indizio sembra particolarmente rilevante, perché porta a ipotizzare che alcuni deficit cognitivi della malattia di Alzheimer siano la conseguenza di una riduzione nella trasmissione degli impulsi nervosi mediati dall'acetilcolina.

### Terapie farmacologiche

Le attuali terapie farmacologiche sono tutte orientate a contrastare l'inarrestabile progressione del quadro clinico. Preso atto della severa compromissione del sistema colinergico (il sesto modello che abbiamo considerato) i ricercatori si sono orientati alla ricerca e alla sperimentazione clinica di farmaci che siano in grado di ristabilire gli equilibri biochimici perduti.

Le complesse modificazioni metabolico-energetiche che sono state rilevate a carico del sistema nervoso centrale (si veda il quinto modello che abbiamo considerato) hanno suggerito l'uso terapeutico di sostanze, come la L-acetilcarnitina, che sembrano in grado di ristabilire l'equilibrio biochimico della cellule nervose. Altri farmaci,

come la fosfatidilserina, hanno dimostrato di avere proprietà trofico-rigenerative nei confronti delle membrane delle cellule nervose. Sono invece scarsamente tollerati sedativi e ansiolitici e i farmaci antipsicotici sono usati soltanto se si manifestano episodi di agitazione psicomotoria. Anche il fattore di crescita neuronale scoperto da Rita Levi Montalcini (il NGF), che dovrebbe promuovere la vitalità neuronale e l'integrità delle sinapsi non sembra avere ottenuto particolare successo nel migliorare il danno cerebrale osservato nei pazienti con malattia di Alzheimer (Spillantini, 1999).

## LA TERAPIA MUSICALE COME COADIUVANTE NELLA CURA DELLA MALATTIA DI ALZHEIMER

### Musicoterapia e demenze

Senza risalire ai Greci, o agli abusati esempi biblici, fin dai tempi della sua fondazione (1950) l'americana NAMT (National Association for Music Therapy) ha considerato con particolare riguardo l'uso della musica in ambito geriatrico (si veda Schneider, 1960). Molti sono stati i programmi attuati sia in istituzioni pubbliche che in quelle private.

Liederman (1967) ha, ad esempio, riferito di un'esperienza compiuta presso la Divisione geriatrica dell'Ospedale di Stato a Pueblo, in Colorado. Egli ha anche suggerito dei criteri per la selezione dei brani musicali da usare nel corso della terapia musicale di gruppo: ha trovato particolarmente utile la musica melodica, con modelli ritmici brevi e ripetitivi; inoltre, il ritmo dovrebbe essere ben evidenziato, i brani non dovrebbero superare i tre minuti, tra un brano e l'altro non dovrebbero passare più di due minuti, i brani, soprattutto se poco noti, dovrebbero essere spesso ripetuti, perché la familiarità incoraggia la socializzazione, le sessioni, infine, non dovrebbero superare i venti minuti.

Un ampio programma è stato sviluppato anche

dalla Palmer (1977) in un istituto privato, la Cedar Lake Home, nel Wisconsin. Il programma ha coinvolto 380 residenti. Di questi, 130 erano autosufficienti, 122 avevano bisogno di un'assistenza più o meno costante, i rimanenti 122 erano classificati come confusi, disorientati, arteriosclerotici. Peccato che l'indagine non abbia individuato specifiche patologie o specifici comportamenti da studiare attraverso un protocollo metodologicamente controllabile. Si rimane, così, al livello delle buone intenzioni.

Un'esperienza più controllata è stata invece realizzata, di recente, da Maranto e Porzionato (1999) i quali hanno selezionato, da una popolazione di 667 anziani non autosufficienti di una struttura residenziale privata, 90 soggetti che sono stati divisi in 18 gruppi di cinque soggetti. Due soggetti di ciascun gruppo possedevano buone capacità cognitive, altri due capacità cognitive medie, un soggetto era invece fortemente debilitato. Ogni gruppo ricalcava, in questo modo, l'universo della popolazione considerata. Tutti i gruppi sono stati sottoposti, per circa sei mesi, a sedute settimanali di ascolto e di discussione collettiva. I brani musicali erano stati scelti in base al gradimento che essi avevano ottenuto nel corso di un'indagine preliminare durata sei mesi. I CD usati contenevano musica sinfonica, lirica e popolare. A questi soggetti, definiti regolari, si sono man mano aggiunti, nel corso della ricerca, altri 77 soggetti che seguivano l'attività in modo meno diretto: ascoltavano la musica, ma non erano direttamente coinvolti nella discussione che seguiva l'ascolto di ogni brano. Essi sono stati definiti "spettatori". Gli altri residenti (505) non hanno partecipato all'attività musicale, hanno quindi avuto la funzione di gruppo di controllo. A circa un anno di distanza dall'esperienza è stata controllata la percentuale dei decessi. Si è così scoperto che era di circa il 18,8 % nel gruppo dei regolari, del 27,2% nel

gruppo degli spettatori e ben del 31,4% nel gruppo di controllo. Si tenga presente che la popolazione dei regolari era rappresentativa della popolazione totale e quindi qualcosa deve avere influito sulla maggiore longevità. Gli autori hanno concluso che i dati emersi fanno ritenere che la musica abbia avuto effetti benefici sugli ascoltatori. Senza volere affermare che la terapia musicale sia stata l'unica responsabile del minore indice di mortalità, bisogna prendere atto che il cambiamento dell'umore indotto dalla musica può stimolare la percezione di benessere in questa categoria di soggetti e agire anche sul mantenimento delle loro capacità cognitive, oltre che sulle condizioni fisiche generali.

Un'interessante esperienza è stata effettuata dalla Riegler (1980), che ha comparato una tecnica nota come orientamento alla realtà (che dovrebbe aiutare i pazienti confusi e disorientati a diventare meno confusi, meno introversi e meno apatici) in associazione con e senza background musicale. Il gruppo sperimentale era composto da quattro soggetti, come anche il gruppo di controllo. I pazienti del gruppo sperimentale sono stati sottoposti al training di Reality orientation (RO) due volte alla settimana, nel corso di sedute che duravano circa mezz'ora con associato l'ascolto di brani di musica prevalentemente classica. Il gruppo di controllo riceveva lo stesso trattamento ma senza la musica. Dopo otto settimane di training, il gruppo sperimentale ha dimostrato un netto miglioramento nelle prestazioni a un questionario che misurava lo stato mentale dei pazienti. Si deve però considerare che il campione era troppo limitato per potere fare inferenze e che non era chiaramente specificata l'entità della patologia dei soggetti.

Più recentemente, Smith e Lige (1991) hanno utilizzato un questionario per svolgere un'ampia ricerca su 176 music therapists che lavoravano prevalentemente con persone anziane. Lo scopo

era di caratterizzare questa figura di terapeuta (un musipsicogerontologo?) e individuare le pratiche musicoterapeutiche che possono rivelarsi più proficue per questo tipo di pazienti.

### **Musicoterapia e malattia di Alzheimer**

Nell'ambito della terapia musicale delle demenze, si è assistito in questi ultimi anni a un proliferare di ricerche sull'uso della musica come coadiuvante nella terapia della malattia di Alzheimer.

Recentemente, Forbes (1998) ha svolto una rassegna sistematica sulla letteratura scientifica che si è occupata delle strategie di gestione della sintomatologia comportamentale connessa con la demenza di Alzheimer. Su 265 pubblicazioni ne ha giudicate rilevanti 45; di esse, però, soltanto 7 hanno dimostrato di essere metodologicamente ineccepibili. Fra le strategie che hanno dimostrato di migliorare i comportamenti aggressivi, l'interazione sociale, il saper badare a sé stessi, i disturbi sonno-veglia e i deliri vi è anche la terapia musicale.

Smith (1986) ha indagato l'effetto di tre diversi tipi di trattamento sulle funzioni cognitive di pazienti con malattia di Alzheimer: il primo riguardava dei suggerimenti musicali per migliorare il ricordo, il secondo dei suggerimenti verbali, il terzo il solo ascolto di musica. I soggetti erano 12 donne con un'età compresa tra i 71 e i 92 anni affette da malattia di Alzheimer. Le differenze prima e dopo il trattamento erano misurate attraverso i punteggi a un test (il Mini-Mental State Examination). I risultati hanno mostrato che il ricordo indotto da suggerimenti musicali e verbali ha incrementato i punteggi nella subsezione del test relativa al linguaggio, ma non le subsezioni relative all'orientamento e all'attenzione. La sola attività di ascolto musicale ha invece significativamente incrementato il totale dei punteggi. Questo dato è stato confermato recentemente da Foster e Valentine (1998) i quali hanno studiato

20 pazienti dementi in relazione allo sviluppo di ricordi autobiografici e nella prestazione in un compito di vigilanza. Essi hanno trovato che la musica di sottofondo facilita i ricordi autobiografici indipendentemente dal fatto che sia conosciuta o meno. Ciò indica che la sola musica di sottofondo comporta dei benefici cognitivi in soggetti gravemente menomati.

Aldridge (1995) ha osservato che le abilità musicali appaiono preservate nonostante il deterioramento cognitivo dovuto alla malattia di Alzheimer. La terapia musicale, quindi, può essere efficacemente utilizzata nel trattare tali pazienti, oltre che gli anziani in generale. Egli riporta il caso di una paziente di 55 anni che ha ottenuto un netto miglioramento nella qualità della vita attraverso sedute di musicoterapia improvvisativa.

Altre ricerche hanno dimostrato come la musica può influenzare direttamente le modificazioni comportamentali disadattative dei pazienti con malattia di Alzheimer. Casby e Holm (1994), ad esempio, hanno dimostrato che la musica classica e soprattutto quella preferita dai pazienti (musica operistica e musica spagnola) hanno diminuito significativamente il numero di vocalizzazioni ripetitive e disturbanti di tre pazienti: le due donne sono migliorate, l'uomo non ha tratto alcun beneficio dal trattamento.

Anche i comportamenti aggressivi possono migliorare, come hanno mostrato Clark, Lipe e Bilbrey (1998). Essi hanno studiato l'effetto di musica nota su 18 pazienti di età compresa tra i 55 e i 95 anni con gravi livelli di compromissione cognitiva. La ricerca si è svolta sotto due condizioni: a) veniva trasmessa la musica preferita mentre i soggetti si facevano il bagno; b) non veniva trasmessa la musica. I risultati hanno mostrato che durante la condizione in cui era trasmessa la musica preferita si è manifestato un

■ Aldrige D.

*Music therapy and the treatment of Alzheimer's disease*, Clinical Gerontologist, 16 (1), 1995, pp. 41-57

■ Amaducci L., Bruno G., Lippi A.,

*Le demenze*. In A. Agnoli (a cura di), Neurologia, Utet, Torino, 1989, pp. 1-62.

■ Byrne L.,

*Music therapy and reminiscence: A case study*, Clinical Gerontologist, 1 (3), 1982, pp. 11-16.

■ Casby J., Holm M.B.,

*The effect of music on repetitive disruptive vocalization of person with dementia*, American Journal of Occupational Therapy, 48 (10), 1994, pp. 883-889.

■ Clark M.E., Lipe A.W., Bilbrey M.,

*Use of music to decrease aggressive behaviors in people with dementia*, Journal of Gerontological Nursing, 24 (7), 1998, pp. 10-17.

■ Forbes, D.A.,

*Strategies for managing behavioural symptomatology associated with dementia of the Alzheimer type: a systematic overview*, Canadian Journal of Nursing Research, 30 (2), 1998, pp. 67-86.

■ Foster N.A., Valentine E.R.,

*The effect of concurrent music on autobiographical recall in dementia clients*, Musicae Scientiae, 11 (2), 1998, pp. 143-155.

- Geldmacher M.D.,  
Whitehouse P.J.,  
*Evaluation of Dementia*, The  
New England Journal of  
Medicine, 335 (5), 1996, pp.  
330-336.
- Gormley M.R., Rizwan M.  
R., Lovestone S.,  
*Clinical predictors of  
aggressive behaviour in  
Alzheimer's disease*,  
International Journal of  
Geriatric Psychiatry, 13, 1998,  
pp. 109-115.
- Johnson J.K., Cotman  
C.W., Tasaki C.S.,  
*Enhancement of spatial-  
temporal reasoning after a  
Mozart listening in  
Alzheimer's disease: a case  
study*, Neurological Research,  
20 (8), 1998, pp. 666-672.
- Liederman P.C.,  
*Music and rhythm group  
therapy for geriatric patients*,  
Journal of Music Therapy, 4  
(4), 1967, pp. 126-127.
- Lord T.R., Garner J.E.,  
*Effects of music on Alzheimer  
patient*, Perceptual and  
Motor Skills, 76 (2), 1993, pp.  
451-455.
- Maranto M., Porzionato G.,  
*La musica allunga la vita?  
considerazioni sui risultati di  
un'esperienza pilota*, Musica &  
Terapia, VII (1), 1999, pp. 23-29.
- Palmer M.D.,  
*Music therapy in a  
comprehensive program of  
treatment and rehabilitation  
for the geriatric resident*,  
Journal of Music Therapy, 14  
(4), 1977, pp. 190-197.

decremento di 12 comportamenti aggressivi su 15 presi in esame. I soggetti, inoltre, hanno mostrato un netto miglioramento nel rapporto con chi si prendeva cura di loro mentre facevano il bagno.

Recentemente, molte ricerche si sono focalizzate sul potere della musica di intensificare le prestazioni in compiti spaziali e nel ragionamento spatio-temporale (Rauscher, Shaw e Ky, 1993, 1995; Rauscher et al., 1997). Sembra poi che la musica di Mozart abbia un effetto particolarmente rilevante. Una ricerca in proposito è stata condotta da Johnson, Cotman, Tasaki e Schaw (1998) su una coppia di gemelli affetti da malattia di Alzheimer. I soggetti hanno ascoltato un estratto di una Sonata per pianoforte di Mozart (condizione sperimentale). Le condizioni di controllo erano due: il silenzio e l'ascolto di motivi popolari degli anni Trenta. Essi hanno trovato un sensibile aumento della prestazione in compiti di abilità spatio-temporale soltanto nella condizione sperimentale. La loro conclusione è che la musica può essere utilizzata come strumento per indagare la plasticità funzionale cerebrale in relazione alla malattia di Alzheimer per potere meglio conoscere la patofisiologia sottostante.

## CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

Come si può rilevare dalle ricerche considerate, a dispetto della gravità della patologia la musica sembra essere un agente privilegiato nel tenere viva la plasticità cerebrale, e quindi le funzioni cognitive, di soggetti con malattia di Alzheimer. Le due funzioni che sembrano essere maggiormente interessate dalla stimolazione musicale sono l'umore e il rinvigorimento dei moduli cerebrali connessi con la memoria.

È inoltre interessante il fatto che, spesso, il solo ascolto della musica possa dare risultati positivi, anche se una musicoterapia integrata potrebbe essere ancora più efficace. Riporto, a questo pro-

posito, uno studio condotto più di una quindicina di anni fa dalla Byrne (1982). La ricercatrice ha studiato il caso di un anziano di 78 anni sofferente di una grave forma di depressione. Il paziente ha partecipato a 7 sessioni di musicoterapia di gruppo nel corso delle quali l'ascolto dei brani musicali era integrato dalla illustrazione della biografia dell'autore del brano e da un panorama relativo al contesto storico in cui il era vissuto l'autore ed era stato composto il brano. Dopo il trattamento, il soggetto ha manifestato un significativo miglioramento su una scala che misurava il livello di depressione in soggetti anziani.

Gli individui con malattia di Alzheimer sembrano essere molto sensibili tanto all'eccesso quanto alla carenza di un adeguata stimolazione sensoriale; sembrano avere bisogno di regolarità. In persone che hanno perduto le coordinate spazio-temporali del loro esistere, la musica sembra un efficace mezzo per risvegliare la loro storia autobiografica, cioè la loro identità esistenziale. Musica e contatti sociali sembrano essere un'importante ricetta, oltre a quelle strettamente farmacologiche, per ritardare il tramonto delle facoltà mentali degli individui con demenza senile.

Per quanto riguarda, infine, il fatto che la musica di Mozart sembri particolarmente appropriata nel facilitare il miglioramento cognitivo, penso che sia un falso problema. Mozart è figlio di un'epoca storica il cui stile musicale (lo stile classico) sembra particolarmente vicino ad un linguaggio chiaro, semplice, facilmente comprensibile. Di quel periodo fanno parte, oltre a Mozart, Haydn, Clementi e un certo Beethoven. L'ideale compositivo di quel periodo era proprio l'equilibrio, il senso della proporzione costruttiva: quella regolarità, in fondo, che abbiamo visto essere un'importante variabile nel trattamento delle demenze. Soltanto la corretta ricerca, però, potrà dire l'ultima parola su un problema curioso, ma, appunto per questo, estremamente seducente.

■ Rauscher F.H., Shaw G.L., Ky K.N.,  
*Music and spatial task performance*, Nature, 365, p. 611.

■ Rauscher F.H., Shaw G.L., Ky K.N.,  
*Listening to Mozart enhances spatial-temporal reasoning: Toward a neurophysiological basis*, Neuroscience Letters, 185, 1995, pp. 44-47.

■ Riegler J.,  
*Comparison of a reality orientation program for geriatric patients with and without music*, Journal of Music Therapy, 17 (1), 1980, pp. 26-33.

■ Schneider E.H.,  
*Music therapy: 1959*, Allen Press, Lawrence, KA, 1960.

■ Smith G.H.,  
*A comparison of the effects of three treatment interventions on cognitive functioning of Alzheimer patients*, Music Therapy, 6A (1), 1986, pp. 41-56.

■ Smith D.S., Lipe A.W.,  
*Music therapy practices in gerontology*, Journal of Music Therapy, 28 (4), 1991, pp. 193-210.

■ Spillantini M.G.,  
*NGF e malattia di Alzheimer*, Le Scienze, n. 369 (maggio), 1999, pp. 90-94.

■ Rauscher F.H., Shaw G.L., Ky K.N.,  
*Music and spatial task performance*, Nature, 365, p. 611.

■ Wurtman R. J.,  
*La malattia di Alzheimer*, Le Scienze, n. 199 (marzo), 1985, pp. 42-53.7

# L'utilizzo della musicoterapia nell'AIDS

Fine e principio, morte e nascita, s'intrecciano strettamente, a testimonianza di quella che io ritengo una fondamentale circolarità di percorso all'interno di una zona oscura dell'essere abitata sì da paura e dolore, ma anche dalla memoria dei giorni felici e dalla speranza.

## Introduzione

Vorrei fare qualcosa di *diverso*: cominciare dalla fine, per poi subito dopo ripartire dal principio. Mi propongo, in tal modo, di aggirare almeno alcuni fra gli ostacoli che mi troverei di fronte se seguissi un percorso espositivo lineare. A parte il fatto che non saprei quale dovrebbe essere il punto zero di un simile percorso. Mi muoverò infatti all'esplorazione di ciò che l'AIDS rappresenta in sé e in quanto prototipo di uno statolimito di sofferenza che può beneficiare dell'utilizzo terapeutico delle varie forme di espressività musicale. So già che in questo cammino incontrerò una stratificazione di segni, a vari livelli di profondità e complessità, e varie possibili chiavi di lettura. Cose che sembrano del tutto nuove ci portano in realtà a riscoprirne altre, belle e brutte, di molti secoli fa. Fine e principio, morte e nascita, s'intrecciano strettamente, a testimonianza di quella che io ritengo una fondamentale *circolarità* di percorso all'interno di una zona oscura dell'essere, abitata sì da paura e dolore, ma anche dalla memoria dei giorni felici e dalla speranza.

La fine, in senso cronologico, è un recente caso ricavato dalla supervisione degli aspetti emotivo-relazionali del lavoro con pazienti gravi, che svolgo da alcuni anni per le fisioterapiste di un Servizio di Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva. Si tratta di un bambino di tre anni, tetraparetico, nato sieropositivo (ed ora con AIDS conclamato) da madre a sua volta ammalata e poi deceduta per AIDS. È evidente che situazioni simili sempre più "arriveranno" ai Servizi territoriali, corredate da una prognosi severa ma non così rapidamente ineluttabile come un tempo, e sulle quali, quindi, sarà necessario costruire progetti riabilitativi per il medio periodo. Allora, come trattare questo bambino (questi bambini)? Beninteso, le fisioterapiste sanno bene cosa fare per la tetraparesi, ma qui, per esempio, per ragioni di sicu-

## Nei paesi occidentali si evita di prendere in seria considerazione il fatto che la morte costituisce una realtà centrale per le persone malate

rezza si è convenuto di usare i guanti, che rendono difficile e innaturale il contatto corporeo (e quindi "verrebbe voglia di toglierli"). E la quotidianità del rap-

porto è costellata di interrogativi, banali ma non troppo, del tipo: sarà contagiosa anche la saliva? Ma poi, ancora, ad un livello più profondo: quale futuro ha questo bimbo? "Se succede che ci affezioniamo troppo a lui"? I riabilitatori sono abituati, per ogni bambino, a pensare sempre a dove arriverà, ponendosi in una prospettiva di recupero a lungo termine, ma qui, evidentemente, il gioco prospettico riesce molto più difficile.

Il caso portatomi in supervisione si ricollega facilmente a quello della ragazzina sedicenne da me seguita alcuni anni fa per un episodio depressivo reattivo alla morte per AIDS della madre, una donna ancora giovane e bellissima, che negli ultimi due anni aveva dovuto farsi accudire dalla figlia come un'infante di pochi mesi. La ragazzina, che non aveva traccia della malattia, aveva però, di base, un comportamento da adolescente ad alto rischio: abuso di pasticche, vita e frequentazioni "spericolate", vuoto esistenziale. La mamma morta, così come quella del bambino tetraparetico, viveva ancora come fantasma ed alimentava una corrente fortissima di affettività nostalgica, come se quel tipo di morte, prematura e crudele, ne impedisse una vera elaborazione e costringesse tutti ad un continuo tentativo di riportare l'amata in questo mondo attraverso il ricordo, così da poter riprendere con lei il dialogo interrotto. Come non farsi venire in mente, allora, oltre all'eterno canto di Orfeo per la perdita Euridice, l'aria struggente dell'Andrea Chenier che Maria Callas canta nella scena culmine del film *Philadelphia* (1993), e che s'intitola appunto *La mamma morta*? Ma come non pensare, anche, a Leo, il protagonista del roman-

zo di Pier Vittorio Tondelli *Camere separate*, e al suo continuo riandare con la memoria alla morte per AIDS del compagno, Thomas, ridiventato anch'egli, al

culmine della sofferenza, un bambino bisognoso di un aiuto e di una rassicurazione che nessuno è più in grado di dargli? Nel suo rammemorare intriso di erosiva malinconia, Leo "è ben consapevole che si porterà dentro per anni, fino alla fine, lo sguardo del bambino-Thomas sul letto estremo della sua camera separata".

Mi fermo qui nel mio erratico procedere per libere associazioni, anche se avrei ancora materiale in abbondanza, perché mi pare che gli elementi di complessità clinica, relazionale e sociale dell'AIDS si siano resi abbastanza evidenti: il lavoro con pazienti gravi e spesso non autosufficienti, l'idea di una morte ingiusta e prematura, in mezzo a grandi sofferenze cui non è facile assistere e tanto meno dare sollievo, ma anche quel di più che è il timore del contagio, la necessità di prendere precauzioni, e, su tutto, il molto che ancora non si sa, e che rende così incerta ogni prospettiva.

### L'AIDS come malattia

Se l'AIDS è una stratificazione di segni, le prime incertezze riguardano proprio il più esterno degli strati: quello dell'AIDS come malattia. Sarà quindi opportuno iniziare con una definizione ufficiale (Dianzani et al., 1994): "l'AIDS (Acquired Immuno-Deficiency Syndrome) è una condizione morbosa ad etiologia virale che per le peculiarità epidemiologiche colpisce in prevalenza giovani adulti e bambini; le manifestazioni cliniche sono costituite da infezioni opportunistiche e da insolite forme di tumori maligni dovuti ad una grave compromissione della risposta immunitaria cellulo-mediata. L'AIDS è l'esito del contagio del-



l'uomo con il virus dell'immunodeficienza umana (HIV)".

Le principali modalità di trasmissione della malattia sono:

- a) la trasmissione SESSUALE;
- b) la trasmissione PARENTERALE (aghi, sangue infetto, etc...);
- c) la trasmissione VERTICALE (madre-feto, o madre-figlio, come nel caso descritto all'inizio).

Queste modalità costituiscono il 99,9% dei casi di AIDS censiti.

Nessuna delle affermazioni di cui sopra è in realtà esente da incertezze. Per quanto riguarda le manifestazioni cliniche si rimanda ovviamente ai trattati specialistici, non senza prima ricordare che l'AIDS ha in un certo senso ereditato dalla sifilide l'etichetta di "grande simulatrice", perché può manifestarsi in modi molto diversi, ma comunque sempre dolorosi e invalidanti, a seconda delle infezioni opportunistiche che invadono il campo quando la risposta immunitaria diviene insufficiente. Fra le manifestazioni cliniche sono comprese a pieno titolo quelle psichiatriche, sia *aspecifiche*, consistenti in disturbi reattivi dell'adattamento emotivo con significativo aumento del rischio suicidario, sia *specifiche*, riguardanti la fase tardiva della malattia, in cui può comparire una encefalopatia con deterioramento cognitivo, dovuta a localizzazione cerebrale del virus. Per quanto attiene alla virologia, l'HIV è un "retrovirus", che segue strane e controverse procedure di duplicazione, riuscendo così a nascondersi e a rimanere un "grande presunto" a dispetto delle più accanite ricerche. È comunque probabile che il suo ruolo sia stato sopravvalutato, e può darsi che altri fattori legati all'assetto psicofisico di base dell'individuo colpito, e anche della popolazione, debbano concomitare perché l'infezione da HIV si manifesti. Non si spiegherebbero altrimenti i rari ma documentati casi di individui sieropositivi che sono "guariti", ossia non hanno più i

markers del virus nel sangue, e non si spiegherebbe perché la malattia sia ormai cronicamente endemica nell'Africa sub-sahariana mentre la sua diffusione nel resto del mondo ha seguito una curva molto più ridotta. Quel che è certo è che l'AIDS è una malattia a basso livello di contagiosità, che richiede la trasmissione diretta del virus per potersi diffondere. Quanto alle vie di trasmissione, infine, nessuno discute seriamente la parenterale e la verticale, mentre è ovviamente su quella sessuale che si sono da subito accese le polemiche. All'inizio, soprattutto negli USA, l'AIDS è sembrato correlarsi principalmente ai comportamenti omosessuali maschili (in Europa, invece, l'incidenza maggiore è sempre stata dei tossicodipendenti per via endovenosa). Successivamente si è visto che è soprattutto la promiscuità di contatti sessuali a favorire la diffusione del contagio, e questo anche in ambito eterosessuale. Anche l'epidemiologia di questa sindrome, comunque, come già la clinica, sta cambiando molto; il numero totale dei sieropositivi non aumenta con quella esponenzialità ipotizzata nelle proiezioni statistiche di alcuni anni fa, mentre all'interno del totale aumenta la percentuale relativa degli eterosessuali non tossicodipendenti (Ippolito e Rezza, 1997).

In sostanza, è giusto sottolineare sia gli aspetti tuttora critici del quadro clinico-epidemiologico, sia quelli a evoluzione più positiva. La comparsa dell'AIDS ha mandato profondamente in crisi l'apparato bio-medico-tecnologico, diventandone un segno di contraddizione, perché l'obiettivo di *eliminare* l'AIDS è sembrato talmente importante da far passare in secondo piano ciò che poteva esser fatto per migliorare la necessaria convivenza dei malati con se stessi, la famiglia e la società. Mai è apparso così evidente come la medicina sembri aver smarrito la capacità di distinzione fra *guarire* e *curare*, allontanandosi sempre più dall'originario precetto ippocratico

*del divinum opus est sedare dolorem*, all'inseguimento di un efficientismo tecnicistico, volto ad ottenere la guarigione a tutti i costi, che sconfina con la negazione (delirante-megalomane) della morte. Il bilancio non è negativo perché, al di là di scandalismi e rivalità scientifiche, l'imponente fronte di ricerca ha prodotto in un tempo relativamente breve risultati tangibili. L'AIDS rimane una malattia a prognosi infausta, ma le aspettative di vita di chi ne è attualmente affetto sono significativamente diverse da quelle che potevano essere prospettate anche solo cinque anni fa. La messa a punto di protocolli terapeutici sempre più mirati che utilizzano l'effetto sinergico di alcuni nuovi farmaci antiretrovirali ha consentito un allungamento della sopravvivenza, con importante riduzione dei sintomi e della conseguente invalidità sociale degli ammalati. Se vogliamo usare la metafora militare della guerra senza quartiere alla malattia, verso la quale Susan Sontag (1989) è giustamente critica, perché si finisce per considerare il paziente un campo di battaglia e non una persona, tuttavia in questa guerra abbiamo guadagnato con le più recenti terapie posizioni importanti, che ci consentono di ridurre i tempi di ospedalizzazione e progettare un cambiamento sostanziale del tipo di assistenza, più attento, si spera, agli aspetti relazionali e alla qualità della vita.

### L'AIDS come metafora

Per un inquadramento del concetto di metafora rimando direttamente ad Aristotele, che nella *Poetica* (1457b) scrive: "*La metafora consiste nell'attribuire a una cosa il nome che è proprio di un'altra*". Dire che una cosa è (o somiglia a) qualcos'altro, è un'operazione mentale antica quanto la filosofia e la poesia, essendo probabilmente consustanziale all'acquisizione della capacità di pensiero astratto e di simbolizzazione che caratterizza l'Homo Sapiens, ed è quindi il terreno di

coltura della maggior parte delle forme di conoscenza, comprese quella scientifica e quella artistica. La storia della concezione metaforica di corpo umano, salute e malattia, ha quindi origine con gli albori della medicina e della civiltà occidentale. Da sempre, si può dire, per descrivere le parti del corpo, il loro funzionamento e le loro alterazioni, venivano prese a prestito figure delle arti, della politica e della tecnologia; e anche viceversa, come testimonia, per esempio, il famoso apologo di Menenio Agrippa sulla società come corpo unico, composto di vari organi e membra che devono cooperare fra loro se vogliono che il corpo viva. Già nel II secolo A.C., Lucrezio portava un attacco radicale alla riflessione metaforica su malattia e salute, confutando, nel libro III del *De Rerum Natura* (vv. 116-135), la metafora musicale che stava alla base del concetto di *armonia* con cui la medicina di allora definiva l'unità del corpo:

*...si che tu possa sapere  
che dentro il corpo risiede anche l'anima,  
e non è l'armonia che fa sì  
che noi possiamo sentire il corpo.  
Accade anzitutto che anche dopo la perdita  
di gran parte del corpo, la vita rimanga dentro di noi;  
se al contrario un po' di calore è fuggito dal corpo  
ed un po' d'aria è fuggita attraverso la bocca, la vita  
lascia all'istante le membra e le ossa,  
e da ciò puoi riconoscere che non tutti gli elementi  
hanno un identico ruolo, e la nostra sopravvivenza  
sostengono in modo uguale; ma di essi alcuni,  
i principi del vento e del calore,  
fanno sì che la vita duri nelle nostre membra.  
V'è dunque un calore e un soffio vitale  
che all'atto della morte ci abbandona.  
Da che la natura dello spirito si mostra  
come una parte del corpo umano,  
lascia ai musicanti il termine Armonia,  
che dall'alta Elicona scende a loro.*

*Essi lo hanno forse ricavato altrove,  
e trasferito ad un oggetto senza nome.  
Come che sia, rendilo ai musicanti  
e ascolta il resto del mio discorso.*

Lucrezio ci risulta spiacevole, tanto più se sul concetto di *armonia* si sono costruiti modelli di funzionamento della comunicazione affettiva, perché in sostanza dice: non ci può essere armonia in qualcosa che finisce per morire. Quando il *calore* e il *soffio vitale* non ci sono più, siamo morti. E allora? Lasciamo per ora inconfutato questo pensiero, su cui torneremo. Per altro, nonostante il realismo del poeta latino, in cui echeggiavano anche alcuni aspetti del pensiero scientifico di Ippocrate, le metafore sulle malattie sono dilagate nei secoli successivi fino ai giorni nostri.

Sembra, quindi, che il nostro immaginario collettivo non riesca a stare per troppo tempo senza far convergere su qualche malattia alcune paure ancestrali e alcuni fantasmi di colpa e punizione. Tra le paure da cui non ci siamo mai davvero liberati vi è quella del *contagio*, che si porta appresso il concetto di *pestilenza*; infatti, l'AIDS è stato definito "la peste del 2000". Ma se fosse solo così, saremmo tutto sommato nell'inevitabile, visto che la peste è uno dei quattro cavalieri dell'Apocalisse, come la guerra, e che non siamo mai stati senza guerre e senza epidemie. Anzi, se è vero, come ci indicano recenti riletture (Lupieri, 1999) che l'Apocalisse è piuttosto da intendersi come qualcosa che avviene *durante* il tempo, passato e presente, e non che dovrà compiersi in un'escatologica fine dei tempi, allora non sarebbe difficile riconoscere, in questo passaggio di millennio, le guerre balcaniche e l'AIDS come rappresentazione attuale di un'apocalisse che, analogamente, Proust credette di ravvisare nella prima guerra mondiale e nella breve ma micidiale epidemia di influenza "spagnola" che falciò il

mondo nel biennio 1918-19.

Il timore del contagio (nemico invisibile) si associa a sua volta all'idea della pestilenza come punizione divina per qualche colpa, e poi all'idea di forze malvagie che diffondono intenzionalmente il male (gli untori), idea che diventa in breve tempo una paranoia generalizzata. Manzoni descrive magistralmente questo sonno della ragione e i mostri che ne derivarono, riferendolo all'epidemia di peste che colpì Milano, assieme a tutta l'Europa, nel 1630. A partire dal '700, comunque, il concetto di *untore* si appanna, e le pestilenze non vengono più "mandate", ma "visitano" i popoli. Dacché poi il colera sostituisce peste e vaiolo come malattia infettiva più temibile (1800), l'origine delle epidemie, già non più soprannaturale, diviene decisamente esotica e terzomondista. Oggi neppure il colera verrebbe mai considerato una "punizione", ma questo denota solo uno spostamento dell'atteggiamento moralistico verso altri tipi di malattie di cui ci si serve a scopo didattico<sup>1</sup>. Esiste evidentemente un rapporto fra il concetto di malattia e il concetto di ciò che è *straniero*, un rapporto che si situa forse all'interno dello stesso concetto di ciò che è sbagliato, arcaicamente identico al non-noi, all'*alieno*. "Una persona infetta ha sempre torto", esemplifica Mary Douglas (1991). Non è difficile ricollegare questa osservazione antropologica di carattere generale ad una quantità di aneddoti che riguardano ammalati di AIDS discriminati in vario modo con intenti, ora sottilmente ora grossolanamente, colpevolizzanti, spesso da parte dello stesso personale sanitario. Il concetto di *alieno*, a sua volta, ci porta ad osservare che l'attributo della *mortalità* riferito ad una malattia non è di per sé sufficiente a generare terrore; anzi, paradossalmente non è neppure necessario. È piuttosto *l'alienità*, intesa come incomprensibile trasformazione sia fisica che mentale, a creare sgomento<sup>2</sup>. La lebbra, per secoli oggetto di paura

e disgusto, non era mortale neppure quando non esistevano i sulfamidici che la resero poi guaribile, ma fu ugualmente confinata nei lebbrosari, fino alla sua scomparsa in occidente alla fine del '600. Rimasti vuoti per 150 anni circa, i lebbrosari furono poi riempiti di nuovo con i matti (gli *alienati*), e la follia divenne una nuova malattia-metafora: della paura di non poter riconoscere il confine con la normalità, di un possibile "contagio" mentale, e altro ancora. Ora, forse, fra tante altre cose, l'AIDS si sta affiancando alla follia nell'immaginario collettivo: chi ha l'AIDS, come un tempo chi era matto, deve stare per conto proprio, anche se va al pronto soccorso perché ha un'appendicite acuta. Si riattualizza una discriminazione che rende il portatore di un certo disturbo un "diverso", che non può godere degli stessi diritti dei comuni malati, a dimostrazione del fatto che il manicomio è piuttosto una categoria dello spirito che non un luogo delimitato da quattro mura<sup>3</sup>.

Comunque, neppure l'insieme di significati metaforici derivati da inguaribilità, contagio, paura del diverso, sarebbero bastati a meritare all'AIDS la connotazione di "maledizione divina", se non ci fosse stata la trasmissione per via sessuale. Vi è infatti una diffusa opinione moralistica per cui chi contrae una malattia attraverso una pratica sessuale è più responsabile, e perciò merita maggior biasimo, mentre i tossici, che contraggono AIDS e epatite scambiandosi siringhe infette, sono visti come responsabili, tutt'al più, di portare a termine un suicidio improprio.

A tale riguardo, l'analogia con la sifilide è solo parziale. È ben vero che inizialmente (1400-500), essa fu molto virulenta, ma poi divenne meno aggressiva e a fine '800 solo pochi sul totale dei contagiati arrivavano, dopo molti anni, alla fase terziaria, che era mortale, con il corteo drammatico di sintomi psichici che il medico e scrittore Axel Munthe descrive così vividamente ne "La

Storia di S. Michele" a proposito della morte di Guy de Maupassant, suo amico. E comunque, mentre la sifilide, al pari della tubercolosi, poté diventare oggetto di idealizzazione compensatoria, tramite la leggenda della maggiore creatività che queste malattie avrebbero portato in dono, nulla di tutto questo è stato possibile con l'AIDS il quale, pur essendo una malattia del tempo, che procede a fasi, come appunto la sifilide, si è trovato invece accomunato al cancro, malattia che riguarda la geografia del corpo perché procede lungo strade prevedibili, nell'essere avvertito irreparabilmente come vergogna, ingiustizia, sconfitta.

Tutto questo ha comportato cambiamenti di costume che non è esagerato definire epocali. Lo sguardo retrospettivo verso la disinvoltata cultura sessuale degli anni '70 è stato paragonato dalla Sontag a quello rivolto all'età del jazz alla luce del crollo di Wall Street del 1929. La mitologia dell'AIDS, che si è inizialmente nutrita di leggende metropolitane, alcune plausibili (il "paziente zero", ovvero lo steward canadese Gaetan Dugas, moderno e dissennato untore), altre folcloristiche (la scritta nello specchio del bagno "*benvenuto nel mondo dell'AIDS*" trovata al mattino dall'ignaro turista dopo una notte d'amore con una bella sconosciuta), si è consolidata tramite una nuova serie di metafore derivate dalla virologia, per cui oggi l'AIDS non è che il battistrada di una minacciosa serie di altri virus (Ebola, Scrapie, etc...) che già vivono e agiscono in altri animali e contro i quali non disponiamo al momento di grandi risorse. Del resto, tutto oggi è interscambiabile e viaggia velocemente: beni, persone, immagini, virus (anche informatici). Da questo punto di vista, senza catastrofismi, la diffusione dell'AIDS è un inconveniente di quella globalizzazione cui non si può più rinunciare, un messaggero anti-utopico del villaggio globale, di quel futuro che, come l'Apocalisse, è già qui ed è

sempre prima di noi. Ma il futuro, quando si inverte come presente, non lo possiamo né riconoscere né rifiutare, come ci testimonia molto bene il realismo visionario di *Blade Runner* (1982). È per altro probabile che, proprio per questo, nei confronti dell'AIDS fra pochi anni ragioneremo in modo del tutto diverso. La parabola che per la lebbra ha richiesto secoli si compirà questa volta in molto meno tempo. Già adesso quella che siamo in grado di fotografare è una situazione sanitaria e culturale in divenire, dove, come in *Blade Runner*, si assemblano fantasmi medievali e una futuristica iperattivazione tecnologica-scientifica.

### L'AIDS come destino

Alla fine di ogni destino umano sta, inevitabile, la morte. Il problema è quando e, soprattutto, *come*. Nei paesi occidentali frequentemente si evita, o ci si rifiuta, di prendere in seria considerazione il fatto che la morte costituisce una realtà centrale per le persone malate. Un tempo, affrontare il problema della morte in ospedale era addirittura impossibile; occuparsi delle fasi terminali di un paziente era considerato "inutile", se non anche screditante per il medico e l'istituzione. Ora qualcosa è cambiato, ma la nostra cultura pubblica resta fundamentalmente incapace di venire a patti con la morte. La biomedicina, carente di escatologia ma ricca di algoritmi e tecnologie per tenere in vita a tutti i costi i moribondi, dipinge la morte come un nemico subdolo. Il morente è l'ultimo e definitivo insuccesso dello health care system (Ferrucci, 1996)<sup>5</sup>.

L'atteggiamento della società nei confronti della morte per AIDS si iscrive in questo generale processo di rimozione della sofferenza, con un di più che è legato alla riattualizzazione della ancestrale paura del contagio. La morte per AIDS è rimossa anche nelle istituzioni, come gli ospedali, dove spesso si consuma l'ultima parte di vita dei mala-

ti, e dove si rileva una perdita di relazionalità tale per cui la sofferenza e la morte cessano di essere oggetto di scambio simbolico. Si cerca addirittura di resistere all'instaurarsi di una relazione troppo forte col malato, e tutto è organizzato in modo da condurre al rifugio nelle prestazioni tecniche, a detrimento di una relazione autentica e con l'impossibilità che chi fa assistenza e il paziente si riconoscano in quanto *persone*. È chiaro, invece, che la relazione ci è indispensabile per riconoscere il valore simbolico della malattia e della morte; altrimenti resta solo la natura tecnica-funzionale dell'atto terapeutico.

Il problema di affrontare l'idea di una morte inesorabile comporta la messa in atto di una reazione di lutto che secondo la Kübler-Ross (1989) si compie attraverso cinque fasi: negazione e isolamento ---> rabbia ---> patteggiamento ---> depressione ---> accettazione. Queste fasi riguardano non solo il malato, ma anche i familiari e, in una certa misura, il personale sanitario dei reparti di malattie infettive, non a caso gravato da un altissimo tasso di burn-out (Gala et al., 1993). La Kübler-Ross considera indispensabile definire delle regole per una "buona morte" e teorizza gli *hospices*, che con quasi 10 anni di ritardo sono comparsi anche da noi, unitamente ad un crescente coinvolgimento delle associazioni di volontariato nell'assistenza ai malati terminali. L'hospice è in un certo senso l'esatto contrario dei reparti ad alta specializzazione poc'anzi citati: un luogo a bassa intensità tecnica e alto livello di comfort e assistenza di base, in cui uno dovrebbe sentirsi quasi come a casa propria. Qui, grazie ai volontari e alle associazioni (indispensabili, perché non tutto può essere chiesto al personale sanitario ufficiale), è possibile riannodare il legame sociale disfatto e tornare ad una dimensione di scambio relazionale con il paziente e con la sua malattia. Finalmente sembra non sia più tabù parlare di farmaci antidolorifici (che curioso

tabù, per una società e per una medicina che, per altri versi, propagandano l'anestesia farmacologica del più piccolo segno di insoddisfazione esistenziale, automaticamente tradotto come *depressione* e demandato allo specialista). La medicina palliativa, un tempo reietta, viene elevata alla dignità di convegno, con sponsor e interesse dei mass-media. Ma soprattutto, in molti reparti ospedalieri e in molti hospices, entrano ormai abitualmente insoliti personaggi: musicoterapisti, arte-terapisti, animatori, etc... Se ne avvantaggiano, ovviamente, anche i pazienti oncologici. Sembra di nuovo farsi faticosamente strada il concetto ippocratico che, se molte malattie restano e resteranno *inguaribili*, nessun paziente è invece *incurabile*.

### Musicoterapia e AIDS

È chiaro che, sempre più, l'assistenza ai pazienti con AIDS in fase stabilizzata sarà extra-ospedaliera e, quando possibile, addirittura domiciliare. Ragione di più per considerare preziosa l'esperienza di quei musicoterapisti che, armati di grandi capacità professionali, molto coraggio e un pizzico di incoscienza, sono andati per primi alla scoperta del pianeta AIDS quando ancora esso era composto dalla sola realtà dei reparti ospedalieri di malattie infettive, veri lazzaretti tecnologici dove tutto si sarebbe potuto pensare di fare tranne che ritagliarsi spazi e tempi per cercare di comunicare, magari attraverso i suoni e la musica, con pazienti spesso allettati e senza neppure la forza per stare seduti nel letto, eppure desiderosi, come poi si è visto, di trovare un canale di comunicazione per esprimere le loro contrastanti emozioni. Anche qui, sono partito, anzi, siamo partiti tutti dalla fine: i musicoterapisti che "provavano" stando in prima linea, noi psichiatri che facevamo la supervisione. Da questo materiale riparto ora per cercare un principio. Non è la prima volta che la musica si spinge fino

alle soglie della morte, anzi, la oltrepassa, come testimonia il mito di Orfeo. Lasciando da parte le radici catartiche della cura tramite l'espressività artistica, che affondano nel culto dionisiaco e nella tragedia greca, credo che la sfida odierna della musicoterapia a misurarsi con situazioni estreme come le malattie terminali, allargando il tradizionale target dell'handicap neuropsichico e sensoriale, sia solo una naturale evoluzione di una curiosità e di un desiderio di capire che si spinge oltre i limiti del conosciuto. Può darsi che tutto questo abbia una qualche relazione con quell'impulso a varcare i confini dell'umano e dell'inumano che, per riprendere una profetica immagine di Fabrizio de Andrè (1969), sembra caratterizzare il comportamento di molte delle persone che hanno contratto l'AIDS, persone giovani, spesso intelligenti e brillanti, che in poco tempo hanno compiuto un'intera parabola esistenziale fino a confrontarsi, ancora vivi, con un corpo trasformato in modo devastante ed un'autonomia personale e sociale perduta. La musica ha fatto spesso parte dell'universo di queste persone, ed è logico chiedersi se sia possibile e utile cercare di ricollegarsi proprio tramite la musica al loro passato per rendere meno doloroso il loro presente. Detto molto genericamente, sembra dunque di poter individuare all'interno di un quadro clinico assai grave obiettivi di prevenzione terziaria (attenuare il malessere intra ed extra-psichico del paziente), attraverso una prassi musicoterapica che si connota comunque come "terapeutica" in quanto incentrata sulle potenzialità trasformative della relazione.

Di certo, anche in queste situazioni vi sono nel nostro intervento fattori *specifici* di riuscita, che hanno a che fare con il "prendersi cura": c'è qualcuno che sta col paziente e condivide la sua sofferenza, alleviandola. Vi sono poi fattori specifici, legati all'aspetto di comunicazione non verbale che è insito nella musica, con la quale si

favorisce un'esteriorizzazione controllata e consapevole dell'universo emotivo del malato. Vi sono infine, io credo, fattori ancora più specifici legati al linguaggio musicale. Alcune strutture musicali, per ciascun paziente, risultano evidentemente pertinenti ad interagire con la sua complessa struttura psicologica, guidandone le valenze depressive e distruttive verso un miglior livello di armonia e integrazione. In base a quale principio? Qual è, dunque, il legame fra musica e statilimite di sofferenza, fra musica e morte?

Se la morte è l'ultima delle separazioni, la nascita è forse la prima delle morti, la prima esperienza potenzialmente catastrofica, ma anche l'unico modo per entrare nella vita. Nasciamo in un bagno di suoni, che ci collegano al mondo prenatale, alle tracce mnestiche del paradiso perduto. Li vorremmo tornare, lì, è sempre Orfeo a ricordarcelo, non possiamo tornare, perché quello è un altro mondo, con le sue leggi. Non possiamo neppure rimanere simbioticamente fusi con la figura materna, che di quel paradiso è l'ultima, estrema, propaggine in questo mondo. Se vogliamo consolarci da tutta questa serie di perdite, dobbiamo, come dice Gaita (1991), allucinare il ricordo di quei momenti meravigliosi, trasformandoli in qualcosa d'altro, e dando origine così a quel traffico di simboli, sentimentali ed artistici, che ci fa uomini vivi.

Ora, nel lento avvicinarsi alla morte dei malati terminali c'è un tornare bambini, c'è un'esperienza di sofferenza che riporta alla sperduta e disarmata condizione del neonato che in tutto è dipendente dalla mamma; nelle morti per AIDS, e in molte di quelle per tumore, si muore in quello stato di totale dipendenza che descrive Tondelli, spesso invocando la mamma, che forse, a completamento di un ciclo, è l'ultima parola che viene pronunciata, dopo essere stata la prima. Vorremmo essere stati *prima*, e anche dopo, ma ci tocca invece essere solo *mentre*, e quel mentre

non lo possiamo spesso cogliere se non come cosa già accaduta e ricordata, come proustiana rivisitazione dei luoghi mentali e fisici che ci videro bambini e adolescenti inconsapevolmente felici o disperati, ma comunque *pieni* di sentimenti, quelli intensi e stravolgenti della giovinezza, che vanno poi sfumando nella routine della maturità. La musica, assieme alle altre arti, ci guida e ci sostiene in questo camminare smarriti a ritroso di un *mentre* che ci è passato accanto a dispetto del nostro essere impegnati in ben altre faccende.

Se dunque è plausibile, se non vero, che molto del nostro destino si gioca nelle relazioni precoci dopo la nascita, e nella loro riattualizzazione adolescenziale, fra i 15 e i 22-23 anni, quando la nostra capacità di provare sensazioni fortissime è come una droga permanente che amplifica i colori, i suoni, i ricordi, e rende quello che accade in quei pochi anni unico e irripetibile, allora molti di quelli che hanno contratto l'AIDS (certo non i bambini e i politrasfusi, diciamo i giovani adulti 25-35enni) si sono solo spinti un po' troppo *oltre*, anticipando e bruciando in pochi anni quello che doveva essere un patrimonio da amministrare con ragionieristica temperanza. Ci si gioca dunque (quasi) tutto molto presto, dal punto di vista affettivo; *dopo* sono copie slavate, che perdono via via consistenza e spessore, e contengono solo una parte di quella che era la nostra originaria capacità di restare coinvolti e sconvolti; sembra confermarcelo Jacques Brel, anch'egli prematuramente scomparso, da una cui intervista del 1971 ripesco questo passaggio: *"Un uomo passa la vita a compensare la sua infanzia. La vita si completa verso i 16-17 anni. Ha già avuto tutti i suoi sogni. Non li conosce ancora, ma gli sono passati dentro"...*

I sogni, del resto, si conoscono sempre *dopo*, quando si sono già sognati, ma è già un inseguirne la memoria e un tentare di riportarne in vita qualche brandello, anche se forse è proprio attra-

verso tutta questa fatica che riusciamo a costruire qualcosa di personale nella nostra esistenza. Allora, in questo nostro riandare per sommi capi alla ricerca di rose non colte e del ricordo di quelle colte, è ancora la musica a farci da colonna sonora. Allora, e potrebbe finalmente essere una risposta a Lucrezio, riportare attraverso la musica un soggetto gravemente sofferente alla pienezza affettiva di questi sogni e all'intensità emotiva dei desideri che ne sono derivati, alcuni poi realizzati, altri no, vuol dire ripercorrere nuovamente assieme a Orfeo e alla sua cetra il percorso verso l'aldilà, che è il luogo dove dobbiamo andare ma anche quello da dove siamo venuti, e della cui lontana eco prenatale certe sensazioni di meravigliosa pienezza e beatitudine sperimentate nel corso di alcuni sogni, di alcuni ascolti musicali e di alcuni momenti d'amore, sono probabilmente la testimonianza sensibile che ci è concessa durante questo nostro breve e tormentato transito terrestre.

È Proust ad avere le parole, non per controbattere ma almeno per addolcire l'idea di "solido nulla" che sostiene il pessimismo lucreziano: *"Forse solo il nulla è vero, e tutto il nostro sogno è inesistente; ma allora sentiamo che è necessario che anche queste frasi musicali, queste nozioni aventi esistenza in relazione solo con esso, non siano nulla. Noi periremo, ma avendo per ostaggi queste prigioniere divine, che seguiranno il nostro destino. E la morte con loro ha qualcosa di meno amaro, di meno inglorioso, di meno probabile, forse"*<sup>9</sup>.

■ Aristotele,  
*Poetica*, ediz. critica a cura di  
D. Lanza, Rizzoli, 1987

■ Baudrillard J.,  
*Lo scambio simbolico e la  
morte*, tr. it., Feltrinelli,  
Milano, 1979

■ Buzzati D.  
(1958), Una cosa che incomincia per elle, in *"La boutique del mistero"*, Mondadori,  
Milano, 1974

■ Camus A.  
(1947), *La Peste*, tr. it.,  
Bompiani, Milano, 1984

■ De André F.,  
Recitativo (due invocazioni e  
un atto di accusa), in *Tutti  
morimmo a stento*, cantata in  
si minore per solo, coro e  
orchestra, Bluebell Records,  
Milano, 1969

■ Dianzani F., Ippolito G.,  
Moroni M.,  
*Il libro italiano dell'AIDS*, Mc  
Graw-Hill, Milano, 1994

■ Douglas M.,  
*Rischio e colpa*, tr. it., Il  
Mulino, Bologna, 1996

■ Ferrucci F.,  
*Vivere con l'AIDS, introduzione  
all'analisi sociologica*,  
Franco Angeli, Milano, 1996

■ Gaita D.,  
*Il Pensiero del Cuore, musica,  
simbolo e inconscio*,  
Bompiani, Milano, 1992



■ Gala C., Pergami G., Invernizzi G., *L'impatto psicosociale dell'infezione da HIV sul personale sanitario e la sindrome del "burn-out" nel corso dell'assistenza ai pazienti sieropositivi e AIDS*, Minerva Psichiatrica, vol. 34, n. 2, 1993

■ Ippolito G., Rezza G., *AIDS: una malattia che cambia*, Scienza e Management, n. 6, 1997

■ Lupieri E., *L'Apocalisse* di S. Giovanni, Fondazione Valla, citato in: Spinelli B., *L'Apocalisse è già qui*, La Stampa, 5-V-1999

■ Kafka F. (1916), *La metamorfosi*, tr. it. di Emilio Castellani, Garzanti, Milano, 1966

■ Kübler-Ross E., *AIDS: l'ultima sfida*, tr. it., Raffaello Cortina, Milano, 1989

■ Mann T. (1947), *Doctor Faustus*, tr. it. di Ervino Pocar, Mondadori, Milano, 1995

■ Manzoni A. (1842), *Storia della colonna infame*, in appendice ai *Promessi Sposi*, ediz. critica a cura di M. Messina, G. D'Anna, Firenze, 1962

■ Munthe A. (1929), *La storia di San Michele*, tr. it., Garzanti, Milano, 1964

## Note

<sup>1</sup> E comunque le malattie hanno sempre origine "altrove". Che l'AIDS sia nato in Africa è ipotesi non suffragata da dati certi, che ha dato origine ad una leggenda speculare, divenuta molto popolare in Africa, secondo la quale l'AIDS, creato in un laboratorio militare americano, e poi diffuso ad arte nel continente nero, sarebbe ad un certo punto sfuggito di mano e tornato al mittente come un boomerang attraverso missionari omosessuali (per un certo periodo, fino a metà degli anni '80, anche il KGB svolse opera di disinformazione in Russia utilizzando questa storia).

<sup>2</sup> Per tutto questo, e altro ancora, è ovvio rinviare a quella mirabile, definitiva metafora che è *La Metamorfosi* di Kafka.

<sup>3</sup> Molti esempi letterari sembrano confermare l'idea che, in qualsiasi tempo, le reazioni al contagio ed i pregiudizi relativi si strutturerebbero secondo il solito canone. Così, ne *La Peste*, Camus dimostra che anche in pieno XX secolo un'epidemia può sovvertire completamente l'ordine sociale e morale, mentre in *Una cosa che comincia per elle* Buzzati ambienta in un luogo immaginario e senza tempo un'agghiacciante e definitiva metamorfosi sociale che si compie in 24 ore per un disgraziato commerciante che, sentitosi male nella locanda dove era di passaggio, e trovato affetto da lebbra, casualmente contratta mesi prima e decorsa sino ad allora senza sintomi, viene privato di tutti i suoi beni e costretto a ripartire a piedi con la divisa e la campanella da lebbroso al piede, mendicando per sopravvivere. Non è una vicenda molto dissimile da quella illustrata nel film *Philadelphia*.

<sup>4</sup> Con conseguente "santificazione" laica di personaggi come Baudelaire, Donizetti, Schubert, Nietzsche, e sviluppo letterario di tale teoria nel *Doctor Faustus* di Thomas Mann, dove il compositore Adrian Leverkühn realizza il moderno patto col diavolo proprio facendosi da lui donare 20 anni di prodigiosa creatività musicale tramite sifilide.

<sup>5</sup> Ciò, tra l'altro, dà luogo a quel fenomeno di rimozione collettiva, fisica e psichica, che Baudrillard (1979) definisce "l'estradizione dei morti", tipica della civiltà occidentale, mentre il diverso atteggiamento delle culture orientali è descritto in modo assai suggestivo nel film *L'arpa birmana* (1955), di K. Ichikawa, dove si narra la storia di un soldato che alla fine della II guerra mondiale si fa bonzo e rimane nei luoghi delle battaglie per dare sepoltura ai compagni morti.

<sup>6</sup> Senza andare così indietro, l'utilizzo che ai primi del '500 veniva fatto del trittico pittorico di Mathias Grünewald, raffigurante la passione di Cristo, nella chiesa monastica di Isenheim, annessa al lazzaretto dove erano ospitati storpi, lebbrosi e affetti da altre malattie infettive, può essere definito con buona approssimazione *terapeutico*, in quanto la progressiva apertura del trittico, accompagnata dall'esecuzione di musiche sacre, si proponeva di provocare nei malati emozioni liberatorie (Postacchini et al., 1997).

<sup>7</sup> *Dell'inumano varcando il confine  
conoscemmo anzitempo la carogna  
che ad ogni ambito sogno mette fine:  
che la pietà non vi sia di vergogna.*

<sup>8</sup> Forse è tempo di iniziare anche una riflessione epistemologica a tale riguardo: il nostro lavoro, nel confronto e nel contatto con la patologia terminale, finisce inevitabilmente per uscirne arricchito, e quindi *cambiato*, in un processo trasformativo sperabilmente bidirezionale.

<sup>9</sup> Desidero indicare inoltre i luoghi teorici più evidenti che ho preso a prestito senza direttamente citarli nel testo e verso i quali sono consapevolmente debitore. Per quanto riguarda il campo letterario, ovviamente il sonno della ragione di Francisco Goya, le rose non colte di Guido Gozzano e il solido nulla di Giacomo Leopardi. Per l'ambito psicoanalitico, il bagno di suoni di Didier Anzieu, la problematica del parallelismo fra nascita e morte di Franco Fornari, molte suggestive immagini sull'origine del simbolo di Denis Gaita, e anche un certo uso del materiale proustiano ricollegato alle riflessioni su ricordo, dolore e musica di Romolo Rossi e Sabino Nanni (in *Melancholia e Musica*, a cura di V. Volterra, Il Cardo, Venezia, 1994). Naturalmente, i creditori dimenticati sono i più. Mia è in ogni caso la responsabilità dell'uso, che presumo opinabile, di tutto questo patrimonio concettuale.

■ Postacchini P.L., Ricciotti A., Borghesi M.,  
*Lineamenti di Musicoterapia*,  
Carocci, Roma, 1997

■ Proust M.  
(1917), *La strada di Swann*, tr.  
it. di Natalia Ginzburg, in  
*"Alla ricerca del tempo perduto"*,  
ediz. critica a cura di  
M. Bongiovanni Bertini,  
Einaudi, Torino, 1978

■ Sontag S.,  
*L'AIDS e le sue metafore*, tr.  
it., Einaudi, Torino, 1989

■ Tito Lucrezio Caro,  
*De Rerum Natura*, ediz. critica  
a cura di Enzo Cetrangolo,  
Sansoni, Firenze, 1969

■ Tondelli P.V.,  
*Camere separate*, Bompiani,  
Milano, 1989

# L'intervento musicoterapico nella riabilitazione dei pazienti post-comatosi

L'intervento musicoterapico si colloca nella fase post-acuta del coma, dopo un periodo di tempo che va da circa 1 mese a 2 mesi dall'evento traumatico.

## INTRODUZIONE

Il presente lavoro costituisce il resoconto di un anno e mezzo di attività continuata e sistematica nell'ambito del post-coma.

L'esperienza riguarda l'utilizzo della musicoterapia nella riabilitazione di pz, prevalentemente, con esiti da trauma cranico ed ha avuto luogo presso il Centro di Riabilitazione "S. Stefano" di Porto Potenza Picena.

Il Centro, inserito all'interno di un ampio complesso riabilitativo, è suddiviso in tre reparti:

- Fisio A, con 32 posti letto, per la riabilitazione di persone con disabilità da patologie ortopediche e da lesione midollare;
- Fisio B, con 34 posti letto, per la riabilitazione neurologica e post-coma;
- U.R.I., con 18 posti letto, è l'unità di risveglio e di terapia intensiva. I pazienti ricoverati provengono dai reparti di Rianimazione/Terapia Intensiva, Neurochirurgia e Neurologia delle strutture ospedaliere. Il ricovero in questa unità riguarda pazienti con esiti di grave lesione encefalica che abbia causato uno stato di coma GCS < 8 (secondo la misurazione della Glasgow Coma Scale) della durata di almeno 24 ore. Essi si presentano in stato vegetativo o in fase precoce di recupero della coscienza.

Inoltre, all'interno del Centro, è attivo un reparto extraospedaliero, unico nel suo genere, accreditato dal S.S.N., come unità di degenza per pazienti in Stato Vegetativo Permanente (U.S.V.P.), con una recettività fino a 30 posti.

La musicoterapia è stata inserita tra le varie metodiche riabilitative del centro nel novembre '97.

## L'INTERVENTO MUSICOTERAPICO

L'intervento musicoterapico si colloca nella fase post-acuta del coma, dopo un periodo di tempo che va da circa 1 mese a 2 mesi dall'evento traumatico.

I medici del reparto segnalano i pazienti da valutare per un'eventuale approccio musicoterapico,

## Per promuovere la comunicazione è necessario l'utilizzo di elementi significativi ma non troppo intensi su di un piano emotivo

dando priorità a coloro per i quali è stata posta una prognosi di risveglio più favorevole.

Una volta stabilizzati i parametri vitali, i pazienti vengono alzati e posi-

zionati in carrozzina ogni giorno, tranne in casi di insorgenza di eventi clinici particolari o di cure igienico-sanitarie ordinarie.

Fino al dicembre '98 i pazienti venivano portati nella stanza di MT e, solo se era possibile trasferirli, venivano presi in considerazione per l'inserimento.

Dal gennaio '99 è stato avviato in via sperimentale il trattamento musicoterapico fin dai primi giorni di ricovero, quando i pz non possono ancora essere mobilizzati. Indubbiamente questa condizione presenta diverse difficoltà legate all'organizzazione del reparto: grandezza della corsia, divisa da vetrate in camere comunicanti, attività del personale infermieristico e dei terapisti, allarmi dei vari macchinari, emergenze.

In base a questi fattori è stata individuata una fascia oraria che sembrava potesse essere relativamente più calma e silenziosa, anche se le difficoltà e gli imprevisti non mancano!

### Obiettivi

Gli obiettivi principali sono: stabilire un contatto con il paziente; favorire il ripristino di una relazione con la realtà esterna; facilitare il recupero della coscienza attraverso elementi significativi e stimolanti, privilegiando la comunicazione non-verbale.

Tali finalità necessitano di uno stato rilassato. Il rilassamento indotto stimola infatti nei pazienti una maggiore ricettività. Inoltre molti dei pazienti sia per la conservata sensibilità al dolore che per le lesioni neurologiche riportate, presentano forti rigidità e contrazioni, che in alcuni casi si innestano in uno stato complessivo di agi-

tazione motoria, in altri invece in un quadro di flaccidità e di ipotonia.

Altrettanto fondamentale è l'esigenza di nutrire di contenuti

affettivi ed emozionali persone che si trovano, a qualsiasi livello, in uno stato di privazione, di disorientamento e di perdita dei limiti spazio-temporali nella percezione del sé e dell'altro da sé.

### Fase preparatoria

Dal momento in cui il paziente viene indicato come possibile utente, si avvia una fase preliminare per la raccolta di informazioni e di notizie personali e cliniche sulla base delle quali viene poi elaborato il piano d'intervento specifico:

- colloquio con i familiari sulla vita del soggetto, precedente l'evento traumatico;
- esame della cartella clinica, confronto con i medici e con i terapisti;
- rilevazione dei comportamenti nello stato attuale, reazioni ai vari stimoli, sensoriali o affettivi (voci familiari);
- osservazione diretta in momenti diversi della giornata (terapia, riposo, manovre infermieristiche);
- primi incontri di osservazione musicoterapica.

### Contenuti

Per quanto riguarda i contenuti sonoro/musicali degli incontri, vi sono degli aspetti generali legati al particolare stato patologico dei pazienti. Innanzitutto si rende necessario l'utilizzo di elementi semplici, significativi ma non troppo intensi su di un piano emotivo, per favorire un contatto e promuovere una comunicazione, che altrimenti potrebbe venire inibita da stimoli eccessivi e complessi, fino a produrre chiusura e rifiuto nei confronti della realtà esterna.

Quindi i diversi parametri musicali vengono trattati, utilizzati e modificati separatamente, per

poter offrire al paziente messaggi chiari, rassicuranti e comprensibili; questi sono modulati sulla specificità individuale del pz, alla luce dei dati informativi raccolti nella fase preliminare e sulla base delle "risposte" che egli invia nel corso delle sedute.

### Tecniche

Nella messa in atto delle varie tecniche viene privilegiata la produzione diretta (dal vivo); questa consente la verifica costante della qualità della relazione tra il soggetto e la musicoterapista, e permette di modulare e calibrare la proposta sonoro/musicale sulle effettive esigenze dell'altro, nel "qui ed ora" della situazione, potendo rilevare e cogliere eventuali modificazioni, o non modificazioni, che avvengono nello svolgersi dell'incontro. Le proposte vertono principalmente su:

- improvvisazione vocale e strumentale, sintonizzata sui parametri fisiologici del soggetto (respiro, attività motoria, suoni casuali);
- canto di melodie familiari;
- ascolto musicale.

### Modalità

- Nella stanza del reparto ci si pone accanto al letto, proponendo un contatto fisico, ma solo se gradito, molto discreto (mano su mano). Il primo approccio è ricercato attraverso il canto improvvisato, sintonizzato sul respiro del paziente, utilizzando intervalli di 2° e 3°, con metri binari, intensità e velocità moderate (dal canto a bocca chiusa a semplici testi con i nomi e il saluto). Vengono intonati frammenti di melodie familiari o vicine alla sensibilità culturale del soggetto.
- Nella stanza di musicoterapia si accoglie il pz e si presenta l'ambiente; si facilita la conoscenza dello spazio e degli oggetti presenti (strumenti e attrezzature); l'attività che viene proposta può essere preceduta da un'introduzione verbale. La seduta viene scandita seguendo i tempi fisio-

logici propri dello stato del paziente, in cui si alternano periodicamente il sonno e la veglia; per questo tra una proposta sonora e l'altra ci sono sempre pause di silenzio.

È necessario rispettare il bisogno di riposo ed evitare una eccessiva stimolazione, che risulterebbe non solo improduttiva ma addirittura dannosa, in quanto provocherebbe una ulteriore reazione di chiusura nel paziente. D'altro canto, essendo tutti i tempi di reazione, in questo stato patologico, molto rallentati è indispensabile attendere la risposta lasciando il silenzio opportuno.

La struttura dell'incontro è concepita per avere sempre, sia in apertura che in chiusura, contenuti rassicuranti che inducano uno stato di tranquillità e di rilassamento; se opportuno, valutando di volta in volta, viene inserito, nel momento centrale, un elemento di maggior tensione che possa indurre risposte emotive più pregnanti. Resta sempre fondamentale non perdere la fiducia del paziente e gli eventuali canali di contatto individuati, che spesso sono fragili e tenui, per cui sono esposti al rischio di essere inficiati da scelte operative non opportune anche per elementi apparentemente irrilevanti o di poco conto. Il mondo esterno, per questi pazienti, è qualcosa di lontano, estraneo, una minaccia costante da cui proteggersi e difendersi.

### Tempi

Quando i pz sono ancora in una fase iniziale e le uniche risposte osservabili sono relative alla variazione dei parametri fisiologici (frequenza respiratoria, battito cardiaco, irrorazione cutanea, apertura e movimenti degli occhi, attività motoria del corpo, tono muscolare) il trattamento musicoterapico prevede 3/4 incontri settimanali della durata di 15'/20' ognuno.

Quando i tempi di attenzione si prolungano, con eventuale permanenza dello sguardo, e si osserva la comparsa di segnali di risposta concordati ed

utilizzati costantemente e vi è l'estensione dei tempi di veglia, le sedute arrivano gradualmente ad una durata di 30'/40', con una frequenza bisettimanale.

### Luogo

Appena è possibile le sedute si svolgono nella stanza di musicoterapia, per i seguenti motivi:

- stare in un ambiente più tranquillo e rilassante; la stanza di musicoterapia sia dal punto di vista visivo, uditivo, che olfattivo è molto più discreta e molto poco invasiva rispetto al reparto;
- facilitare la percezione, la discriminazione e la identificazione degli stimoli sonori in un contesto con un rumore di fondo ridotto e quindi con un rapporto figura/sfondo molto più nitido;
- dare un riferimento spazio-temporale che rompa l'uniformità della permanenza in reparto, per favorire l'orientamento della persona attraverso esperienze plurisensoriali diverse;
- riavvicinare il paziente alla "normalità"; in genere, se possibile, viene lasciato senza ausilli o trazioni, non ci sono macchinari e fili vari. La stanza di musicoterapia non è medicalizzata.

### OSSERVAZIONI

Mi trovo a lavorare con persone che fino a poco tempo prima erano sane, avevano una vita attiva e dinamica; spesso giovani, o, addirittura, bambini e adolescenti, con un futuro tutto da costruire; penso sia facile intuire con quale intenso impatto emotivo, ci si confronti quotidianamente.

In tutti, operatori e familiari, sono presenti intense "aspettative", che spesso oscillano tra l'estremo della disperazione e dello scoraggiamento e quello della sopravvalutazione e dell' eccessivo ottimismo.

È faticosissimo restare nei limiti del reale e dell'equilibrata lettura degli elementi che vengono rilevati nelle varie situazioni. Nessuno fa miracoli, nessuno è inutile: ognuno contribuisce a resti-

tuire al paziente ciò di cui improvvisamente è stato privato dall'evento patologico. In alcuni casi la musicoterapia è stata ritenuta determinante per sbloccare una situazione, per aprire un varco, un canale di comunicazione in cui poi si sono inseriti gli altri operatori. Questa considerazione potrebbe essere confusiva: in situazioni patologiche così complesse e non sempre totalmente decodificabili, non è il singolo trattamento che può risolvere il quadro clinico, quanto l'intervento armonico ed integrato delle diverse metodiche riabilitative in un rapporto di sinergia tra tutte le varie figure professionali, e non, che interagiscono con il paziente, in quanto persona di cui prendersi cura nella sua globalità. Si può comunque asserire con una certa convinzione che in questo particolare ambito patologico esiste uno specifico dell'intervento musicoterapico, di cui vengono evidenziati alcuni aspetti.

*In tutte le persone* con cui ho lavorato, è stato possibile osservare una qualche reazione (a livelli diversi, con modalità diverse) a proposte sonoro-musicali. *In molti casi* si è verificata un'evoluzione nella comunicazione non-verbale, fino a giungere, con alcuni, a quella verbale. *Modificando* i parametri musicali (velocità, altezza, ritmo) e tenendo conto delle caratteristiche specifiche di ciascun pz, sia prima dell'evento che nel decorso della patologia, si ottengono variazioni dello stato di tensione/distensione. *La seduta di musicoterapia* può divenire un punto d'osservazione significativo e privilegiato per una più approfondita conoscenza delle potenzialità e della possibilità residue del pz, sotto il profilo senso-motorio, cognitivo e relazionale.

*L'insistente richiesta* verbale di risposte o di segnali può provocare chiusura e rigidità in un pz che spesso non comprende (afasia) o non è in grado di compiere quanto richiesto. Il pz può sentirsi frustrato e scoraggiato, può emergere un atteggiamento depressivo ed una minore collabo-

razione nello svolgimento del percorso riabilitativo. L'assenza totale della voce (mutismo, afasia), eccetto rari suoni vocali o gutturali spontanei (lamenti, sbadigli, movimenti della bocca), richiede necessariamente il mantenimento di una comunicazione non-verbale. Molte volte i primi segnali di contatto e di risposta sono rilevati proprio nel contesto musicoterapico, che evidentemente, viene vissuto come positivo e rassicurante. In conclusione vorrei sottolineare gli aspetti che connotano l'intervento musicoterapico nell'ambito del post-coma:

- ascoltare ed osservare attentamente per cogliere tutto ciò che il paziente può offrire, in quanto parte attiva dell'intervento musicoterapico. Attraverso la sintonizzazione alle sue "proposte", anche involontarie, egli viene coinvolto nella sua riabilitazione come soggetto partecipe;
- non avere fretta, saper aspettare, lasciare scorrere il tempo, accettare il silenzio come parte integrante e costruttiva della seduta (la musica è fatta di suoni e di silenzi);
- dare significato ed evidenziare musicalmente

tutte le produzioni, anche casuali ed involontarie del paziente;

- essere molto graduali e discreti nelle proposte, sempre consapevoli dell'estrema complessità della situazione globale del paziente (è un bambino, con un corpo, una struttura neuropsicologica e un passato da adulto), spesso disarmonico e frammentato per il quadro neurologico, esito dell'evento traumatico;
- rispettare i tempi "evolutivi" che sono lunghi e graduali;
- offrire stimoli semplici, elementari e facilmente riconoscibili;
- distinguere le proiezioni dei familiari e le proprie dai dati reali (informazioni, comportamenti);
- ricordare che si ha di fronte, comunque, una persona, che ad un qualsiasi livello, riceve messaggi, contenuti, informazioni;
- in ogni caso il nostro obiettivo è migliorare la qualità di vita del pz.

# Musicoterapia e demenza senile

## Introduzione

Nel morbo di Alzheimer le competenze comunicative sono in genere molto deficitarie (Aldridge-Brandt, 1991). Il malato affetto da demenza perde in spontaneità, ha crescente difficoltà nella comunicazione, nel reperimento delle parole o nella comprensione del linguaggio; il pensiero astratto e la capacità di eseguire ragionamenti risultano impoveriti; la sua capacità di giudizio diminuisce; il pensiero perde la sua chiarezza apparendo frammentato e disorganizzato; la sua capacità di memorizzare si affievolisce; presenta disturbi dell'attenzione e del comportamento psicomotorio; compaiono mutismo, ripetitività e soprattutto depressione; perde interesse per l'ambiente, per gli altri, per i propri hobbies e il proprio lavoro, si rinchioda in se stesso (Zanetti-Trabucchi-Boschi-Tonini, 1998; Longo-Mecocci-Senin, 1998; Trabucchi, 1998).

Di fronte a questa situazione diventa allora fondamentale garantire al malato la possibilità di esprimere le proprie emozioni e di percepire le proprie sensazioni affettive per poi attivare la possibilità di poterle "decodificare" e "regolare", a partire dai semplici vissuti corporei fino alle più elaborate fantasie mentali (Postacchini-Ricciotti-Borghesi, 1997).

"Esprimersi", dal latino "ex-primere", letteralmente "spremere per far uscire", "mandar fuori", permette di manifestare, lasciar trasparire, comunicare il proprio pensiero, sentimento o stato d'animo attraverso il linguaggio o modalità non-verbali. Allo stesso tempo il recupero di competenze simboliche può consentire di metacomunicare sulle proprie esperienze, per dare un significato ad esse e integrarle a livello mentale.

In questo senso la Musicoterapia (MT), in quanto pratica che favorisce l'espressione comunicativa e l'espressione in genere e che garantisce la regolazione delle emozioni, può ricoprire un ruolo importante nell'approccio con la persona affetta

"Esprimersi", dal latino "ex-primere", letteralmente "spremere per far uscire", "mandar fuori", permette al paziente affetto da demenza di manifestare, lasciar trasparire, comunicare il proprio pensiero, sentimento o stato d'animo attraverso il linguaggio o attraverso modalità non-verbali.



## La MT può costituire un'occasione di potenziamento mnestico: sedute basate sul richiamo di *canzoni* possono migliorare la memoria

da morbo di Alzheimer. Studi recenti hanno dimostrato come la partecipazione all'attività musicale sia strettamente correlata con i comportamenti sociali dei pazienti affetti da demenza, provocando un incremento degli indici di partecipazione, dell'espressione attraverso il canale verbale-fonatorio e quello mimico-gestuale ed una facilitazione dell'interazione e dello sviluppo di contatti sociali (Pollack-Nemazi, 1992).

La MT, inoltre, può costituire un'occasione di potenziamento mnestico: sedute basate sul richiamo di canzoni familiari e sulla ripetizione di melodie, presentate ai soggetti dementi per la prima volta, possono migliorare nettamente la prestazione della memoria per quanto riguarda il materiale cantato rispetto a quello parlato (Prickett-Moore, 1991).

In ambito musicoterapico, quindi, la musica può fornire al paziente un mezzo per esternare, liberare, manifestare, rappresentare e proiettare le esperienze interiori (Bruscia, 1993). In questo senso, allora, è molto importante per il musicoterapeuta cogliere e amplificare le emozioni suscitate dalla musica.

### Una sperimentazione di attività diurna con l'Ass.ne A.M.A.T.A e l'Istituto di Geriatria

A Perugia, l'Istituto di Gerontologia e Geriatria, diretto dal Prof. Umberto Senin, per far fronte alle tante richieste di aiuto, suggerimenti, consigli ed informazioni avanzate dai familiari dei pazienti, ha promosso la nascita dell'A.M.A.T.A. Umbria (Associazione Malati Alzheimer e Telefono Alzheimer). Dopo due anni di attività l'Associazione A.M.A.T.A., anche in considerazione dell'assenza totale di risposte specifiche nel territorio regionale, ha deciso di dare vita ad un pro-

getto di sperimentazione di attività diurna a favore di malati Alzheimer.

La sperimentazione, che costituisce una prima fase di studio di fattibi-

lità di un centro diurno, ha assunto la struttura di un lavoro integrato di MT e di Terapia delle 3 R: "riorientamento, reminiscenza e rimotivazione".

### *I soggetti coinvolti nella sperimentazione*

L'intervento sperimentale si è rivolto ad un gruppo di 10 soggetti affetti da Demenza di Alzheimer di grado lieve-medio, in età compresa tra i 65 e gli 85 anni (8 donne e 2 uomini), selezionati nell'ambito dei pazienti attualmente in cura presso il Centro di Geriatria, attraverso l'applicazione di criteri di inclusione determinati dai seguenti strumenti operativi: Mini Mental State Examination >15; Global Deterioration Scale >-3; assenza di gravi disturbi comportamentali e di gravi deficit neurosensoriali. Gli anziani avevano una compromissione più o meno marcata di memoria, orientamento, linguaggio, prassie ed erano, per la maggior parte, di umore depresso.

Inoltre, è stata fatta una valutazione del rapporto paziente/musica, attraverso un colloquio iniziale con un familiare e con lo stesso paziente, per avere informazioni utili sulla storia generale del malato e sulla sua storia sonoro-musicale.

### *Modalità di realizzazione della sperimentazione e sua valutazione*

Il gruppo dei soggetti è stato diviso in due sottogruppi di lavoro (5 soggetti) ciascuno dei quali è stato impegnato per un periodo di un mese (febbraio/marzo 1999) alternativamente in un lavoro di Terapia delle 3 R e di MT, con una frequenza di tre incontri settimanali per ogni terapia di riattivazione, per un totale di 12 incontri.

All'inizio e alla fine di ogni trattamento i soggetti sono stati sottoposti a valutazione neuropsicologica. Sono state inoltre considerate le variabili socio-demografiche e cliniche rilevate nella valutazione multidimensionale eseguita al momento dell'arruolamento.

Sono state utilizzate anche delle scale da sottoporre al caregiver per valutare la qualità della vita e il livello di stress.

### *Obbiettivi generali*

- a) Fare emergere le facoltà fisiche ed intellettive residue, prefiggendosi mete accessibili che facciano sperimentare una riuscita;
- b) stimolare la capacità cognitiva e l'immaginazione, attivare la memoria, ristabilire e migliorare la concentrazione;
- c) pervenire ad una attendibile valutazione delle capacità cognitive del paziente;
- d) valutare l'effetto di un trattamento combinato tra Musicoterapia e Terapia delle 3 R sulle performances cognitive e sullo stato affettivo di un gruppo di soggetti affetti da Malattia di Alzheimer e verificarne l'impatto sul caregiver.

### **Accertamento musicoterapico**

Come già detto, è stata fatta una valutazione del rapporto paziente/musica, attraverso un colloquio iniziale con un familiare e con lo stesso paziente, per ricostruire la storia sonoro-musicale (principio ISO di Benenzon).

A tale scopo, riadattando una scheda di R. Benenzon (1984) ed accogliendo spunti da K. Bruscia (1996) sulle preferenze del paziente, è stata creata una scheda comparativa delle informazioni desunte dal malato e dal familiare riguardante l'ascolto abituale di musica, le preferenze musicali, le reazioni all'ascolto, ai suoni tipici dell'ambiente familiare, alle diverse pratiche musicali (canto, ballo, suono di strumenti), con particolare attenzione al materiale canoro.

Riguardo alle inclinazioni delle persone del gruppo si potevano riscontrare globalmente preferenze e gradimenti per:

- attività musicale nella quasi totalità delle persone;
- esperienza musicale centrata sull'ascolto o sul cantare a memoria in gruppo canzoni conosciute;
- repertorio canoro centrato in prevalenza sulle canzoni, con qualche concessione per le arie liriche e per i canti religiosi;
- ascolto di musica classica, da banda e lirica;
- preferenza per strumenti come violino, fisarmonica, clarinetto;
- pratica del ballo;
- uso della voce come mezzo musicale.

Obbiettivi da perseguire per ottenere cambiamenti auspicabili e miglioramenti erano, pertanto, i seguenti:

*in ambito musicale:* valorizzare le capacità canore, riattivare la memoria canora e le pratiche del canto e del ballo; riattivare l'ascolto musicale; ampliare le possibilità ritmico-musicali attraverso l'uso di strumenti a percussione;

*in aree con obbiettivi non-musicali:* aumentare il livello dell'attenzione e delle capacità di socializzazione dei pazienti; favorire l'espressione attraverso il canale verbale-fonatorio (narrazione e canto) e quello gestuale-motorio (movimento spontaneo, uso di strumenti a percussione) per aiutare a mantenere attivi certi processi sensoriali e motori; alzare il livello dell'umore. Condividendo la stessa esperienza che era allo stesso tempo cognitiva, emozionale e socializzante, ogni persona avrebbe potuto aprirsi all'esperienza nel gruppo secondo i propri tempi, rispecchiandosi in quello che avrebbe fatto o detto l'altro. Avrebbe potuto, infine, soddisfare quel bisogno primario e fondamentale di riconoscersi in ciò che si sarebbe fatto ed essere riconosciuto dagli altri.

## Struttura dell'incontro e metodologia

In base all'accertamento dell'ISO gruppale, sono state formulate alcune ipotetiche linee di intervento verificate e messe a punto anche in itinere. L'idea originaria era quella di offrire un *menù* vario di attività musicali, in modo da assecondare le esigenze di ogni componente del gruppo, cercando di ricreare, come già sperimentato in esperienze passate, il clima delle "veglie" serali, quando attorno a un focolare si andava a veglia presso una famiglia di amici o parenti e ci si intratteneva con racconti, canti e balli (Delicati, 1997).

Con la finalità di favorire la partecipazione e l'espressione delle persone, facendole entrare gradualmente nel clima dell'attività, la struttura di ogni incontro prevedeva una progressione nelle proposte, con un'attività musicale iniziale più calma e con minore coinvolgimento (l'ascolto di musica registrata) seguita da un'attività più coinvolgente e partecipante (il cantare in gruppo) per andare poi verso esperienze musicali (il suonare strumenti a percussione o la danza) sempre più coinvolgenti, sia a livello fisico che emozionale, per chiudere con un ritorno ai tempi lenti dell'inizio.

La finalità di questa strutturazione era quella di far entrare lentamente le persone nel clima dell'incontro, costruendolo lentamente insieme, lasciando che lo stesso si strutturasse in modo tale da favorire la massima espressione.

Metodologicamente, si è partiti da una situazione informale, non costrittiva, senza precise consegne o regole, lasciando che le cose accadessero da sole, lasciando che i malati reagissero liberamente agli stimoli della musica, per poi raccogliere questi loro spunti, stimoli o reazioni e "rilanciarli", amplificandoli, riproponendoli in una forma più strutturata, secondo il metodo di intervento riassunto nei concetti di *matching*, *pacing*, *leading* (Scardovelli, 1992). Si è partiti, quindi, dall'informale per arrivare poi alle regole, allo strut-

turato e questo percorso lo si è seguito in ogni fase. Ad esempio: dal muoversi spontaneo e libero su di uno stimolo musicale (nell'ascolto e nel canto) si è arrivati gradualmente ad un movimento strutturato, con sequenze ritmico-gestuali (nei gesti ritmici) e con figurazioni coreutiche (nel ballo e nelle danze popolari).

*In termini musicali*, il percorso scelto, nelle sue grandi linee, quindi, prevedeva un passare dalla melodia al ritmo e un utilizzare brani musicali caratterizzati da pulsazione lenta per arrivare gradualmente a brani ritmati, con un aumento della velocità e concludere con un ritorno a tempi lenti.

*In termini di movimento* ciò significava passare dallo stare fermi al muoversi sempre di più, coinvolgendo progressivamente tutte le parti del corpo, mettendosi in gioco ed appropriandosi della musica con il movimento del corpo intero, da seduti allo stare in piedi.

*In termini spaziali* si è passati da un uso limitato ad un uso ampio dello spazio.

*In termini di energia emotiva* si è passati da un coinvolgimento emotivo e affettivo contenuto ad un coinvolgimento intenso per ritornare a un coinvolgimento misurato.

Schematicamente, il passaggio ipotizzato per le quattro variabili Musica, Movimento, Spazio, Energia emotiva è stato il seguente:

VARIABILI	PASSAGGI
• Musica	dalla melodia al ritmo alla melodia; da tempi lenti a veloci e ritorno ai lenti; da attività musicali più calme e con minore coinvolgimento ad attività più coinvolgenti e partecipanti e ritorno ad attività calme
• Movimento	dallo stare fermi al muoversi; dallo stare seduti allo stare in piedi
• Spazio	da un uso ristretto ad un uso ampio
• Energia emotiva	da un investimento emotivo e affettivo contenuto ad un investimento intenso con ritorno a un investimento contenuto

Ogni incontro è stato concepito come un tempo ed uno spazio sonoro-musicale nel quale, una volta fissate le coordinate di base rappresentate dalle attività musicali, accadevano degli eventi, si facevano degli incontri, si mettevano in movimento delle energie. *Incontro*, quindi, come struttura dinamica che ha un inizio, uno svolgersi ed una fine e nel quale l'elemento ritmico rappresentava l'acme, il momento della messa in circolo di energie, del movimento corporeo, delle emozioni.

### Processo di trattamento

Gli anziani dei due gruppi hanno seguito il trattamento di MT per un mese; gli incontri, di un'ora ciascuno, avevano una frequenza trisettimaniale. Le persone si sono incontrate alla stessa ora e nello stesso luogo, sedendo quasi sempre nello stesso posto.

Le attività musicali erano condotte da un musicoterapeuta assistito da due tirocinanti, uno dei quali provvedeva alla ripresa in video di buona parte delle sedute.

*L'incontro* tipico prevedeva un momento iniziale destinato all'accoglienza dei partecipanti in un salone d'ingresso; questo momento e questo luogo erano importanti per osservare il tono dell'umore dei pazienti, le loro resistenze, il loro livello di investimento energetico. Era il momento e il luogo per approcciarsi e verificare le reciproche disponibilità e i dubbi residui, per vincere le resistenze, per convincere o rispettare la scelta di non entrare.

Seguiva l'ascolto di brani prevalentemente registrati: musica classica, operistica, folklorica e soprattutto canzoni di musica leggera (legata agli interpreti del passato più famosi come C. Villa, A. Togliani, N. Pizzi,...) e canzoni popolari. I motivi, risalenti agli anni giovanili dei partecipanti, erano prevalentemente in versione originale; il sound, la

strumentazione d'epoca, il tipo e l'uso delle voci, ecc., è più "facilitante" dei rifacimenti moderni nel favorire nei pazienti il "rituffarsi" nel clima e nell'atmosfera degli anni passati. I brani erano mirati alle persone in base ai dati e alle informazioni sulle preferenze musicali desunte dal colloquio iniziale. I malati venivano incoraggiati, con modalità non-verbali, a cantare, e in modo spontaneo loro stessi cercavano di riconoscere il motivo e indovinarne il titolo dopo l'ascolto delle prime note, cantavano sulla voce dei cantanti o negli intermezzi strumentali.

Dopo l'ascolto di musica registrata, si continuava con il canto a viva voce. Il fare musica dal vivo aumentava il livello di partecipazione e di coinvolgimento, anche nei termini della mobilitazione di una maggiore energia. Inoltre consentiva al musicoterapeuta di adattarsi al tempo del cantore, rallentando o velocizzando l'esecuzione, cambiando registro, improvvisando soluzioni musicali particolari.

Ecco alcune proposte: il cantare in gruppo, la struttura solista/coro, il cantare con accompagnamento di piccoli strumenti a percussione (maracas, legnetti, triangoli, tamburello, tamburo, presentati nella seconda parte degli incontri).

L'ascolto e il canto a viva voce di canzoni provocavano nei malati varie risposte di tipo corporeo: gesti spesso solo abbozzati, scaturiti da un impulso spontaneo a muoversi a tempo di musica, che coinvolgevano soprattutto la parte superiore (testa e braccia verso l'alto) e mediana del corpo (busto, mani) più legate all'affettività e alla linea melodica; quando, poi, le canzoni erano più ritmate, si verificava anche un coinvolgimento della parte inferiore del corpo, con le mani in attività percussiva (schioccare di dita, battito sulle cosce, battito di mani) e, in un momento successivo, l'accompagnamento strumentale con gli stru-

menti a percussione.

Nel corso dell'esperienza si è potuto constatare come la messa in movimento di diverse parti del corpo in risposta allo stimolo di musiche con caratteristiche melodiche e ritmiche differenti, richiamasse il modello della suddivisione del corpo umano in tre poli (superiore, mediano e inferiore) che si mobilizzano in risposta al tipo di musica proposto (Guerra Lisi, 1991).

L'ascolto e il canto a viva voce, inoltre, portavano i malati a parlare: la verbalizzazione riguardava le impressioni suscitate dall'ascolto e gli elementi costitutivi del brano (nome dell'autore, titolo, tipo di strumenti, tipo e qualità della voce del cantante, ecc.) oltre all'emergere di ricordi personali legati a momenti cruciali della propria vita: il lavoro, la guerra, le figure familiari, gli amori, ecc.

La terza e quarta fase di ogni incontro prevedevano diverse attività centrate su di un maggiore coinvolgimento gestuale-motorio:

*il muoversi* con gesti strutturati in sequenze ritmiche su stimolo di musica registrata (utilizzando brani caratterizzati da semplicità di forma e da riconoscibilità);

*il ballo* sia libero che sotto forma di semplici danze popolari.

Queste attività venivano scelte alternativamente, a seconda dei loro potenziali effetti, dei bisogni che esprimevano i partecipanti direttamente o che venivano colti dal musicoterapeuta.

Schematicamente ogni incontro si è strutturato e consolidato nelle seguenti parti in ordine di successione, con accanto indicati gli aspetti musicali e quelli psicomotori:

FASE e ATTIVITÀ	Aspetti musicali	Aspetti bioenergetici e di psicomotricità
Accoglienza		attivazione dell'energia
1) Ascolto	linea melodica	parte superiore del corpo (testa e braccia verso l'alto)
2) Canto di canzoni	sound, timbro, voce, sonorità, atmosfera = qualità sonora globale di un brano, di un cantante o di uno strumento	parte mediana, tronco, plesso solare
3) Movimenti a tempo con la musica oppure Suonare gli strumenti a percussione	ritmo	parte inferiore (mani in attività percussiva, piedi)
4) Danza popolare e ballo	ritmo	parte inferiore (tutto il corpo e in particolar modo i piedi)
Chiusura/congedo	linea melodica	ristabilimento dell'energia

Da quanto sopra detto e da quanto emerso concretamente nel lavoro, la MT nell'esperienza con pazienti affetti da morbo di Alzheimer in fase lieve-media, è stata considerata principalmente come pratica accrescitiva (secondo la definizione che ne dà K. Bruscia nel suo "Definire la Musicoterapia") in quanto utilizzata:

- a) per accrescere gli sforzi di altre terapie di trattamento (in primis la farmacologica);
- b) per fornire contributi benefici al piano di cura generale del malato;
- c) per un limitato periodo di tempo;
- d) comprendendo anche attività non-musicali come ad esempio la narrazione e la reminiscenza e l'uso di tecniche non strettamente musicali come la pratica del ballo e delle danze popolari;
- e) impiegando non solo la musica, ma l'intera gamma di esperienze e relazioni generate dalla musica.

Questo intervento ha aggiunto ai servizi, ai programmi e alle terapie di trattamento di pazienti seguiti fin qui principalmente a livello farmacologico, quel qualcosa di unico che è la musica.

Allo stesso tempo, la MT ha avuto un ruolo indipendente nel fissare obiettivi particolari nel piano di cura delle persone, in particolare nell'aiutare il malato ad esprimere le proprie emozioni, a percepire le proprie sensazioni affettive e in alcuni momenti, scarsi ma significativi, ad elaborarle e ad attribuire ad esse un significato simbolico.

La MT, inoltre, si è indirizzata ad un'ampia gamma di problemi e bisogni presentati dalle persone, scegliendo via via quel particolare elemento musicoterapico che meglio si indirizzava ai bisogni che emergevano nel lavoro. Infine, la figura stessa del musicoterapeuta ha rivestito un ruolo importante nella relazione con i malati.

## Valutazione

### *Raccolta dei dati*

Una difficoltà iniziale è stata quella di trovare nella letteratura internazionale modelli di rilevamento e misurazione dell'intervento musicoterapico e dei suoi effetti sui pazienti. Viste le difficoltà di carattere "economico" nell'utilizzare il modello proposto da Alicia Ann Clair (1991) dell'Università del Kansas, si è creata una scheda di rilevamento e valutazione composta di alcune categorie comportamentali ritenute significative per leggere e misurare i cambiamenti, nel corso del tempo, delle stesse.

Sono state scelte le seguenti otto variabili, ciascuna valutata su livelli a tre gradi (punteggio 0-2):

1. *attenzione* (considerata come la capacità di concentrazione e di risposta alle proposte di comunicazione sonoro-musicale, verbale, mimica/gestuale/motoria e la capacità di fare richieste o domande). Livelli: nulla, sporadica, buona;

2. *socializzazione* (riguarda la capacità di relazionarsi con l'altro e di riconoscerlo; la capacità di contatto fisico; la capacità di accettare carezze fisiche e psichiche). Livelli: nessuna, scarsa/difficoltosa, buona;

3. *canto* (riguarda il comportamento canoro e la partecipazione attiva allo stesso). Livelli: non canta, accenna a cantare, canta;

4. *interazione con uno strumento musicale* (riguarda il grado di partecipazione all'esperienza del suonare strumenti musicali a percussione). Livelli: non suona, accenna a suonare, suona;

5. *movimento spontaneo* (riguarda la partecipazione motoria spontanea di testa, tronco, arti superiori e inferiori allo stimolo musicale nell'ascolto e nel canto). Livelli: resta fermo, accenna movimenti, si muove;

6. *narrazione/reminiscenza* (riguarda la rievocazione indotta dalle proposte musicali, soprattutto l'ascolto e il canto). Livelli: nulla, scarsa/fragmentaria, buona.

7. *umore* (registrato sia "all'accoglienza" che "al congedo"): riguarda il benessere psico-fisico della persona, misurato sia sulle impressioni espresse dai soggetti che su quelle osservate dal musicoterapeuta nelle diverse attività. Livelli dell'umore: cattivo, normale, buono.

Le categorie comportamentali venivano registrate nel corso degli incontri e alla fine degli stessi dal musicoterapeuta e da due tirocinanti e sono state verificate e integrate dalla visione dei video degli incontri.

### *Analisi dei dati*

Nella valutazione dell'efficacia dell'intervento di MT, l'accostamento dei dati desunti dai test geriatrici e di quelli offerti dalla scheda musicoterapica, integrati dalle impressioni colte dal musicoterapeuta nei vari incontri, e dalle "voci" dei partecipanti (sia opinioni che informazioni espresse direttamente da essi) e dei loro familia-

ri, ci forniscono punti di contatto e conferme in alcune variabili comportamentali prese in esame. Se i punteggi ottenuti nei test cognitivi sono risultati sovrapponibili a quelli del baseline, notevole è stato l'impatto della terapia sul miglioramento del tono dell'umore, sulla capacità di relazionarsi con gli altri e sulla motivazione ad intraprendere nuove attività.

Nello specifico le categorie comportamentali hanno dato questi risultati:

• *Tono dell'umore*

I dati desunti dalla valutazione neuropsicologica, nel loro confronto tra l'inizio e la fine del trattamento, ci dicono che l'umore, calcolato con l'Hamilton psychiatric scale for depression, ha registrato in quasi tutte le persone discreti cambiamenti, con dati che sono risultati statisticamente significativi ( $p < 0.0006$ ) (cfr. grafico di fig. 1).

Valutazione iniziale e finale dei soggetti e valutazione media

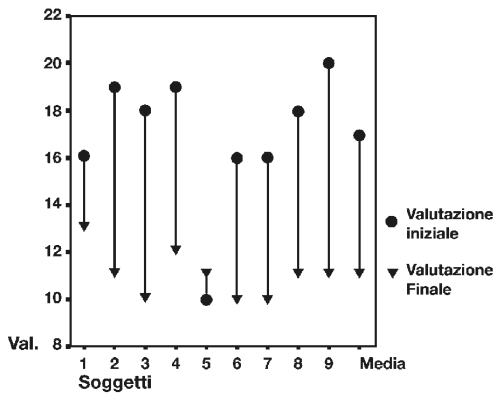


Fig. 1. Le linee verticali evidenziano per ciascun soggetto le variazioni medie del tono dell'umore dall'inizio (punti circolari) alla fine (triangoli) del trattamento. L'osservazione "Media" identifica un ipotetico soggetto medio rappresentativo del campione di soggetti.

Questa modificazione è stata riscontrata anche nei dati della scheda musicoterapica, dal confronto tra il tono dell'umore all'accoglienza e quello al congedo, incontro per incontro.

*Dai risultati* emersi globalmente nell'intero campione, si possono innanzitutto fare alcune considerazioni di carattere generale:

- il tono dell'umore alla fine di ciascun incontro si è rilevato sempre superiore al tono dell'umore iniziale (cfr. grafico di fig. 2);
- il tono dell'umore alla fine di ogni incontro è inoltre progressivamente migliorato nei due gruppi da incontro a incontro (cfr. grafico di fig. 2);
- l'umore all'accoglienza è stato nettamente diverso nei due gruppi: improntato a caratteristiche negative nel primo gruppo e rientrante in valori normali nel secondo gruppo (l'umore forse è legato alla composizione di ogni gruppo, il primo dei quali ospitava elementi più problematici);
- l'umore al congedo è migliorato in entrambi i gruppi e questo miglioramento è stato più marcato nel primo gruppo, mentre nel secondo gruppo ha raggiunto i valori massimi dal sesto incontro in poi.

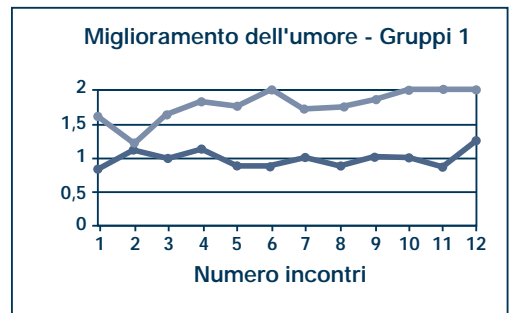


Fig. 2. Le due linee evidenziano il trend del tono dell'umore medio dell'intero campione all'inizio (linea inferiore) e alla fine (linea superiore) di ogni incontro.

Dalle impressioni colte dal musicoterapeuta e dalle voci dei pazienti emerge:

- la consapevolezza nei malati degli effetti benefici del fare musica assieme e del potere della musica di "trasformare" le persone e di ridare loro vita nuova. A volte, infatti, si sono sentite frasi legate allo stupore e all'emozione suscitata dal fatto che la musica ha il potere di riportare indietro nel tempo: "Mi fa tornare a 12 anni!" (Assunta); "Queste canzoni sono belle, ci riportano alla gioventù... sembra che possiamo rigustare quell'epoca..." (Rina); "Riascoltare qualcosa che piaceva, sembra, *se sente un brivido!*" (Bruno); "È come rivedere cose già viste" (Maria).

- la partecipazione alle attività proposte, con un coinvolgimento, un entusiasmo e un investimento emotivo davvero ammirevoli. Ad esempio: due pazienti che rifiutavano pressoché costantemente nuove attività e non uscivano da casa, chiedevano invece puntualmente di essere accompagnate per fare le terapie.

- segnali incoraggianti di miglioramenti venuti dall'ambiente familiare: alcuni parenti hanno segnalato a casa un miglioramento dell'umore (ad esempio: fischiare motivi), una maggiore motivazione nelle attività domestiche, la ripresa della lettura del giornale, un aumento dell'ascolto di musica classica.

- aiuto e sollievo per i familiari dei malati, nonostante i disagi che ha comportato l'adesione alla sperimentazione.

#### • Attenzione e socializzazione

I punteggi dei test psicometrici non hanno evidenziato cambiamenti significativi per la sfera attentiva; però il miglioramento del tono umorale ha fatto sì che i soggetti partecipassero attivamente alle diverse proposte.

Dalla scheda musicoterapica emerge come le capacità attentive dei partecipanti sono state molto elevate e il livello di attenzione in tutti e

due i gruppi è cresciuto nel tempo. Inoltre, l'attività musicale sembra aver favorito nei due gruppi un aumento dei comportamenti sociali delle persone, e aver facilitato l'interazione e incoraggiato lo sviluppo di contatti sociali.

Se guardiamo alle impressioni del musicoterapeuta e alle voci dei pazienti notiamo:

- atteggiamento maggiormente propositivo: i pazienti hanno fatto richiesta di canzoni o di attività diverse, segno questo di un buon grado di ascolto e di attenzione ai propri bisogni.

- espressione di sentimenti e di idee.

- buon livello di comunicazione, capacità di relazionarsi e di legarsi in senso affettivo con gli altri (testimoniato da manifestazioni quali abbracci, baci, atteggiamenti protettivi, interesse reciproco, richiesta di notizie in caso di assenza di qualcuno, "celebrazione" della chiusura dell'esperienza con il rituale del mangiare qualcosa di buono insieme, ecc...; nonostante i soggetti non si conoscessero prima del trattamento, si è subito instaurato un clima familiare di amicizia e simpatia).

- riduzione del problema dell'isolamento sociale: per molti dei pazienti è stato positivo fare questa attività con una cadenza trisettimanale per spezzare il loro isolamento; alcuni di loro, infatti, lamentavano spesso di stare da soli in casa, di non avere scambi.

- consapevolezza nei malati di ciò che stavano facendo o di ciò che stava succedendo: ad esempio, sapevano perché stavano lì, dichiaravano il proprio stare bene. Davano l'impressione di essere "pertinenti" alla situazione che stavano vivendo, inseriti senza problemi, salvo poi, una volta usciti, perdere il senso di dove si trovavano.

- vari pazienti hanno apertamente dichiarato le proprie difficoltà nel recuperare ricordi o nel ricercare la parola giusta. Qualcuno ha pure raccontato gli episodi in cui era insorto ed emerso il proprio problema.

-attenuazione se non regressione della paura di



non essere accettati e richiesta in alcuni di comprensione per le proprie difficoltà. Tranne rari e iniziali episodi negativi, il clima disteso, di cooperazione e di coesione tra i partecipanti, il condividere la stessa esperienza musicale, il ruolo di coesivo svolto dal canto e dalla musica, hanno favorito in ciascuno l'accettazione delle proprie difficoltà senza preoccuparsi del giudizio altrui e tacitando anche l'ansia emergente legata a tali difficoltà. L'attività di MT sembra aver consentito al malato di allentare l'attenzione su se stesso e i suoi disturbi, allontanando pensieri negativi.

- caduta e diminuzione degli stereotipi: tra questi, il riso isterico, la paura di sbagliare e di essere giudicato, la logorrea, il ripetere come un ritornello lo stesso ricordo, gli atteggiamenti di resistenza, di opposizione e di critica alle novità.

• Espressione attraverso il canale verbale-fonatorio  
Nei due gruppi si è cantato in maniera costante, e questa attività è stata quella più praticata per tutto il ciclo degli incontri in entrambi i gruppi. L'attitudine a raccontare e ricordare su stimolo musicale è stata in entrambi i gruppi più diffusa nella prima parte degli incontri, mentre è calata nel tempo per risalire lentamente e situarsi su valori poco sotto la media. Questa diminuzione dell'espressione verbale è dovuta forse al fatto che, nel prosieguo degli incontri, sono state proposte maggiori attività a carattere non-verbale e motorio (uso di strumenti musicali, gesti ritmici, danze e canto) che hanno tolto tempo al comportamento narrativo.

*Dalle impressioni* colte dal musicoterapeuta notiamo:

- emergere di ricordi personali legati a periodi e a momenti della propria vita. Anche se frammentari, i ricordi avevano spesso una forte connotazione emotiva.

• Espressione attraverso il canale gestuale-motorio  
L'indice di espressione gestuale-motoria (movimento spontaneo e strumenti a percussione) ha presentato un andamento contrastante all'interno dei due gruppi, per via della loro diversa composizione: nel primo si è fatto poco uso degli strumenti musicali, ma c'è stata più propensione al movimento libero, segno di preferenza per attività legate al canto e all'ascolto; nel secondo gruppo, ad una scarsa attitudine a muoversi ha fatto da riscontro un buon uso dello strumentario, in una sorta di vicarietà.

Se guardiamo alle *impressioni* del musicoterapeuta e alle *voci* dei malati notiamo:

- scoperta del piacere di "fare ginnastica con la musica" (nei gesti ritmici) e di muoversi liberamente senza consegne su di uno stimolo musicale. La musica è stata un supporto ed una spinta per la mobilitazione attiva, favorendo anche il controllo motorio.

- scoperta del piacere di suonare uno strumento e quindi di un battere e di un percuotere diverso dal semplice e solito battito di mani.

- riapprendimento di una destrezza menomata in seguito alla malattia d'Alzheimer: un paziente, che in passato aveva frequentato il Conservatorio musicale, e suonava il clarinetto, di cui aveva abbandonato la pratica, in seguito all'insorgere della malattia d'Alzheimer, ha potuto nei nostri incontri suonare di nuovo il suo strumento in una situazione di piccolo gruppo musicale.

- apprendimento o ampliamento di competenze musicali (nello stesso soggetto di cui sopra) per compensare e arricchire quelle menomate (ad esempio, il suonare piccoli strumenti a percussione).

- recupero della familiarità con conoscenze fattive ormai dimenticate o attività abbandonate da molti anni, come il muoversi su di uno stimolo musicale e la pratica del ballare.

## Conclusioni

In conclusione si nota come, sia nell'arco di ogni incontro, che nella totalità della sperimentazione, i pazienti sono passati da situazioni di "chiusura" ad una "apertura", da "atteggiamenti passivi e immobili" ad un "coinvolgimento sia fisico che emotivo e psicologico".

Questo coinvolgimento è stato chiaramente leggibile nell'atteggiamento corporeo: all'inizio un po' contratto, teso, statico, controllato, trattenuto, (stare in silenzio, stare a braccia conserte, le dita della mano sul mento con aria perplessa), e poi via via accennante movimenti dapprima piccoli e poi sempre più ampi, più mobili, sciolti, (un brillare d'occhi, un sorridere, un muovere impercettibilmente le labbra, la testa e il tronco o le mani, un abbozzare un battito di piedi da seduti, un alzarsi a ballare liberamente, un battere le mani consapevolmente, un coinvolgere tutto il corpo).

Questo coinvolgimento è stato osservabile anche nell'atteggiamento emotivo e psicologico: dapprima bloccato, in attesa, (stare alla *finestra*, guardare dall'esterno, rimanere defilati, osservare fugacemente, resistere, non concedersi, *tenersi il cappotto addosso*, essere rigidi, critici, preoccupati o ansiosi di non ricordare o di fare brutte figure), sino ad arrivare ad alzare lo sguardo e sostenerlo, dichiarare le proprie difficoltà, sentirsi a proprio agio, fare richieste, esprimere sensazioni e opinioni, partecipare emotivamente al canto, coinvolgersi.

Significativi, per la breve durata del lavoro e per la patologia in questione, sono stati quei momenti in cui è emersa nei malati la capacità di discriminare a livello cognitivo ed affettivo le esperienze fatte, sino a trasferirne il significato a livello simbolico.

Pensiamo a quando i malati hanno sottolineato gli effetti benefici del fare musica assieme e il potere della musica di "dar loro nuova vita" o del "rifarli nuovi". Emblematiche, a tale proposito,

■ Aldridge D., Brandt G.  
(1991) *"Music therapy and Alzheimer's disease"*, in *Journal of British Music Therapy*, vol.5, n°2, pp. 28-36.

■ Bruscia K.E.  
(1993) *Definire la Musicoterapia*, ISMEZ, Roma.

■ Bruscia K.E.  
(a cura di) (1996) *Casi clinici di Musicoterapia (adulti)*, ISMEZ, Roma.

■ Clair A.A.  
(1996) *"Musicoterapia per una persona in grave stato regressivo con una diagnosi probabile di morbo di Alzheimer"*, in Bruscia K.E. 1996 (cit.).

■ Delicati F.  
(1997) *Il canto fa venire fuori il paese più in fretta*. Esperienza di musicoterapia con gli anziani di una casa-albergo, Pro Civitate Christiana, Assisi.

■ Guerra Lisi S.  
(1991) *Come non spezzare il filo*, Borla, Roma.

■ Longo A., Mecocci P., Senin U.  
(a cura di) (1998) *Alzheimer: un aiuto per chi aiuta*, La Voce Edizioni, Perugia.

■ Pollack N, Nemazi H.  
(1992) *"The effect of music participation on the social behaviour of Alzheimer's disease patients"*, in *Journal of Music Therapy*, Vol. XXIX, n°1, pp. 54-66.

■ Postacchini P.L., Ricciotti A., Borghesi M. (1997) *Lineamenti di musicoterapia*, NIS La Nuova Italia Scientifica, Roma.

■ Prickett C., Moore R. (1991) "The use of music and memory of Alzheimer patients", in *Journal of Music Therapy*, Vol. XXVIII, n°2, pp. 101-111.

■ Scardovelli M. (1992) *Il dialogo sonoro*, Cappelli, Bologna.

■ Trabucchi M. (1998) *Le demenze*, UTET Periodici Scientifici, Milano.

■ Zanetti O., Trabucchi M., Boschi G., Tonini G., *Conoscere e vivere la malattia di Alzheimer e le altre demenze*, Gruppo di Ricerca Geriatrica, USSL 41, Alzheimer Ricerche Brescia, Dip. Ricerca Clinica per la Malattia di Alzheimer-Ist. S.Cuore Fatebenefratelli, sito Internet <http://www.alfea.it/italz/DOCS/HTML/viver.al.htm>.

alcune loro affermazioni legate alla metafora della crescita, come quando al termine del primo incontro, Assunta, una signora di 85 anni, comunicò il suo benessere, sottolineando l'importanza della musica: "Siamo noi che sbocciamo quando siamo qui a fare musica!".

Un'altra signora, Rita, intervenne riprendendo alcuni elementi del gesto di apertura/chiusura del valzer appena terminato.

Dice Rita dell'attività musicale: "Questa è una cosa che si respira (batte le mani e le fa scorrere aprendole in alto), questa è una cosa che si... ffs... parte" (e fa un gesto che si apre verso l'alto)". Invitata a proseguire, afferma con maggiore proprietà di linguaggio e ricerca accurata di parole: "Intendo dire che... quando uno fa una cosa così è carino, è bello; poi, magari, uno ci si mette sul serio. È come se fosse che ti sboccia un fiore!". Crediamo che questa immagine dello sbocciare del fiore, utilizzata dalle donne per esprimere questo loro senso di apertura e di "fioritura", rappresenti un po' simbolicamente l'immagine-guida di tutta l'esperienza vissuta. I gesti fatti e i tre termini usati per spiegare gli effetti della musica sono strettamente collegati alla *vita*: il respiro, infatti, è il simbolo per eccellenza della vita; partire è mettersi in movimento, iniziare un cammino; sbocciare evoca qualcosa dentro di sé che si rimette in moto e in vita.

# Musicoterapia e A.I.D.S.

Roberto Ghiozzi, Musicoterapista, Bolzano

## INTRODUZIONE

Sono stato invitato a presentare la mia esperienza di lavoro con soggetti sieropositivi asintomatici e in A.I.D.S. conclamato; un argomento che la stragrande maggioranza delle persone preferisce rimuovere. Dopo una lunga e ricca esperienza in una Comunità Terapeutica per tossicodipendenti dal primo febbraio del 1994 opero a tempo pieno nel campo dell'A.I.D.S. Ho vissuto alcuni mesi in una Comunità residenziale per ammalati in A.I.D.S. conclamato, e precisamente a Tabiago (CO) c/o il centro Don Isidoro Meschi; dal giugno del '94 lavoro per conto della Caritas tedesca di Bolzano come operatore musicoterapeuta.

Il mio lavoro si svolge in parte nella sede di accoglienza per sieropositivi organizzata dal gruppo "IRIS" e dal loro responsabile clinico il dott. P.Paolo Patrizi. Il gruppo IRIS è composto da volontarie e volontari preparati e motivati che svolgono sul territorio un compito certamente non sostituibile. Un'altra parte del mio lavoro viene svolta a "domicilio" ed infine direttamente nel reparto infettivi dell'ospedale S.Maurizio, dove mi è stata data la possibilità di usare uno spazio per ascoltare e fare musica con gli ammalati. L'A.I.D.S. è una tragedia di incredibili proporzioni. Non c'è una seria informazione sul problema, anzi il più delle volte c'è un'errata informazione da parte dei mass media, il che porta all'espandersi del virus, a paure ingiustificate, a discriminazioni, ostracismo e violenza anche verso chi lavora per aiutare questi ammalati. Oggi sappiamo esattamente come avviene e come non avviene il contagio.

L' A.I.D.S. è solo una patologia comportamentale (quindi prevenibile al 100%).

Lavorare con gli ammalati di A.I.D.S. è operare alla frontiera; alla frontiera tra la vita e la morte, e tra questi due poli c'è tanta sofferenza, di cui quella fisica, che è intensa, spesso ne è l'aspetto meno tragico. Queste non sono solo mie considerazioni ma le parole di molti amici ammalati. Gli scienzia-

Il mio lavoro si svolge nella sede di accoglienza per sieropositivi del gruppo "IRIS", a "domicilio" dei pazienti e direttamente nel reparto infettivi dell'ospedale S. Maurizio

Anche dove si pensa  
non ci sia musica,  
le vibrazioni, le onde  
sonore, sono sempre  
presenti e non è difficile  
sentirle e ascoltarle

ti attualmente sono in una fase di ricerca la cui risoluzione pare sia ancora lontana; i medici sono in profonda crisi, si sentono impotenti e frustrati ed è comprensibile,

loro sono stati preparati per guarire, in questo caso invece vedono i loro pazienti morire uno ad uno; il sottoscritto non è nè un "ricercatore scientifico" nè un medico: sono un musicista che fino a non molto tempo fa viaggiava per l'Italia e all'estero suonando, cantando e componendo musica.

Sto approfondendo con entusiasmo i miei studi in musicoterapia, ma da tempo avevo intuito e sperimentato le possibilità terapeutiche del "Suono". Certo stiamo parlando dell'A.I.D.S., una malattia ad esito infausto. La musicoterapia è considerata da molti ancora in una fase pionieristica anche nei casi dove i risultati sono evidenti e quantificabili (mi riferisco al campo dei vari handicaps psicofisici e all'ambito psichiatrico); figuriamoci quindi quanto sia pionieristico trattarne nell'ambito specifico di cui stiamo parlando. Ma è per merito di alcuni "pionieri" che si sono individuate una serie di strade, o meglio sarebbe dire di sentieri non interrotti, nei territori di frontiera.

Sono pienamente convinto della validità dell'applicazione musicoterapica nel problema HIV, (tuttavia non ci sono testi a riguardo, almeno non ne sono a conoscenza, ne ci sono dati da confrontare), sicuramente altre persone vivranno realtà esperienziali simili alle mie; anche se spesso si tratta della "somministrazione di musica" a pazienti terminali. Senza alcuna pretesa, desidero trasmettervi la mia esperienza che nasce e si rinnova da una quotidiana vicinanza, amicizia e lavoro con persone sofferenti. Per prima cosa cerchiamo di capire chi abbiamo davanti; fino a non molto tempo fa la cerchia delle persone contagiate era più o meno circoscritta ai tossicodipendenti e agli omosessuali; oggi

non possiamo più parlare di categorie a rischio ma di comportamenti a rischio; il ventaglio delle persone con le quali ci rapportiamo (e di rapporti parlo nel senso

profondo del termine) si fa molto più vasto, in pratica comprende tutti, bambini compresi, infettati da trasfusioni o nati da genitori sieropositivi. Se entriamo in una comunità residenziale o al reparto infettivi, notiamo subito che l'A.I.D.S. non è una malattia con una patologia specifica; la graduale soppressione del sistema immunitario porta ad una serie di patologie, le più diverse tra loro, presenti in una stessa persona. Gravi problemi neurologici (paresi, paraparesi, emiplegie, epilessie, toxoplasmosi cerebrale), problemi psichiatrici, diversi tipi di tumore, ansia, sensi di colpa, e potrei continuare purtroppo ancora per molto; ma fermiamoci qui, credo che come panoramica sia più che sufficiente per capire quanto è complesso quest'ambito d'intervento. Inoltre non è difficile comprendere come gli stessi operatori siano esposti a paure, meccanismi difensivi di negazione, proiezione e rimozione, oscillazioni emotive con punte depressive; è proprio su questi aspetti che è necessario lavorare attraverso un continuo confronto in supervisioni mirate per elaborare i lutti, rielaborare le paure, le rabbie, i sensi di impotenza, i dubbi, le insicurezze, la propria filosofia di vita, la propria fede per chi ne ha una, qualunque essa sia.

#### MUSICOTERAPIA E A.I.D.S.

Passiamo ora all'ambito operativo con semplicità e chiarezza, almeno queste sono le mie intenzioni. Ho detto in apertura che ho iniziato questa mia esperienza in una comunità residenziale per ammalati in A.I.D.S. conclamato. I compiti che svolgevo erano i più disparati (non mi trovavo là come operatore musicoterapeuta ma ufficialmen-

te come operatore generico tirocinante): aiutavo a pulire i più gravi, a cambiare il pannolone agli incontinenti, disinfettare le piaghe, imboccarli, mi occupavo del tempo libero degli ospiti che stavano meglio, facevamo assieme dei piccoli lavori sia in casa che in giardino; come iniziavano ad avere fiducia gli ospiti cercavano soprattutto accoglienza e persone capaci di un ascolto empatico.

La responsabile della struttura non aveva un buon rapporto con la musica, imparai molto presto che parlare di musicoterapia voleva dire, nella migliore delle ipotesi, essere criticati o derisi.

Tutti noi siamo dei corpi vibratorici che propagano onde sonore, esiste il fenomeno della "risonanza", spiegato scientificamente dalla fisica acustica; il corpo umano è il primo e più perfetto strumento musicale con le sue "corde" vocali e la sua "cassa acustica". Anche dove si pensa non ci sia musica, le vibrazioni, le onde sonore, sono sempre presenti e non è difficile sentirle (come senso-tatto) e ascoltarle per chi ha un orecchio attento, educato all'ascolto ed un cuore disponibile. Nella realtà di cui stiamo parlando le note, i suoni sono gravi; sono lamenti espressi in vocalizzi "U/O/A" a seconda del dolore o della richiesta più o meno indiretta di attenzione. È una musica (non a sproposito uso questo termine) che esprime la disperazione, il dramma, la paura e l'angoscia anche di chi sta in silenzio per delle ore con lo sguardo fisso nel vuoto. Mi trovo davanti a persone che concentrano il pensiero sul dolore, lo focalizzano mentalmente e pensano solo al negativo, agli errori passati, ai sensi di colpa, ai rapporti interrotti, alla vita buttata via (la maggior parte delle persone che ho conosciuto e conosco è al di sotto dei 30 anni). Questi pazienti sono cronicamente depressi, quindi chi opera con loro non può permettersi di essere depresso. Che fare dunque per distoglierli dalla loro "negatività" anche quando il dolore fisico è momentaneamente assente? Che fare per migliorare la loro qualità di vita, nonostante tutto?

Mi trovo davanti a personalità frammentate, aritmiche che da una frammentazione interiore passano attraverso un veloce processo di deterioramento del corpo. Le parole sono accolte con sospetto; non hanno mai avuto niente per niente; "ma chi te lo fa fare"? "Ogni volta che ti vedo mi dai fastidio, vattene, sparisci ecc.. "questo mi è stato detto da Gianni (naturalmente i nomi delle persone non sono quelli reali), un ragazzo di 28 anni che è morto dopo circa un mese ascoltando con me la "Nona Sinfonia" dal Nuovo Mondo di Dvorak; tutto questo lo ha aiutato a morire meglio? Penso, spero di sì, le sue ultime parole sono state: "ho tanta paura, ma sono anche curioso" pochi minuti dopo è entrato in coma. Per aiutare queste persone è necessario accettarle e farsi accettare e lo strumento che uso è proprio la musica; tutti ormai siamo consapevoli che la musica è un mezzo per comunicare senza parole, un mezzo che apre realmente dei canali di comunicazione tramite i quali abbiamo la possibilità tra l'altro, di attivare processi di accettazione e di socializzazione; la musica è una valvola di sfogo per le nostre emozioni, uno stimolo mentale che può indurre stati di rilassamento psicofisico; la musicoterapia agisce nella relazione, il "Suono" sposta contenuti "da e per" e, in questo contesto è da sottolinearne l'importanza, focalizza l'attenzione su "altro". Infatti il primo passo, che è il più importante e sul quale mi trovo a dovere lavorare di continuo, è quello di usare la musica per "spostare l'attenzione" su "altro", per spezzare il flusso dei pensieri negativi nel tentativo di portare la mente verso la quiete; calare il livello di angoscia, condurre la persona dall'aritmia al ritmo, dal caos all'armonia, dalla disperazione alla speranza. È necessario entrare in risonanza, e qui intendo soprattutto risonanza-accoglienza; prima di ascoltare o fare musica è importante usare la voce e il corpo, la gestualità, la voce-melodia, il movimento-ritmo, è di fondamentale importanza la sequenza suono-pausa-suono-silenzio-suono. È necessa-

rio entrare in un gioco "simbiotico" con il paziente, non dico che sia facile ma è indispensabile se vogliamo davvero fare qualcosa; certo in quel momento scopriamo come stiamo noi, la nostra fragilità, la nostra provvisorietà.

### Alcune storie

*Tony* era un ammalato in fase terminale; sofferiva moltissimo era paraplegico e aveva tra l'altro una orribile piaga nella zona inferiore della colonna vertebrale; urlava, imprecava e non sopportava la presenza di nessuno. Un pomeriggio mentre si lamenta, entro nella sua stanza e mi siedo vicino al letto, resto in silenzio, ad un certo momento gli rivolgo una domanda che può "suonare" assurda: "che musica ti piace?" dopo una pausa/silenzio che a me sembrò lunghissima (tipo una nota con corona), rispose smettendo di lamentarsi: "il blues... conosco tutti i musicisti blues e rock", io lo incito con delicatezza ma con fermezza a continuare a parlare di musica, la situazione si evolve fino al punto che facciamo quasi a gara nel mostrare quanti musicisti conosciamo e quali registrazioni ci piacciono di più... poi si lamenta di nuovo e io resto là in silenzio e poi riparlamo di blues ed a un certo punto (che ritengo favorevole) inizio molto "soft" un lento ritmo di blues che batto sulle mie gambe, questa volta *Tony* sposta davvero l'attenzione dal suo male e partendo da un lamento comincia a cantare ed io accentuo più forte il ritmo sulle mie gambe e lo arricchisco battendo i piedi per terra; cantiamo insieme e lui, con l'unico braccio ancora mobile, mi incita ed io improvviso con la voce e lui simula il suono di una chitarra, andiamo avanti così per alcuni minuti, all'improvviso crolla e si addormenta tranquillo per cinque ore. Da quel momento aspettava sempre le mie visite, parlavamo di musica e di musicisti, iniziai a portare un'armonica, cantavamo, urlavamo disperazione e speranza, infine si addormentava sempre esausto ma tranquillo. Vi chiederete che cosa acca-

deva di importante, ebbene questo genere di vissuti non è trasmissibile a parole; comunque *Tony* aveva ritrovato il piacere di un'amicizia, inoltre aveva adesso un mezzo per scaricare le sue paure, tensioni ed infine grazie alla musica evitava (e questo non è poco) di assumere psicofarmaci potenti per dormire poche ore.

La madre di *Paolo* mi cerca in sede chiedendo il mio aiuto; il figlio è in A.I.D.S. conclamato e soffre di toxoplasmosi cerebrale in conseguenza della quale presenta un complesso quadro clinico definito "Encefalopatia epilettica" comprendente nel caso specifico: deficit motorio, crisi epilettiche con circa 30 assenze al giorno durante le quali il giovane perde coscienza per 20/30 secondi. *Paolo* è un ragazzo di 27 anni, molto intelligente, sensibile e di notevole cultura. Per vari motivi decidiamo che sarà seguito a "domicilio"; nei nostri primi incontri è sospettoso, introverso anche se ha un comportamento molto educato; in una prima fase parliamo poco e ascoltiamo la sua musica; lentamente comincia a fidarsi ad aprirsi, mi confida le sue paure, la sua angoscia... ad un certo punto inizio a proporre altra musica, gradualmente dei ritmi più accentuati; in casa c'è una chitarra acustica, io porto dei tamburelli, delle maracas, un flauto (gli strumenti musicali sono validi mezzi terapeutici di comunicazione interpersonale); arriviamo a suonare e a cantare insieme, tra di noi si realizza un'atmosfera di fusione, unione, condivisione e accoglienza reciproca, riusciamo a sorridere e a volte a ridere assieme. Con la musica creiamo degli spazi dove l'ansia e l'angoscia diminuiscono. Il problema motorio, non totale, è alle gambe. *Paolo* cammina aiutandosi con un bastone; durante l'ascolto della musica vi è un aumento dell'attività muscolare, i potenziali d'azione muscolare aumentano negli arti inferiori; gli massaggi le gambe, e applico la tecnica della riflessologia ai piedi. *Paolo* si meraviglia che qualcuno tocchi il suo corpo; il contatto

fisico è una forma di comunicazione fondamentale; il "Suono-Massaggio" raddoppia sia l'effetto indotto dal suono che quello indotto dal massaggio. Un giorno al termine di una seduta, Paolo si alza dal divano, va lentamente in cucina senza usare il bastone e prepara il caffè; questi effetti non sempre si producono ma anche se saltuari migliorano la qualità della sua vita; Paolo dimostra una maggiore volontà di lottare, di uscire di casa, di incontrare persone per testimoniare pubblicamente il suo vissuto e soprattutto dal suo volto, compresso in una smorfia statica di dolore, paura e rabbia, nascono dei sorrisi molto teneri. È importante scoprire l'identità sonora dei pz, usare il principio "ISO" per diventare, in certi casi, il loro prolungamento corporeo, ritmico, sonoro, psichico, affinché ci includano nella loro realtà. Una delle caratteristiche che mi ha colpito nella vicinanza con questi ammalati è *l'assenza di tempo*. Con pazienza è possibile individuare un motivo musicale, specificatamente personale, che viene proposto nei momenti di maggiore depressione e che può costituire un "antidoto" efficace. Numerosi pazienti riescono a ridurre notevolmente l'uso di farmaci psicotropi.

In diversi casi come nel seguente, si presenta la necessità di lavorare in equipe con altri specialisti.

Gerry è stato seguito da uno psicoterapeuta e contemporaneamente da me, che mi limitavo a produrre dei "suoni" in base a quello che accadeva; posso affermare tranquillamente che improvvisavo la colonna sonora di ciò che stavamo vivendo, ma soprattutto era Gerry lo spartito musicale che dovevo sforzarmi di leggere ed eseguire; sieropositivo da nove anni non ancora in A.I.D.S., continuava a rimuovere il problema con ostinazione; stava per divenire un caso psichiatrico, un tipico borderline, rifiutava di assumere qualsiasi farmaco, usava eroina e alcool. Si rendeva assolutamente necessario riuscire a responsabilizzarlo; con lo stile di vita

che conduceva indeboliva sempre più il suo sistema immunitario; le analisi mediche non erano ancora così catastrofiche; se fosse riuscito ad accettare il problema curandosi, vivendo in modo sano, dall'alimentazione al riposo e soprattutto se avesse riallacciato legami affettivi deteriorati o spezzati, certo poteva almeno rallentare la malattia, acquistare tempo e con esso la possibilità di usufruire di nuove scoperte scientifiche. Il cambiamento è avvenuto con tutta la drammaticità del caso; ad un certo punto è avvenuta la visualizzazione del virus; lo psicoterapeuta lo ha disegnato su di una carta bianca, seguendo quello che diceva il giovane; questo disegno è stato messo sulla superficie di un tamburo; Gerry ha cominciato con forza a percuotere il tamburo, suonava, urlava, bestemmiava; alla fine esausto ha pianto, è stata una liberazione, un senso di pace, come lui stesso ha detto. Un arrendersi alla vita non alla morte. Con molta fatica e amore qualcosa è stato fatto, adesso Gerry ha riallacciato i rapporti con la famiglia, si vede di nuovo con la sua ragazza, non si buca più, si sta curando, ascolta la sua musica, certamente ha paura ma anche tanta speranza.

Si è sempre pronti a regredire quando non si può procedere; un ammalato grave tende a regredire emotivamente e psicologicamente, arriva spesso a comportarsi come un bambino. Quando ho conosciuto Sonia ho pensato proprio a questo: passavo a visitarla e lei guardava il soffitto come fosse autistica, sentivo che la mia presenza era rifiutata; ostinata non mi rivolgeva nè sguardi nè parole; tra flebo e catetere sembrava di pietra, ma nella magrezza del suo volto scorgevo due occhi bellissimi intatti dalla malattia. Decisi di non arrendermi; un pomeriggio sul tardi mi presento con uno stereo, metto dei CD a basso volume e ogni tanto ci canto dietro, mi guadagno un "ma che c.... fai?" Gli rispondo tranquillo:

"canto!" segue un "va via!" ma in un tono molto



meno aggressivo. Sono tornato spesso da Sonia, fino al giorno in cui ho trovato il letto vuoto. Dopo un inizio così difficile eravamo diventati amici; l'intuizione è un raggio che penetra rapidamente in profondità, ero riuscito a capire quali erano i suoni che gradiva di più, adorava la musica irlandese; portavo spesso un flauto dolce e cantavamo insieme delicatamente; oppure accendevo lo stereo e le massaggiavo la testa, così il dolore si attenuava. Pensate quanto è triste l'ambiente degli ospedali dove le mura sono grigie, fredde e deprimenti. Gli ammalati gravi vivono ancora più dei sani in simbiosi con ciò che li circonda. Sonia aveva iniziato a mettere degli oggetti colorati sul comodino, con il permesso dei medici aveva attaccato ai muri dei piccoli posters riproducenti dei paesaggi naturali; si faceva trovare seduta sul letto, pettinata e leggermente truccata. La sua frequenza cardiaca e respiratoria era aritmica; sappiamo che la musica mette in moto dei processi psicofisiologici che di riflesso provocano variazioni della pressione sanguigna, della frequenza cardiaca e respiratoria; con l'aiuto del "suono" spesso era possibile giungere ad una attività respiratoria e cardiaca ritmica. In questi casi Sonia provava un profondo senso di benessere. Anche in situazioni di grandi difficoltà e sofferenza l'uomo è sempre capace di immaginare e sognare; l'A.I.D.S. distrugge i corpi, la musicoterapia fa in questo campo i suoi primi passi, ma una cosa è certa non permette al virus di sopprimere la fantasia e la speranza.

### ALCUNE RIFLESSIONI

Potrei descrivere ancora esperienze simili, piccole-grandi vittorie.

In altri casi l'intervento musicoterapico è condotto in piccoli gruppi dove oltre il rilassamento e il piacere di fare ed essere assieme è possibile con gli strumenti sonorizzare eventuali conflitti emotivi tra i pazienti e gli stessi operatori. Queste persone hanno bisogno di risposte umane, quale

mezzo migliore della musica? La mia convinzione della validità della musicoterapia, della necessità e urgenza di procedere nella ricerca, viene confortata e stimolata da recenti considerazioni scientifiche: Il virus HIV colpisce il sistema immunitario; ma anche le condizioni psichiche del paziente hanno una certa influenza nella causa e nella progressione delle malattie; batteri, virus e tumori sono certo presenti ma si nota anche che il loro potere e la loro virulenza dipendono da quello che succede nel loro ospite. Si comincia con sempre più insistenza a parlare di psicoimmunologia specie negli Stati Uniti e le voci sono autorevoli: il gruppo di ricerca di Carl Simonton, oncologo a Fort Worth nel Texas, George Freeman docente di psichiatria dell'Università della California, Jeff Leiphart psicoterapeuta e direttore clinico dell'A.I.D.S. Response Program di S.Diego in California. Ci sono delle complesse interazioni bidirezionali tra il S.N.C. (che media processi sia psichici che biologici) e il sistema immunitario. Tutte le malattie sono multifattoriali e biopsicosociali per quanto concerne la causa, l'insorgere e il decorso; sono quindi il risultato di interrelazioni tra fattori eziologici (batteri, virus, agenti cancerogeni), genetici, nervosi, immunitari, emotivi e comportamentali. Dalla autorevole rivista "Scienze" il dott. Keith Wallace, fisiologo, ci parla della nuova disciplina che la medicina definisce "neuroimmunoendocrinologia"; disciplina certo a conoscenza di tutti gli operatori del settore. In pratica i tre grandi sistemi, nervoso, immunitario ed endocrino sono in realtà lo stesso sistema all'interno del quale l'informazione circola, veicolata da piccoli messaggeri chimici, i neurotrasmettitori. Secondo questa visione ogni pensiero ed ogni emozione è in grado di innescare una serie di reazioni biochimiche a catena che determinano la produzione di ormoni specifici e l'attivazione del sistema immunitario. La neuroimmunoendocrinologia si colloca

alle frontiere più avanzate della medicina moderna. Un esperto e soprattutto motivato musicoterapeuta, tramite i suoni, la musica, i gesti, la capacità di instaurare un rapporto "simbiotico", la capacità di impiegare fenomeni di risonanza e sinestesici è in grado di indurre uno stato di "relax" psicofisico e quindi di ottenere un rallentamento del battito cardiaco, un respiro più lento e profondo, uno stato di quiete; conseguentemente diminuisce il tasso metabolico, che rappresenta l'indice più attendibile dell'attività del corpo e cala notevolmente, ancor più che nel sonno profondo, la concentrazione nel sangue di cortisolo ed acido lattico, sostanze correlate al livello di stress. Con la musicoterapia è veramente possibile spostare l'attenzione verso pensieri positivi, l'angoscia diminuisce, e quindi in base alle precedenti considerazioni mediche è possibile rallentare il deterioramento del sistema immunitario. Curarsi quindi, in opposizione alla semplice eliminazione dei sintomi, sottintende il restaurare l'armonia a tutti i livelli: mentale, fisico, emotivo e spirituale. La musica può trasmettere speranza e gioia di vivere, sensazione fra le più terapeutiche. Lascia fluire l'energia rilassandoci, liberandoci dallo stress, facendoci sentire vivi. Il corpo risponde a questi messaggi.

Vorrei rivolgere un invito a riflettere sulla importanza del lavoro in equipe, per ottenere dei risultati migliori e in tempo minore. Un ottimo lavoro di "assieme" nasce dall'umiltà di riconoscere i propri limiti; riconoscere e soffrire per i propri limiti è segno del fatto che si è portatori di una esigenza più grande, e ricorda che il proprio "essere" è sempre più grande del proprio "fare". Occorre educarci ed educare all'ascolto di sé, delle proprie emozioni, ansie e insoddisfazioni, al rispetto della persona umana, alla solidarietà come valore, ad una concezione "olistica" della salute, da non intendere solo come assenza di malattia. Certamente la musicoterapia da sola non pretende di guarire dall'HIV, ma certo oltre a migliorare la qualità della vita, può rendere più attiva ed efficace la risposta alle terapie mediche, ritardare o rallentare la fase acuta; un ulteriore tempo acquisito, per qualcuno potrebbe voler dire arrivare ad usufruire di un vaccino che almeno cronicizzi questa terribile malattia. E a chi nonostante queste considerazioni e testimonianze continuasse a discutere sul senso o non senso di tanto lottare per una cosiddetta "morte annunciata", rispondo che in definitiva tutti stiamo morendo lentamente; ma finché siamo vivi dobbiamo in ogni caso continuare a vivere e non a morire lentamente. Questo ha un senso!

# Musicoterapia in un Servizio Residenziale per soggetti Alzheimer

“Chiedetevi non quale malattia la persona abbia, ma piuttosto quale persona la malattia abbia”.  
(W.Osler)

Presso la  
Fondazione  
Istituto Sacra  
Famiglia di  
Cesano Boscone  
(MI), è stato  
istituito da circa  
tre anni un  
“Nucleo  
Alzheimer”  
dove i pazienti  
possono essere  
accolti, sia per  
un ricovero  
permanente  
che temporaneo

## Introduzione

Presso la Fondazione Istituto Sacra Famiglia di Cesano Boscone (MI), è stato istituito da circa tre anni un “Nucleo Alzheimer”, dove i pazienti possono essere accolti, sia per un ricovero permanente che temporaneo (i cosiddetti “sollievi”).

Questo progetto rientra nel quadro del piano Alzheimer della Regione Lombardia, che ha elaborato un Protocollo Operativo per l’assistenza al paziente demente nei Nuclei Alzheimer delle Residenze Sanitarie Assistenziali.

È proprio all’interno di detto protocollo che, insieme ad altri tipi di intervento (fisioterapia, terapia occupazionale) viene citata la musicoterapia, come “un intervento per il quale esistono aneddotiche indicazioni di efficacia” (sic).

Da circa un anno conduco trattamenti di musicoterapia di gruppo con alcuni pazienti con diverso grado di deterioramento.

Le finalità dell’intervento possono essere così riassunte, sempre secondo il piano regionale:

- rilassamento;
- stimolazione “cognitiva” attraverso l’impiego di strumenti rudimentali per la produzione di ritmi e/o suoni;
- stimolo della memoria remota attraverso l’ascolto di brani familiari all’esperienza dei pazienti.

In letteratura esistono numerosi lavori che testimoniano la validità e l’efficacia dell’impiego della musica come mezzo per veicolare le informazioni non verbali, la cui comprensione è conservata anche nelle fasi più avanzate di molte forme di demenza, e non ci pare che si possano ridurre a

## Il Melotest è “un reattivo psicodiagnostico proiettivo semistrutturato su materiale musicale”.

semplici “indicazioni anedottiche”.

L'argomento di questa relazione è però un altro: all'interno di un progetto di intervento musicoterapico, per molti versi

ancora in fase sperimentale, abbiamo pensato di utilizzare uno strumento particolare, il Melotest.

Questo strumento, essenzialmente un test di personalità, costruito con materiale musicale, (ideato dal Prof. Gaita e somministrato a soggetti “normali” e soprattutto a pazienti psichiatrici) consente di ottenere indicazioni psicodiagnostiche e criteri per una più corretta ed efficace impostazione del trattamento musicoterapico.

In questo lavoro partiremo quindi dalla presentazione e illustrazione del Melotest, per poi descriverne la sua validità in una situazione “limite” (qual'è la malattia di Alzheimer), che ne dimostra l'estrema duttilità e possibilità di applicazione, soprattutto in confronto ai test cognitivi di solito somministrati a questa tipologia di pazienti.

### Il Melotest

Il Melotest è “un reattivo psicodiagnostico proiettivo semistrutturato su materiale musicale”. Il materiale del test è costituito da dieci frammenti sonori, elaborati elettronicamente; si tratta di strutture musicali prive di riconoscibilità culturale o storica immediata, contenenti dettagli percepibili convenzionalmente, aloni sonori quasi non strutturati e bizzarre melodiche, ritmiche, armoniche e timbriche di risonanza non sempre conscia.

All'interno di questa griglia di stimolazioni è possibile enucleare vie convenzionali, originali o deliranti dell'elaborazione del percepito; costanti di adesione alla convenzione o di indicativi sintomatologici e, a seconda del protocollo, un quadro psicodiagnostico riferito a strutturazioni non

conscie di fantasmi e difese, oltre a indicazioni preziose sulla qualità dell'orecchio musicale.

Le indicazioni del Melotest vanno dunque dal versante propria-

mente clinico alle sue peculiarità:

- la possibilità di testare persone dalla discorsività inibita, non sviluppata o patologica (es. bambini, adolescenti, handicap, psicotici gravi);

- quella di individuare, su un terreno più squisitamente psicoanalitico, la costellazione interiore fondamentale;

- infine, quella di saggiare con sorprendente puntualità qualità musicali o stili di relazione (ascolto dell'altro) che richiederebbero, per essere valutati, tempo e lavoro clinico non sempre possibili.

Oltre a dare informazioni preziose sull'assetto conscio dello stile personale e relazionale, il Melotest dà la possibilità di uno sguardo non banale su assetti inconsci.

C'è una presenza inaspettata, al fondo del fatto simbolico, dell'ascolto musicale o dell'esperienza psicoanalitica: è il corpo, dimenticato nel linguaggio. È un telaio di sagome di gesti un giorno segnati dalla gioia o dalla paura, profili quasi neurologici di affetti che si riaccendono nella melodia di una frase, nel ritmo di un quadro, nell'armonia di una partitura. Tracce del corpo e degli affetti nella mente: ecco, in ultimo, la migliore approssimazione dell'inconscio.

### Il Melotest e i pazienti Alzheimer

*Curare* il demente è una sfida professionale e umana per gli operatori professionali e per gli stessi familiari, che possono trovarsi di fronte ad una persona “diversa”, tenuto conto che, generalmente, la personalità, la memoria a breve e a lungo termine, il vocabolario, la capacità di pen-

siero e la capacità visuo-spaziale possono essere gravemente menomate. Inoltre possono insorgere altri problemi psichiatrici e comportamentali che rendono sempre più oneroso il carico assistenziale.

Per tutti questi motivi le persone dementi potrebbero essere vissute come un semplice "guscio" del loro precedente sé e non avere nessun traguardo di vita, che non sia un cammino in discesa verso la morte che sola li trarrà dalla malattia.

Ma questo è in contrasto con la dignità intrinseca e inviolabile di ogni persona umana. Concepire le persone dementi come "differenti" può contribuire invece alla tolleranza e al rispetto. Come nel caso degli handicappati mentali e dei gravi malati mentali, non possiamo trascurare la possibilità che anche la vita dei dementi gravi contenga in sé esperienze delle quali noi siamo interamente privati.

Il Melotest è stato somministrato a sei pazienti del Nucleo Alzheimer. Si tratta di soggetti con diverso grado di deterioramento, comunque in una fase avanzata della malattia.

La maggior parte è inserita nei gruppi di musicoterapia e quindi esiste già un minimo di conoscenza e di rapporto con la terapeuta; ciononostante, le reazioni emotive sono state molto forti (ansie, paure, crisi di pianto). Tali reazioni si sono rivelate tuttavia subito contenibili con qualche frase di incoraggiamento e qualche gesto affettuoso.

In questa fase, precedente alla somministrazione, è emersa una insospettata capacità di "insight" da parte di alcune pazienti (sono tutte donne); queste esprimevano ansie e paure dovute a difficoltà a cui non avevano mai accennato (e che anzi negavano), e di cui non credevamo fossero consapevoli: "Non ho più la memoria di una volta", "Io non ci sto più tanto con la testa", "Ho avuto dei problemi con la testa", "Mi vergogno".

Il fatto di proporre un test musicale, senza com-

piti precisi da eseguire (l'unica consegna è: "Mi dica cosa le fa venire in mente questo brano"), ha contribuito molto ad alleviare questo stato di ansia, consentendo la somministrazione.

In definitiva - e ciò può essere determinante anche con altre patologie - si propone qualcosa di piacevole (l'ascolto musicale) e uno sforzo di attenzione limitato nel tempo (i brani durano poco più di un minuto ciascuno).

Dalla compilazione dei protocolli emergono altre considerazioni di carattere generale, in rapporto ai punteggi ottenuti dalle medesime pazienti nei test di carattere cognitivo somministrati precedentemente.

Tutti i pazienti ospiti del Nucleo Alzheimer sono stati infatti testati con Mini Mental State Examination (MMSE), Clinical Dementia Rating (CDR) e per quanto riguarda i disturbi comportamentali con UCLA Neuropsychiatric Inventory (NPI). Per quanto riguarda il nostro campione, si tratta di pazienti con demenza di stato avanzato (di grado moderato, grave e molto grave), disturbi del linguaggio di tipo afasico di grado severo, perdita di grado severo della memoria (prevalentemente breve ma anche a lungo termine).

Sono presenti disturbi comportamentali: abulia, apatia, inerzia o, al contrario, ipereccitabilità e motilità continua e afinalistica; oppure, sintomatologia di tipo delirante (sospettosità, idee di furto, di riferimento).

Da un punto di vista generale, i protocolli del Melotest sono stati invece caratterizzati da:

- ricchezza delle risposte (in confronto con lo stato avanzato della malattia e i punteggi ottenuti negli altri test), soprattutto da parte dei pazienti più apatici, espresse con un linguaggio abbastanza corretto, produttivo, comunicativo, certamente più strutturato;
- evocazione di memorie autobiografiche, connotate affettivamente (con aumento del tono dell'umore).

È stata una piacevole sorpresa rilevare quanto la musica abbia il potere di fare emergere ricordi, situazioni vissute, esperienze lontane nel tempo in persone così compromesse.

Memorie piacevoli, affettivamente intense, legate spesso ad una gioventù di altri tempi, in cui la televisione non era onnipresente, e le occasioni per fare o per ascoltare musica erano le più disparate:

- dal cantare nel coro della chiesa *"Cantavo in chiesa, sull'organo. Avevo una bella voce. Sarebbe bello anche adesso ma sono invecchiata; c'era la Madonna Addolorata, Gesù nelle braccia, la processione; adesso ho i denti rovinati, non riesco più a cantare bene"*;

- al melodramma *"A me piacevano tanto le opere, andavo spesso alla Scala; anche le operette, quando ero giovane era la mia passione"*;

- ai vicini di casa musicisti e alle figure parentali *"Quando ero giovane i vicini avevano quattro figli musicisti, facevano sempre i concerti, suonavano il mandolino, il violino, la chitarra e l'arpa. Eppure non so ballare, mio padre non voleva; a Milano c'erano le balere ma lui non voleva: era critico"*.

Oltre alle memorie autobiografiche, spesso le risposte sono caratterizzate da aggettivi, appropriati al brano ascoltato (troppo rumoroso, dolce, un po' "brusco", bello, allegro, malinconico), dalla espressione di apprezzamento (mi piace - non mi

piace), dall'individuazione di alcuni timbri, che spesso sono all'origine delle memorie evocate (per es. il timbro dell'organo e il coro della chiesa) o da aggettivi usati per descrivere un timbro particolare ("strumenti pieni di calore").

Tutto questo, come dicevamo in precedenza, testimonia il "potere" della musica, e al contempo evidenzia come il materiale musicale del Melotest sia particolarmente efficace in questo senso.

Lo specifico musicale, infatti, è quello di mettere in risonanza sagome interiori non sempre consapevoli, grazie al peculiare tragitto della sua stimolazione sensoriale. La vibrazione musicale, in specie, passa necessariamente da risonanze corporee e viscerali, che, come la psicoanalisi della prima infanzia ci insegna, sono particolarmente vicine a strutturazioni inconsce.

Prima dell'avvento del linguaggio, infatti, le impressioni decisive della storia si imprimono per via corporea in costellazioni fantasmatiche connotate affettivamente (piacere/dispiacere).

Queste sagome, non connotate linguisticamente, sono il repertorio di base della nostra vita interiore.

La musica è lo strumento più potente e sottile per metterle in risonanza, per rivivificarle, per portarle anche a livello conscio, ove ci sia la possibilità di elaborarle.

## ■ Guida dello studente

Gerardo Manarolo e Gian Luigi di Franco, a cura di, Edizioni Cosmopolis, Torino, 1999.

All'interno del panorama musicoterapico italiano si sentiva da tempo l'esigenza di un passaggio da una situazione ricca d'esperienze, scambi, discussioni in contesti pubblici o privati ad una situazione maggiormente connotata da elementi tangibili del percorso svolto dalla Musicoterapia in Italia dove poter ravvisare anche se solo in maniera embrionale la nascita di qualcosa di più concreto fisicamente esistente specie in relazione a temi quali la definizione della figura professionale (del Musicoterapista e/o del Musicoterapeuta), degli iter formativi da seguire, dei curricula teorico-esperienziali da percorrere nel corso del lungo processo di formazione. Forse un segnale tangibile è rappresentato da questa "Guida dello studente" che nasce sul finire del millennio grazie allo sforzo integrativo della CONFIAM (Confederazione Italiana delle Associazioni di Musicoterapia), quasi a voler essere bene augurante per il futuro.

All'interno della "guida" sono presentate in ordine alfabetico le diverse realtà formative italiane elencando associazioni o enti organizzatori seguiti dall'ente/i che ne forniscono l'eventuale patrocinio. Successivamente ogni scuola descrive il proprio programma seguendo uno schema predefinito: a) denominazione della scuola; b) storia; c) modelli didattici; d) contenuti; e) criteri d'ingresso e verifica; f) organizzazione; g) tirocinio; h) Direzione; i) Docenti area musicoterapica; l) Supervisor; il volume evidenzia, come sottolinea Manarolo nella prefazione, la "ricchezza e la peculiarità dei vari percorsi formativi pur contenuti all'interno di un progetto comune". Il libro si conclude con un primo elenco di professionisti accreditati in ambito musicoterapico nazionale i cui nominativi sono stati estrapolati dagli organici dei docenti e dei supervisor delle varie scuole. Per concludere auguriamo alla CONFIAM ed ai suoi rappresentanti di proseguire con tenacia sulla strada intrapresa al fine di garantire al più presto anche alla Musicoterapia in Italia ed ai professionisti impegnati quotidianamente in questo campo il raggiungimento di una dignità esistenziale propria e ben definita a livello nazionale ed europeo.

## ■ Musicoterapia, esperienze di supervisione

Rolando O. Benenzon, Phoenix Editrice 1999.

L'ultimo volume pubblicato in Italia dal Prof. Benenzon sviluppa l'importante tema della supervisione in Musicoterapia. Elemento fondamentale per il musicoterapista in formazione la supervisione costituisce, come sottolinea lo stesso autore,

una componente essenziale del setting musicoterapico. Perché serve una supervisione periodica? Chi può supervisionare? Che cosa si supervisiona? Come si supervisiona? Possiamo giungere a realizzare una autosupervisione? A questi e ad altri interrogativi Benenzon fornisce una risposta nello snodarsi del percorso delineato all'interno del libro. Nel corso della "calda" dissertazione sul tema, ricca di resoconti esperienziali personalmente vissuti dallo Psichiatra argentino si delineano le coordinate entro le quali collocare il processo di supervisione. Tali coordinate permettono al musicoterapista di pervenire ad uno sviluppo delle proprie effettive abilità; di riaffermare la fedeltà all'orientamento teorico scelto e offrono la possibilità di riflettere costantemente sull'operare quotidiano. Si evince da questo come il ruolo di "terzo elemento" assunto dal supervisore, se rapportato alla diade paziente-musicoterapista, divenga fondamentale per la costruzione di una cornice maggiormente significativa e consapevole rispetto alla relazione analizzata. Il volume si apre con una sintetica riesposizione delle principali linee teoriche che caratterizzano il pensiero dell'autore, tra queste i principi della Psicoanalisi Freudiana, i concetti di oggetto transizionale e fenomeno transizionale, esposti da Winnicott, l'impostazione teorica relativa alla comunicazione enunciata da Watzlawick, i concetti d'Incoscio collettivo e di archetipo tratti dal pensiero Jungiano, il concetto d'Imprinting tratto dagli studi di matrice etologica condotti da Lorenz. All'interno del volume compaiono alcune significative esperienze di musicoterapia, condotte da diversi professionisti, accompagnate da puntuali commenti dell'autore relativi alla focalizzazione delle dinamiche relazionali in atto nel corso del processo terapeutico; questi commenti esaminano approfonditamente sia le modalità espressivo-comunicative manifestate dal paziente sia le scelte operate dal musicoterapeuta nell'ambito dell'attuazione del progetto. Il volume si apre con l'analisi di un caso clinico proposto da Giuseppa Pistorio (Psichiatra e Musicoterapeuta) dove la doppia formazione della conduttrice suggerisce fra l'altro interessanti spunti di riflessione riguardanti il cruciale momento di scelta dell'utilizzo del canale non-verbale come mediatore della relazione terapeutica affiancato e/o contrapposto all'utilizzo della parola. Successivamente il libro ci propone un resoconto dell'intenso lavoro di ricerca in musicoterapia condotto da Alfredo Raglio e dai suoi collaboratori relativo all'applicazione della musicoterapia a pazienti autistici

adulti. Il rigore adottato dagli studiosi nell'allestimento del setting, nel monitoraggio delle sedute, nella valutazione dei dati emersi, fornisce importanti elementi di discussione in particolare sulla profonda presa di coscienza dello stile espressivo e relazionale del musicoterapeuta ricercatore. Il contributo di Adriana Montori, musicoterapista che da anni lavora applicando la Musicoterapia in ambito preventivo per la psicoprofilassi al parto, ci riporta all'importanza dell'analisi precoce della relazione madre-bambino e madre-ambiente-feto come contenitore dinamico dell'essere umano in divenire.

Gli ultimi contributi presentati riguardano le esperienze lavorative di Emerenziana d'Ulisse e collaboratori inerenti al trattamento di un soggetto autistico, congiunto alla presa in carico della coppia genitoriale, affiancato al riesame della situazione di un soggetto autistico a distanza di vent'anni dalla prima applicazione delle tecniche musicoterapiche (esperienza proposta dalla musicoterapeuta argentina Gabriela Wagner). Il testo di Benenzon si conclude con alcune considerazioni di base relative al processo di supervisione tra le quali emerge la funzione equilibratrice ricoperta da tale processo nel consentire gradualmente al terapeuta la conquista di uno spazio d'ascolto dell'altro non inquinato dall'esigenza di un agire scarsamente calibrato sulle effettive esigenze relazionali del paziente.

La supervisione "quindi non si riduce ad un mero controllo e valutazione della tecnica impiegata, ma consiste in un esame ben più articolato e di ampio respiro che prende in considerazione tanto il rapporto terapeuta-assistito quanto le reazioni che la musicoterapia induce nel terapeuta stesso...".

## ■ Musicoterapia e Autismo VII Convegno APIM

Il giorno 15 gennaio 2000 si è tenuto presso il Centro "Paolo VI" di Casalnoceto (AI) il VII Convegno organizzato dall'Associazione Professionale Italiana Musicoterapeuti dal titolo "Musicoterapia e Autismo". La relazione introduttiva della mattinata presentata dal Prof. Giovanni Lanzi, Ordinario di Neuropsichiatria Infantile presso l'Università di Pavia, ha esposto le principali ipotesi interpretative relative all'etiopatogenesi dell'Autismo infantile. L'autore ha riportato sinteticamente e con molta chiarezza i principali modelli esplicativi di riferimento: Ipotesi psicogenetica, Ipotesi genetica, Teorie immunitarie, Ipotesi neurochimica, Neuroimmagini, Teoria della mente. Nel corso della dissertazione sul tema il Prof.

Lanzi ha posto in evidenza come, nel processo di comprensione del fenomeno autismo, sia necessaria un'integrazione delle conoscenze disponibili provenienti dai vari indirizzi teorici. Inoltre il relatore ha sottolineato l'importanza del lavoro col gruppo familiare del soggetto autistico ponendo la dimensione relazionale (sia essa influenzata da fattori costituzionali o da fattori psico-affettivi) al centro del progetto terapeutico, considerando ogni singolo caso di autismo nella sua inscindibile dimensione biopsichica. La seconda relazione della mattinata proposta da Gerardo Manarolo e Ferruccio Demaestri, rispettivamente supervisore e musicoterapista del Centro "Paolo VI" di Casalnoceto, ha presentato l'esperienza lavorativa condotta dagli autori da più di dieci anni presso la suddetta istituzione con soggetti autistici focalizzando l'attenzione sulla specificità dell'approccio musicoterapico e sulla funzione dell'elemento sonoro/musicale nel trattamento di questa casistica. In particolare sono state analizzate le competenze espressivo-comunicative e relazionali, mediate dal suono e dalla musica, del bambino autistico all'interno del rapporto col musicoterapista, contestualizzando l'esposizione con riflessioni di carattere teorico (Stern, Zappella, Benenzon, Trevarthen) e con l'illustrazione di tre situazioni cliniche. L'apertura della sezione pomeridiana del convegno è stata affidata ad Alfredo Raglio (musicoterapista e ricercatore presso l'Ospedale di Sospiro in provincia di Cremona) che ha focalizzato l'attenzione essenzialmente sulla "musicalità" autistica intesa come "universo sonoro-musicale" intimamente connesso alla realtà espressiva di questa patologia, universo da conoscere e scoprire attraverso l'attuazione del processo relazionale caratteristico del setting musicoterapico che prevede l'incontro tra la "musicalità" del terapeuta e quella del paziente come spunto per lo sviluppo della comunicazione a livello non verbale. L'ultima relazione della giornata è stata affidata ad un ospite illustre: il Prof. Rolando Benenzon. Lo Psichiatra argentino nel corso della sua esposizione ha ripreso alcuni concetti chiave relativi alla definizione della persona affetta da autismo che, secondo l'autore, si trova a vivere in una situazione di prolungamento dello psichismo fetale. Il relatore ha contestualizzato le sue affermazioni teoriche presentando il proprio metodo di lavoro, soffermandosi in particolare sull'analisi delle condotte comunicative peculiari del gruppo familiare del soggetto autistico, individuando le "cisti di comunicazione" presenti e illustrando possibili percorsi "riabilitativi" finalizzati alla risoluzione dei suddetti blocchi comunicativi.

Ferruccio Demaestri



## ■ Lettera ai Soci Apim

• L'APIM è da tempo conosciuta in vari contesti professionali e culturali grazie alla rivista "Musica & Terapia"; molti servizi pubblici, associazioni private, università, centri di formazione musicoterapica la ricevono ed apprezzano, al punto che riceviamo assai di frequente richieste di numeri arretrati o estratti di articoli ormai andati esauriti. Ora siamo giunti al nono anno di pubblicazione ed abbiamo ritenuto opportuno impegnarci ad un rinnovamento editoriale di questo nostro strumento di aggiornamento e crescita culturale. Invitiamo i professionisti che abbiano elaborato riflessioni sulle loro esperienze, o ricerche o traduzioni di importanti contributi stranieri di musicoterapia a concorrere a questo processo di sviluppo. Per ogni contributo invitiamo i soci a contattare Ferruccio Demaestri (0131/809407).

• Un secondo punto qualificante dell'APIM è da sempre l'attività convegnistica, a Rimini in maggio ed a Casalnoceto in Dicembre. Quest'anno ci sono tuttavia alcune novità rispetto alle date: il convegno invernale verteva sull'autismo e posticipandolo al 15 gennaio 2000 ci siamo potuti avvalere del prezioso contributo di Rolando Benenzon; anche per quello di maggio abbiamo pensato ad uno slittamento di data e precisamente contiamo di organizzarlo dal 15 (arrivi serali) al 17 (partenza dopo pranzo) di settembre 2000. In maggio ci saremmo trovati infatti a ridosso dell'imponente convegno di marzo della Pcc di Assisi (075/812308), all'organizzazione del quale diversi di noi sono impegnati. Ovviamente verrà data più precisa comunicazione di questo nostro appuntamento riminese, che si svolgerà comunque, come di consueto, presso il confortevole ed economico hotel "La Fenice"; stiamo pensando all'organizzazione di uno stage centrato sullo strumentario della musicoterapia, caratterizzato da laboratori in cui apprendere e sperimentare la costruzione di strumenti musicali,

affiancati a momenti in cui le parole (più del solito) lascino la scena all'improvvisazione strumentale vera e propria, nelle sue varie forme. Perciò tenetevi liberi per quel week end, scaldate i vostri strumenti e se avete esperienze che repute interessanti da proporre al convegno comunicatelo tempestivamente a Massimo Borghesi (0338/7746947) ([massimoborghesi@libero.it](mailto:massimoborghesi@libero.it)).

• Negli ultimi anni è venuto crescendo, per importanza ed energie richieste, il progetto CONFIAM, CONFederazione Italiana Associazioni di Musicoterapia. L'APIM promuove tale progetto confederativo. Questo sta producendo risultati che non si erano ottenuti nei decenni precedenti; cerchiamo di dare un riconoscimento ufficiale alla professionalità del musicoterapista. Parliamo della possibilità che la proposta di legge per lo smantellamento degli albi professionali, contenga delle opportunità per noi assai interessanti. In particolare modo, qualora questa proposta diventasse legge dello stato, (come sollecitato da precise direttive comunitarie) verrebbe demandata, ad alcune associazioni private, la responsabilità di vigilare sulla reale professionalità degli iscritti; il CNEL, ente governativo incaricato della valutazione della serietà professionale delle organizzazioni private, ha attualmente riconosciuto come interlocutore privilegiato la CONFIAM, unica per la musicoterapia ad essere inserita nella "consulta". Si configurerebbe pertanto la possibilità di costituire un REGISTRO NAZIONALE DEI MUSICOTERAPISTI, a cura della CONFIAM, i cui associati (anche noi quindi) si troverebbero a beneficiare di uno specifico riconoscimento governativo. Per questa ragione le varie commissioni CONFIAM stanno lavorando a pieno ritmo nella direzione di uniformare ed elevare il livello della professionalità all'interno della disciplina, equiparando il monte ore dei corsi al IV° livello europeo, curando gli aspetti deontologici, di aggiornamento professionale, di assicurazione per danni contro

terzi, e così via. L'accesso a questo registro nazionale dei musicoterapisti sarà regolato da un esame di abilitazione (nella cui commissione saremo ovviamente presenti); potranno sostenere questo esame coloro che sono in possesso di diplomi in musicoterapia rilasciati da corsi riconosciuti CONFIAM, che siano iscritti ad una associazione di musicoterapia CONFIAM (e noi lo siamo) e che abbiano effettuato almeno 60 ore di supervisione post diploma. Stiamo inoltre pensando a norme transitorie, necessarie a sanare la situazione di persone che hanno percorsi formativi datati. Vorremmo, con queste informazioni, comunicarvi che aderire all'APIM significa anche dare sostegno a chi porta avanti queste battaglie per tutta la categoria e trascorre intere giornate a consultare elenchi di nominativi di persone in possesso dei requisiti richiesti, tra le quali probabilmente ci sei anche tu. Tutto questo lavoro, come dicevamo, sta producendo risultati interessanti, tra i quali un volume utile a coloro che volessero essere aggiornati sullo stato dell'arte della musicoterapia in Italia; il libro, intitolato "Guida dello studente", può essere ordinato direttamente presso le Edizioni Cosmopolis per la somma di £. 10.000.

- Alcune persone si stanno occupando di mettere a punto un "progetto Internet" articolato, coerente con la filosofia dell'associazione, facilmente consultabile e collegato con i più significativi siti mondiali di musicoterapia; nel frattempo abbiamo voluto comunque essere presenti in rete (<http://www.psmusic.com/apim.htm>). Coloro che fossero in possesso di competenze, motivazioni e materiali atti ad arricchire il sito possono contattare Claudio Bonanomi (0335/6825190).

- Sta da tempo maturando all'interno dell'associazione il desiderio di promuovere progetti di ricerca. Pensiamo effettivamente sia giunto il momento di uscire dalla fase delle affermazioni generaliste e dare al nostro lavoro una dignità

professionale la quale richiede quantomeno che le nostre affermazioni siano sottoposte a controlli rigorosi. Ma la musicoterapia si riferisce al sistema scientifico o a quello umanistico? Nel primo caso dovremo verificare se sia adottato un linguaggio formale rigoroso, verificata la ripetibilità degli eventi, la loro misurabilità, e così via; nel secondo caso, alla necessità della scienza di ricorrere ad un linguaggio formale rigoroso fa da contrappeso l'uso del discorso poetico, considerato da Meltzer come essenziale alla comunicazione psicoanalitica, il quale non mira a convincere ma a suggestionare, non a dimostrare ma a condividere. Afferma lo psicoanalista Franco Fornari: "Nella definizione dello statuto della propria verità, la psicoanalisi si trova più a dipendere dalla verità del mito che non da quella della filosofia e della scienza: ma per farla accettare in era scientifica, la si deve vestire di scienza". Questo è il punto: sentiamo il bisogno di ricerca e fors'anche di ricerca sulla ricerca; pertanto, chiunque avesse interesse ad aderire a progetti sul tema può contattare Alfredo Raglio (0338/7291944).

- Direttamente consequenziale al punto precedente pare essere quello sulle aggregazioni regionali: si può fare ricerca, autoformazione, organizzare iniziative, invitare docenti e supervisor se si appartiene a gruppi coordinati. L'APIM nasce da questa idea di cooperazione ed intende continuare a promuoverla. Alcune regioni sono storicamente meglio organizzate, altre meno; pensiamo che sia importante che dalle une e dalle altre arrivino segnalazioni di nominativi interessati ad animare la propria realtà locale. Chi si sente solo o chi sta costituendo un piccolo gruppo in fase di campagna adesioni può segnalare il proprio nominativo a Marzia Mancini (0541/730117) la quale raccorderà le varie segnalazioni.

- A proposito di gruppi di supervisione, l'APIM è attiva in questo senso sia con iniziative che fanno

riferimento ai propri corsi di Rivarolo, Genova, Saronno e Lecco, sia con iniziative distaccate dagli stessi, attualmente condotte da Gerardo Manarolo e Massimo Borghesi; supervisioni individuali vengono inoltre effettuate oltre che dagli stessi anche da Pier Luigi Postacchini (051/437798), Andrea Ricciotti (051/6141125) e Claudio Bonanomi. A ciò si aggiunga che nella già citata "Guida dello studente" si potrà trovare un elenco di tutti i supervisori di musicoterapia accreditati dalle varie scuole CONFIAM.

- C'è un altro servizio che l'APIM ha svolto in questi anni ed è un servizio di consulenza telefonica per i soci in difficoltà burocratiche od altro; ora ci auguriamo che queste richieste possano pervenire tramite posta elettronica all'indirizzo [apim@money.it](mailto:apim@money.it) così da poter essere eventualmente raggruppate in risposte collettive all'interno della rivista, pensando che probabilmente il bisogno espresso da alcuni possa corrispondere a quello sommerso di molti.

- Il premio APIM consiste organizzativamente nella disamina dei lavori che a tal fine vengono presentati; si tratta di un riconoscimento professionale al quale non fanno seguito ricompense particolari che non siano la possibilità di presentare il proprio materiale ad uno dei convegni APIM o su di un numero della rivista. Vorremmo comunque mantenere alta questa competizione culturale ed invitiamo gli interessati ad inviare la documentazione ad Anna Maria Barbagallo (051/6230902).

- L'APIM è animata da un ideale di qualità. In attesa che il percorso del riconoscimento si compia siamo comunque chiamati ad una qualificazione che ci connoti come professionisti dall'indiscutibile valore. Questo, come tutti gli ideali, ha bisogno di adesione, abbiamo bisogno di sentire che il nostro lavoro corrisponde alla necessità di molti; ha bisogno di sostegno, poiché le cause, le battaglie per gli ideali di tutti hanno anche dei

costi umani ed economici che non possono ricadere soltanto sulle spalle di pochi, pena il fallimento; ha bisogno di promozione, affinché la nostra associazione possa parlare a nome di molti. Per questo ti ringraziamo e ti chiediamo di continuare ad esserci, magari estendendo l'invito anche a colleghi non associati, che non riceveranno questa lettera, ma che potresti sensibilizzare in modo che un ideale di qualità possa continuare ad esistere come fatto concreto.

Massimo Borghesi  
Direttivo APIM

## ■ XVII Convegno di Musicoterapia Assisi 2000: Musicoterapie a confronto Assisi 22 - 25 Marzo 2000

### Finalità del convegno

- Confrontare in modo focalizzato e approfondito alcune tecniche e metodi diversi che vengono insegnati all'interno del corso di musicoterapia di Assisi; consentire ai docenti e ad altri esperti di dialogare su alcuni problemi e tematiche specifiche;
- Dare l'opportunità ad alcuni diplomati del corso di presentare il loro lavoro;
- Far conoscere all'esterno i risultati effettivi prodotti dal corso di Assisi;
- Fare un bilancio del lavoro dopo quasi 20 anni di attività;
- Creare un momento di raccordo e di collegamento tra le diverse scuole di musicoterapia presenti in Italia.

# notiziario

## Temi delle giornate di studio

Mercoledì 22 marzo: arrivi e sistemazione

Giovedì 23 marzo: "Aspetti sonori"

Venerdì 24 marzo: "Aspetti relazionali"

Sabato 25 marzo: "Aspetti istituzionali"

## Informazioni e adesioni al convegno

Sezione Musica - Pro Civitate Christiana

06081 Assisi (Pg) - Tel. e Fax 075/812308

## ■ V Congresso Europeo di Musicoterapia

"Musicoterapia in Europa"

Musicologia - Pratica clinica - Ricerca

Castel dell'Ovo, Napoli, 20 - 25 Aprile 2001

## Finalità principali del congresso

- Facilitare le relazioni fra paesi differenti dell'area europea, specialmente oggi che la comunità Europea si è collocata nella prospettiva di definire accordi più stretti tra diversi interlocutori.

- Creare un luogo di studio dove gli operatori possano portare risultati delle esperienze secondo i diversi aspetti della disciplina Musicoterapia. Ciò includerebbe aree come la Musicologia, la Ricerca e altre attività che possano dimostrare l'efficacia della Musicoterapia attraverso la Pratica Clinica.

## Informazioni

Valentina De Rienzo (segreteria)

ISFOM via R. Morghen 36

80129 Napoli

Tel. + 39 081/5789330

Fax + 39 081/5784059

e-mail: [napoli2001gdifranco@it](mailto:napoli2001gdifranco@it)

Per informazioni più dettagliate consulta la pagina Web:

<http://www.gdifranco.it/napoli2001.html>

## ■ Musicoterapia oggi.

Palermo, 19/20 Febbraio 2000.

Segreteria 091/345061

## ■ Giornata di studio "Un master nelle arti-terapie?"

Bologna 8 Aprile 2000.

Segreteria 051/2091822

## ■ Convegno "La voce in Musicoterapia".

Genova, Giugno 2000.

Segreteria 010/5762504

## ■ Corso Triennale di Musicoterapia, ANFFAS,

Comunità "La Torre", Rivarolo Canavese (TO),

Settembre 2000. Segreteria tel. 010/593641.

## ■ Seminario di Musicoterapia Apim.

Rimini 15/16/17 Settembre 2000

Segreteria tel. 0338/7746947.

## ■ Corso Triennale di Musicoterapia, ANFFAS,

Genova, Ottobre 2000.

Segreteria tel. 010/5762518.

## ■ Scuola Triennale di Musicoterapia,

Coop. Sociale La Linea dell'Arco,

Lecco, Ottobre 2000. Segreteria tel. 0341/362281.

## ■ Seminari di Musicoterapia in Assisi.

Novembre 2000

Segreteria tel. 075/812308.

■ Numero 0, Luglio 1992

*Terapie espressive e strutture intermedie* (G. Montinari) • *Musicoterapia preventiva: suono e musica nella preparazione al parto* (M. Videsott) • *Musicoterapia recettiva in ambito psichiatrico* (G. Del Puente, G. Manarolo, C. Vecchiato) • *L'improvvisazione musicale nella pratica clinica* (M. Gilardone)

■ Volume I, Numero 1, Gennaio 1993

*Etnomusicologia e Musicoterapia* (G. Lapassade) • *Metodologie musicoterapiche in ambito psichiatrico* (M. Vaggi) • *Aspetti di un modello operativo musicoterapico* (F. Moser, I. Toso) • *La voce tra mente e corpo* (M. Mancini) • *Alcune indicazioni bibliografiche in ambito musicoterapico* (G. Manarolo)

■ Volume I, Numero 2, Luglio 1993

*Musicoterapia e musicoterapeuta: alcune riflessioni* (R. Benenzon) • *La Musicoterapia in Germania* (F. Schwaiblmair) • *La Musicoterapia: proposta per una sistemazione categoriale e applicativa* (O. Schindler) • *Riflessioni sull'analisi delle percezioni amodali e delle trasformazioni transmodali* (P.L. Postacchini, C. Bonanomi) • *Metodologie musicoterapiche in ambito neurologico* (M. Gilardone) • *I linguaggi delle arti in terapia: lo spazio della danza* (R. De Leonibus) • *La musicoterapia nella letteratura scientifica internazionale, 1ª parte* (A. Osella, M. Gilardone)

■ Volume II, Numero 1, Gennaio 1994

*Introduzione* (F. Giberti) • *Ascolto musicale e ascolto interiore* (W. Scategni) • *Lo strumento sonoro musicale e la Musicoterapia* (R. Benenzon) • *Ascolto musicale e Musicoterapia* (G. Del Puente, G. Manarolo, P. Pistarino, C. Vecchiato) • *La voce come mezzo di comunicazione non verbale* (G. Di Franco)

■ Volume II, Numero 2, Luglio 1994

*Il piacere musicale* (M. Vaggi) • *Il suono e l'anima* (M. Jacoviello) • *Dal suono al silenzio: vie sonore dell'interiorità* (D. Morando) • *Gruppi di ascolto e formazione personale* (M. Scardovelli) • *Esperienza estetica e controtransfert* (M. E.

Garcia) • *Funzione polivalente dell'elemento sonoro-musicale nella riabilitazione dell'insufficiente mentale grave* (G. Manarolo, M. Gilardone, F. Demaestri)

■ Volume III, Numero 1, Gennaio 1995

*Musica e struttura psichica* (E. Lecourt) • *Nessi funzionali e teleologici tra udire, vedere, parlare e cantare* (Schindler, Verner, Gilardone) • *Il ritmo musicale nella rieducazione logopedica* (L. Pagliero) • *Differenze e similitudini nell'applicazione della musicoterapia con pazienti autistici e in coma* (R. Benenzon) • *La musica come strumento riabilitativo* (A. Campioto, R. Peconio) • *Linee generali del trattamento musicoterapico di un caso di "Sindrome del Bambino Ipercinetico"* (M. Borghesi) • *Strumenti di informazione e di analisi della prassi osservativa in musicoterapia* (G. Bonardi)

■ Volume III, Numero 2, Luglio 1995

*Il senso estetico e la sofferenza psichica: accostamento stridente o scommessa terapeutica?* (E. Giordano) • *L'inventiva del terapeuta come fattore di terapia* (G. Montinari) • *La formazione in ambito musicoterapico: lineamenti per un progetto di modello formativo* (P.L. Postacchini, M. Mancini, G. Manarolo, C. Bonanomi) • *Il suono e l'anima: la divina analogia* (M. Jacoviello) • *Considerazioni su: dialogo sonoro, espressione corporea ed esecuzione musicale* (R. Barbarino, A. Artuso, E. Pegoraro) • *Aspetti metodologici, empatia e sintonizzazione nell'esperienza musicoterapeutica* (A. Raglio) • *Esperienze di musicoterapia: nascita e sviluppo di una comunicazione sonora con soggetti portatori di handicap* (C. Bonanomi)

■ Volume IV, Numero 1, Gennaio 1996

*Armonizzare sintonizzandosi* (P.L. Postacchini) • *Dalla percezione uditiva al concetto musicale* (O. Schindler, M. Gilardone, I. Verner, A.C. Lautero, E. Banco) • *La formazione musicale* (C. Maltoni, P. Salza) • *Gruppo sì, gruppo no: riflessioni su due esperienze di musicoterapia* (M. Mancini) • *Musicoterapia e stati di coma: riflessioni ed esperienze* (G. Garofoli) • *Il caso di Luca* (L. Gamba) • *Disturbi del linguaggio e Musicoterapia* (P.C. Piat, M. Morone)

■ Volume IV, Numero 2, Luglio 1996

*Il suono della voce in Psicopatologia* (F. Giberti, G. Manarolo)  
• *La voce umana: prospettive storiche e biologiche* (M. Gilardone, I. Vernerio, E. Banco, O. Schindler) • *La stimolazione sonoro-musicale di pazienti in coma* (G. Scarso, G. Emanuelli, P. Salza, C. De Bacco) • *La creatività musicale* (M. Romagnoli) • *Musicoterapia e processi di personalizzazione nella Psicoterapia di un caso di autismo* (L. Degasperis) • *La recettività musicale nei pazienti psichiatrici: un'ipotesi di studio* (G. Del Puente, G. Manarolo, S. Remotti) • *Musica e Psicosi: un percorso Musicoterapico con un gruppo di pazienti* (A. Campioto, R. Peconio).

■ Volume V, Numero 1, Gennaio 1997

*La riabilitazione nel ritardo mentale ed il contributo della Musicoterapia* (G. Moretti) • *Uomo Suono: un incontro che produce senso* (M. Borghesi, P.L. Postacchini, A. Ricciotti) • *La Musicoterapia non esiste* (D. Gaita) • *L'Anziano e la Musica. L'inizio di un approccio musicale* (B. Capitano) • *Riflessioni su una esperienza di ascolto con un soggetto insufficiente mentale psicotico* (P. Ciampi) • *Un percorso musicoterapico: dal suono silente al suono risonante* (E. De Rossi, G. Ba) • *La comprensione dell'intonazione del linguaggio in bambini Down* (M. Paolini).

■ Volume V, Numero 2, Giugno 1997

*Gli effetti dell'ascoltare musica durante la gravidanza e il travaglio di parto: descrizione di un'esperienza* (Pier Luigi Righetti) • *Aspettar cantando: la voce nella scena degli affetti prenatali* (Elisa Benassi) • *Studio sul potenziale terapeutico dell'ascolto creativo* (Massimo Borghesi) • *Musicoterapia e Danzaterapia: le controindicazioni al trattamento riabilitativo di alcune patologie neurologiche* (C. Laurentaci, G. Megna) • *L'ambiente sonoro della famiglia e dell'asilo nido: una possibile utilizzazione di suoni e musiche durante l'inserimento* (Maria Grazia Farnedi) • *La Musicoterapia Prenatale e Perinatale: un'esperienza* (A. Auditore, F. Pasini).

■ Volume VI, Numero 1, Gennaio 1998

*Le spine del cactus* (Claudio Lugo) • *L'improvvisazione nella musica, in psicoterapia, in musicoterapia* (Pier Luigi Postacchini) • *L'improvvisazione in psicoterapia* (Andrea Ricciotti) • *L'improvvisazione nella pratica musicoterapica* (Massimo Borghesi) • *La tastiera elettrica fra educazione e riabilitazione: analisi di un caso* (Pier Giorgio Oriani) • *Ritmo come forma autogenerata e fantasia di fusione* (Giovanni Del Puente, Stefania Remotti) • *Aspetti teorici e applicativi della musicoterapia in psichiatria* (Fabio Moser, Giovanni Maria Rossi, Ilario Toso).

■ Volume VI, Numero 2, Luglio 1998

*Modelli musicali del funzionamento cerebrale* (Giuseppe Porzionato) • *La mente musicale/educare l'intelligenza musicale* (Johannella Tafuri) • *Reversibilità del pensiero e pensiero musicale del bambino* (Fulvio Rota) • *Musica, Elaboratore e Creatività* (Maurizio Benedetti) • *Inchiostro, silicio e sonorità neuronali* (Alberto Colla) • *Le valenze del pensiero musicale nel trattamento dei deficit psico-intellettivi* (Ferruccio De Maestri).

■ Volume VII, Numero 1, Gennaio 1999

*E se la musica fosse...* (Maurizio Spaccazocchi) • *Una noce poco fa* (Denis Gaita) • *L'ascolto in Musicoterapia* (Gerardo Manarolo) • *La musica allunga la vita?* (M. Maranto, G. Porzionato) • *Musicoterapia e simbolismo: un'esperienza in ambito istituzionale* (Anna Maria Bagalà)

■ Volume VII, Numero 2, Luglio 1999

*Dalle pratiche musicali umane alla formazione professionale* (Maurizio Spaccazocchi) • *Formarsi alla relazione in Musicoterapia* (Giandomenico Montinari) • *Formarsi in Musicoterapia* (Pierluigi Postacchini) • *Prospettive formative e professionali in Musicoterapia* (Pio Enrico Ricci Bitti) • *Un coordinamento nazionale per la formazione in Musicoterapia* (Gerardo Manarolo)

*Gli articoli pubblicati dal 1992 al 1998 sono ora raccolti in "Musica & Terapia, Quaderni italiani di Musicoterapia" edizioni Cosmopolis Corso Peschiera 320 - 10139 Torino - <http://www.publispace.com/cosmopolis>*

# norme redazionali

- 1) I colleghi interessati a pubblicare articoli originali sulla presente pubblicazione sono pregati di inviare tre copie dattiloscritte ed una copia su dischetto redatta secondo il programma Word per Windows (tipo RTF) al seguente indirizzo:  
Dr. Gerardo Manarolo, Vico Curletto Chiuso, 5/6  
16121, Genova.
- 2) L'accettazione dei lavori è subordinata alla revisione critica del comitato di redazione.
- 3) La comunicazione di accettazione verrà inviata non appena il comitato di redazione avrà espresso parere favorevole alla pubblicazione.
- 4) Il testo degli articoli dovrà essere redatto in lingua italiana e accompagnato dal nome e cognome dell'autore (o degli autori) completo di qualifica professionale, ente di appartenenza, recapito postale e telefonico.
- 5) Per la stesura della bibliografia ci si dovrà attenere ai seguenti esempi:
  - a) LIBRO: Cordero G.F., Etologia della comunicazione, Omega edizioni, Torino, 1986.
  - b) ARTICOLO DI RIVISTA: Cima E., Psicosi secondarie e psicosi reattive nel ritardo mentale, Abilitazione e Riabilitazione, II (1), 1993, pp. 51-64.
  - c) CAPITOLO DI UN LIBRO: Moretti G., Cannao M., Stati psicotici nell'infanzia. In M. Groppo, E. Confalonieri (a cura di), L'Autismo in età scolare, Marietti Scuola, Casale M. (Al), 1990, pp. 18-36.
  - d) ATTI DI CONVEGNI: Neumayr A., Musica ed humanitas. In A. Willeit (a cura di), Atti del Convegno: Puer, Musica et Medicina, Merano, 1991, pp. 197-205.
- 6) Gli articoli pubblicati impegnano esclusivamente la responsabilità degli Autori. La proprietà letteraria spetta all'Editore, che può autorizzare la riproduzione parziale o totale dei lavori pubblicati.

I Quaderni Italiani di Musicoterapia sono distribuiti presso le Librerie Feltrinelli.

