



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. 2 luglio 2000

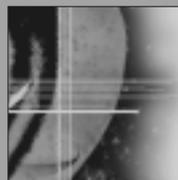
# musica & terapia

# 2

in questo numero  
Musicoterapia  
e autismo

Conoscenze attuali in  
tema di autismo

Il modello Benenzon  
nell'approccio  
al soggetto autistico



00



# musica & terapia

numero

# 2

**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

Giuseppe Porzionato

Facoltà di Psicologia, Università di Padova

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

# 2

pag 1  
Editoriale

pag 2  
Conoscenze attuali in  
tema di etiopatogenesi  
dell'autismo infantile  
Giovanni Lanzi, Carlo A. Zambrino

pag 15  
Il trattamento musicoterapico  
di soggetti autistici  
Gerardo Manarolo, Ferruccio  
Demaestri

pag 23  
La musicalità autistica:  
aspetti clinici e prospettive  
di ricerca in musicoterapia  
Alfredo Raglio

pag 29  
Il modello Benenzon  
nell'approccio al soggetto  
autistico  
Rolando Benenzon

pag 37  
Autismo e musicoterapia  
Simone Cangiotti

pag 43  
Dalla periferia al centro:  
spazio-suono di una  
relazione  
Claudio Bonanomi

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

L' autismo ( inteso sia come manifestazione sintomatologica che come sindrome a sé stante) ha rappresentato, fin dalle prime esperienze di Juliette Alvin e di Rolando Benenzon, un ambito clinico particolarmente reattivo all'approccio musicoterapico. Si potrebbe forse affermare che la musicoterapia nasce e si diffonde proprio in ragione delle positive esperienze condotte soprattutto nei confronti dell'autismo infantile. Memori di ciò si è voluto riproporre una riflessione su tale ambito clinico quasi a voler ridefinire la specificità dell'approccio musicoterapico e per tracciare una linea di contatto con contesti applicativi (Malattia di Alzheimer, Stati post-coma) di cui ci siamo recentemente occupati e che condividono con l'autismo la permanenza di modalità espressive e comunicative primordiali. La monografia si apre con la ricerca bibliografica di Giovanni Lanzi e di Carlo Zambrino che presentano un'esauriente rassegna delle principali ipotesi etiopatogenetiche. La molteplicità dei dati raccolti depone per una difficile generalizzazione delle conoscenze. L'autismo appare come un insieme di realtà fra loro diverse; ogni caso ha probabilmente un differente profilo etiopatogenetico e richiede quindi diversi approcci terapeutici. Lo specifico musicoterapico è poi affrontato da Gerardo Manarolo, Ferruccio Demaestri e Alfredo Raglio; i loro contributi, pur descrivendo diverse strategie d'intervento e riferendosi a differenti contesti applicativi ( età evolutiva / adulti ), precisano la specificità dell'approccio musicoterapico individuando nelle teorizzazioni di Daniel Stern ( gli affetti vitali, la sintonizzazione ) un fondamentale riferimento concettuale. Non si può parlare di musicoterapia e di autismo senza fare riferimento a Rolando Benenzon. Tutti i contributi presentati in questo numero di Musica et Terapia gli sono debitori. Benenzon ha elaborato un modello teorico e metodologico per il trattamento del soggetto autistico che viene presentato sinteticamente in queste pagine. La monografia si conclude con due interessanti contributi esperienziali. Simone Cangioti descrive un intervento musicoterapico rivolto ad un ragazzo autistico di 22 aa. proponendoci l'analisi del contesto familiare e delle conseguenti difficoltà gestionali. Claudio Bonanomi riporta il trattamento musicoterapico di un ragazzo di 25 aa. affetto da grave ritardo mentale e da una psicosi d'innesto con tratti autistici; la descrizione del caso e l'evoluzione del trattamento richiamano alla mente i concetti di tempo biologico e di tempo terapeutico elaborati da Rolando Benenzon.

Da questo numero ogni articolo di Musica et Terapia è preceduto da un breve abstract in lingua inglese. Ci auguriamo in questo modo di promuovere una maggiore conoscenza della musicoterapia italiana.

Gerardo Manarolo

## Conoscenze attuali in tema di etiopatogenesi dell'autismo infantile\*

*The report presents the main interpretative possibilities concerning children's autism etiopathogenesis. The autor relates synthetically the chief explicative models of reference:*

- *Psychogenetic type hypotesis;*
- *Genetical hypotesis;*
- *Immune theories;*
- *Neurochemistry hipotesis;*
- *Neuroimages;*
- *Mind theory.*

*They will stress how, in the understanding process of the phenomenon autism, an integration of available knowledges proceeding from different theoretical trend is necessary. Particular importance is to be awarded to the support work to the mother and family nucleus of the autistic persons putting the relational dimension (be it influenced by constitutional or by psycho-affective factors) to the centre of therapeutical plan, considering each single case of autism in its inseparable biopsychical dimension.*

Vi è ancora molto da approfondire per arrivare ad una conoscenza vera delle cause che determinano l'insorgenza dell'autismo infantile e per mettere a punto una terapia adeguata ed efficace.

L'autismo infantile suscita oggi molto interesse nei vari ambienti clinici e di ricerca, in quest'articolo cercheremo di riassumere i principali contributi che si sono succeduti negli anni, dopo che Kanner nel 1943 descrisse per primo la forma. Egli la definiva come una "inabilità innata per i contatti interpersonali", dovuta ad un disturbo dello sviluppo cerebrale. Aveva anche colto delle caratteristiche comportamentali particolari nei genitori, specie nella madre, e una maggiore incidenza nelle classi socio-culturali elevate. Con Eisemberg poi, nel '56, tornò sull'argomento, considerando l'autismo come quadro clinico espressione sia di fattori ambientali precoci sia di fattori innati. Dopo le prime segnalazioni di Kanner molti contributi furono consegnati alla letteratura, alcuni con orientamento costituzionalistico, altri più psicogenetico. Cominceremo

## Dopo Kanner molti contributi furono consegnati alla letteratura, alcuni con orientamento costituzionalistico, altri più psicogenetico

ad accennare ai secondi, che tanta diffusione ebbero in passato sia in ambito culturale che clinico-assistenziale, contributi che oggi sembrano però aver

perso gran parte del loro valore, perlomeno per quanto riguarda il momento strettamente etiopatogenetico. Gli autori che si riferiscono a questa ottica, pur ammettendo la presenza di un possibile difetto biologico nel bambino autistico, pongono l'interesse per spiegare il quadro clinico soprattutto sulla relazione madre-bambino, sulle anomalie della organizzazione della personalità del bambino, i fantasmi angoscienti e i meccanismi di difesa messi in atto contro l'angoscia. Accenneremo qui solo ad alcuni di essi.

1) La Mahler, facendo riferimento allo sviluppo emotivo del bambino e cioè alla fase dell'autismo normale, alla fase simbiotica e alla fase della separazione-individuazione, parla di autismo primario e secondario e di psicosi simbiotica intesi come una fissazione o una regressione a questo livello dovute all'intervento di meccanismi di mantenimento (soprattutto la condotta allucinatoria negativa che annulla la percezione della madre e del mondo esterno).

2) Bettelheim sostiene che un bambino diventa autistico quando si trova nell'impossibilità di esercitare un ruolo attivo, non riesce a vivere vere relazioni mutuali e alla fine, dopo vari tentativi per sollecitare il mondo esterno a riconoscerlo, fa, ancora senza successo, "l'esperienza estrema", dopo di che ritira i suoi investimenti sul mondo esterno e anche sul suo mondo interno sino a divenire una fortezza vuota.

3) Winnicott intende le psicosi infantili come un insuccesso dell'adattamento dell'ambiente al bambino, ambiente essenzialmente rappresentato dalla madre. Secondo l'autore il lattante è sempre sull'orlo di una angoscia ("angosce inim-

maginabili"), tenuta però a bada dalla madre che ha una buona cura di lui. L'lo infatti si caratterizza, secondo l'autore, per tre tendenze: 1) la ten-

denza all'integrazione, in relazione alla funzione di holding della madre; 2) la tendenza alla personalizzazione che significa abitare il proprio corpo, sentire un'unione solida tra lo e Corpo in relazione al modo come la madre cura il bambino; 3) la tendenza all'instaurazione delle relazioni d'oggetto, in relazione alla presentazione dell'oggetto da parte della madre, lasciando al bambino l'illusione di creare l'oggetto. Quando ciò non può avvenire si sviluppa la psicosi.

4) La Klein precisa come nel bambino normale la presa di realtà, i progressi maturativi, il permanere delle pulsioni libidiche permettono di superare la posizione schizoparanoidea, sopportare la posizione depressiva e accedere all'ambivalenza nevrotica: nel bambino psicotico l'intensità delle pulsioni aggressive, sia congenite che acquisite per un maternage inadeguato, impedisce qualsiasi realtà dell'Oggetto e dell'lo, accentua la scissione e l'identificazione proiettiva e mantiene il soggetto in queste posizioni arcaiche.

5) Secondo la Tustin vi è in questi bambini una "depressione psicotica", un sentimento di rottura nella continuità e ciò crea "un buco nero spaventoso" contro il quale il bambino lotta con dei meccanismi arcaici del tipo incistamento o ripiegamento autistico o con l'identificazione proiettiva e maniacale. In questo modo il bambino cerca di negare ogni discontinuità tra il suo corpo e l'ambiente che lo circonda per preservare un minimo sentimento di continuità. Tutto ciò può essere dovuto a:

a) un difetto di cure della madre; b) un'incapacità del bambino ad utilizzare correttamente le cure materne; c) una rottura troppo precoce nel

rapporto di dipendenza madre-bambino.

6) Vari altri contributi in questa ottica andrebbero menzionati, come ad esempio quello di Meltzer, ma rimandiamo per questo approfondimento alla letteratura specifica. Interessante è però notare che già nel 1953 la Bender aveva sostenuto che la psicosi infantile non poteva far riferimento solo ad una ipotesi psicogenetica: pensava, infatti, che, ad esempio, un difetto delle funzioni neurovegetative e della regolazione del tono potessero impedire ad un bambino di stabilire una comunicazione soddisfacente con la madre e a lei un corretto adattamento verso di lui. Un difetto costituzionale viene visto quindi dalla Bender come un elemento importante che rende difficile lo sviluppo di una buona relazione madre-bambino. Pressappoco sulla stessa linea si colloca anche Antony (1958) che attribuisce lo sviluppo di una psicosi a varie cause: 1) una anomalia costituzionale che impedisce una buona relazione colla madre; 2) un difetto dei mezzi a disposizione che rende difficile la relazione madre-bambino e che diventa pertanto patologica; 3) una non-risposta della madre al bambino. I concetti espressi dalla Bender hanno avuto scarsa rilevanza a suo tempo, ma sembrano ora di grande attualità visto il fiorire, oggi, di ricerche sul piano biologico e che alcuni dati interessanti in questa linea si cominciano ad avere. Al momento attuale, si è in generale persuasi che sia poco realistico cercare di spiegare l'autismo soltanto nell'ottica psicogenetica, persuasi invece, come sono gran parte degli studiosi, che una base organica, anche se ancora poco nota e chiara, giochi un ruolo assai importante nel determinismo e nello sviluppo del quadro autistico: è questo un concetto che, peraltro, ha dei riferimenti piuttosto antichi.

Già nel 1949, pochi anni dopo la prima descrizione di Kanner, Bergman ed Escalona ipotizzano che nei bambini con autismo vi sia una sensibilità esagerata agli stimoli sensoriali, specialmente visivi e uditivi. Goldstein (1959) parla di una age-

nesia di supporto del pensiero astratto che impedirebbe al bambino di adattarsi alle esigenze del mondo, di acquisire le possibilità di anticipazione e di preparazione, provocando una reazione catastrofica. Rimland (1969) parla di una supposta anomalia di tipo cognitivo in questi bambini: lo stimolo sarebbe appreso ma non compreso per un difetto della sostanza reticolare. Per Pronovost (1966) vi sarebbe un difetto dei recettori a distanza (vista ed udito), migliore funzionamento dei recettori di contatto (tatto, olfatto e gusto) e ciò comporterebbe un insuccesso nell'adattamento del bambino a partire dal momento in cui i recettori a distanza diventano necessari per l'adattamento. Quelle sin qui riferite sinteticamente sono solo ipotesi ma alcune di esse esprimono intenzioni assai acute e in parte plausibili anche alla luce dei dati recentemente acquisiti sperimentalmente. Oggi l'encefalo del bambino autistico viene indagato sperimentalmente sotto diversi punti di vista e la letteratura è molto ricca; faremo però qui cenno solo ai contributi che ci sembrano più interessanti e che esprimono filoni di ricerca al momento attuale più seguiti e che riteniamo più promettenti. Cominciamo dagli studi sulla genetica.

### Genetica

Gli studi genetici di Rutter e Bayley condotti con tradizionali metodiche quantitative (concordanza nei gemelli e studio degli alberi genealogici) hanno fornito sufficienti prove sull'importanza delle componenti genetiche nell'autismo, ma la complessità del quadro clinico suggerisce che i loci genetici coinvolti siano particolarmente numerosi e che i fattori ambientali rivestano un ruolo strategico. La percentuale di rischio di ricorrenza nelle famiglie affette viene quindi stimato tra 3-8 %, mentre esiste una concordanza per la diagnosi di circa 90% negli studi di gemelli omozigoti e del 5-10% nei gemelli dizigoti dello stesso sesso. Tuttavia la possibilità di identificare i loci genetici coinvolti passa attraverso lo studio

del linkage e necessita di una precisa definizione dei sottogruppi e della eventuale comorbidità. La complessità clinica dell'autismo fa ipotizzare infatti che una via patogenetica comune possa essere "triggerata" dalla combinazione di fattori epigenetici ed ambientali diversi.

Restano numerose questioni aperte relative all'applicabilità dei risultati delle indagini genetiche agli altri Disturbi generalizzati dello sviluppo e alla sindrome di Asperger nonché ai rapporti fra autismo e altre patologie di interesse psichiatrico. Dai lavori di De Long e Comings emerge infatti un possibile linkage familiare con i disturbi affettivi maggiori e la sindrome di Tourette. Un altro problema aperto e necessario di studi rigorosi sotto l'aspetto metodologico, resta quello dell'eterogeneità dell'espressione genetica nelle famiglie e l'identificazione di sottogruppi definiti in rapporto a caratteristiche cliniche, neurochimiche o di risposta ai farmaci. Le indagini di biologia molecolare possono aprire interessanti prospettive; gli studi di Cook (1997) hanno identificato un legame fra l'autismo e anomalie di geni legati al controllo di trasporto di serotonina. Resta tuttavia evidente che l'autismo costituisce comunque un'entità multifattoriale che coinvolge loci e geni diversi.

### Teorie immunitarie

Alla base di queste teorie esiste l'evidenza dell'associazione tra infezioni prenatali e autismo infantile (Ivarsson 1990, Gillberg 1991, Ghaziuddin 1992). Se la ricerca di evidenze dirette dell'agente virale risulta spesso negativa, la presenza del virus non è condizione necessaria per l'instaurarsi di una patologia indotta da microrganismi. Questi ultimi, infatti, possono interferire con i processi di differenziazione cellulare oppure influenzare l'immunità cellulare alterando l'espressione delle caratteristiche di membrana, inducendo la liberazione di chitochine o influenzando le funzioni neuroendocrine.

Inoltre dati sperimentali indicano come il sistema immunitario ed il sistema nervoso centrale comunicano fra di loro con una modalità bidirezionale. Il cervello influenza il sistema immunitario attraverso due vie: stimoli neurocrini mediati da neurotrasmettitori che interagiscono con recettori funzionalmente attivi localizzati sulle cellule del sistema immunitario e liberazione di sostanze neuroendocrine ed endocrine. A sua volta il sistema immunitario informa il sistema nervoso centrale sulla dinamica delle risposte immunitarie attraverso la liberazione di sostanze quali le chitochine (interleuchine e Tnf-4) in grado di influenzare circuiti neuronali o la secrezione di ormoni ipotalamo-ipofisari. Il ruolo centrale, nelle interazioni immuno-neuroendocrine, è esercitato dall'ipotalamo che riveste una posizione chiave nel mediare le risposte immunitarie con i processi cognitivi ed emozionali. Sulla base di queste evidenze sperimentali, sono state elaborate teorie che individuano anomalie delle risposte immunitarie eventualmente implicate nell'eziologia del disturbo autistico, sia con azione diretta, sia come fattori interagenti con il terreno genetico. È possibile che nell'autismo si determini una disregolazione dei meccanismi di riconoscimento fra sé e non-sé determinando un difetto dell'immunità cellulare attraverso alterazioni dirette del sistema immunitario causato da infezioni prenatali ovvero un difetto genetico primario dell'immunità mediata dalle T-cells che renderebbero il feto più suscettibile alle infezioni virali con conseguenti danni al sistema nervoso centrale. Inoltre una riduzione delle NK cells induce un aumentato rischio di infezioni prenatali. Altri rilievi sperimentali nel disturbo autistico possono essere correlati con una disfunzione dell'immunità cellulare-NK cells, quali l'iperserotoninemia, che avrebbe un effetto soppressivo sulle funzioni linfocitarie, alterazioni della neocortex che possono indurre disfunzioni nell'attività delle T-cells e NK-cells o, infine, elevati livelli di testosterone

fetale che potrebbero interferire con lo sviluppo delle funzioni cerebrali (ritardata crescita della parte posteriore dell'emisfero sinistro) e dell'immunità cellulare (disordini autoimmunitari, sensibilità ed infezioni).

### **Ipotesi neurochimica**

Meccanismi neurochimici sono coinvolti nei processi di differenziazione cellulare e di proliferazione delle cellule del sistema nervoso centrale. Esistono tuttavia differenze nella funzione di regolazione del firing dei sistemi cellulari nel corso dello sviluppo dell'individuo maturo. Ad esempio la liberazione di serotonina durante lo sviluppo influenza l'espressione dei recettori a livello post-sinaptico mentre in età adulta agisce a livello degli autorecettori regolando i livelli del neurotrasmettitore stesso. Differenti tipi di regolazione neurochimica influenzano l'attività cerebrale in tempi diversi: ad esempio la regolazione dell'apertura o chiusura dei canali ionici avviene nell'arco di msec., l'azione dei neurotrasmettitori sugli autorecettori o sui secondi messaggeri (Amp ciclico inositolo trifosfato) necessita di svariati secondi o minuti, la fosforilazione delle proteine ne influenza le concentrazioni nel corso di minuti od ore. Eventuali disfunzioni dei sistemi neurotrasmettitoriali e della neuromodulazione, sono state ipotizzate sulla base spesso di dati empirici derivanti da esperienze neurofarmacologiche (Anderson 1994) e sono state chiamate in causa diverse sostanze. L'osservazione che l'Aloperidolo fosse in grado di controllare alcuni dei sintomi autistici (Campbell 1978, Andersen 1984) ha fatto ipotizzare che la Dopamina possa essere implicata nella patogenesi di questi sintomi. La modulazione da parte di sistemi dopaminergici mesencefalici delle funzioni corticali prefrontali, limbiche e striate (Simon 1985) ha ulteriormente rafforzato tale ipotesi. Alcuni lavori (Martineau 1992, Lanzi 1997) hanno evidenziato una riduzione del tono dopaminergico.

Il coinvolgimento dei sistemi serotoninergici è stato proposto da Coleman (1973) e Young (1982) sulla base dell'osservazione che tali sistemi modulano un'ampia gamma di comportamenti spesso compromessi nell'autismo. Gli studi condotti nel campo della neurochimica lasciano ancora numerose perplessità sul ruolo di una possibile disfunzione dei sistemi neurotrasmettitoriali, in quanto non appare chiaro se le alterazioni rappresentino un fattore causale o un semplice epifenomeno. Va, inoltre, sottolineata la difficoltà metodologica nello studio dei neurotrasmettitori e dei loro metaboliti nei fluidi biologici. Per rispondere al quesito su quanto sia rilevante il ruolo dei sistemi neurochimici nella patofisiologia dell'autismo bisogna inoltre considerare come in un'area strategica dello sviluppo del sistema nervoso centrale, quale l'ippocampo, siano espressi oltre 3.000 geni, il che conduce a ipotizzare che, in linea teorica, siano circa 100.000 gli agenti neurochimici potenzialmente coinvolti.

### **Neuroimmagini**

In questo settore, a partire dagli anni '70, sono stati effettuati numerosi studi nel tentativo di trovare un possibile marker biologico: i risultati sono controversi. Riporteremo alcuni dati recenti ottenuti attraverso l'utilizzo della MR che focalizzano l'attenzione sulle strutture della fossa posteriore. Verme cerebellare: ipoplasia dei lobuli vermiani VI-VII (Courchesne 1994) non confermata da altri studi. Hashimoto et al. (1995) hanno segnalato una ipoplasia dei lobuli I-V, VI-VII e VIII-X del verme in 102 pazienti. Emisferi cerebrali: aumento del volume degli emisferi (Filipek 1992) soprattutto a carico dei lobi temporali e delle porzioni parieto-occipitali. Studi con la tomografia ad emissione di positroni non hanno permesso di evidenziare pattern funzionali deficitari (Horwitz 1994), sebbene un ipometabolismo temporale sia segnalato in soggetti autistici con spasmi infantili (Chugani 1996).

## L'autismo come possibile difetto dei processi attentivi.

Fin dalle prime descrizioni della fenomenologia dell'autismo è stato considerato come "centrale" il difetto dell'interazione sociale e delle reazioni agli stimoli ambientali. Numerosi autori (Burke 1991, Courchesne 1994, Pierce 1995) hanno ipotizzato che un deficit dei processi attentivi possa essere alla base di numerosi aspetti della sintomatologia autistica. I pazienti autistici mostrano, infatti, una indifferenza nei confronti di stimoli uditivi inaspettati con assenza di risposte di orientamento o di sorpresa e di ricerca della fonte dello stimolo. Nei soggetti autistici adulti si osserva una impossibilità ad orientare l'attenzione verso stimoli uditivi e visivi quando questi vengono proposti in rapida successione (Courchesne 1994). È stata inoltre dimostrata una carenza della "joint attention", ovvero una incapacità di coordinare le interazioni sociali con i diversi stimoli ambientali (Lewy & Dowson 1992). Un altro fenomeno, indicativo di un possibile deficit attentivo, è la cosiddetta "stimulus over-selectivity" che indica come i bambini autistici rispondano ad un range estremamente ristretto di stimoli ambientali. Questa modalità di comportamento è stata riscontrata utilizzando un'ampia varietà di stimoli quali quelli sonori, luminosi, tattili semplici e/o complessi e stimoli sociali, quali istruzioni verbali o situazioni ludiche. Anomalie nella processazione delle informazioni sociali e delle interazioni con il partner sono state individuate come componenti della sintomatologia autistica. Fra queste possiamo ricordare la capacità di attribuire agli altri uno stato mentale, di interpretare le espressioni facciali, vocali e gestuali nella comunicazione degli affetti, l'interazione di sguardo, la capacità di arousal e di rispondere a stimolazioni tattili e propriocettive. Gli studi condotti dalla Happè (1994) dimostrerebbero che i soggetti autistici presentano una difficoltà ad interpretare gli stati mentali dei

personaggi sulla base delle loro verbalizzazioni, se confrontati con soggetti normali o con ritardo mentale. Non è tuttavia chiaro se questi deficit siano in realtà da attribuirsi al fatto di dover mettere in opera processi attentivi multipli. Infatti i soggetti autistici appaiono in grado di rispondere e di interpretare stimoli sociali quando questi richiedano un'attenzione limitata. Quando a questi soggetti viene proposta una situazione nella quale è presente un singolo stimolo sociale le loro risposte non differiscono da quelle dei soggetti normali, a differenza di quanto avviene quando gli stimoli sono multipli (Pierce 1997). I dati di numerosi studi neurofisiologici e neurobiologici sembrano, in parte, fornire supporti sperimentali a questa ipotesi.

## Basi neurofisiologiche

Possiamo suddividere gli studi su questo argomento sia in base alle caratteristiche del potenziale studiato (uditivo, visivo, somatosensitivo), sia in relazione alla latenza e all'ampiezza del potenziale registrato lungo le vie neuronali deputate alla trasmissione dello stimolo. L'esame dei potenziali evocati acustici rappresenta sicuramente uno dei terreni più fertili della ricerca degli ultimi anni. I risultati sono tuttavia contraddittori in relazione spesso a differenze metodologiche. Un paziente normale mantiene non solo un orientamento attento verso la sorgente di informazione, ma anche un orientamento concettuale al tipo e al significato della specifica informazione, che si aspetta provenga dalla sorgente. Il soggetto autistico sembra avere un deficit di entrambe le funzioni (Courchesne, 1983). Risultati interessanti si sono ottenuti soprattutto nello studio dell'onda P300, in rapporto alla probabilità/improbabilità di un evento uditivo atteso dal soggetto. Questi studi, sempre nel gruppo di Courchesne, hanno dimostrato una diminuzione dell'ampiezza dell'onda in autistici con ritardo mentale. Utilizzando tasks che richiedono un

continuo shift dell'attenzione fra stimoli uditivi ed acustici, si è osservato come pazienti autistici con ipoplasia neocerebellare siano incapaci di discriminare la fonte e focalizzare l'attenzione in meno di 2 sec., con assenza della risposta evento-correlata tardiva. Analizzando più specificatamente i potenziali sia acustici che visivi possiamo concludere che i soggetti affetti da autismo sembrano reagire con ampiezze P3 parietali più basse ai potenziali acustici, mentre non esiste un'alterazione specifica a quelli visivi. Wong e Wong (1991) hanno esaminati i potenziali evocati acustici in 109 bambini con autismo, confrontandoli con un campione di soggetti sani, e hanno evidenziato una latenza di trasmissione maggiore nei primi: questo sarebbe da imputare a disfunzioni cerebrali forse anche sulla base dei disturbi cognitivi, linguistici e di sviluppo. Nel normale una risposta elettrocorticale di associazione cross-modale fra stimoli di differente origine può essere registrata in seguito all'applicazione di stimolazioni sonore e visive. Nei pazienti autistici lo studio elettrofisiologico confermerebbe un difetto nella filtrazione degli input sensoriali e una difficoltà nell'associazione cross-modale (Lelord 1991). Altre differenze significative si sono rilevate nello studio di onde quali N1 e P2, probabilmente riferibili all'attivazione di vie serotonergiche della corteccia uditiva. Studi volti ad esplorare l'attenzione visuo-spaziale mediante i potenziali evocati visivi hanno evidenziato nei soggetti autistici e in soggetti con lesioni della corteccia parietale una esagerata fissazione dell'attenzione verso stimoli luminosi ristretti associata ad una riduzione della risposta sensoriale verso stimoli periferici. Si realizzerebbe quindi una "overselective attention" verso stimoli funzionali estremamente ristretti.

### Basi neurobiologiche

Gli studi condotti in vivo e post-mortem hanno messo in evidenza una serie di alterazioni localiz-

zate in diverse regioni del cervello (amigdala, corteccia orbito-frontale, ippocampo, corpi mammillari, lobo temporale e cervelletto): il ruolo di tali rilievi appare tuttavia di difficile interpretazione. Tuttavia il numero di cervelli studiati al tavolo anatomico è tuttora esiguo ed i reperti spesso non comparabili. I risultati degli studi condotti con Mri, a loro volta, hanno di fatto fornito dati non univoci in quanto le alterazioni riscontrate non sono presenti in tutti i soggetti autistici e non sono di per sé specifiche di tale condizione in quanto si ritiene possano costituire la conseguenza piuttosto che la causa dell'autismo. L'utilizzo di modelli animali ha aperto interessanti prospettive nell'interpretazione fisiopatologica di alcuni comportamenti del soggetto autistico. Non è tuttavia chiarito se l'autismo possa considerarsi una patologia per la quale si possa ricercare un modello animale in quanto i sintomi "centrali" comportano una disfunzione delle funzioni superiori non presenti in altri mammiferi. Tuttavia i primati sottoposti all'ablazione del lobo temporale mediale in epoca neonatale sviluppano comportamenti autistic-like e deficit nell'interazione sociale. Nel macaco il lobo temporale partecipa alla processazione delle informazioni relative al riconoscimento delle espressioni facciali e neuroni singoli polimodali del solco temporale superiore sono responsabili del contatto oculare e di specifiche manifestazioni mimiche correlate a stati emotivi. Le aree associative dei lobi parietale, temporale e frontale sono responsabili dell'attività integrativa-motivazionale e sono connesse con il cervelletto (via cortico-ponto-cerebellare e via cerebello-talamo-corticale con proiezioni nelle strutture limbiche). È noto come una lesione precoce del complesso amigdala-ippocampo provochi nelle scimmie un'alterazione del comportamento sociale e nell'attaccamento (Bachevalier et al. 1991).

Tali dati indicano che alla base delle anomalie cognitive osservate nell'autismo possa esservi un

disfunzionamento delle strutture temporali e frontali e che le funzioni della neocorteccia possano essere negativamente influenzate dalle regioni limbiche che mediano i comportamenti sociali ed emozionali.

Sulla base dei dati precedentemente descritti, si può ipotizzare che tali difetti strutturali-funzionali possano determinare un'assenza ovvero un'alterazione delle relazioni interpersonali precoci. Le distorsioni emotive conseguenti potrebbero riflettersi in una disfunzione dinamica dei processi di plasticità neuronale con conseguenze sulle performance cognitive e comportamentali. Se è infatti noto che la struttura primaria di organizzazione neuronale è geneticamente determinata, è altresì vero che la microstruttura può essere influenzata in larga misura da stimoli ambientali (relazione madre-bambino). I modelli animali illustrano l'importanza del ruolo dei processi evolutivi nel determinismo della cascata di eventi patofisiologici alla base del disturbo autistico. In relazione al timing della lesione possiamo infatti ipotizzare che danni intervenuti precocemente possano indurre deficit successivi in più remote regioni cerebrali. I difetti rilevati nell'autismo suggeriscono un potenziale interessamento di strutture cerebrali coinvolte nei comportamenti sociali ed emozionali, quali l'amigdala e la corteccia orbito-frontale (sistema limbico). Lesioni del sistema limbico possono a loro volta causare disfunzioni della neocorteccia responsabili ad esempio dei difetti pragmatici del linguaggio e dell'organizzazione visuo-spaziale.

Appare quindi importante in termini eziologici non tanto focalizzare l'attenzione sulle strutture primitivamente alterate, quanto identificare i diversi livelli del sistema nervoso centrale coinvolti nel determinismo dei sintomi. Tale approccio potrà rendere ragione di come certi aspetti del funzionamento cerebrale possano essere conservati o ipersviluppati.

La messe di dati derivanti dalla ricerca neurobio-

logica fornisce oggi le basi di una conoscenza, seppur parziale, di alcuni dei meccanismi fisiopatologici del comportamento autistico. Nonostante questo si avverte l'impossibilità di ricondurre le complesse informazioni, ricavate dall'utilizzo di tecnologie sempre più raffinate, ad una via patogenetica comune in grado di fornire una convincente spiegazione della complessità e "pervasività" dei disturbi riconducibili allo spettro autistico. Cercheremo ora di dire qualcosa sulla "sindrome evolutiva dell'emisfero destro" (Drhs) e sulla "teoria della mente".

### **Sindrome evolutiva dell'emisfero destro**

È stata descritta da Meklebus e Johnson (1971) ed è ancora poco studiata specie per quanto riguarda la sua probabile implicazione nell'autismo. I soggetti che presentano questa sindrome sono incapaci di comprendere bene alcuni aspetti della realtà, mancano di condotte anticipatorie, sono incapaci di apprezzare e di apprendere non solo le normali implicazioni della gestualità quotidiana, ma anche le espressioni mimiche dei volti. Nel 1991 Blonder e altri sottolineano il fatto che qui è colpita la capacità di comprendere e di restituire adeguatamente i segnali affettivo-emozionali inviati dall'ambiente, non riuscendo a decodificare i segnali più raffinati del comportamento sociale della razza umana. Si sa che la comunicazione non verbale, mediata dall'emisfero destro, inizia subito dopo la nascita ed è parte essenziale nel legame tra la madre e il bambino. Il quadro della Drhs andò sempre più precisandosi in questi anni, col contributo di altri autori e possiamo dire sinteticamente che, al di là di modesti segni neurologici, alcuni disturbi dell'eloquio e dell'apprendimento e deficit neuropsicologici ben precisi, si è potuto confermare in questi soggetti alcune precise caratteristiche della personalità:

a) Estrema difficoltà di adattamento a nuove situazioni, condizione, ambiente con inappropria-

■ Anderson G.M.,  
Studies on the neurochemistry of autism. In: Bauman M.L. Kemper T.L. eds. *The neurobiology of autism*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1994.

■ Anderson L.T., Campbell M., Grega D.M. et al.,  
*Haloperidol in the treatment of infantile autism: effects on learning and behavioral symptoms*. American Journal of Psychiatry, 1984.

■ Bachevalier J.,  
The contribution of medial temporal lobe structure in infantile autism: a neuro-behavioral study in primates. In: Bauman M., Kemper T. et al. Eds *The neurobiology of autism*. Baltimore: J. Hopkins University Press, 1994.

■ Bailey A., Le Couteur A., Gottesman I. et al.,  
*Autism a strongly genetic disorder: evidence from a British twin study*. Psychol Med., 1995.

■ Baron-Cohen S.,  
*Are autistic children "behaviourist" ?* J. Autism Dev Dis., 1989.

■ Baron-Cohen S.,  
*Mindblindness: an essay on autism and theory of mind*. MIT press. Cambridge Massachusetts-London, England, 1995.

■ Bauman M.L., Kemper T.L.,  
*The neurobiology of autism*. Baltimore: J. Hopkins University Press, 1994.

■ Bergman P., Escalona S.K.,  
*Unusual sensitivities in very young children*. The psychanalytic Study of the Child, 1949.

to comportamento;

b) Deficit socio-emozionale, scarse interazioni sociali, marcata tendenza all'isolamento;

c) Difficoltà nel riconoscimento, nell'espressione, nell'integrazione degli stati affettivo-emozionali;

d) Elevato rischio di evoluzione verso franche patologie di interesse psichiatrico.

Sembra chiaro, quindi, come un difetto costituzionale come quello qui descritto possa giocare un ruolo importante nell'ostacolare la nascita di una relazione tra il bambino ed il suo mondo esterno, come appunto avviene nell'autismo.

### Teoria della mente

Accenneremo, infine, alla "teoria della mente" di Simon Baron-Cohen di cui oggi molto si parla e che sembra gettare un po' di luce sui processi mentali difettosi del bambino autistico oltre che far prevedere alcune possibilità di intervento adeguato ed efficace. È una teoria assai recente e ancora poco conosciuta e applicata, ma che ci porterà sicuramente elementi nuovi di conoscenza del bambino autistico e non mancherà di orientare i nostri progetti terapeutici e pedagogici futuri. Secondo l'autore esistono quattro meccanismi su cui si fonda lo sviluppo della mente: ognuno di essi riflette le quattro proprietà innate del mondo psichico: l'atto di volontà, la percezione, l'attenzione partecipata, gli stati epistemici. Le riportiamo in modo molto sintetico qui di seguito:

1. The intentionally detector (Id) (rivelatore dell'intenzionalità): è una modalità percettiva che interpreta gli stimoli al movimento come dei primitivi stati mentali che esprimono uno scopo e un desiderio. Sono la base necessaria per essere capaci di dare un senso ai movimenti universali di tutti gli animali. L'idea di base è che questa modalità è attivata ogni qual volta vi è un input percettivo in grado di identificare qualcosa come un agente; un agente può essere qualsiasi cosa che abbia un movimento come persona, farfalla, palla, gatto, nuvola, uomo, ecc. Proprio per il loro movimento

autoindotto, tutti quanti sono subito interpretati come agenti con scopi e desideri, al di là della varietà delle forme. Id è veramente basilare e lavora attraverso i sensi (visione, tatto, udito).

2. The eye direction detector (Edd) (rilevatore della direzione degli occhi). Questo meccanismo funziona solo attraverso la visione e ha tre funzioni basilari:

a) Rileva la presenza degli occhi o degli stimoli come gli occhi;

b) Realizza se gli occhi sono rivolti verso di sé o verso qualcun altro (contatto mutuale);

c) Deduce se gli occhi di un altro organismo sono diretti su qualcosa e che cosa esso sta vedendo (l'agente vede me, io vedo l'agente): rappresentazione diadica.

3. The shared-attention mechanism (Sam) (il meccanismo dell'attenzione condivisa). La funzione chiave è la costruzione delle rappresentazioni triadiche che sono la rappresentazione di una relazione triadica: un agente e il Sé, ambedue attenti ad un terzo-oggetto (la mamma vede che io vedo il bambino). Dai 14 mesi il bambino gira gli occhi nella stessa direzione in cui un'altra persona sta guardando e mostra più volte sguardi alternativi per essere sicuro che lui e l'altra persona stanno guardando lo stesso oggetto.

4. The theory of mind mechanism (Tomm) (la teoria del meccanismo della mente). Tomm è un sistema utile per ricavare tutta la gamma degli stati mentali dal comportamento. Gli altri meccanismi consentono di leggere il comportamento in termini di stati mentali volontari (desiderio e scopo) o di leggere la direzione degli occhi in stati mentali percettivi (ad es. vedere) o di verificare che una persona diversa può sperimentare gli stessi stati mentali con lo stesso oggetto o evento (attenzione condivisa).

Occorre anche:

a) Una via per rappresentare la serie degli stati mentali epistemici (fingere, pensare, conoscere, credere, immaginare, sapere, supporre, ingannare, ecc.);

■ Bender L.,  
*Schizophrenie de l'enfance*,  
Psychiat. Quart, 1953.

■ Bettelheim B.,  
*La fortezza vuota*, Garzanti  
ed. Milano, 1976.

■ Bick E.,  
*The experience of the skin in  
early object-relation*. Int.  
Journ. of Psycho-analysis,  
1968.

■ Blonder L., Bowers D.,  
Heilman K.,  
*The role of the right  
hemisphere in emotive  
communication*. Brain, 1991.

■ Brisone G., Borgatti R.,  
*La sindrome evolutiva  
dell'emisfero destro: revisione  
della letteratura e  
presentazione di alcuni casi  
clinici*. Saggi, 1997.

■ Burke C.B.,  
*Some developmental  
implications of disturbance  
in responding to complex  
environmental stimuli*. Am J.  
On Mental Ret., 1991.

■ Campbell M., Anderson  
L.T., Meier M., et al.,  
*A comparison of haloperidol  
and behaviour therapy and  
their interaction in autistic  
children*. Journal of The  
American Academy of Child  
Psychiatry, 1978.

■ Chugani HT., Da Silva E.,  
Chugani DC.,  
*Infantile spasm, III.  
Prognostic implications of  
bitemporal hipometabolism  
on positron emission  
tomography*. Ann. Neurol.,  
1996.

■ Coleman DE.,  
*Serotonin and central  
nervous system syndroms in  
children: a review*. Journal of  
Autism and Chidhood  
Schizophrenia, 1973.

- Comings DE., Comings BG., *Clinical and genetic relationship between autism-pervasive developmental disorder and Tourette syndrome: a study of 19 case.* Am J Med Genet, 1991.
- Cook EH. Jr., Courchesne R., Lord C. et al., *Evidence of linkage between serotonin transporter and autistic disorder.* Mol. Psychiatry, 1997.
- Courchesne E., Townsend J., Akshoomoff NA., et al., *Impairment in shifting attention in autistic and cerebellar patient.* Behavioral Neuroscience.
- Dawson G., Lewy A., *Arousal, attention and the socialemotional impairments of individuals with autism.* In Dawson D. ed. *Autism: nature, diagnosis and treatment*, New York, Guilford, 1989.
- De Long R., *Children with autistic spectrum disorder and a family history of affective disorder.* Dev. Med. Child Neurol, 1994.
- Ghaziuddin M., Tsai LY., Eilers I, Ghaziuddin N., *Brief report: autism and herpes simplex encephalitis.* J. Autism Dev. Dis, 1992.
- Gilberg IC., *Autistic syndrome with onset at age 31 years: herpes encephalitis as a possible model for childhood autism.* Dev. Med. Child Neurol, 1991.
- Goldstein K., *Abnormal mental conditions in infancy.* J. Nerv. Ment. Dis. 1959.

b) Una via per legare insieme tutti questi concetti di stati mentali (volitivo, percettivo, epistemico) entro una coerente comprensione di come gli stati mentali e le azioni sono tra loro legati. Nel soggetto autistico le cose andrebbero però nel modo seguente: Id e Edd sono intatti mentre Sam, che costruisce le rappresentazioni triadiche necessarie per verificare se un agente pone attenzione allo stesso oggetto o evento, è molto alterato per quanto riguarda la modalità visiva, tattile e uditiva. Gli autistici non mostrano alcun comportamento d'attenzione congiunta o condivisa, né sguardi per controllare, né comportamenti collegati al tentativo di catturare l'attenzione di altri, usando gesti protodeclarativi. Nessuna rappresentazione triadica può essere fatta e Sam non ha alcuna possibilità di stimolare Tomm. I bambini autistici hanno difficoltà a comprendere gli stati mentali epistemici e non distinguono il vero dal falso, ecc., riconoscono le semplici emozioni ma hanno difficoltà a riconoscere le emozioni di sorpresa, legate alle opinioni. Sanno giudicare quando le emozioni sono causate da situazioni, desiderio, ma ben poco capiscono delle emozioni basate sulle opinioni.

### Considerazioni conclusive

Abbiamo esposto, sia pure in modo molto sintetico, le principali ipotesi interpretative dell'autismo infantile che oggi si avanzano, sostenute, almeno alcune, da dati sperimentali che meritano una certa considerazione. Come già detto, non vi è dubbio che l'interesse del mondo scientifico è oggi assai vivo ed i risultati che si ottengono sembrano assai promettenti per cui è giustificato sperare che poco a poco i tanti aspetti ancora sconosciuti di questa sindrome si chiariscano in modo definitivo. Ma è anche molto probabile che colle nuove conoscenze arriveremo a capire che l'autismo come ora lo intendiamo altro non è, se non un insieme di realtà diverse tra loro: scopriremo che c'è quindi autismo e autismo e che le

stesse conoscenze che andremo a fare non saranno più di tanto generalizzabili. Entro certi limiti, ogni caso farà un po' a sé, riconoscendo una etiopatogenesi almeno per alcuni aspetti differente, così come differente sarà l'intervento terapeutico. Abbiamo sopra riportato in sintesi le ipotesi interpretative dell'autismo infantile che si rifanno al mondo psicologico, quella costituzionale e biologica e infine le ipotesi miste, e come tutti sanno, dopo alcuni decenni in cui le prime godevano maggiore considerazione, ora, invece, sono le seconde ad avere più credito nel mondo scientifico e assistenziale. Sembra però doveroso e onesto affermare che, pur riconoscendo che sarà proprio dalle ricerche nell'ambito biologico che nei prossimi anni ci verranno i dati di conoscenze più interessanti e promettenti, sarebbe però un errore ritenere che questa ottica sia l'unica via per arrivare a comprendere in modo globale e soddisfacente la complessa situazione del bambino autistico. Ciò anche se oggi siamo persuasi che l'etiopatogenesi dell'autismo infantile sia in gran parte di natura biologica. Quando andava per la maggiore l'ipotesi etiopatogenetica e l'approccio terapeutico di tipo psicodinamico una attenzione particolare veniva posta alla relazione madre-bambino e si tendeva, almeno da parte di molti, ad attribuire alla madre un ruolo nel determinismo del disturbo, concetto che suscitò giustamente una progressiva reazione da parte delle persone direttamente interessate al problema. Oggi al contrario si focalizza l'attenzione tutta sul cervello del bambino inteso come l'origine di tutto il quadro autistico. Eppure continua ad essere vero che l'autismo esprime essenzialmente una mancanza di relazione coll'altro e col mondo esterno in generale e molti aspetti che il bambino presenta nel suo comportamento conseguono a questo. Il problema quindi esiste ancora e conserva tutto il suo valore, anche se in termini un po' diversi rispetto al passato. Superata giustamente la posizione che dava "tutte le colpe" alla

■ Happé FGE.,

*An advanced tests of theory of mind: understanding of story characters thoughts and feelings by able autistic, mentally handicapped and normal children and adults.* Journal of Autism and Developmental Disabilities, 1994.

■ Horwitz B., Rumsey JM., Positron emission tomography: implications for cerebral dysfunction in autism. In Bauman M., Kemper T. et al. Eds *The Neurobiology of Autism*. Baltimore J. Hopkins University press, 1994.

■ Ivarsson SA., Bjerre I., Vegfors P., Ahlfors K., *Autism as one of several disabilities in two children with congenital eytomegalovirus infection.* Neuropediatrics, 1990.

■ Klein M., *La psicoanalisi dei bambini.* Martinelli Ed., Firenze, 1969.

■ Lanzi G., Zambrino CA., Balottin U. et al., Neurotransmitters in autistic children. In: Gobbi G. et al. Eds. *Epilepsy and other neurological disorders in coeliac disease.* John Libbey & Company Ltd. London, 1997.

■ Mahler M., *Le psicosi infantili,* Boringhieri Ed., Torino, 1972.

■ Martineu J., Barthelemy C., Jouve J. et al., *Monamines (serotonin and catecholamines) and their derivatives in infantile autism: age related changes and drug effects.* Dev. Med. Child Neurol, 1992.

- Panksepp J.,  
*A neurochemical theory of autism*, Trend in Neuroscience, 1979.
- Pierce K., Glad KS., Schreiber L.,  
*Social perception in children with autism: an attentional deficit?* J. Autism Dev. Dis., 1997.
- Rimland B.,  
*Infantil Autism*. Methuen Ed. London, 1964.
- Rutter B., Bailey A., Bolton P., Le Couteur A.,  
*Autism and know medical conditions: myth and substance*. J. Child Psychol Psychiatry, 1994.
- Segal A.,  
*Introduzione all'opera di M.Klein*. Martinelli Ed., Firenze, 1968.
- Simon H.,  
*Influence de neurones dopaminergiques du mésencéphale sur les processus d'attention et d'intention*. Psychological Medicine, 1985.
- Tustin F.,  
*Autismo e psicosi infantile*. Armando Ed. Roma, 1977.
- Winnicott DW.,  
*Dalla pediatria alla psicoanalisi*. Martinelli Ed., Firenze, 1975.
- Winnicott DW.,  
*Psichiatria e Psicoanalisi*. Martinelli Ed., Firenze, 1977.
- Wong V., Wong SN.,  
*Brainstem auditory evoked potential study in children with autistic disorder*. J. Autism Dev, 1991.
- Young JG., Kavanagh ME., Anderson GM, et al.,  
*Clinical neurochemistry of autism and associated disorders*. J. Aut. Dev. Dis., 1982.

madre, occorre oggi evitare però di dare "tutte le colpe" al bambino e al suo cervello, perché se pure anch'esso gioca un ruolo molto importante altri fattori possono intervenire ad ostacolare o a rendere difficile la nascita della relazione stessa. Esistono ad esempio anche cause legate alle madri o alle persone che si prendono cura di lui. Perché è vero che le stesse difficoltà costituzionali che si vedono nel bambino possono essere presenti, in forma più o meno evidente, anche nell'adulto determinando in loro difficoltà a comprendere il bimbo e a relazionarsi con lui.

C'è autismo e autismo ed anche questa sembra essere una evidenza tutt'altro che eccezionale. L'esperienza clinica, d'altro canto, a volte ci pone davanti a madri che hanno, non certo per colpa loro, questa difficoltà a capire il figlio, a comprendere i suoi messaggi e i suoi bisogni, le sue sollecitazioni ecc. Questo ci sembra vada detto perché anche alle madri va posta attenzione per dar a loro, se necessario, l'aiuto di cui hanno bisogno. Ma sarebbe un errore anche considerare il bambino solo un cervello difettoso e non una entità biopsichica inscindibile, quindi biologica ma anche psichica, dove il biologico e lo psichico si influenzano positivamente o negativamente sin dalla nascita e per tutto lo sviluppo che segue. È ben noto come qualsiasi handicap o malattia neurologica che ostacoli o impedisca un normale sviluppo biologico del bambino e renda difficile il suo inserimento sociale, comporta in modo più o meno evidente anche una sofferenza psicologica che può a volte peggiorare almeno in parte il suo sviluppo globale. Per questo se si vuol comprendere a fondo e abbastanza bene un bambino non si può che avvicinarsi a lui in un'ottica globale e senza preconcetti, che tenga conto di tutta la sua realtà che è appunto biopsichica.

Questo pensiamo debba essere anche l'approccio di chi fa ricerca sul bambino autistico se vuole che le acquisizioni che va facendo costituiscano un vero progresso nella sua conoscenza.

\* Il presente articolo è già apparso in Quaderni di Psichiatria Pratica, Anno IV, n° 10/11, Maggio 1999

## Il trattamento musicoterapico di soggetti autistici

Nell'ambito dei gravi disturbi della comunicazione di tipo autistico la musicoterapia costituisce un intervento specifico in virtù della lettura in chiave sonoro/musicale che è possibile compiere della fenomenologia autistica

*The musictherapeutic service of "Paolo VI" Centre (consisting of a Psychiatrist acting as a supervisor and of a Musictherapist) has been interested for more than ten years in the treatment of autistic subjects. The steady clinical practice accompanied by a theoretical accurate reflection has allowed to define a specific method of musictherapeutic intervention aimed at the increase of communicative relational capacities of the people suffering from Autism. In the course of the account they will zero in on the specificity of the musictherapeutic approach and on the role of the sounding/musical element in the treatment above-said case record. In particular they will analyse the communicative, relational and expressive abilities, mediated by such an element, of the autistic child inside the relationship with the Musictherapist. The work subjects will be developed by means of a theoretical introduction and the illustration of two clinical situations.*

### Aspetti teorici

L'approccio musicoterapico in relazione al contesto clinico in cui si applica può essere considerato sia un intervento a largo spettro (quando il suo contributo rientra in un globale e pluridisciplinare piano di trattamento che si prefigge ad es. la maturazione delle modalità espressive, relazionali e cognitive), sia un intervento specifico ad elevata penetratività (ad es. quando permette di contattare un soggetto altrimenti isolato e refrattario ad altre proposte, o consente una catarsi emotiva in un individuo coartato ed inibito, o ancora permette la riabilitazione di specifiche competenze). Nell'ambito dei gravi disturbi della comunicazione di tipo autistico (disturbi spesso associati ad un ritardo mentale) la musicoterapia costituisce un intervento specifico in virtù della lettura in chiave sonoro/musicale che è possibile compiere della fenomenologia autistica, per via delle competenze sonoro/musicali spesso rilevabili e in ragione dei processi espressivi, comunicati-

## La musicoterapia è una metodica che va ad agire in modo isomorfi- co su competenze primitive ed innate

vi e relazionali che essa permette di attivare intervenendo su tali aspetti. In questi casi è di frequente osservazione una particolare interazione con l'ele-

mento ritmico e con quello sonoro/musicale: si può trattare di un'intensa risposta psicomotoria a determinati ascolti, di spontanee e originali produzioni sonore, di competenze imitative su di un piano ritmico e melodico, di attività motorie più o meno stereotipe scandite ritmicamente. Per certi aspetti possiamo ritenere tali comportamenti l'espressione distorta di competenze innate finalizzate alla comunicazione e alla relazione. Trevarthan definisce tali competenze "il sistema regolatore centrale della comunicazione umana", vale a dire una dotazione innata, propria di ogni individuo, che consente l'attuarsi di processi intersoggettivi fin dai primi giorni di vita. Tale sistema costituisce una base su cui si strutturerà il linguaggio verbale e quello musicale e questo substrato neurobiologico consente alla coppia madre-bambino di attivare la loro specifica interazione non verbale. Le competenze che caratterizzano il sistema regolatore della comunicazione rimangono invariate per tutta la vita e sopravvivono in soggetti affetti da processi involutivi o da handicap intellettivi. In una prospettiva musicoterapica è interessante osservare come gli elementi che fondano tali competenze costituiscano anche gli aspetti strutturali e qualitativi dell'esperienza musicale: le variazioni d'intensità, altezza, timbro, ritmo e durata sono tipiche di qualsiasi comunicazione primordiale e sono anche, seppur articolate in raffinate costruzioni simboliche, proprie dell'arte musicale. Stern da parte sua pone a fondamento del rapporto intersoggettivo che si instaura fra madre e bambino (a partire dai 9 mesi) il comportamento di sintonizzazione; si tratta della competenza, per lo più

inconscia, della madre di restituire al figlio non solo un'imitazione (seppur variata) ma una rilettura metaforica e analogica che sottolineando il "come" più che

il "cosa" pone l'accento non sul fenomeno ma su ciò che sta dietro di esso, sulla qualità dello stato d'animo. Questa interazione riguarda soprattutto gli affetti vitali vale a dire le qualità dinamiche e cinetiche delle sensazioni e dei profili di attivazione. I parametri che caratterizzano gli affetti vitali e su cui si modula la sintonizzazione sono l'intensità, la durata, la forma. Ritroviamo anche in questo caso parametri attinenti al ritmo, al suono, alla musica. Lo stesso Stern cita la danza e la musica come esempi dell'espressività degli affetti vitali. Da questa prospettiva le prime forme di compartecipazione affettiva utilizzerebbero codici espressivi intimamente connessi al musicale. D'altra parte anche Giorgio Moretti ci ricorda che la dimensione ritmico-melodica (ma anche quella timbrico-agogica) è parte integrante delle dotazioni di base dell'individuo e Gardner definisce la musica come una competenza intellettuale che si sviluppa su di una base innata.

In quest'ottica possiamo considerare la musicoterapia come una metodica che va ad agire in modo isomorfo su competenze primitive ed innate al fine di attivarle, qualificarle, potenziarle. Considerando i comportamenti autistici come l'espressione di un disturbo quali-quantitativo della competenza a comunicare (disturbo di varia e complessa eziologia), l'approccio musicoterapico può essere ritenuto specifico nella misura in cui va a sollecitare, organizzare e qualificare proprio tali competenze nei loro aspetti elementari e basilari utilizzando codici e modalità analoghe. In altre parole l'elemento ritmico e quello sonoro/musicale ci consentono di contattare il soggetto "autistico" ad un livello che gli è proprio

(livello sensoriale, motorio, cenestesico), livello caratterizzato da competenze espressive e comunicative elementari e spesso distorte da processi psicopatologici. Attraverso una costante rilettura in chiave "musicale" del comportamento del soggetto l'approccio musicoterapico propone al bambino una continua interrelazione che attribuisce senso e significato alle sue manifestazioni. La potenziale gratificazione sensoriale ed "estetica" indotta dal musicale, l'isomorfismo che il musicale mantiene con le primitive modalità espressive e comunicative possono facilitare un contatto sensoriale ed emotivo, possono attivare un punto d'incontro. Questo contatto, come afferma Zappella, "propone al bambino il rapporto con un'altra mente che si pone in sintonia con lui e gli restituisce in forma modificata il messaggio che esso manda... questo contatto può consentire lo sviluppo di un certo grado di reciprocità sociale".

Il musicoterapista si pone come un "interprete" di fronte ad una partitura, partitura costituita in questo caso dal bambino, da come esso "risuona" dentro il musicoterapista, dalla relazione instaurata fra bambino ed adulto, dalla identità sonoro/musicale di entrambi (questa si manifesta primariamente a livello tonico, motorio, vocale e nelle modulazioni d'intensità della globale espressività soggettiva). Il musicoterapista "interpreta" e quindi opera una scelta; alcuni aspetti della realtà fenomenica del soggetto sono colti e vengono restituiti rielaborati altri aspetti sono scartati. Tale scelta, oltre ad essere frutto delle inevitabili e preziose risonanze controtransferali (che il musicoterapista deve saper utilizzare come informazioni di ciò che sta accadendo), privilegerà gli elementi che in virtù della loro modulabilità e della loro reattività al contesto relazionale e alle emozioni in esso presenti appariranno maggiormente connotati in senso espressivo e comunicativo. Il gesto, il suono, il vocalizzo, la scarica ritmica saranno rielaborati e

restituiti al paziente; la riproposta del musicoterapista ha l'obiettivo di attirare l'attenzione, vuole ordinare il mondo del bambino proponendo elementi costanti e tratti distintivi, cerca di connotare di un possibile senso e di una possibile forma ciò che in apparenza ne è privo. Questi obiettivi potranno essere perseguiti solo se l'operatore sarà capace di modularsi sui tempi e sui modi propri di ciascun caso (sulla "sua musica") e sappiamo quanto questa operazione sia difficile, precaria e faticosa. L'interazione con l'adulto inoltre, come ricorda Stern, si pone come potenziale fattore di regolazione del livello di arousal e di eccitazione; il musicoterapista individuando l'area ottimale di stimolazione per ciascun bambino potrà nella dimensione interattiva esercitarla e ampliarne i confini. Le produzioni del bambino saranno quindi organizzate, variate, amplificate o destrutturate in relazione all'obiettivo e alle strategie prefissate, in ragione di un approccio che sarà sempre oscillante fra la "comunione interpersonale" e "il tentativo di modificare e correggere comportamenti disturbati".

### Aspetti applicativi

Illustreremo ora due situazioni cliniche. Per ogni caso sarà presentata una breve *anamnesi*, *il bilancio psicomusicale* (lo studio delle caratteristiche sonoro/musicali del soggetto), *le indicazioni al trattamento* (quali sono gli elementi che hanno fatto ritenere opportuno il trattamento musicoterapico), *gli obiettivi* (cosa ci aspettiamo dal nostro intervento), *le modalità d'intervento* (come abbiamo agito), *la struttura del "setting"* (com'è stata organizzata la stanza di musicoterapia in funzione del soggetto trattato), *la descrizione dell'intervento* (viene presentato l'estratto di una seduta), *un commento all'intervento* al fine di precisare le strategie impiegate e i risultati ottenuti.

## Luigi

### Anamnesi

L. (Luigi) è nato nel 1991. La diagnosi concorda con quella di Autismo atipico secondo i criteri classificativi dell'ICD10. Le indagini strumentali escludono la presenza di un danno organico a carico del SNC. Sulla base dei colloqui anamnestici non si rilevano patologie psichiatriche in ambito familiare. Attualmente il bambino si esprime attraverso una sorta di pseudolinguaggio senza apparente scopo comunicativo. L. ha manifestato momenti d'isolamento a partire dai tre anni uniti a comportamenti di carattere autoaggressivo durante gli episodi di frustrazione oppure nei momenti di rabbia. Teme i rumori forti, manifesta instabilità psicomotoria, non manifesta interesse per il gioco e tende ad utilizzare l'adulto come se fosse un oggetto.

### Bilancio Psicomusicale

L., dopo aver percorso la stanza circolarmente, esplora gli strumenti musicali già dal primo incontro. Sollecita i tamburi rivelando interesse e competenza. L'esplorazione-manipolazione appare ricca e varia: il bambino produce sequenze ritmiche alternando i battiti, associa sonorità vocali onomatopeiche (ba-ba) e fruisce degli oggetti/strumento ricercando un contatto percettivo-sensoriale. L. ascolta il suono prodotto, guarda lo strumento mentre lo manipola, a volte lo esplora oralmente. Le caratteristiche sonoro/musicali delle produzioni presentano un'intensità medio-bassa e la ricerca di situazioni timbriche particolari: il bambino vocalizza all'interno della cassa di risonanza del campanaccio. In alcuni casi il bambino produce spontaneamente delle sequenze che presentano repentini aumenti della velocità e dell'intensità di percussione associando un irrigidimento mimico-gestuale-corporeo in crescendo, atteggiamento armonico ad esprimere un aumento di tensione. Le proposte di brani

improvvisati al pianoforte dal musicoterapista, caratterizzati dalla presenza di elementi ridondanti, determinano una risposta attenta nel soggetto ed un incremento delle produzioni vocali. Durante questi momenti L. sospende l'esplorazione degli strumenti fissando con lo sguardo l'adulto. L'imitazione delle produzioni vocali del bambino favorisce l'instaurarsi di un circuito imitativo nella condivisione dell'esperienza sonoro/musicale.

### Indicazioni al trattamento

- presenza di atteggiamenti esplorativi rivolti agli strumenti musicali;
- produzione di espressioni vocali imitative ed onomatopeiche;
- atteggiamenti caratterizzati da attenzione ed ascolto rivolto alle produzioni musicali del musicoterapista;
- competenze imitative mediate dagli strumenti musicali.

### Obiettivi

- miglioramento competenze comunicativo-relazionali;
- contenimento instabilità motoria.

### Modalità di trattamento

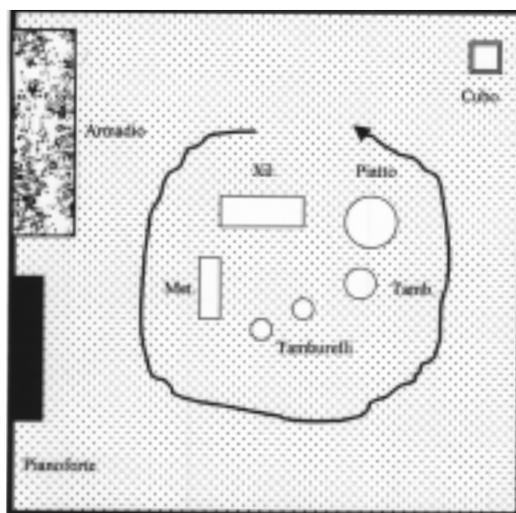
- ascolto empatico;
- ricerca componenti sinestesiche;
- correlazione strutturante tra codice sonoro/musicale ed espressività corporea del bambino.

### Struttura del "setting"

La disposizione in forma circolare degli strumenti musicali (piatto, tamburo imperiale, tamburelli, xilofono, metallofono, e vari strumenti a scuotimento), posti al centro della stanza di terapia, è stata scelta per fornire al bambino un "polo" centrale fortemente caratterizzato nello spazio. Questa opzione desunta dall'osservazione di una

tendenza spontanea alla "corsa in tondo" è stata motivata dall'esigenza di dare a L. uno spazio potenziale per finalizzare l'azione motoria iperativa. Analogamente la posizione assunta dal musicoterapista, a "completamento della circonferenza di strumenti", si è resa necessaria al fine di conferire un'ancora maggiore stabilità e prevedibilità al contesto.

### "Setting"



### L'Intervento (riportiamo l'estratto di una seduta)

Il bambino deambula seguendo la "circonferenza" ideale delimitata dagli strumenti musicali. Osserva gli strumenti e il movimento di percussione del musicoterapista che sollecita i tamburi riprendendo il ritmo della sua camminata.

A tratti il bambino si allontana saltellando e correndo verso i limiti estremi della stanza. L'adulto dopo aver interrotto la produzione sonoro/musicale attende che il bambino si riavvicini al "set" di strumenti prima di riprenderla. L. produce una scarica ritmica con i piedi che subito è ripresa dal musicoterapista sui tamburelli. Il bambino si avvicina agli strumenti e afferra un battente posto di fianco al tamburo imperiale. Lo lascia cadere sulla

membrana dello strumento e subito si allontana riprendendo a saltellare. Il terapeuta attende che il bambino osservi nuovamente le azioni sugli strumenti e ripropone con le stesse modalità l'evento sonoro causato in precedenza da L. Il bambino si avvicina ancora, entra nel cerchio di strumenti ed afferra la maracas in maniera decisa, sorridendo. Inizia poi a sollecitare lo strumento associando un movimento di rotazione del corpo sul proprio asse. Il musicoterapista riprende timbricamente la produzione di L. e associa le parole "gira-gira-gira" al fine di rinforzare il movimento di rotazione del bambino. L. si sofferma a guardare l'adulto e riprende a deambulare seguendo la circonferenza del cerchio di strumenti. Il bambino inizia a correre scuotendo la maracas e il musicoterapista riprende il ritmo della corsa con i tamburi, L. guarda e sorride all'adulto, poi si siede sul cubo di gommapiuma. Quest'azione è sottolineata dal terapeuta che introduce una evidente variazione timbrica all'interno della sequenza sonoro/ritmica, sollecitando il piatto sospeso.

### Commento (cos'è avvenuto ?)

Nel caso di L. assistiamo ad una correlazione strutturante tra il codice sonoro/musicale e l'agire psicomotorio del bambino. Il musicoterapista dopo aver osservato i comportamenti prevalenti espressi dal soggetto vi adegua le proposte relative alla costruzione dello spazio all'interno della stanza di musicoterapia, alla disposizione degli strumenti musicali e alla scelta delle caratteristiche dei segnali sonoro/musicali da proporre al bambino. In questo caso esiste una modalità espressiva che rende peculiare l'agire di L. (il movimento circolare) che costituisce un campo potenziale sul quale strutturare (metaforicamente "comporre" seguendo un "movimento coreutico") il codice sonoro/musicale che viene conformato a quello del soggetto. A sua volta L. dimostra di accettare la proposta del terapeuta adeguando il suo comportamento alle stimolazioni

sonoro/musicali. Gli atteggiamenti psicomotori del bambino sono ripresi dal terapeuta su canali espressivi diversi i quali però mantengono un'analogia con la proposta originale modulata su parametri quali: ritmo, velocità, sincronizzazione, durata, ecc... Attraverso la traduzione di un canale espressivo corporeo in un canale sonoro/musicale si perviene alla definizione di un ordine nell'azione iperattiva di L. che consente il contenimento e l'adeguata fruizione di uno stimolo della realtà esterna, nonché un iniziale aggancio relazionale col musicoterapista.

## Giorgio

### Anamnesi

G. (Giorgio) è nato nel 1995. La diagnosi concorda con quella di "Autismo infantile" secondo i criteri classificativi dell'ICD10. Le indagini strumentali EEG e TAC encefalica non rilevano danni a carico del SNC. A partire dal secondo anno di vita si è osservato una tendenza all'isolamento e un disinteresse per gli stimoli ambientali. Le prime parole sono state pronunciate intorno al diciottesimo mese. Il bambino attualmente rivela uno scarso interesse per le attività ludiche spontanee e spesso si rivolge all'adulto per ottenere ciò che desidera.

### Bilancio Psicomusicale

Il bambino appare immediatamente attratto dagli strumenti musicali. Tende a fissare lo sguardo sugli oggetti sonori presenti ed evita il contatto oculare diretto col musicoterapista. La sollecitazione degli strumenti avviene attraverso la produzione di sequenze isocrone con accenti d'intensità medio-alta. Durante queste fasi compare un sorriso di gratificazione. Lo strumento scelto è lo xilofono soprano che viene esplorato in un primo momento in una zona limitata della tastiera e successivamente

nell'intera estensione. Le proposte strumentali formulate dal musicoterapista sono accolte dal bambino che si adegua sincronizzandosi al pulsare ritmico dell'operatore mantenendo l'esperienza per un tempo prolungato. Le condotte esplorative si estendono gradualmente anche agli altri strumenti musicali presenti (metallofono, tamburelli, sonagli) mantenendo le caratteristiche ritmico-sonore osservate nel dialogo col terapeuta.

### Indicazioni al trattamento

- presenza di atteggiamenti esplorativi rivolti agli strumenti musicali disponibili;
- presenza di competenze specifiche ritmico-musicali;
- presenza di atteggiamenti di condivisione nel dialogo sonoro-strumentale con l'adulto;
- manifestazione di competenze imitative sonoro/musicali.

### Obiettivi

- miglioramento aspetti comunicativo-relazionali;
- incremento competenze "musicali".

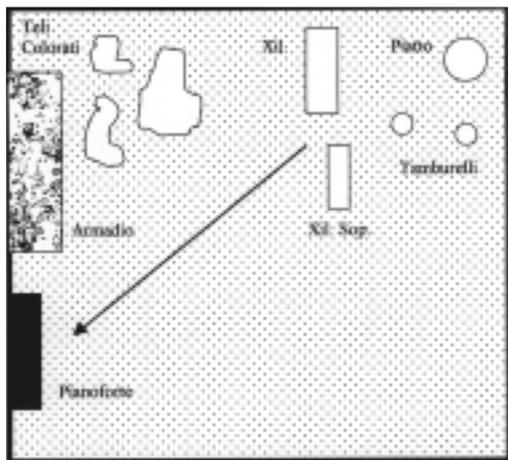
### Modalità d'intervento

- ascolto empatico;
- ricerca sincronizzazione ritmica;
- variazione strutturale e formale.

### Struttura del "setting"

Il setting preparato per G. è stato studiato seguendo un criterio di organizzazione spaziale e temporale finalizzato al contenimento dei tratti d'instabilità psicomotoria espressa dal bambino. È da intendere in questo modo la disposizione di un gruppo di strumenti nelle adiacenze dell'angolo destro della stanza, la caratterizzazione dell'angolo opposto con materiali non strutturati e la chiara definizione dello spazio data dalla presenza del pianoforte.

## “Setting”



L'intervento (riportiamo l'estratto di una seduta)

G. si trova di fronte al musicoterapista tra gli strumenti musicali, impugna i due battenti e percuote il tamburello ed i bongos in alternanza. Il bambino è seduto a gambe incrociate, tiene il busto eretto e sembra prestare molta attenzione agli eventi. La proposta ritmica isocrona del musicoterapista viene immediatamente accolta dal bambino che sincronizza il proprio movimento percussivo su quello dell'adulto. Il terapeuta introduce alcune variazioni ritmiche sulla pulsazione mantenuta da G. il quale rimane per alcuni secondi coinvolto dalla sequenza sonoro/musicale. Il musicoterapista propone un glissato sullo xilofono come nuovo elemento del dialogo sonoro, G. segue con lo sguardo l'azione dell'adulto e immediatamente ripete l'azione di sollecitazione dello strumento, sorridendo. Questa nuova azione sonora è rinforzata dall'adulto che produce un gesto e una sonorità convenzionalmente legata alla richiesta-proposta di momenti di silenzio. Successivamente G. riprende a suonare i tamburelli e viene imitato dal terapeuta. La combinazione e l'alternanza di questi schemi sui due strumenti sollecitati (tambu-

rello e xilofono) origina una sequenza di condivisione dell'esperienza che si protrae per alcuni secondi. È presente il contatto oculare diretto ed il sorriso nell'espressione mimica del bambino.

In altri momenti G. si trova in piedi di fronte al pianoforte impugnando i due battenti. Inizia a sollecitare lo strumento nella regione acuta utilizzando i "mallets" con entrambe le mani. Successivamente abbandona gli oggetti per esplorare la tastiera con le mani. Appoggia il palmo sulla tastiera ed osserva l'azione compiuta spostandosi verso la regione media dell'estensione dello strumento. Riprende i battenti mentre nel frattempo il musicoterapista si avvicina ponendosi di fianco a lui verso la regione grave della tastiera. Le caratteristiche del dialogo sonoro-musicale-ritmico si ripresentano anche al pianoforte, l'alternanza dello schema "percussione-glissato-percussione" viene arricchito con la produzione di semplici e prevedibili sequenze armoniche sui gradi I e V della tonalità di Do Maggiore. Compaiono momenti di silenzio ed ascolto proposti dal bambino all'interno di un gioco "stop-via" che rende caratteristico il momento relazionale.

### Commento (cos'è avvenuto ?)

Nel caso di G. assistiamo alla produzione spontanea di sequenze ritmiche con accenti isocroni. Tale produzione fa ipotizzare la presenza di una specifica competenza relativa al fare musica, il bambino si pone in rapporto col contesto in maniera adeguata. Le caratteristiche del dialogo sonoro/musicale sono da ricercare inizialmente nella sincronizzazione ritmica tra il terapeuta ed il bambino che gradualmente si arricchisce di un nuovo elemento: il glissato sullo xilofono. Tale elemento viene acquisito e riproposto da G. che in maniera spontanea contribuisce alla variazione della sequenza dialogica proponendo metaforicamente una forma musicale costituita da due

- Benenzon R.,  
*Manuale di Musicoterapia*,  
Borla, Roma, 1984.
- Gardner H.,  
*Formae Mentis*, Feltrinelli,  
Milano, 1995.
- Lelord G., Sauvage D.,  
*L'autismo infantile*, Masson,  
Milano, 1994.
- Manarolo G.,  
*L'angelo della Musica*,  
Omega, Torino, 1996.
- Stern D.,  
*Il Mondo interpersonale del  
bambino*, Boringhieri, Torino,  
1987.
- Zappella M.,  
*Autismo infantile*, Carocci,  
Urbino, 1998.
- Trevarthen C.,  
Le emozioni intuitive:  
l'evoluzione del loro ruolo  
nella Comunicazione tra  
madre e bambino. In  
Ammaniti M., Dazzi N.  
(a cura di), *Affetti, natura e  
sviluppo delle relazioni  
interpersonali*,  
Laterza, Roma-Bari, 1990.
- Moretti G.,  
Basi neurologiche strutturali  
e funzionali della dimensione  
musicale.  
In Giovanna Mutti (a cura di)  
*Musicoterapia Realtà &  
Futuro*, atti V congresso  
Mondiale di Musicoterapia,  
Omega, Torino, 1988.

temi contrastanti e ben definiti. Tali aspetti formali si riscontrano anche nel dialogo al pianoforte dove il contrasto tra suono e silenzio svolge la stessa funzione. Nel caso in questione l'arricchimento delle competenze sonore/musicali attraverso la variazione strutturale e formale delle condotte spontanee del bambino costituisce la base per raggiungere un più alto grado di integrazione nell'analisi e nella fruizione della realtà relazionale.

## La musicalità autistica: aspetti clinici e prospettive di ricerca in musicoterapia

*The intervention put the attention on autistic "musicality" considered as expressive modality on sound-music level, with which autistic patients have relations in musictherapeutic setting, but even in daily life.*

*This is reminding us the idea of sound-music universe intimately peculiar of autistic world.*

*The musictherapist, with these introductions, tries to introduce himself in this world with his "musicality" and tries to find a point of meeting by a common "feeling".*

*The sound music element can be, besides of the relation's mediator, the instrument through value the therapeutic concept of "change".*

*Are besides illustrated some observations of a research in music therapy with autistic patients and sane persons.*

*These considerations, that put the attention both to the music-sound dimension and relational ones, can be important occasions of reflection in order of musictherapeutic's application with autistic persons.*

La "musicalità"  
autistica può  
essere intesa  
come una  
modalità  
espressiva che i  
pazienti autistici  
impiegano nel  
setting  
musicoterapico e  
nella loro  
quotidianità

La "musicalità" autistica può essere intesa come una modalità espressiva con cui i pazienti autistici si relazionano nel setting musicoterapico, ma non solo.

Questa modalità si riscontra, infatti, anche nella quotidianità e ciò sembra ricondurci all'idea di un universo sonoro-musicale intimamente appartenente al mondo autistico.

Con queste premesse il musicoterapeuta cerca di addentrarsi in tale mondo utilizzando la sua "musicalità" e cercando un punto di incontro risultante da un "sentire" comune.

Pensando alla patologia in esame e all'intervento musicoterapico credo che si possa fare riferimento alla teoria psicologica di D. Stern.

Tale teoria rimanda alla comunicazione pre-verbale e non-verbale in cui è possibile prescindere dal simbolico, dalle capacità di astrazione e dal

## Stern pone le "sintonizzazioni affettive" a fondamento dello sviluppo della "relazione intersoggettiva"

culturalmente appreso. È possibile, in tale ambito, riattivare e sviluppare modalità espressive e relazionali arcaiche ma persistenti per tutta la vita dell'individuo.

Ci si riferisce a un "universo affettivo primario" in cui l'elaborazione delle sensazioni e delle percezioni avviene per via "amodale" (cioè secondo uno stile percettivo arcaico che comporta "incroci sensoriali" per cui ogni sensazione tende a globalizzarsi, coinvolgendo più settori del corpo), attraverso "sinestesie" (quando due sensi distinti vengono attivati da una stimolazione che riguarda uno solo di essi) e attraverso gli "affetti vitali" (quelle qualità dinamiche e cinetiche dei sentimenti quali crescere, decrescere, fluttuare, svanire).

In musicoterapia il suono e la musica, in quanto componenti essenziali di quell'"universo affettivo primario" ed elementi che si pongono all'origine del processo comunicativo-relazionale, facilitano il determinarsi delle modalità elaborative sopra menzionate nonché di "sintonizzazioni affettive". Stern pone le "sintonizzazioni affettive" a fondamento dello sviluppo della "relazione intersoggettiva" riconoscendole anche come momenti riparatori delle funzioni del Sé.

Anche la teoria benenzoniana, sviluppata intorno ai concetti di "iso" e di "oggetto intermediario", in riferimento all'autismo sembra in qualche modo amplificarsi: l'identità sonoro-musicale emerge infatti, in questi casi, più direttamente dal "repertorio" sonoro-musicale spontaneo che generalmente caratterizza la seduta di musicoterapia con una persona autistica; allo stesso modo il concetto di "oggetto intermediario" si vince e viene colto dalla valenza che assumono il suono o lo strumento sonoro, i quali divengono, con molteplici sfumature, oggetti di incistamento piuttosto che mediatori nella relazione.

Il contesto musicoterapico a cui mi riferisco è quello non verbale, basato sull'improvvisazione sonoro-musicale; il musicoterapeuta pone massima atten-

zione alla relazione in atto attraverso un atteggiamento di ascolto dell'altro.

Quanto evocato e suscitato dal paziente, attraverso l'interazione sonoro-musicale e non, viene evidenziato, elaborato e restituito dal musicoterapeuta con l'obiettivo di pervenire a momenti di sintonizzazione.

L'esperienza musicoterapica con soggetti autistici riconduce a molteplici situazioni relazionali e sonoro-musicali:

- a) isolamento, rifiuto;
- b) non interazione/produzione spontanea;
- c) stereotipie sonoro-musicali e/o motorie;
- d) comunicazione/relazione attraverso l'elemento sonoro.

Nelle condizioni a) e b) il musicoterapeuta attua generalmente un lavoro di contenimento; l'attenzione e l'ascolto sono rivolti alla persona con lo scopo di cogliere potenziali stimoli o segnali di apertura che possano attivare la proposta sonoro-musicale del musicoterapeuta.

Nella situazione c) l'obiettivo è fondamentalmente quello di favorire, nel paziente, una maggiore presa di coscienza dell'altro: vi è un'oscillazione continua fra dentro e fuori la realtà; il tentativo di aumentare il livello di consapevolezza avviene cercando di modificare le stereotipie, introducendo variazioni sonoro-musicali che in parte riproducono la stereotipia stessa e in parte se ne discostano.

La situazione d) coincide con il dialogo sonoro: il suono viene utilizzato come "oggetto intermediario" e si sviluppa pienamente la "relazione intersoggettiva" nei suoi aspetti di compartecipazione dell'attenzione, delle intenzioni e degli

stati affettivi.

Ciò conduce inoltre al determinarsi di sintonizzazioni.

Propongo ora alcuni esempi musicali tratti da sedute di musicoterapia.

A) Si tratta di una produzione vocale spontanea di un soggetto autistico; questa produzione viene effettuata utilizzando la sillaba "gü" (intensità, altezza e frequenza medie): il ritmo prodotto è costituito da una successione di croma, semimini-ma e croma che crea un effetto sincopato.

Tale effetto caratterizza l'identità sonoro-musicale del paziente, quindi ogni produzione (vocale e non) divenendo un elemento fondamentale utilizzato dal musicoterapeuta al fine di instaurare una relazione.

B) La produzione sonora in questo caso è il risultato di un movimento di dondolamento che una ragazza autistica produce facendo entrare a contatto il proprio corpo con la porta d'ingresso della stanza di musicoterapia; il musicoterapeuta riprende ritmicamente al metallofono tale movimento suscitando curiosità nella paziente la cui stereotipia si trasforma gradualmente in un profondo contatto empatico che implica attese e proposte (anche variate) in perfetta sintonia con l'andamento della relazione.

Persino il respiro della paziente (perfettamente udibile nella sequenza sonora) è sintonizzato con l'andamento ritmico prodotto.

C) Un paziente, che non entra in contatto con gli strumenti musicali, produce con la voce, in modo onomatopeico, un suono che dal punto di vista timbrico è perfettamente sovrapponibile a quello prodotto dal musicoterapeuta con un tubo sonoro; lo stile delle produzioni è dialogico, l'intensità della relazione elevata.

D) Il musicoterapeuta propone una melodia ternaria allo xilofono; il paziente si inserisce nella produzione, sullo stesso strumento, adeguandosi all'andamento ritmico; al termine della proposta del musicoterapeuta il paziente introduce alcune

variazioni sonoro-musicali modificando l'agogica, la dinamica e anche la produzione ritmica che diviene più complessa e articolata.

Paziente e musicoterapeuta seguono lo stesso "profilo di intensità", la relazione è molto coinvolgente dal punto di vista emotivo ma anche corporeo; il dialogo sonoro diventa intenso; il suono e gli strumenti musicali assumono la funzione di "oggetti intermediari" favorendo la relazione intersoggettiva.

Il concetto di "terapia" implica quello di "cambiamento" e quest'ultimo si riflette anche sul piano sonoro-musicale:

- da un punto di vista "formale", quindi esteriore, le produzioni si arricchiscono, variano;

- da un punto di vista "qualitativo", quindi più interiore, cambia la modalità di produrre, si modificano la qualità del suono e lo stato d'animo da cui questo scaturisce. Il suono si riveste di un significato affettivo favorendo i processi di sintonizzazione.

Nel primo caso varia la produzione sonora ma non necessariamente varia con essa l'intensità della relazione; nel secondo caso il cambiamento della produzione può riguardare anche uno solo dei parametri musicali e ciò non lo rende sempre immediatamente evidente, se non fosse per una risonanza emotiva che si sviluppa tra il musicoterapeuta e il paziente.

Tale risonanza comprova l'avvenuta sintonizzazione sviluppatasi sulla base di un "sentire" comune e di un punto d'incontro fra due identità sonoro-musicali.

Nel trattamento musicoterapico di persone autistiche il cambiamento, espresso anche musicalmente, si riflette maggiormente sulla qualità del suono, sul "come" questo viene prodotto piuttosto che sul "che cosa" si produce.

Il soggetto autistico, spesso con deficit sul piano cognitivo, agisce il suono più che elaborarlo e ciò ci rimanda a quei parametri "qualitativi" del

suono che caratterizzano l'ambito arcaico degli "affetti vitali" prima menzionati.

Quanto affermato introduce, a mio avviso, un'idea centrale rispetto al musicale in musicoterapia:

la musicoterapia considera il nesso suono-relazione e non considera l'evento sonoro-musicale sganciato dal contesto relazionale.

Per questa ragione la "dimensione estetica" deriva, in questo ambito, dalla sinergia tra componente musicale e componente relazionale e non esclusivamente dalla componente musicale.

In sintesi si potrebbe dire che la qualità della relazione cambia il modo di sentire e fare musica così come il modo di sentire e fare musica incide sulla qualità della relazione.

L'evoluzione del trattamento può essere meglio evidenziata da questo schema che illustra il processo musicoterapico dal punto di vista relazionale e sonoro-musicale:



Frequentemente, nei casi di autismo (e in modo

ancor più accentuato in soggetti adulti), il punto di partenza dell'intervento musicoterapico è costituito da una situazione di isolamento e di assenza di comunicazione, in cui il setting musicoterapico gradualmente facilita la prima presa di contatto del paziente con la realtà.

In un secondo momento si può assistere alla nascita di una relazione tra il paziente e l'oggetto sonoro consistente in una fase preliminare in cui le produzioni (spesso stereotipate) hanno una valenza essenzialmente esplorativa, non comunicativa.

Questo momento costituisce comunque una importante tappa che conduce alla relazione con l'oggetto sonoro con finalità comunicative; in tale contesto si creano momenti di dialogo sonoro che possono riflettere (nonostante la valenza comunicativa) le condotte stereotipate e imitative (ecolalie, ecoprassie) tipiche dell'autismo, ma possono anche evolvere positivamente assumendo i tratti di una comunicazione/espressione varia, creativa, con rilevanti sfumature e modulazioni emotive.

Se e quando le capacità espressive e comunicativo-relazionali si ripercuotono anche nel mondo sociale di appartenenza, quindi non solo nel setting musicoterapico, lo stesso paziente invia al musicoterapeuta segnali che spingono quest'ultimo a porre fine all'intervento.

Ciò presuppone che siano stati raggiunti, almeno in parte, gli obiettivi legati allo sviluppo del Sé e allo sviluppo e mantenimento delle capacità affettivo-comunicativo-relazionali a cui corrispondono significative modificazioni sul piano comportamentale e dell'interazione sociale.

Vorrei anche riportare alcune considerazioni, effettuate in alcuni anni di ricerca, relative agli aspetti relazionali e sonoro-musicali riscontrati nelle sedute di musicoterapia con soggetti autistici.

Nell'esperienza di ricerca si è riscontrato che:

- il suono ha avuto potenzialità attivanti indipendente dal processo musicoterapico;
- le sedute di musicoterapia hanno favorito il determinarsi di un maggior numero di momenti con valenza relazionale, sia riguardanti la relazione diretta con il terapeuta che quella mediante gli strumenti. Questi momenti sono stati per lo più determinati da stimoli sonoro-musicali;
- L'elemento sonoro-musicale facilita la relazione intersoggettiva e favorisce i momenti di sintonizzazione;
- la "musicalità" di alcuni pazienti e la positività del transfert si rivelano elementi determinanti nella relazione musicoterapica;
- nelle produzioni emerse vi è stata una prevalenza dell'elemento ritmico;
- l'"intensità" ha costituito il parametro sonoro che ha maggiormente facilitato le sintonizzazioni;
- nei pazienti si è riscontrato un uso elevato dell'elemento corpo/voce che è parso essere lo "strumento" più significativo per l'espressione e la comunicazione;
- nei pazienti vi è stato un rapporto di diretta proporzionalità tra movimento e relazione; non è sembrata esistere distinzione tra avvicinamenti e allontanamenti (entrambe le situazioni hanno assunto un paritetico significato comunicativo-relazionale);
- si è constatata la particolare rilevanza, relazionale e sonoro-musicale, di un "setting" costituito da strumenti a corde;
- i vari "setting" non hanno sostanzialmente modificato l'identità sonora di ciascun individuo, ma piuttosto sono stati più o meno stimolanti o induttivi di creatività;
- i momenti di silenzio hanno suggerito significativi impulsi creativi;
- le sedute con soggetti autistici sono state quelle in cui si è avuta una prevalenza di stati d'animo positivi provati sia dal musicotera-

peuta che dall'osservatore.

Queste considerazioni riportate in modo sintetico meriterebbero certo un maggiore livello di approfondimento, ma nonostante ciò possono costituire, a mio avviso, importanti spunti di riflessione sull'applicazione della musicoterapia nell'autismo.

Proprio pensando alla mia esperienza di ricerca, che ha coinvolto anche gruppi di controllo costituiti da persone sane, poste nelle stesse condizioni dei soggetti autistici, mi chiedevo se davvero la persona autistica comunica meno della persona sana oppure, semplicemente, comunica in modo diverso.

In questo caso si tratterebbe di trovare strumenti di comprensione e comunicazione maggiormente adeguati e probabilmente anche più raffinati di quelli usuali.

E ancora: le difficoltà (non le modalità!) di comunicazione e di relazione non possono forse accomunare la persona autistica e la persona sana?

Basti pensare, ad esempio, alle stereotipie sonore che si riscontrano negli autistici accostate all'analoga valenza non comunicativa che spesso caratterizza le produzioni di gruppi (di persone sane) che convergono su un ritmo binario mantenuto inalterato per lungo tempo.

Riflettendo sui contenuti del mio intervento mi sono anche chiesto se molte delle considerazioni relative all'applicazione della musicoterapia nella patologia qui considerata non si potrebbero addurre anche in un contesto più ampio.

Mi sono allora ricordato di un'affermazione fatta dal Prof. Benenzon nel corso di un'intervista in cui gli avevo posto alcune domande sulla musicoterapia applicata in diversi ambiti.

Riporto di seguito un breve stralcio della sua risposta:

"...La musicoterapia è una terapia relazionale.

In passato avrei detto che la musicoterapia è adatta a tutti quei pazienti che non hanno il lin-

- Benenzon R.,  
*Manuale di Musicoterapia*,  
Borla, Roma, 1984.
- Benenzon R.O.,  
*La nuova musicoterapia*,  
Phoenix Editrice, Roma, 1997.
- Galizzi M.E.,  
Un possibile modello di  
intervento. In D'Ulisse M.E. -  
Polcaro F. (a cura di),  
*Musicoterapia e Autismo*,  
Phoenix Editrice, Roma, 2000,  
pp.21-28.
- Raglio A.,  
Musicoterapia e Autismo:  
sfondo teorico, metodo e  
applicazione. In D'Ulisse M.E. -  
Polcaro F. (a cura di), *op. cit.*,  
pp. 29-44.
- Raglio A.,  
La ricerca in musicoterapia:  
teoria, metodologia, risultati  
e supervisione. In Benenzon  
R.O., *Musicoterapia*,  
*esperienze di supervisione*,  
Phoenix Editrice, Roma, 1999,  
pp. 90-134.
- Stern D.N.,  
*Il mondo interpersonale del  
bambino*, Bollati Boringhieri,  
Torino, 1987.

guaggio, la parola o per quei pazienti che sono isolati, autistici.

Oggi penso di no: credo che la musicoterapia sia veramente una terapia universale che può affrontare tutti i problemi di relazione dell'essere umano..."

Forse proprio questi problemi comuni trovano conferma nella "musicalità" delle persone autistiche e delle persone sane, a tratti così diversa, a tratti così simile.

# Il modello Benenzon nell'approccio al soggetto autistico

This article clearly explains the Benenzon methodology main lines with reference to the autistic person treatment.

It examines the following areas:

- Symptomatic aspects connected with the autor reflections;
- Theoretical aspects of Musictherapy;
- Applications aspects.

## 1) Alcune precisazioni

- L'applicazione della musicoterapia nei soggetti affetti da autismo è sempre integrata a una serie di altre tecniche terapeutiche, di recupero e di riabilitazione. La musicoterapia non può essere considerata l'unica prescrizione per il trattamento dell'autismo. La musicoterapia può, invece, essere la prima tecnica di approccio per l'apertura di canali di comunicazione in situazioni di isolamento.
- La valutazione del trattamento musicoterapeutico nell'autismo si può realizzare solo in funzione di un processo relazionale tra il musicoterapeuta e la persona affetta da autismo.
- Ogni valutazione dei cambiamenti comportamentali del paziente al di fuori della relazione musicoterapeutica può essere dovuta ad una serie di concause che non necessariamente hanno a che fare con l'applicazione della musicoterapia.
- La diagnosi di autismo secondo il DSM IV è soltanto un'approssimazione; ogni caso è unico e particolare.

Ogni persona affetta da autismo presenterà una sintomatologia diversa a seconda:

- a) delle componenti organiche o dei deficit che vi si associano;
- b) del processo evolutivo proprio dell'età;
- c) del trattamento psicofarmacologico;
- d) degli interventi dell'equipe sociosanitaria;

La musicoterapia  
può essere  
la prima tecnica  
di approccio  
per l'apertura  
di canali  
di comunicazione  
in situazioni  
di isolamento.

## Ogni persona affetta da autismo ha un tempo biologico che caratterizza il suo modo di rispondere agli stimoli

- e) del contesto familiare e sociale;
- f) della formazione e dell'esperienza degli operatori a cui è affidato.

Pertanto le statistiche falsano la realtà.

### 2) Principali sintomi che si osservano nel soggetto autistico.

a) La persona affetta da autismo possiede uno psichismo di tipo fetale.

Questo significa che conserva molte caratteristiche della vita intrauterina pur dovendosi adattare alla vita extrauterina.

Le principali caratteristiche sono le seguenti:

a.1) "Isolamento apparente":

L'isolamento nella vita intrauterina permette al feto di occuparsi del suo sviluppo utilizzando al meglio la relazione materna.

Il termine "isolamento apparente" sottolinea come l'isolamento sia la sensazione che avverte chi cerca di relazionarsi con l'autistico; in realtà l'autistico non è isolato, bensì comunica in un modo particolare, un modo diverso da quelli conosciuti.

È per questo che l'altro, in questo caso il terapeuta, si sente isolato.

a.2) "Attrazione per l'acqua":

Non esiste un soggetto autistico che non sia attratto dall'acqua. È questo l'ambiente (il liquido amniotico) nel quale si sviluppa il feto durante la vita intrauterina.

a.3) "Un particolare tempo biologico":

Il tempo biologico dipende esclusivamente dai propri tempi psico-organici. Questi tempi psico-organici vengono mantenuti fin dalla vita intrauterina e risultano poco modificati dalla vita di relazione. Per questo motivo ogni persona affetta da autismo ha un tempo biologico che caratterizzerà il suo modo di rispondere alle percezioni del-

l'ambiente nella vita extrauterina (sensazione cosmica).

a.4) "Conservazione del riflesso di retrazione globale e/o fuga da tutte le fonti di stimola-

zione". È il riflesso che caratterizza l'atteggiamento fetale di fronte ad uno stimolo esterno non riconosciuto come proprio del corpo materno.

a.5) "Ricerca e utilizzo di luoghi di protezione".

Ad esempio sotto i letti, le sedie, i tavoli, negli angoli; questi posti rimandano alla protezione che il feto riceve dalle membrane intrauterine.

a.6) "Preferenza per una alimentazione liquida o semi-solida":

Questa rimanda alla sensazione del flusso sanguigno attraverso il cordone ombelicale (meccanismo di nutrizione fetale).

a.7) Sensorialità sinestesica.

b) Non prendo in considerazione l'esistenza di condotte stereotipate o ritualistiche.

Credo che le stereotipie, quando si manifestano, rappresentino mezzi d'espressione che caratterizzano una determinata reazione a circostanze relazionali.

c) La presenza e il mantenimento di una precisa territorialità, propria di ogni autistico.

### 3) Teoria della musicoterapia sulla quale si base la metodologia Benenzon

a) Ogni essere umano ha un ISO (identità sonora) che lo caratterizza.

a.1) Io riconosco nell'inconscio due ISOs: l'ISO universale e l'ISO gestaltico (tutto questo sarà ampiamente sviluppato nel corso della esposizione del Benenzon Model, BMT).

a.2) Nel pre-conscio si trova l'ISO culturale.

b) L'embrione e poi il feto, percepisce multisen-

socialmente una infinita gamma di suoni, movimenti, cambi di gravità e un numero infinito di codici non verbali che costituiscono una sorta di comunicazione analogica.

Questa percezione viene realizzata attraverso un sistema unificatore di percezioni, dove predominano quei sensi che non si svilupperanno nella vita extrauterina.

L'udito e la vista non sono sensi importanti nella vita intrauterina.

Nell'autistico l'udito e la vista non sono i sensi principali che devono preoccuparci per riuscire a relazionarci.

**b.1)** Queste multipercezioni non sono solo esterne al corpo del feto, ma vengono percepite anche al suo interno.

Il flusso sanguigno che scorre si introduce attraverso il cordone ombelicale e permette la percezione interna di un ritmo di tipo binario (battito cardiaco materno), che si confonde con il proprio ritmo binario accelerato (battito cardiaco fetale). Entrambi questi ritmi binari rappresentano l'ossigenazione, la nutrizione, la termoregolazione, cioè la vita del feto. Nel soggetto autistico dobbiamo interpretare molte manifestazioni che avvengono all'interno del suo corpo come sensazioni cinestesiche.

**c)** Il feto riceve quattro fonti sonoro-vibrazionali:

**I)** dal corpo della madre (battito cardiaco, rumori intestinali, scricchiolii delle pareti uterine, rumori respiratori, voce della madre);

**II)** dall'inconscio della madre all'inconscio del feto;

**III)** i suoni esterni percepiti attraverso il liquido amniotico;

**IV)** i suoni propri dell'interno del corpo del feto.

**d)** Tutti questi fenomeni dinamici, che si sviluppano durante i nove mesi di vita intrauterina e che sono peculiari di ogni individuo, faranno parte dell'ISO gestaltico.

**e)** Nei geni di questo feto ci saranno inoltre tutti i fenomeni che fanno parte dell'ISO universale, espressione di ciò che appartiene all'evoluzione dell'essere umano.

Tra i suoni che fanno parte dell'ISO universale si trovano il ritmo binario del battito cardiaco, i suoni di inspirazione ed espirazione, i suoni dell'acqua, e varie strutture musicali che si sono trasformate, per lo meno nel mondo occidentale, in parte dell'ISO universale.

Ad esempio la scala pentatonica (tipica delle ninna nanne e delle canzoni infantili).

**f)** Diverse teorie ritengono che nell'autismo sia presente una disregolazione della secrezione di endorfine.

Pertanto i suoni percepiti sono elaborati in modo distorto.

**f.1)** Questo porterebbe ad una tendenza all'isolamento apparente nella vita intrauterina e alla formazione di sistemi di percezione particolari.

**f.2)** Questo stesso meccanismo viene poi mantenuto nella relazione materno-infantile.

#### **4) Metodologia dell'applicazione della musicoterapia nell'autismo secondo il Modello Benenzon.**

**a)** "La musicoterapia è un processo relazionale":

La prima cosa che si evidenzia è l'importante contenitore che si stabilisce attorno all'autistico. Questo grande utero che lo circonda è diretto quasi esclusivamente a favorire, sviluppare e mantenere una relazione tra la coppia terapeutica e l'autistico.

Soltanto attraverso questa storia relazionale si osserveranno i cambiamenti e attraverso questo legame si aiuterà il soggetto autistico ad entrare in contatto con gli altri.

**b)** "La coppia terapeutica":

"Lavorare" in musicoterapia significa coinvolgere e mettere in funzione tutto il corpo del musicoterapeuta.

terapeuta.

Questo è uno sforzo impressionante che se non viene controllato porta al burn-out.

Nell'intervento con pazienti nei quali la relazione porta a stati di profonda regressione, come gli stati comatosi, o come i soggetti autistici, è molto positivo il lavoro simultaneo di due terapeuti. Idealmente un uomo e una donna.

b.1) I benefici del lavoro svolto in coppia terapeutica sono:

- il paziente si sente maggiormente contenuto;
- il paziente può stabilire o prediligere l'una o l'altra relazione, secondo i conflitti che ha vissuto nel rapporto con i propri genitori;
- vengono maggiormente stimolati i movimenti transferali e sono maggiormente compresi quelli controtransferali;
- i componenti della coppia terapeutica si sostengono l'un l'altro;
- è possibile una lettura diversificata di ciò che avviene in seduta, pertanto è possibile una riflessione più approfondita sull'accaduto.

Chi assume il ruolo di musicoterapeuta entra in contatto e risponde della sua dimensione corporea-sonora-musicale, questo significa che il suo ISO interagisce e si confonde con quello del paziente. Chi assume il ruolo di co-terapeuta non entra direttamente all'interno della dimensione relazionale mantenendo una posizione di osservatore partecipe;

- i protocolli d'osservazione sono più completi grazie a questa doppia lettura;
- diminuisce lo sforzo attentivo ed il timore di un coinvolgimento corporeo, pertanto è possibile prevenire il burn-out dei musicoterapeuti;
- diminuisce la tendenza all'acting-out. Gli impulsi suscitati dalla relazione sono più contenuti e si vive in misura minore il timore di un coinvolgimento;
- il lavoro in coppia terapeutica aiuta a rimarginare più rapidamente la ferita narcisistica di entrambi i conduttori;

c) Caratteristiche del paziente autistico all'interno del setting musicoterapico.

c.1) Il paziente autistico possiede una dimensione inconscia superiore a quella dei componenti la coppia terapeutica. Egli risponde ad un ISO universale, gestaltico e anche ad un ISO culturale. Per stabilire un primo rapporto suggerisco di iniziare a lavorare con i fenomeni sonori caratteristici della vita fetale intrauterina i quali possiedono una forza maggiore per aprire i primi canali di comunicazione.

c.2) Le sue modalità di comunicazione sono multiple: sonorità bizzarre, movimenti, spostamenti nello spazio, gesti e infinite forme d'espressione che si riconoscono e si manifestano nel momento in cui il musicoterapeuta si sta relazionando con l'autistico. Per questo motivo durante una supervisione tutti questi fenomeni non sono osservabili tramite una registrazione video o audio. Le registrazioni video e audio sono tecniche riduzionistiche e semplicistiche che mostrano solo alcuni dettagli della dimensione relazionale multisensoriale in atto. È come se pretendessimo di sapere ciò che avviene tra il bebè e sua madre nel corso del loro processo comunicativo-relazionale. Solo loro conoscono ciò che sta avvenendo. Questo momento relazionale è unico ed irripetibile. Sulla base di queste motivazioni quando supervisiono un lavoro preferisco analizzare i protocolli redatti dal musicoterapeuta.

c.3) Le modalità espressive dell'autistico sono variabili:

- alcune cadono nel vuoto;
- altre sembrano dirigersi verso una dimensione a noi oscura, oppure ad un oggetto in forma incistata;
- altre ancora sembrano dirigersi direttamente all'inconscio di uno dei terapisti. Però tutte hanno un significato e rispondono alla dimensione multipercettiva che lega i terapeuti.

c.4) Territorialità e distanza ottimale.

L'autistico conosce perfettamente il proprio spa-

zio territoriale. Altrettanto bene percepisce lo spazio dell'altro che cerca di relazionarsi con lui. Il musicoterapeuta può individuare il momento in cui il suo avvicinamento invade il territorio del paziente perché immediatamente si produce una risposta: alcuni soggetti producono espressioni stereotipate, altri producono sonorità bizzarre o grida, altri ancora fuggono dal contesto, ecc. Pertanto è possibile stabilire qual è la distanza ottimale per non determinare le suddette reazioni e per favorire lo scambio e la comunicazione. Definisco "distanza ottimale" quella che permette di avvicinare il paziente rispettando la sua territorialità al fine di favorire le migliori condizioni per attivare la comunicazione.

**d) Lo spazio relazionale.**

È lo spazio all'interno del quale il paziente e il musicoterapeuta producono i principali processi di interscambio energetico e tutti i fenomeni comunicativi. A questo spazio appartengono gli strumenti corporei-sonoro-musicali, il fenomeno della regressione, i fenomeni transferali e contro-transferali, il riconoscimento dell'ISO in interazione e altre infiniti eventi che noi non riconosciamo o non siamo preparati a percepire.

**d.1) L'impiego degli strumenti corporei-sonoro-musicali.**

Il soggetto autistico tende ad utilizzare gli strumenti in tre modalità principali: come oggetto intermediario, come oggetto transizionale, come oggetto incistato.

- Chiamo oggetto intermediario tutti gli elementi capaci di permettere l'instaurazione di un processo comunicativo tra un individuo e un altro. Può essere uno strumento convenzionale, oppure appositamente creato, ecc.
- L'utilizzo dello strumento come oggetto incistato è l'utilizzo più caratteristico del soggetto autistico. Lo strumento diviene una sorta di parassita attorno al corpo del paziente. Lo strumento non è utilizzato per produrre una

sonorità determinata, ma è semplicemente accarezzato, manipolato, colpito come se fosse parte del proprio corpo. Il paziente lo avvolge con le mani, con la bocca in modo da determinare un' autogratificazione sensoriale. A volte sembra essere un'azione masturbatoria senza nessuna valenza comunicativa rivolta all'esterno. Questo utilizzo dello strumento alimenta l'isolamento del soggetto autistico, il suo corpo e lo strumento si trasformano in una unità indifferenziata.

• **L'utilizzo come oggetto transizionale.**

Lo spazio tra l'oggetto transizionale (il pollice tenuto in bocca dal bambino, o l'orsetto di peluche) ed il bebè rappresenta la zona intermedia tra l'eroticismo orale e la vera relazione oggettuale, all'interno dell'azione creativa primaria e la proiezione di ciò che è già stato introiettato. Tra il Sé e il non Sé. L'oggetto incistato e l'oggetto transizionale non sono utili per sviluppare la comunicazione. Nel caso dell'autistico l'assenza dell'altro può determinare una situazione in cui un oggetto intermediario utilizzato per comunicare si converte in oggetto transizionale.

**d.2) L'acqua**

Personalmente ritengo che l'acqua sia uno degli elementi intermediari più importanti per lavorare col soggetto autistico. L'acqua ricorda il liquido amniotico. L'acqua si adatta al corpo della persona, pertanto la territorialità si avvicina notevolmente alla stessa pelle. L'esperienza di lavoro con questi pazienti in piscina ha dimostrato che le attitudini comunicative rispetto all'altro si modificano totalmente: nell'acqua l'autistico cambia la sua postura, si muove in maniera diversa, modifica la percezione del proprio peso corporeo. Il soggetto accetta il contatto corporeo, quindi modifica la sua territorialità. Aumenta anche il contatto oculare e le sonorità prodotte sono caratteristiche della prima epoca di vita. Tutte queste modalità espressive scompaiono quando il

paziente si trova sulla terra ferma. Per questi motivi l'elemento acqua permette il passaggio di energie comunicative. Personalmente ho impiegato tale elemento in piccole catinelle, dentro a vasi e bottiglie. Invece di essere l'unico strumento intermediario l'acqua può divenire, all'interno del setting, uno strumento in più per contattare il soggetto autistico, al fine di perseguire i seguenti risultati:

- il paziente rimane nel medesimo spazio per molto tempo, attratto dal gioco con l'acqua;
- si pone in relazione con noi attraverso tale elemento;
- emette particolari sonorità essendo stimolato dal suono dell'acqua;
- ci permette di accarezzarlo e toccarlo senza determinare reazioni di allontanamento;
- il corpo del paziente e del musicoterapeuta si attivano tramite il contatto diretto mediato dall'acqua. Questa situazione richiama il contatto corporeo del feto con la madre attraverso il liquido amniotico.

#### d.3) L'ascolto sonoro/musicale

Per molti anni, quando ancora credevo nella musicoterapia recettiva, mentre utilizzavo l'acqua come oggetto intermediario, proponevo l'ascolto per accompagnare il tempo della seduta. Questa musica era selezionata secondo l'ISO universale, ossia: battito cardiaco, sonorità d'acqua, suoni sinusoidali intervallati a musica strutturata, selezionata in base alla storia sonoro/musicale del paziente. Proponevo anche le voci e/o le canzoni cantate dai genitori del soggetto autistico. Oggigiorno, personalmente, non credo più nella musicoterapia recettiva, e attraverso la mia esperienza di supervisore sono giunto alla conclusione che chi utilizza l'ascolto lo fa a scopo difensivo, interponendo la sequenza utilizzata tra sé ed il paziente al fine di diminuire la propria ansia di porsi in relazione con l'autistico. Pertanto per modificare questa situazione, le

sonorità sopraelencate possono essere prodotte dal musicoterapeuta, ovvero il corpo del terapeuta diviene uno strumento per la comunicazione. Il musicoterapeuta potrà produrre il ritmo binario del battito cardiaco con un piccolo tamburo, potrà cantare alcune canzoni relative alla storia del paziente, ecc.

Tutti questi aspetti, incluso l'impiego dell'acqua e delle sonorità proprie dell'ISO universale e dell'ISO gestaltico del pz, fanno parte della prima fase del nostro intervento, quando approcciamo per la prima volta un bambino autistico.

Questa prima fase è definita: regressiva.

#### d.4) La regressione

Proporre un intervento in un contesto non-verbale può indurre una regressione.

Sia il musicoterapeuta che il pz sperimentano relazioni primitive e arcaiche (materno-fetali, materno-infantili, paterno-infantili ecc...).

In musicoterapia la regressione è un fenomeno bipersonale, entrambi, musicoterapeuta e paziente, regrediscono e convivono in tale contesto.

In questa regressione bipersonale il corpo del musicoterapeuta può percepire fenomeni transferali e controtransferali che si vanno a definire all'interno della relazione instauratasi. Sia chiaro che non sto affermando che si ritrovano esperienze passate ma bensì che nel presente si ricreano nuovamente esperienze passate. Questa condizione all'interno di un processo regressivo evidenzia la forza dell'ISO nell'interazione.

#### d.5) Il Tempo

Nel soggetto autistico il tempo biologico è molto importante. Definiamo tempo biologico ciò che sintetizza il tempo dell'organismo.

Il tempo biologico è caratterizzato dall'interrelazione dei vari meccanismi omeostatici e dai processi che regolano la percezione di uno stimolo, la sua elaborazione e la produzione di una risposta. Ogni soggetto autistico possiede un tempo biologico che lo caratterizza. Ci sono soggetti autistici che elaborano una risposta dopo cinque minuti,

altri dopo mezz'ora, altri ancora richiedono due giorni. È competenza del musicoterapeuta saper riconoscere questo tempo e attendere una risposta in rapporto ad esso. Si viene a definire così il tempo terapeutico, vale a dire quel momento in cui i tempi biologici del pz e del musicoterapeuta si armonizzano.

Per tali aspetti nel corso della prima fase dell'intervento le sedute sono frequenti, da tre a quattro per settimana, senza una durata prefissata.

#### d.6) Lo spazio

Il nostro intervento può attuarsi in una stanza di musicoterapia, preparata appositamente, come nella vasca di una piscina.

Lo spazio in cui operiamo, nel corso della prima fase del nostro intervento, rimanda ad un ambiente intrauterino.

Il luogo di trattamento deve essere sempre lo stesso, con i medesimi strumenti, senza variazioni nella loro disposizione e con un adeguato isolamento acustico.

In tal modo tutto ciò che si manifesta nel contesto non verbale sarà l'esclusivo prodotto della interrelazione tra il pz e il musicoterapeuta.

#### d.7) l'istituzione

Questa riveste un ruolo fondamentale; deve rispettare lo spazio del nostro lavoro e soprattutto il tempo biologico e terapeutico della regressione.

L'istituzione deve sapere che con un pz si può lavorare anche solo dieci minuti e che viceversa con un altro può essere necessario lavorare per più di un'ora.

#### d.8) La supervisione

L'intervento musicoterapico dev'essere supervisionato, almeno mensilmente, da un idoneo professionista non compromesso né col pz né con l'istituzione.

La supervisione è il contenitore finale di ogni incontro musicoterapico. La supervisione previene il burn-out e l'acting-out dei musicoterapeuti e prepara il loro stato corporeo-sonoro-musi-

cale affinché siano in grado di comunicare e relazionarsi con il pz. Nella fase regressiva la coppia terapeutica riconosce gli ISO del pz, comprende il suo tempo biologico e gli permette di mettere in atto i cambiamenti necessari per passare alla seconda fase dell'intervento, la fase della comunicazione.

#### e) Conclusioni

Il percorso terapeutico attuato nei confronti di un soggetto autistico si articola come segue:

e.1) Il pz dev'essere seguito da un equipe multidisciplinare.

e.2) L'intervento musicoterapico prevede una prima fase con caratteristiche regressive. L'anamnesi musicoterapica verrà raccolta dai familiari e da chiunque potrà fornire delle informazioni sulla storia del pz. Questa storia sarà oggetto di studio e di riflessione da parte della coppia terapeutica che lavora con il bambino autistico.

e.3) Il trattamento si attua sempre nello stesso spazio utilizzando gradualmente strumenti corporei-sonoro-musicali (ad esempio l'acqua e altri strumenti non convenzionali: tubi, clessidra con acqua, carta, sfere contenenti acqua ecc...)

e.4) Da parte di tutti quelli che partecipano alla relazione vi è la comprensione delle modalità di percezione e di comunicazione, vi è la scoperta dell'ISO, degli ISOs in interazione (Wagner).

e.5) Seconda fase: comunicazione.

A questo punto del trattamento compaiono gli strumenti costruiti e creati dal musicoterapeuta e altri strumenti convenzionali. In questa fase le sedute sono meno frequenti. Vengono attivati con maggiore precisione gli strumenti intermediari riconosciuti nella fase precedente.

Ad esempio se si è osservato che i suoni ispiratori ed espiratori sono importanti per aprire certi canali di comunicazione, s'inizierà a utilizzare il flauto dolce come se fosse un tubo in cui ispirare ed espirare.

- Benenzon R.,  
*Manuale di Musicoterapia*,  
Borla, Roma, 1984.
  
- Benenzon R.,  
*Teoria della musicoterapia*,  
Novastampa, Verona, 1994.
  
- Benenzon R.,  
*La nuova Musicoterapia*,  
Phoenix, Roma, 1997.
  
- Benenzon R.,  
*Musicoterapia, esperienze di  
supervisione*, Phoenix  
Editrice, Roma, 1999.

Compaiono anche gli elementi propri dell'ISO culturale: le canzoni.

Il tempo biologico si adatta gradualmente al tempo cronologico.

Stiamo intervenendo nell'ambito del processo secondario, ad un livello preconsciouso.

e.6) Terza fase: l'integrazione.

In questa fase è coinvolto attivamente il gruppo familiare. Non vi è alcuna possibilità di recuperare un soggetto autistico se non si interviene anche con la famiglia in cui il nostro pz vive.

# Autismo e Musicoterapia

*The article is a summary of difficulties that I met, of results that I achieved and emotions that I felt in the course of one year of weekly meetings of one hour.*

*I described the journey that I made: the meeting with family, the elaboration of a musicotherapeutic project and subsequent changes in the respect of subject's necessity and elements come out in the supervisions.*

*I focused the accent on family difficulties and communication difficulties – of nonverbal and verbal type – with an unknown world: the psychosis, that imply relational and personal particular reactions.*

## Introduzione

Cercando di liberarmi dall'ansia di ritrovare una conferma teorica in un comportamento o in un setting, voglio provare a descrivere quella che potrebbe essere una relazione umana fra chi, come me, neolaureato in psicologia si è affacciato per la prima volta a un nuovo modo di "conoscere e parlare all'altro", la relazione musicoterapica, e chi potrebbe essere un destinatario privilegiato di tale linguaggio: un ragazzo autistico di 22 anni.

Il primo contatto, il primo incontro è con la famiglia, in questo caso solo con la madre la quale, con le risorse che ha a disposizione, si fa carico più degli'altri (marito,figlia) di un qualcosa che, attraverso un percorso di dolore, è divenuto ora "un problema quotidiano", interrotto a tratti da momenti di intimo contatto, serenità e sostegno e da momenti di difficili rievocazioni emotive se non di sconforto innanzi alla sostanziale immutabilità di una condizione a dispetto degli sforzi fatti.

Se sia una "famiglia-madre autistica" a creare un figlio autistico o viceversa, non è solo un quesito poco interessante ma anche un modo di ragionare per causa ed effetto logicamente inadeguato

La sindrome  
autistica  
presenza  
un'eziopatogenesi  
multifattoriale.  
Per tale motivo  
ricercare un'unica  
causa patogena  
appare  
inadeguato

## Negli interventi terapeutici fondati sulla relazione, sulla comunicazione umana, il numero delle variabili da considerare è altissimo.

in tali circostanze.

Una tale situazione crea nell'ambiente familiare delle barriere fatte di tante cose (che possono andare dall'adeguarsi-adattarsi alle modalità

di rapporto del figlio/a, alla complicazione dei rapporti sociali esterni, a ingiustificabili sensi di colpa, vergogna, alla non accettazione o alla rassegnazione ecc.); sono queste le sensazioni che si provano sia nei confronti della famiglia che del soggetto autistico: si è soli di fronte a un "muro", come la madre del resto.

Se il nostro obiettivo finale, teoricamente, è "risolvere" queste problematiche, il nostro compito, nell'immediato, è costruire/ricostruire dal caos, dal disordine e dall'ambiguità di relazioni simbiotiche, un ordine, un'armonia che soffochi l'ambiguità, oltrepassi le barriere e ciò grazie a una relazione terapeutica che possa permettere una sintonizzazione e un'armonizzazione delle variabili che sono innanzi a noi.

È chiaro che un tale agire terapeutico presuppone un approfondito lavoro su se stessi, altrimenti rischiamo di essere "vittime del disordine, del caos, della psicosi".

Possiamo fare questo con la musicoterapia?

Cosa possiamo fare con essa? Cosa significa fare musicoterapia? Cosa significa musicoterapia?

Tantissime volte (nella mia breve esperienza) ho sentito porre domande di questo tipo.

Tali quesiti (come quelli sulla validità, attendibilità, efficacia, specificità vs aspecificità dell'intervento ecc.) sono di alto interesse ma a volte, in particolari circostanze, possono celare bisogni di sicurezza, la ricerca di una sedazione dell'ansia, di conferme narcisistiche ecc.

Potrebbe essere più funzionale una visione pragmatica di tali problematiche, pensando ad esempio alla musicoterapia come ad uno strumento di cui un professionista può a sua discrezione riser-

varsì l'uso.

Chiedersi perchè una cosa "funziona" o quale probabilità avrò di ottenere successo rispetto a determinate sindromi o popolazioni

o quali siano gli aspetti specifici ed aspecifici del mio intervento terapeutico è importante ma quanto è funzionale nei confronti del paziente?

Tali "preoccupazioni" riguardano primariamente il lavoro di un ricercatore, non quello di un clinico che ha il compito di raggiungere obiettivi terapeutici utilizzando le strategie e i mezzi che semplicemente ritiene più opportuni.

Affinchè tale discrezionalità del professionista, dell'operatore, dell'insegnante ecc. non si risolva in irresponsabilità, è necessario un accurato percorso formativo e personale su di sé dal momento che in musicoterapia si è lo strumento più importante dell'agire terapeutico.

È ovvio che tali premesse sulla discrezionalità non valgono solo per la musicoterapia.

In tale ottica la garanzia sulla validità, attendibilità e indicazione di un intervento si lega anche alla preparazione del professionista, nel nostro caso del musicoterapeuta.

Tutto questo può sembrare poco scientifico finchè non si considerino le particolarità epistemologiche legate alla valutazione e sperimentazione di interventi terapeutici fondati sulla relazione, sulla comunicazione umana; in questi casi, dove l'attenzione si focalizza non su un oggetto inerte (come ad es. in un laboratorio di chimica) ma su una soggettività che interagisce con l'osservatore, il numero delle variabili da considerare è altissimo.

È tenendo presente tali premesse che mi accingo a descrivere questa mia esperienza.

### Anamnesi

La madre non parla della primissima infanzia e

del parto, fa in un certo qual modo intendere che "andava tutto bene finchè...", a partire dalle elementari, si evidenziò una grave balbuzia che influenzava anche la mimica facciale. Per la madre questo era "l'unico problema" rispetto al quale i tentativi di cura furono inutili. Secondo la percezione della madre è alle soglie dell'adolescenza (all'età di 11 anni A. viene diagnosticato autistico: A.S.I.) che il comportamento del figlio subisce un cambiamento qualitativo: cambia la postura, l'andatura, il tono muscolare, l'aspetto fisico, l'espressione ed emerge una aggressività e violenza inspiegabili ed esplosive.

Tale condizione dura cinque anni, oggi (all'età di 22 anni) il suo umore è più stabile, vi sono rare reazioni impulsive, prevale il ritiro e l'isolamento. In tale periodo di tempo i tentativi di cura furono vari (farmacologici e psicologici); questi tutt'ora si susseguono ma la madre -sebbene li gestisca arbitrariamente in prima persona- non ne parla, o fornisce vaghe indicazioni così come non "ricorda" o non è in grado di parlare di molti altri aspetti importanti: l'infanzia del figlio, il suo rapporto con lui, il ruolo di suo marito (che sembra non esistere), la gravidanza, il parto, l'allattamento. Il tipo di legame della madre col figlio è simbiotico: la madre si riferisce al figlio dicendo "il mio bambino", lo imbecca, rimane a "giocare" sul letto con lui, lo aiuta a urinare, regola i suoi tempi fisiologici, attribuisce significati ai suoi gesti e movimenti ecc..

Talora A. trattiene le feci e vengono usate delle perette.

Il linguaggio del figlio è limitato e telegrafico, il suo comportamento è caratterizzato da stereotipie (passeggia, muove le mani, sbava), la motricità è prepuberale, ha difficoltà di equilibrio, è lento nei movimenti complessi, ha grandi capacità di identificazione (aspetto questo che lo rende particolarmente sensibile ai forti rumori, a scene e/o racconti di violenza, al tono di voce alto ecc.).

Data la tarda età di insorgenza dei sintomi (11

anni) si potrebbe avanzare un'ipotesi diagnostica di schizofrenia piuttosto che di autismo, ma la scarsità delle informazioni e i dubbi sulla loro attendibilità (dal momento che tutto è "filtrato" dalla madre) non ci permettono di trarre conclusioni, l'unica cosa "certa" è l'osservazione del comportamento del figlio, della madre e della famiglia.

Analogo discorso può essere fatto per l'anamnesi sonora. In generale i colloqui con i famigliari (qualora le condizioni cliniche del paziente non permettano un colloquio diretto) sono più utili alla comprensione delle dinamiche interne alla famiglia (le quali indirettamente contengono informazioni sullo stato mentale del paziente) che alla compilazione di anamnesi; se è plausibile pensare che un certo tipo di famiglia, di legame, di stimolazione ambientale possa facilitare (insieme a molte altre variabili) l'insorgenza di una malattia mentale, conseguenza di ciò è il fatto che ad esempio la presenza di un figlio autistico può innescare dinamiche famigliari tali per cui diviene irrealistica l'aspettativa di una collaborazione ad un compito strutturato come la compilazione dell'anamnesi se non si interviene prima su tali dinamiche.

### Obiettivi Musicoterapici.

Con l'aiuto della supervisione, si sono definiti i seguenti obiettivi terapeutici:

1) Consentire ad A. di ritrovare dei momenti di "pace" all'interno di un contesto accogliente e di ascolto per contenere e diminuire l'ansia, la sofferenza, la tensione (A. talora sputa, è rigido, da spinte, passeggia nervosamente ecc.), per ottenere un allentamento delle difese autistiche, delle stereotipie che gli precludono la possibilità di avere un rapporto con la realtà più evoluto.

2) "Esportare" tali momenti di "pace" a più livelli cioè fuori dal contesto musicoterapico: famiglia, centro di riabilitazione, istituti ecc. Ciò si può raggiungere solo grazie ad un'unicità di intenti

che implica una coordinazione degli interventi, il riconoscimento della necessità dell'interdisciplinarietà, di una mutua collaborazione.

Tutto questo, anche se può sembrarlo, non è scontato: se la psicosi (tra le altre cose) è caos, disordine, dissociazione ecc. questi ultimi aspetti, veicolati dall'ansia e dall'angoscia personali, si riflettono sia a livello familiare che istituzionale. Quindi un primo compito terapeutico è portare "l'ordine"(coordinazione, collaborazione, informazione reciproca) là dove c'è la "psicosi" degli interventi: un coinvolgimento disordinato (dettato dall'ansia) di professionisti, enti, linee terapeutiche, di cui poche -nessuna nel caso di A.- portate a compimento.

3) Instaurare un rapporto di fiducia e comprensione empatica cercando di distinguere fra un "dentro" e un "fuori" un IO ed un non-io, sfruttando l'uso di tecniche musicoterapiche.

4) Coordinare i vari interventi affinché si possa andare incontro (sintonizzarsi) alla disarmonia evolutiva di A. facendo in modo che tutte le sue capacità e tutte insieme raggiungano una armonizzazione, cioè un livello di sviluppo che contemporaneamente sia un punto di equilibrio, di armonia evolutiva funzionale ai suoi bisogni.

### Strategie operative

1) Strutturazione dell'incontro: ascolto di un brano iniziale e canto del nome (rituale di inizio), una parte centrale di improvvisazione (con vari strumenti a percussione e il pianoforte), una parte finale di ascolto (rituale conclusivo).

2) Ricerca, analisi, isolamento e amplificazione di frammenti musicali (cellule ritmico-melodiche) riconducibili all'ISO di A.

3) Ricalco (matching) degli atteggiamenti di A. per favorire una comprensione empatica, instaurare un rapporto di fiducia, di accettazione, di rispetto dei tempi, spazi, silenzi e della relazione simbiotica di A. dato che è essa che A. propone per conoscere il mondo ed è a questo tipo di rela-

zione che bisogna adeguarsi per poter entrare in contatto con lui e da cui è necessario distanziarsi per aiutarlo a fare un percorso terapeutico (pacing & leading).

### Alcune riflessioni

A. è stato descritto come un "perfetto esempio di disarmonizzazione evolutiva", infatti in un corpo di una persona di 22-23 anni (cosa questa che induce a relazionarsi con lui come se fosse una "persona adulta") vi è un funzionamento mentale di tipo simbiotico dove il linguaggio è quello di un bambino di non più di un anno di età e la psicomotricità è prepuberale. La disarmonizzazione di tali livelli evolutivi impone un intervento che eviti la ricerca di performance di singole capacità (aumentando il livello di disarmonizzazione evolutiva) e punti invece a un livellamento di tali scarti evolutivi per raggiungere un punto di equilibrio, di armonia evolutiva, promuovendo uno sviluppo che sia integrato e parallelamente progressivo sia a livello sensoriale, motorio e corporeo che simbolico ed emotivo. Il funzionamento mentale di A. è sostenuto dal rapporto con la madre che "telepaticamente" conosce e anticipa i suoi bisogni fisiologici e intenzioni (interpretazione della mimica).

Ciò è funzionale solo nelle prime settimane di vita ma ora A. è come se fosse ancora "nel grembo materno".

A. a sua volta, riproponendo la stessa relazione simbiotica che ha con la madre, lascia fare tutto all'altro, anche pensare e agire al suo posto. È quindi necessario riuscire a provare le stesse cose che A. fa sentire alla madre contenendo però l'ansia e l'angoscia conseguenti; queste porterebbero ad agire, a fare ma senza pensare, senza lasciare spazio all'espressione di A., agendo cioè il tipo di relazione patologica che viene proposta da A. e se tale comportamento è consentito alla madre non può esserlo al terapeuta il quale attraverso il contenimento di tale angoscia (che è anche quella di A.), che spinge al fare (acting-out), deve trasfo-

mare tali modalità relazionali simbiotiche, tale assetto "telepatico", in un assetto relazionale dove è possibile l'esistenza di altro da sè.

Il ricalco è un valido strumento per entrare all'interno di tale modalità relazionale e lanciare il messaggio "io ti ascolto"; ovviamente occorre poi la capacità di distanziarsene per condurre (leading) A. verso modalità relazionali più evolute.

È altresì fondamentale la capacità di "aspettare", cioè di sintonizzarsi con i tempi di risposta (psicologici e fisiologici) di A., lasciandogli adeguati spazi di risposta, evitando così di agire l'ansia o l'impotenza personale (facendo ad esempio inferenze sul comportamento di A. che il più delle volte sono solo proiezioni frutto di uno stato "telepatico" che il tipo di relazione proposta-imposta da A. implica). L'aspetto centrale sarà quello di individuare dei nessi tra gli eventi sonori (compreso il silenzio) e le risposte di A., cercando di individuare semplicemente quello che è il rapporto di A. con il suono.

Per far questo è necessaria la disponibilità a modellarsi in base alle esigenze mentali di A. per poter comprendere i suoi bisogni e ciò a sua volta implica una certa dose di umiltà personale, nel senso che è necessario porsi nei confronti di A. come un "ascoltatore" che ha molte cose da imparare; cose che solo A. può insegnare.

Questo è un primo passo per tutelarsi da inferenze, controtransfert negativi, proiezioni e vari altri meccanismi difensivi legati alle nostre difficoltà personali. Sicuramente questa è una premessa indispensabile per poter incontrare l'altro nel senso analitico del termine.

Nel corso di questa esperienza sono stato "vittima" di ogni meccanismo difensivo sopra citato, il merito è stato quello di accorgermene (grazie soprattutto alle supervisioni), di riuscire a costruire un piano di intervento che definisse tempi, spazi e ruoli, portando cioè un ordine nella confusione ambientale (susseguirsi di interventi senza una comunicazione reciproca, appunta-

■ Anzieu D.,  
*L'io pelle*. Borla, 1987.

■ Baron-Choen, S.,  
*L'autismo e la lettura della mente*. Astrolabio, 1997.

■ Benenzon R.O.,  
*La nuova musicoterapia*.  
Phoenix, 1997.

■ Bion W.R.,  
*Apprendere dall'esperienza*.  
Armando editore, 1972.

■ Bowlby J.,  
*Una base sicura*. Raffaello  
Cortina Editore, 1989.

■ Bruscia K.E.,  
*Definire la musicoterapia*.  
ISMEZ, 1993.

■ Delacato C. H.,  
*Alla scoperta del bambino  
autistico*. Armando Editore,  
1979.

■ Dogana F.,  
*Suono e senso*. Angeli, 1984.

■ Dogana F.,  
*Le parole dell'incanto*. Angeli,  
1990.

■ Erickson M.H.,  
*Opere*. Astrolabio, 1982.

■ Firth U.,  
*L'autismo spiegazione di un  
enigma*. Laterza, 1996.

■ Greenberg G.& Mitchell.,  
*Le relazioni oggettuali nella  
teoria psicoanalitica*. Il  
Mulino, 1986.

■ Imbasciati A.,  
*Affetto e Rappresentazione*.  
*Per una psicoanalisi dei processi  
cognitivi*. Angeli, 1991.

■ Lecourt E.,  
*La musicoterapia*, Cittadella  
editrice Assisi, 1992.

■ Lorenzetti M.,  
*Autismo e psicosi infantile*,  
Atti del convegno P. C.C.  
Assisi, 1983.

■ Marcelli D.,  
*Posizione autistica e nascita  
della psiche*, Armando, 1991.

■ Milcent C.,  
*A tu per tu con l'autismo*,  
Sansoni, 1993.

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

■ Plozza L.,  
*Il terzo orecchio*, Centro  
scientifico Torinese, 1986.

■ Scardovelli M.,  
*Il dialogo sonoro*, Cappelli,  
1995.

■ Segal H.,  
*Alcune note sulla formazione  
del simbolo*, Il Pensiero  
Scientifico, 1975.

■ Timbergen N.,  
*Bambini autistici*, Adelphi,  
1984.

■ Winnicott W. D.,  
*Sulla natura umana*,  
Raffaello Cortina Editore,  
1988.

■ Zappella M.,  
*Autismo infantile. Studi  
sull'affettività e le emozioni*.  
NIS, 1996.

menti non rispettati, apparente impossibilità di definire un setting ecc.), riflesso del nucleo psicotico familiare; le dinamiche interne possono influenzare quelle esterne fino a coinvolgere gli interventi terapeutici, gli enti, le scuole, "risucchiando" ogni cosa (ogni intervento) che si lascia trascinare, ottenendo come risultato il più delle volte un nuovo fallimento, che va ad incrementare altra angoscia che a sua volta esige più confusione per mantenere l'illusione dell'esistenza di una soluzione magica: la terapia risolutiva. Prima di proporre un intervento è necessario vagliare attentamente la portata di tali dinamiche (ciò è già in sé terapeutico), altrimenti si corre il rischio di perseguire obiettivi disfunzionali.

## Dalla periferia al centro: spazio-suono di una relazione\*

Roberto è un ragazzo di 25 anni, affetto da sindrome di Down, con un grave ritardo mentale ed una psicosi di innesto con tratti autistici; il trattamento musicoterapico, condotto dal settembre 1997 al giugno 1998, si è svolto presso un CSE della Provincia di Como.

*The following writing describes the evolution of a music-therapy treatment with a Down's syndrome patient increased by a heavy mental disease and autistic behaviours.*

*The analysed experience shows the development of the relation through the affective tuning methodology*

*In this approach the therapist researches the tuning with the patient simply listening to any sound proposal and waiting for any type of behaviour.*

*After the first six meetings in which the patient keeps sitting in the same extreme corner of the room, crossing his legs, bending his body as he was a shell, a labial sound, like the one we use to call a cat, becomes the bridge between the therapist and the patient, a sound mediator of a real relationship.*

*Gradually the "language" evolves and so the posture and the conquest of space, both considered as signals of a relation development. Relying on a reassuring sound relationship the patient becomes able to communicate by sounds, to move in the centre of the room and to be upright.*

*This kind of experiences allows to put the attention on:*

- *the importance of observing and "meeting" the patient;*
- *the music therapist 's attitude during the meetings;*
- *the values the of the tuning techniques*
- *the communicative function of the prosodic modulation;*
- *the many functions of the musical instruments;*
- *the correspondence between indicators of a relation development as the spatial and the postural and the musical ones*

## Nell'osservazione si era rilevato che Roberto non aderiva a nessuna proposta e non si relazionava dialogicamente con alcuno.

### Descrizione del caso

Nel mio contributo descriverò il caso di Roberto, un ragazzo di 25 anni, affetto da sindrome di Down, con un grave ritardo mentale

ed una psicosi di innesto con tratti autistici, che ho incontrato, dal settembre 1997 al giugno 1998, presso un Centro Socio-Educativo (CSE) della Provincia di Como.

Nato a termine, a partire dal terzo anno di vita Roberto ha subito numerosi interventi ed operazioni.

Durante le prime osservazioni Roberto, che è un ragazzo di media statura e magro, passa il suo tempo seduto principalmente sul pavimento in un angolo contro la parete; a volte si sposta andandosi a sedere sul termosifone posto sotto la finestra oppure sul contenitore della spazzatura. Quando si sposta nello spazio Roberto "getta" le gambe in avanti dando un certo ritmo al suo movimento; a volte gira su se stesso, si abbraccia, alza la gamba destra e guarda fuori dalla finestra, poi riprende la sua deambulazione. Solitamente sta contro il muro, seduto sul pavimento, tenendo le gambe stese oppure incrociate, con il busto piegato in avanti fino toccare le cosce; rimane per lunghi periodi di tempo chiuso in questa posizione.

Nel corso dei suoi spostamenti produce dei suoni gutturali con la voce, due o tre suoni di media intensità emessi in sequenza e mai indirizzati verso qualcuno, così come con il suo deambulare "sfiora" i presenti senza incontrarli mai.

Alle proposte delle educatrici Roberto non risponde, rimane fermo dove si trova e ogni qualvolta le educatrici cercano di farlo alzare, si divincola dalla presa irrigidendosi tutto.

Il risultato di tale comportamento è che Roberto resta per lunghi periodi di tempo isolato dal

resto del gruppo senza intrattenere qualsivoglia relazione duale.

### Descrizione del lavoro

L'intervento di musicoterapia si è svolto presso

il CSE in cui Roberto si trova inserito da cinque anni.

Dopo una prima fase riservata all'osservazione di Roberto, in contesti e situazioni differenti, alla lettura delle cartelle cliniche e ai colloqui con le educatrici, ho iniziato il trattamento musicoterapico.

Le sedute di musicoterapia, della durata di 35 minuti, si sono tenute con cadenza settimanale all'interno di un locale del centro socio educativo, adibito appositamente.

La stanza di musicoterapia è uno spazio rettangolare con una finestra, su uno dei lati corti, che guarda sul giardino. Vicino alla finestra, contro la parete, c'è un armadio e al centro della stanza sono disposti gli strumenti musicali: due tamburelli con battente, quattro maracas, due timpani, due metallofoni, due xilofoni, un set di triangoli, un piatto sospeso e battenti vari.

Nell'osservazione condotta precedentemente si era rilevato che Roberto non aderiva a nessuna proposta né tanto meno si relazionava dialogicamente con alcuno.

Un primo dato quindi da verificare era la disponibilità di Roberto a recarsi nella stanza di musicoterapia ed a rimanervi.

Diversamente dal solito, la prima volta che una delle educatrici lo invita a seguirla per andare a "fare musica" Roberto accetta la proposta.

Appena entrato nella stanza di musicoterapia Roberto si mette a sedere nell'angolo destro di fianco alla porta di entrata. Si siede mettendo le gambe incrociate con il busto reclinato in avanti; resta fermo in quella posizione per tutto il

primo incontro mentre io mi siedo di fronte a lui stando ad una certa distanza. La scena si ripete nei successivi tre incontri. Nel corso del quinto incontro presento gli strumenti uno alla volta, suonandoli brevemente ed avvicinandoli a Roberto che li allontana tutti con un gesto della mano, tranne il metallofono.

In questo incontro e nel precedente Roberto modifica leggermente il suo comportamento: mantiene la posizione seduta con il petto appoggiato alle cosce, ma alza ogni tanto il busto lanciandomi delle occhiate furtive per poi reclinarlo nuovamente in avanti.

Nell'incontro successivo, il sesto, lascio gli strumenti al centro della stanza mettendo il metallofono nello spazio tra me e Roberto e noto una ulteriore variazione nel suo comportamento: Roberto emette due brevi suoni prodotti con la bocca, suoni simili a quelli che solitamente si producono per *chiamare un gatto*.

I suoni prodotti da Roberto, cellule composte da due/tre suoni, sono caratterizzati da breve durata, da debole intensità e dal fatto di essere separati da lunghi periodi di silenzio.

Inizio a questo punto un'azione di rispecchiamento dei suoni prodotti vocalmente da Roberto. Nel corso di tale attività, che gradatamente si sviluppa nelle settimane e nei mesi dei nostri incontri, colgo che le sue produzioni sonore, apparentemente simili fra di loro, presentano delle accentuazioni differenti; a volte ad essere accentuato è il primo suono della cellula sonora, a volte è l'ultimo suono.

Nel corso della interazione sonora, nelle mie risposte, pongo allora particolare enfasi alle accentuazioni proponendo poi delle leggere variazioni, rispetto alla composizione delle cellule sonore, per quanto riguarda il numero di suoni contenuti in esse.

A partire da tale sollecitazione Roberto amplia anch'egli la durata delle sue produzioni sonore,

modificando le accentuazioni all'interno di esse, arrivando a creare un andamento prosodico in cui è chiaramente riscontrabile, all'interno della relazione tra lui e me, a volte un andamento interrogativo, a volte un andamento affermativo oppure di negazione. È sulla base di questa nostra "lingua", "il gattese", che avviene l'ampliamento e l'arricchimento del materiale sonoro che si accompagna contestualmente alla modificazione di altri parametri:

- La frequenza, nell'unità di tempo, delle produzioni sonore di Roberto aumenta, fino a stabilizzarsi su di una frequenza del tutto simile a quella che normalmente caratterizza un comune dialogo tra persone.
- L'atteggiamento posturale varia nel corso delle sedute, la posizione "chiusa" con il busto appoggiato alle gambe si presenta sempre meno ed è sostituita da quella con il busto eretto.
- Il contatto visivo, inizialmente sfuggente e di brevissima durata, si amplia fino a mantenersi costante per tutto il tempo delle sedute.

La sensazione che si ha a questo punto dell'esperienza è di aver determinato e consolidato una relazione che per Roberto pare possedere il carattere di significatività e di stabilità e tale sensazione trova ulteriori elementi di conferma nel corso dei successivi incontri.

Anzitutto la relazione sonora tra me e Roberto si caratterizza sempre più come un "dialogo", in cui le "frasi sonore" che lo sostanziano, acquistano sempre più una connotazione espressiva.

Non solo si assiste all'arricchimento e alla variazione accentuativa all'interno di ciascuna "frase sonora" ma la sequenza stessa delle "proposizioni sonore" comincia ad assumere valore espressivo.

Diventano riconoscibili, all'interno di un lungo dialogo, sequenze di frasi sonore che presentano

una "velocità" differente l'una dall'altra, oltre che una maggiore intensità.

In sintesi il "codice" sonoro definito e condiviso, dopo una prima funzione di contatto e di avvio della relazione, assume funzione espressiva e comunicativa.

Questo nuovo livello della relazione si accompagna a due passaggi importanti: la conquista dello spazio e l'uso della gestualità.

È a questo punto, siamo all'incirca al sesto – settimo mese della nostra attività, che si rivela pienamente la funzione espletata fino ad allora dal metallofono. Lo strumento rimasto sempre tra me e Roberto, tranne che nella prima presentazione dello strumentario, non era mai stato usato nella funzione di strumento sonoro; ogni qualvolta accennavo a produrre alcuni suoni, Roberto allontanava subito con la mano il mio battente dalle piastre del metallofono.

Qualche volta, con il piede, Roberto oltrepassava la linea determinata dallo strumento o vi avvicinava il volto quando era reclinato in avanti; tuttavia si può ritenere che il metallofono fosse comunque presente alla sua attenzione, dal momento che, dopo averlo colpito casualmente, si preoccupò di risistemarlo, come a voler mantenere una distanza che separava ma che permetteva anche di comunicare.

Nel corso di una seduta Roberto indica un punto sul pavimento, un poco più arretrato dal posto in cui solitamente mi siedo; mi sposto in quel punto e Roberto, stando seduto con le gambe incrociate e aiutandosi con leggeri spostamenti del busto e dei piedi, avanza verso di me, tenendo innanzi a sé il metallofono e spingendolo in avanti con entrambe le mani.

In questo modo Roberto si stacca dalla parete del muro, iniziando un primo passo verso lo spazio circostante.

Parallelamente a questo passaggio compare per la prima volta un gesto compiuto, con entrambe

le braccia, in senso rotatorio dal centro del busto verso l'esterno passando davanti al volto.

Il gesto appare coincidente con le caratteristiche delle "frasi sonore". Infatti il gesto varia nella sua ampiezza, nella velocità di esecuzione oppure viene ripetuto velocemente più volte, associandosi congruentemente con il variare di alcuni parametri sonori. Il gesto accompagna quindi il senso evocato dalla struttura sonora. Il gesto sottolinea il carattere di richiesta o di affermazione o di meraviglia espresso dalla "frase sonora".

La relazione sonora acquista in questo modo una ulteriore sottolineatura espressiva dello stato d'animo sotteso alla comunicazione.

Roberto conquista il centro della stanza con successivi spostamenti, effettuati sempre con la modalità descritta precedentemente, fino a trovarsi vicino agli strumenti musicali; questi sin dal primo incontro si trovavano al centro della stanza.

Roberto arriva ad un certo punto a sdraiarsi supino rimanendo in quella posizione rilassata per alcuni minuti; accetta, diversamente dalle prime sedute, la vicinanza degli strumenti e comincia a toccare il timpano appoggiandovi sopra la mano.

### Considerazioni

L'evoluzione dell'intervento musicoterapico appena descritto consente di effettuare alcune riflessioni e considerazioni, sia di carattere generale, di ordine metodologico, sia di carattere particolare, relativamente ad alcuni elementi che sostanziano l'operatività musicoterapica quali indicatori del suo sviluppo.

In particolare l'esperienza descritta ci consente di compiere osservazioni attorno a:

- a) l'importanza dell'osservazione e della conoscenza del paziente;
- b) la posizione assunta dal musicoterapeuta nel corso delle sedute;

c) il valore conoscitivo, oltre a quello comunicativo, che può assumere l'utilizzo della tecnica delle sintonizzazioni;

d) La constatazione che la prosodia, intesa come melodia del linguaggio all'interno del sistema suono-significato, assolve alla funzione comunicativa;

e) La possibile multifunzionalità assolta dagli strumenti sonoro-musicali;

f) L'evoluzione della relazione musicoterapica che, oltre allo specifico sonoro-musicale, trova contemporaneamente manifestazione anche attraverso altri aspetti quali quello spaziale, posturale e motorio.

In merito all'importanza dell'osservazione e della conoscenza del paziente prima di intraprendere un trattamento, direi che l'osservazione di Roberto, svolta precedentemente l'avvio dell'attività musicoterapica, ha permesso di rendermi conto del carattere delle relazioni in cui Roberto era coinvolto.

Quello che si evidenzia è che le educatrici strutturano la loro relazione nei confronti di Roberto a partire dal compito che deve essere eseguito, ovvero facendo riferimento all'attività da svolgere. Questo punto di vista, non offrendo spazio all'attenzione e all'accoglimento dei particolari modi di essere e di esprimersi dei ragazzi in generale, contribuisce a determinare in Roberto l'atteggiamento di chiusura e di esclusione che si manifesta nella sua condotta.

Da questo punto di vista l'atteggiamento da me assunto nella relazione con Roberto, caratterizzato da accoglienza, disponibilità, ascolto e dall'evitamento di qualsiasi proposta da parte mia che non fosse già risposta a qualcosa prodotta da lui - atteggiamento peraltro normalmente utilizzato nella pratica musicoterapica - è diventata particolarmente adatto al caso di Roberto, proponendogli una modalità relazionale per lui ine-

ditata, ma che potenzialmente gli offriva l'opportunità e lo spazio in cui "giocare", secondo le personali esigenze, la propria identità.

Questo è infatti ciò che avviene e dallo spazio di ascolto emerge il suono, prodotto da Roberto con la bocca, da cui si origina e si struttura poi la relazione.

Per venire agli aspetti più specificatamente sonori, che hanno caratterizzato il lavoro con Roberto, bisogna tenere conto che Roberto non parla e diventa così interessante osservare l'articolazione motoria implicata nella sua produzione sonora, in essa è presente il movimento della lingua che ritmicamente viene appoggiata contro i denti; tale movimento risulta importante perché sappiamo quanto sia fondamentale per la fonazione la capacità di articolare i movimenti linguistici.

Si può pensare che Roberto non riuscirà mai a parlare, ma rimane l'importanza di scoprire e utilizzare le potenzialità di una parte del proprio apparato fonatorio.

In secondo luogo colpisce il tipo di suono scelto da Roberto; questo suono nell'uso comune viene utilizzato come *richiamo per il gatto* oppure per segnalare la propria presenza. Entrambi i casi esprimono una intenzionalità comunicativa: in un caso è implicato il riconoscimento di una realtà esterna a sé, nell'altro l'affermazione di una propria identità.

I suoni prodotti da Roberto presentano variazioni di accentazione, intensità, durata e velocità. Si può pensare alle diverse accentazioni come ad una possibile differenziazione dell'investimento emotivo e ad una possibile "articolazione" di senso attraverso le diverse combinazioni degli accenti.

La precisa, puntuale e costante attenzione agli aspetti elencati è ciò che sostanzia lo sviluppo della relazione in senso propriamente musicote-

rapico. E con ciò giungo a quell'importante capitolo dell'operatività musicoterapeutica che risponde al nome di tecnica delle sintonizzazioni.

Nel caso di Roberto si è rivelata importante per la conoscenza approfondita e raffinata della sua prosodia sonora, in tutta la sua specificità.

Ricordo peraltro velocemente cosa si intende per sintonizzazioni: le sintonizzazioni sono la tecnica attraverso la quale perseguire una migliore integrazione della personalità; sono definite come risposte date in risonanza allo stato affettivo di base, e possono essere distinte in:

- a) sintonizzazioni esatte, da intendersi come imitazioni identiche del comportamento;
- b) sintonizzazioni inesatte, intese come leggere variazioni o sfasature temporali e formali dello stimolo presentato;
- c) sintonizzazioni di tipo sinestesico, ossia traduzioni transmodali che colgono la sostanza (cioè la qualità affettiva) del comportamento.

Nel corso dello scritto ho parlato della relazione sonora tra me e Roberto in termini di dialogo. Effettivamente la modalità in cui si svolgeva era del tutto simile allo scambio verbale tra due persone, solamente con l'assenza di parole. L'andamento dell'esperienza dimostra come ci sia stata comunicazione e che, in assenza di parole, tale comunicazione ha trovato un altro canale attraverso il quale attuarsi. Tale funzione è stata assolta dal suono ed in particolare dal modo in cui i suoni venivano organizzati, modo del tutto simile agli aspetti che caratterizzano l'andamento prosodico della comunicazione verbale.

Ad esclusione dell'aspetto relativo all'intonazione, tutti gli altri sono stati usati: la differente accentazione, la variazione ritmica e quella di intensità, andando a creare quella sorta di "andamento melodico", portatore di una espres-

sione di senso.

L'esperienza con Roberto, è quindi un ulteriore conferma della funzione espressiva e comunicativa svolta dagli elementi soprasegmentali del linguaggio parlato.

Per quanto riguarda l'utilizzo degli strumenti sappiamo che, all'interno di un setting, gli oggetti che vi stazionano possono essere investiti da molteplici significati simbolici. Così accade anche nel setting musicoterapico ed il caso di Roberto mette in evidenza che tale investimento simbolico può determinare un uso degli strumenti musicali differente dal loro essere principalmente produttori di suoni.

Sebbene inizialmente il suono abbia avuto un ruolo determinante nell'accoglimento del metallofono da parte di Roberto, lo svolgimento successivo dell'intervento mostra come altri siano stati gli attributi del metallofono che sono risultati funzionali; probabilmente le dimensioni, basso e piccolo, e la forma, allungata e che consente un "accesso" da entrambi i lati, hanno costituito, per Roberto, le condizioni necessarie per mettersi in relazione, sentirsi protetto ed al contempo non escluso.

## Conclusioni

L'andamento del trattamento musicoterapico mette in evidenza che, affinché l'evoluzione della relazione possa realizzarsi, devono necessariamente avvenire alcuni passaggi, e che tali passaggi possono trovare espressione ed essere quindi letti, anche attraverso indicatori extra musicali.

La determinazione di una relazione significativa, funzione dell'instaurarsi di un sentimento di protezione e sicurezza nel paziente, la cosiddetta "base sicura", si è evidenziata nella capacità di Roberto di avviare una esplorazione degli "spazi" sonori e ambientali, mentre le istanze emotive

hanno trovato espressione nella ricchezza dell'interazione sonora e nel gesto.

Il percorso realizzato da Roberto, dalla periferia verso il centro della stanza, disegna il percorso verso la possibilità di essere attore in un mondo riscoperto e ritrovato.

\*Relazione presentata al IV Congresso Nazionale di Musicoterapia, 26/28 novembre 1999, Firenze.

- Benenzon R.,  
*Manuale di Musicoterapia*,  
Borla, Roma, 1984.
- Bruscia K.,  
*Definire la Musicoterapia*,  
Ismez, Roma, 1993.
- Delalande F.,  
*Le condotte musicali*,  
Bologna, CLUEB, 1993
- Dogana F.,  
*Suono e senso*, Angeli,  
Milano, 1983.
- Fornari F.,  
*Psicoanalisi della musica*,  
Longanesi, Milano, 1984.
- Imberty M.,  
*Suoni emozioni significati*,  
Clueb, Bologna, 1986.
- Lecourt E.,  
*La musicoterapia*, Cittadella  
Editrice, Assisi, 1992.
- Lorenzetti L.,  
*Dalla educazione musicale  
alla musicoterapia*, Zanibon,  
Padova, 1989.
- Manarolo G.,  
*L'angelo della musica*, Omega  
Edizioni, Torino 1996.
- Postacchini P.L., Ricciotti  
A., Borghesi M.,  
*Lineamenti di musicoterapia*,  
Carocci Editore, Roma, 1997.
- Ricci Bitti P.E., (a cura di)  
*Regolazione delle emozioni e  
artiterapie*, Carocci, Roma,  
1998.
- Scardovelli M.,  
*Il dialogo sonoro*, Cappelli,  
Bologna, 1992.
- Stefani G.,  
*Competenza musicale e cul-  
tura della pace*, Clueb,  
Bologna, 1985.

## ■ Violazioni del setting

G.O. Gabbard, E.P. Lester, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1999. Edizione italiana a cura di Alvisè Orlandini. Titolo originale: *Boundaries and Boundary Violations in Psychoanalysis*, (1995), Basic Book.

L'edizione italiana, curata da Alvisè Orlandini del testo di Gabbard e Lester, affronta il tema complesso dei confini e delle violazioni dei confini del setting in psicoanalisi.

Gli autori presentano, relativamente al tema trattato, due ordini di questioni tra loro connesse: una riguarda gli aspetti teorico-concettuali dei confini mentali nel processo analitico, l'altra si riferisce alla prospettiva clinica che s'interroga sulla distinzione tra le "violazioni" ed il "superamento" dei confini, sia intrapsichici che interpersonali, il cui riconoscimento è determinato dalla possibilità di analizzare l'accaduto. La prospettiva d'indagine comprende anche le problematiche che tali valutazioni comportano negli aspetti gestionali delle specifiche "messe in atto" in analisi.

La prima parte del libro esamina attentamente la prima questione. Gli autori riprendono il concetto di confine (come struttura e come processo), tracciandone un percorso storico dalla nascita al suo sviluppo, offrendo al lettore un ampio esame della letteratura psicoanalitica sull'argomento. Il testo chiarisce mano a mano a quali confini gli autori si riferiscono e in quale prospettiva sono pensati articolandosi nei seguenti punti: una rassegna della letteratura psicoanalitica sul tema, capitolo I e II; una concettualizzazione della cornice analitica, dei confini analitici e dell'oggetto analitico, visti come costrutti correlati, capitolo III; una differenziazione di genere – relativamente ai confini - nella letteratura, capitolo IV.

In questa parte del testo Gabbard e Lester evidenziano due aspetti fondamentali del setting, che ricorrono in tutta la trattazione come punti portanti della loro tesi: i confini intrapsichici (nel processo analitico) e quelli interpersonali (nella situazione analitica), interni od esterni, sono pensati come indispensabili ma non

rigidamente delimitati nell'evoluzione del processo terapeutico che dovrebbe psicologicamente attraversarli. Gli autori chiariscono tale questione di fondo considerando come fattori dinamici dell'interazione analitica la "sottigliezza" e lo "spessore" di tali confini. A tal proposito Otto Kernberg, nella sua attenta e feconda prefazione, partendo da questa dimensione, parla di precondizioni del lavoro analitico introducendo l'idea che la capacità d'empatia psicoanalitica implichi nell'analista "spessore" e "sottigliezza" dei suoi confini, sia interni che esterni.

La seconda parte del libro affronta la disamina delle violazioni, riportando una ricca casistica clinica e numerose esemplificazioni. Dopo aver ripercorso nella professione analitica una breve storia delle violazioni dei confini, capitolo V, gli autori problematizzano la comprensione analitica della violazione sessuale e non sessuale dei confini, capitolo VI e VII. Il testo prosegue affrontando la questione dopo il termine dell'analisi, capitolo VIII. Il problema dei confini è anche in seguito approfondito all'interno delle analisi e delle supervisioni di candidati durante la formazione analitica, capitolo IX.

Il testo si conclude con suggerimenti "riabilitativi" o terapeutici che gli istituti analitici possono proporre, capitolo X.

Il testo di Gabbard e Lester non è certamente un manuale di indicazioni comportamentali, quanto piuttosto lo specchio di una chiara ed articolata ricerca su un tema ampio e delicato; pertanto gli aspetti problematici restano aperti nella loro complessità fornendo anche al lettore musicoterapico oltre che un arricchimento teorico suggestivi percorsi di riflessione.

Riteniamo pertanto utile una sua lettura per chi si accosta alle problematiche della cornice/setting in musicoterapia. Il testo può offrire interessanti tematiche d'indagine in una duplice prospettiva. Una prima considerazione, di ordine teorico, può rivolgersi alla ricerca musicoterapica che nel confronto con diversi ambiti disciplinari si impegna oltre che di oggettivare

e quantificare i dati sonoro-musicali raccolti anche di correlarli alla dimensione psicologica/relazionale della cornice. Una seconda considerazione, di ordine applicativo, può portare analogamente a possibili riflessioni sulla dimensione controtransferale nella prassi musicoterapica che considera il musicoterapista/euta un osservatore partecipe nella relazione sonora.

Anna Maria Barbagallo e Luisa Mattazzi

### ■ Fare Arteterapia

Elena Giordano

Edizioni Cosmopolis, Torino, 1999.

In sole 86 pagine l'autrice racchiude una grande quantità e qualità di stimoli, esposti con leggerezza, si da renderli di piacevole e semplice fruizione.

Il suo testo propone, partendo dalla operatività dell'arteterapia, interrogativi di assoluto interesse ed attualità per qualunque operatore che si trovasse ad operare nel campo della riabilitazione e della terapia con pazienti gravi.

Così ci si trova a riflettere su questioni di setting, di selezione dei pazienti, delle proprie modalità di porsi e di difendersi, ma anche sul ruolo e sulle specificità del mediatore artistico.

Il volume, essendo ispirato da una professionalità alta ed applicata da lunga data, evidenzia non solo soluzioni ideali, ma soprattutto i compromessi, più o meno accettabili, ai quali gli operatori sono costretti nell'attività quotidiana; si parla di istituzioni con alcune rigidità, di pazienti difficili da raggiungere e di equilibri nell'assetto interno degli operatori altrettanto problematici da mantenere, in quell'oscillare tra il furore terapeutico e la rassegnazione che ricevono dall'esplicitazione e dalla consapevolezza le sole chance per una loro correzione in senso terapeutico.

Massimo Borghesi

### ■ Regolazione delle Emozioni e Artiterapie

Pio Enrico Ricci Bitti (a cura di),

Carocci, Roma, 1998.

L'interessantissimo lavoro curato dal professor Ricci Bitti, Direttore del Dipartimento di Psicologia dell'Università di Bologna e Presidente della Associazione Italiana per lo Studio della Comunicazione Non Verbale (AISCNV), costituisce un notevole contributo alla costruzione di uno statuto scientifico delle artiterapie. Il volume, di 198 pagine, è composto da due parti; nella prima il curatore, assieme al collega Roberto Caterina, delinea una cornice teorica composta da studi e ricerche sulla regolazione delle emozioni con le artiterapie. Vengono prese in esame le varie componenti in causa nel percorso di esteriorizzazione delle emozioni, le strategie di controllo di queste e le possibilità di regolarne l'espressione consentite dalle artiterapie. Secondo gli autori il lavoro terapeutico con l'arte si colloca a ponte tra pensiero ed emozioni, consentendo al lavoro con i simboli artistici di connettere sensi e significati in maniera tale da consentire una possibilità di rappresentazione delle istanze più profonde e difficili da raggiungere del sé. La seconda parte del volume comprende cinque contributi di diversi autori che declinano, secondo il paradigma psicodinamico, il tema della regolazione delle emozioni in vari settori dell'arteterapia. Wilma Cipriani si occupa di espressività grafica, Pier Luigi Postacchini di musicoterapia, Rosa Maria Govoni di espressività corporea, Giulio Nava di terapia a mediazione teatrale e Stefano Ferrari illustra analoghe possibilità espressive ed elaborative del lavoro con la scrittura creativa. Tutti i contributi sottolineano l'esigenza di una adeguata preparazione delle figure professionali che si dedicano a queste discipline, e di modelli formativi coerenti con la complessità del lavoro terapeutico. Da tutto ciò ne esce un volume importante, ben coordinato in tutte le sue parti e di piacevole lettura.

Massimo Borghesi

## ■ 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 Musicoterapica. Ciò includerebbe aree come la Musicologia, la Ricerca e altre attività che possano dimostrare l'efficacia della Musicoterapia attraverso la Pratica Clinica.

Il congresso si articola in tre diverse sezioni:

**Musicologia, Pratica Clinica, Ricerca.**

Pubblichiamo di seguito le presentazioni dei coordinatori scientifici delle tre diverse sezioni.

### Musicologia

Sembra esserci un costante bisogno di focalizzarsi sul valore e ruolo della musica nella musicoterapia. Come campo di studi interdisciplinare la musicoterapia viene spesso presentata attraverso studi clinici adeguati, rilevanti teorie circa le forme di intervento o discussioni e descrizioni circa gli aspetti metodologici e pratici del fare musicoterapia. Spesso al ruolo della musica nella terapia è stato dato solo un contributo speculativo e generico, che non riflette la conoscenza sistematica trattata nel campo della musicologia. Sappiamo inoltre bene come la musica nella società contemporanea sta assumendo nuovi ruoli come intrattenimento di massa, costruzione dell'identità, ricerca di autenticità e così via. Inoltre, c'è stato un interessante sviluppo all'interno del settore della musicologia stessa. Evolvendosi come nuovo campo di studi interdisciplinari la musicologia ha dovuto dialogare con

conoscenze emergenti dalla cultura femminista, di antropologia musicale, di musica popolare e da studi culturali, per citare solo alcuni degli orientamenti. Come risultato abbiamo un nuovissimo concetto di musica, il "musicizing", come nuova forma concepita del fare musica.

In questa immagine la musicoterapia può costituire essa stessa un'interessante produttrice di nuove conoscenze circa la musica. Sembra sia tempo di cominciare a dialogare con la musicologia. A Napoli saranno affrontati e svolti i seguenti temi:

- ruolo, funzioni e natura della musica nella musicoterapia
- diversità musicale e culturale
- musica e identità
- recenti orientamenti nella nuova musicologia
- la natura dell'improvvisazione
- teoria della ricettività musicale, comunicazione e interazione.

Prof. Even Ruud  
Istituto di Musica e Teatro  
Università di Oslo

### Pratica clinica

Negli ultimi tre Congressi Europei è stata posta molta enfasi sulla presentazione di lavori riguardanti la clinica. Molte persone partecipano a congressi di musicoterapia sperando nella possibilità di osservare e capire i metodi utilizzati da altri terapeuti, per migliorare la propria pratica. I musicoterapisti lavorano spesso in situazioni professionali isolate e le Conferenze Nazionali ed Europee costituiscono una valida opportunità per incontrare altri colleghi che operano nella stessa area clinica o educativa ricavandone conoscenze e ispirazione. Perciò l'area clinica ha sempre attratto la maggior parte delle relazioni e dei workshop.

Nel Congresso di Napoli 2001 incoraggio personalmente il contributo di relazioni e workshop incentrati sul lavoro clinico. Allo stato attuale nelle istituzioni della salute e della educazione di molti paesi è cresciuta la domanda rivolta ai

musicoterapisti affinché essi procurino la prova che il loro lavoro sia efficace e di valore. Perciò sarebbe di notevole importanza se, formulata una proposta, gli operatori non solo usassero il loro tempo per dimostrare la loro modalità di intervento clinico, ma anche che fornissero un modello chiaro del loro metodo di valutazione, riferendosi direttamente ai casi. È proprio nell'area dell'"assessment" e della valutazione che la musicoterapia è ancora debole in paragone con altre professioni mediche, paramediche e in speciali campi dell'educazione. È nostra speranza offrire la possibilità di presentare relazioni di alta qualità anche se l'esperienza avuta da precedenti congressi ci dice che ci sarà in tale ambito un numero notevole di proposte. A Leuven fu utilizzato il modello "Seminario" per la prima volta, dove, in due ore, due presentazioni di 30 minuti e quattro di 10 furono svolte insieme nella stessa area clinica, permettendo una reale messa a fuoco dell'argomento. Noi intendiamo usare ancora questo modello a Napoli, dando ai partecipanti la possibilità di uno scambio di informazioni correlate sui metodi e le esperienze all'interno di uno specifico campo clinico. Trovo che le informazioni più utili ottenute da relazioni cliniche e workshops diano una più chiara comprensione dell'attuale processo della musicoterapia. Questo può essere coadiuvato da esempi forniti da supporti video e audio e dalla spiegazione chiara del ruolo che la musica sta svolgendo nel processo terapeutico. Al Congresso Mondiale di Musicoterapia di Washington nel 1999, sono stati identificati cinque particolari modelli di musicoterapia che includono teoria, formazione e applicazione. Ce ne sono sicuramente di più e in questo Congresso le relazioni cliniche possono costituire un punto focale per chiarire meglio i termini della pratica in musicoterapia.

Prof. Tony Wigram  
Istituto di Musica e Musicoterapia  
Università di Aalborg

## Ricerca

Negli ultimi cinque anni la ricerca in musicoterapia si è sviluppata e ha cominciato a stabilirsi all'interno di vari centri europei, nordici e scandinavi. Esistono opportunità per ulteriori qualifiche accademiche basate sulla ricerca, stanno emergendo alcune riviste accademiche e sta nascendo una infrastruttura che si occupa di ricerca. Questo Congresso ci darà la possibilità di presentare lavori di ricerca ultimati e progetti di ricerca in corso. Mia intenzione è far sì che un'ampia gamma di praticanti abbiano accesso a progetti di ricerca affinché si sentano ispirati a condurre indagini su una loro pratica clinica.

In queste conferenze il tempo è sempre scarso e ciò che spero è che gli Istituti di ricerca prendano al volo l'opportunità di proporre seminari dei loro lavori mostrando progetti conclusi e in corso. Il modello del "Seminario" è descritto nella presentazione dell'Area Pratica Clinica. Ciò di cui abbiamo bisogno da questi istituti è una prospettiva circa i loro approcci nella ricerca, come approccio teorico o come punto di vista metodologico, le loro possibilità di formazione per lo sviluppo della ricerca e della clinica, i temi allo studio e l'approccio individuale circa i temi di ricerca. Ciò darà agli istituti l'opportunità di presentare la loro teoria base sulla ricerca e di proporre un accordo affinché i membri degli istituti abbiano il tempo di fornire brevi presentazioni del loro lavoro. Per quelli che presentano relazioni delle loro ricerche concluse e in corso, noi avremo bisogno di identificare i fini dello studio, il contesto di studio nell'ambito di un più ampio panorama di musicoterapia o ricerca in musica, una concisa bibliografia, una dichiarazione dell'ipotesi se si tratta di uno studio quantitativo, il metodo usato, una relazione sui risultati e una discussione di come questi risultati siano rilevanti per la pratica in musicoterapia.

Ci sono inoltre opportunità anche per gruppi di

presentare materiale di ricerca correlato a argomenti di clinica. C'è per esempio una certa varietà di lavori riguardanti l'uso della musicoterapia nella cura della demenza, nel campo delle cure palliative, nella riabilitazione neurologica e nelle difficoltà di apprendimento.

Come già detto sopra infrastrutture che si occupano di ricerca stanno nascendo e ci sono aree di interesse che necessitano di essere discusse. Alcuni di questi argomenti sono l'analisi di materiale audio e di videotape, schede di "assessment" e questionari per la ricerca musicoterapica, appropriate supervisioni di ricerche, accesso a fondi, gruppi di supporto alla ricerca e servizi circa la letteratura in questione.

Prof. David Aldridge

Responsabile della ricerca qualitativa in Medicina  
Facoltà di Medicina, Univ. Witten/Herdecke

## 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>

## ■ VII° Seminario APIM

"Gli strumenti insoliti della Musicoterapia"  
23/24 Settembre 2000, Hotel La Fenice, Rimini

Siamo giunti al VII° Seminario riminese; un appuntamento annuale che si rivolge prevalentemente a persone già avviate alla musicoterapia. Per questo si è andato sempre più strutturando nel tempo come momento formativo di secondo livello. Crescono i soci e con loro la qualità delle iniziative che l'associazione propone come contributo al mantenimento di una curiosità e fre-

schezza intellettuale, indispensabili alle sfide che il nostro lavoro quotidianamente propone.

Questo VII° Seminario APIM è testimonianza di una profonda fiducia nel potenziale di crescita che l'appartenenza attiva ad un'associazione produce, in quanto nato a partire dalle tematiche indicate nei questionari compilati dai soci presenti agli appuntamenti degli scorsi anni, sviluppato con il contributo di generosi che hanno prestato il proprio tempo ed il proprio intelletto alla strutturazione di un'idea, e realizzato con il coinvolgimento di colleghi che si trovavano agli scorsi appuntamenti come uditori e che ora partecipano in qualità di relatori.

Gli strumenti insoliti della musicoterapia sono domande prima che risposte: è possibile affiancare allo strumentario standard della musicoterapia anche dotazioni inusuali come le apparecchiature elettroniche, gli strumenti accademici o quelli autocostruiti? Quali sono i vantaggi e gli svantaggi di tali scelte ed in quali contesti si sono rivelate più proficue? Fino a quali orizzonti si è spinta la riflessione sugli aspetti musicologici, simbolici e applicativi in musicoterapia di questi strumenti?

Ci è parso che già queste domande valessero l'intero seminario. Ma anche un'altra richiesta dei soci è stata recepita: partecipare dei contenuti.

Allora sarà un seminario con più esperienze e meno astrattezze, con più partecipazione e meno distanza. Ogni parola dovrà riferirsi a qualcosa di visto, sentito; ogni riflessione dovrà essere collettiva, fondarsi su qualcosa che sia accaduto nella stanza, che tutti abbiano in qualche maniera condiviso.

Non solo: il convegno prevede diversi momenti di confronto tra relatori e uditorio, poiché confidiamo che domande, dubbi ed esperienze a confronto possano alimentare il desiderio di crescita professionale. Invitiamo pertanto ognuno a partecipare nel senso più cooperativo del termine, già a partire da un primo impegno di adesione e diffusione dell'iniziativa; in secondo luogo auspichiamo l'ar-

# notiziario

rivo di ogni congressista affiancato da uno strumento, il suo preferito, quello sul quale ha lungamente studiato e suonato, o quello che ha costruito pensando specificatamente ad un proprio desiderio sonoro; infine, invitiamo tutti, soci e simpatizzanti, a partecipare, perché l'APIM siamo noi!

## Programma

Venerdì 22/9/2000

21.00 Arrivo e pernottamento

Sabato 23/9/2000

8.30 - Registrazione iscritti

9.00 - PRESENTAZIONE LAVORI

Gerardo Manarolo

9.30 - GLI STRUMENTI AUTOCOSTRUITI

Mauro Peddis - Fernando Monte

15.30 - GLI STRUMENTI ELETTRONICI

Andrea Masotti

19.30 - Cena

Domenica 24/9/2000

8.30 - Colazione

9.00 - GLI STRUMENTI ACCADEMICI

Ferdinando Suvini - Silvia Poli

12.00 - CONCLUSIONI

12.30 - CONSEGNA PREMIO APIM

13.00 - Pranzo

14.30 - ASSEMBLEA SOCI APIM

## Modalità d'iscrizione

Il Seminario è riservato ai soci.

La quota prevista è di L. 150.000 (Socio Sostenitore); per quanti avessero già versato la quota associativa ordinaria per il 2000 si praticherà una riduzione di L. 50.000; verrà altresì praticata una medesima riduzione agli iscritti per l'anno in corso alle scuole di musicoterapia di Assisi, della "Linea dell'Arco" di Lecco, del CEFIG di Bologna, dello I.A.L. di Saronno e a quelle dell'ANFFAS di Genova e di Rivarolo Canavese (produrre documentazione). Il versamento andrà effettuato sul Conto Corrente n. 1531 della Banca

Popolare di Novara - Genova sede, entro il 9 settembre 2000.

## Sede del seminario

Hotel "La Fenice" - Viale Mantova, 96 Rimini.

La Direzione dell'Hotel riserva in questa circostanza condizioni particolarmente favorevoli ai soci APIM: è possibile infatti usufruire di un pacchetto di pensione completa (dal pernottamento di venerdì sera fino al pranzo della domenica) a sole L. 140.000 in camera a due letti, con un ulteriore sconto del 10% sull'importo per l'eventuale terzo letto; il supplemento per la camera singola è invece di L. 10.000.

Chi fosse interessato ad iscriversi dovrà comunicarlo alla segreteria organizzativa del Seminario, precisando la sistemazione alberghiera desiderata.

## Informazioni

"La Fenice" è un Hotel di Mirabello di Rimini (Viale Mantova 96) molto semplice da raggiungere: per chi arriva in treno alla Stazione di Rimini sono disponibili le corse degli autobus n. 10 e 11, dai quali scendere alla fermata n.25; per chi arriva in autostrada, appena usciti al casello di Rimini sud bisogna procedere in direzione Rimini per poche centinaia di metri, fino al primo incrocio, dove bisogna svoltare a sinistra in direzione Riccione; procedere per 2 Km circa e al secondo semaforo svoltare a sinistra in Via Rosmini, svoltare ancora a sinistra in Via Siracusa, e dopo aver oltrepassato il sottopasso svoltare a destra in Viale Mantova.

## Segreteria Organizzativa

Marzia Mancini

Tel. e Fax 0541/730117

## Segreteria Scientifica

Massimo borghesi

Tel. 0338/7746947

e-mail [massimoborghesi@libero.it](mailto:massimoborghesi@libero.it)

■ 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, Vernerio, 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. Vernerio, 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. Degaspero) • *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 notte 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)

■ Volume VIII, Numero 1, Gennaio 2000

*Malattia di Alzheimer e Terapia Musicale* (Giuseppe Porzionato) • *L'utilizzo della Musicoterapia nell'AIDS* (Andrea Ricciotti) • *L'intervento musicoterapico nella riabilitazione dei pazienti post-comatosi* (Rita Meschini) • *Musicoterapia e demenza senile* (Francesco Delicato) • *Musicoterapia e AIDS* (Roberto Ghiozzi) • *Musicoterapia in un Servizio Residenziale per soggetti Alzheimer* (Manuela Picozzi, Denis Gaita, Lia Redaelli)

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>

- 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. (AI), 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.

